

# Årsmelding 2014

## *Rogaland*



Pasient-og brukarombodet i Rogaland har kontor i Hillevågsenteret i Stavanger.

Adresse: Gartnerveien 4, inngang 3, 2. etasje.

Telefon: 95 33 50 50

E-post: [rogaland@pobo.no](mailto:rogaland@pobo.no)

Det er fem tilsette ved kontoret:

Pasient-og brukarombod	Gro Snortheimsmoen Bergfjord (jurist)
Seniorrådgjevar	Marit Heskja (sjukepleiar)
Seniorrådgjevar	Anita Gael Line (jurist)
Rådgjevar	Vegard Hartvik Våga (Jurist)
Førstekonsulent	Lillian Harestad Goa (helsesekretær)

**Pasient-og brukarombodet** si verksemd er heimla i kap. 8 i Pasient-og brukarrettslova. Ombodet skal arbeide for å ivareta pasientane og brukarane sine behov, interesser og rettstryggleik, og for å betre kvaliteten i helse-og omsorgstenestene. Ombodet utøver sitt faglege virke sjølvstendig og uavhengig, administrativt er ordninga knytt til Helsedirektoratet.

Årsmeldinga omhandlar det vi arbeider med i det daglege, det vi får høyre om frå pasientar, brukarar og pårørande til desse. Det er viktig og ha i tankane at våre tal er veldig små i forhold til kor mange pasientkontakter det er i helsetenesta i Rogaland i løpet av eitt år, både i spesialisthelsetenesta og i dei kommunale helse-og omsorgstenestene. Veldig mykje er veldig bra, det må vi ikkje gløyme! Denne årsmeldinga omhandlar imidlertid forhold der det er rom for forbedringar, og slike rom finnes det òg i vår Helseregion og i våre kommunar.

**I 2014 registrerte vi 1080 nye saker**, dette er noko færre enn året før då talet var **1134**. Vi har imidlertid hatt ei endring i sakhandsamingssystemet som gjer at vi no kan registrera fleire problemstillingar for kvar sak, talet på problemstillingar i **2014** var **1117**. Soleis er det dekning for å seia at pågangen ved kontoret fortsatt er stor, og ordninga blir brukt.

Pasient-og brukarombodet i Rogaland er mottakar av 9,3% av dei sakene som vert meldte på landsbasis. Samla mottok dei tre ombodskontora i Helse Vest 23% av sakene som kom inn til den nasjonale ordninga i 2014.

Kontoret blir kontakta på telefon, e-post eller brev. Vi hadde i overkant av 300 avtalte møter med pasientar, brukarar eller pårørande i 2014, på kontoret i Hillevåg eller på Haugesund sjukehus. Det er også ein del som kjem direkte til kontoret utan førehandsavtale.

### **Kommunale helse-og omsorgstenester**

Talet for dei som har teke kontakt om forhold innan dei kommunale helse-og omsorgstenestene er 280, dette er om lag det same som året før, og utgjer 25% av alle førespurnadane. Desse sakene er i all hovudsak frå Rogaland, men vi har også saker frå grensekommunane i nabofylka våre. Det er registrert saker frå dei fleste kommunane, men vi går ikkje i detaljer på desse av di tala er så små. Naturleg nok er det dei største kommunane som er registrert flest gonger, med Stavanger, Sandnes, Karmøy og Haugesund på topp.

**161 av sakene gjeld fastlegane**, og dette er ein auke frå tidlegare. Det pasientane tek opp er at dei ikkje føler seg sett eller tekne på alvor og at dei difor ikkje vert fulgt opp slik dei ynskjer. Nokon har opplevd svikt i oppfølginga med forsinka diagnose og behandling som resultat. Fleire tek kontakt i forhold til at dei ikkje får dei medikamenta dei sjølv meiner å ha behov for. Andre etterlyser fastlegens engasjement i forhold til den tregheiten som nokon opplever i spesialisthelsetenesta. Vi prøver å bistå på ulike vis, det er ikkje alltid ein kjem i mål og då rår vi pasienten til å bytte fastlege. Dette fordi fastlegen er så uendeleg viktig for pasienten, og dette forholdet er avhengig av gjensidig tillit mellom lege og pasient.

**54 av sakene omhandla heildøgnsinstitusjon, kort-og langtid**. Dette er omlag som året før, og i all hovudsak gjeld sakene mangel på slike plassar, ikkje mangel på kvaliteten. Det oppleves som at problemet med knappheit på heildøgnsinstitusjonsplassar er aukande. Vi mottok fleire saker om dette mot slutten av året, og felles for desse er at pasientane har svært høg alder med svekka helse og ikkje sjeldan lett for å falle.

Fall leier lett til skader og innleggelsar i sjukehus, så blir det gjerne skapt ein «svingdørspasient» ettersom det ofte må prøvast med utskrivning til heimen i fyrste omgang. Det same er tilfelle i forhold til dei som ikkje evnar å ta til seg nok mat, dei kjem inn i sjukehuset, blir «væska opp» og sende tilbake til eigen bustad når dei er definert som å vera utskrivningsklare.

Mange pårørande er bekymra for sine, men det er dessverre ikkje alle som vil ta opp saken som ei klage av di dei fryktar dette kan gå ut over pasienten i ettertid. Denne klagefrykta har dessverre ikkje vorte mindre det siste året.

**24 av sakene omhandla legevakt.** Dette er saker der pasientane ikkje opplever at dei har fått den helsehjelpa det i ettertid har vist seg at dei skulle hatt. Nokre burde ha vore lagt inn i sjukehus, medan andre burde fått eit røntgen som ville vist at det var brudd og ikkje berre forstuing. Talet på legevaktsaker er lågt, men dei kan vera veldig alvorlege.

**10 av sakene gjeld heimesjukepleie og praktisk bistand i heimen.** Dette kan tyde på at dei fleste er nøgde med den bistanden dei får, men vi må også ha i minnet at dei som mottek desse tenestene gjerne er i eit avhengigheitsforhold til tenesteytaren noko som føre til at terskelen for å klage blir høg. Ein pasient fortalte at han hadde bedt om eit ekstra besøk av di han trengde hjelp til å riste dyna si, han var lite fornøgd med at svaret var at han fekk råd om å ynskje seg ny dyne til jul.

### **Spesialisthelsetenesta**

**757 saker vart registrert i spesialisthelsetenesta i 2014.** Desse gjeld i all hovudsak Helse-Stavanger HF (521) og Helse Fonna HF (104), medan vi har registrert 51 saker som gjeld Helse Bergen HF.

**Spesialiteten Kirurgi har 249 registreringar.** Denne omhandlar alle former for kirurgiske inngrep. Dette er pasientar som tek kontakt både før, under og etter behandling. Felles for langt dei fleste er at det dei tek opp med vårt kontor er forhold som det både burde og skulle vore betre informert om ved dei ulike behandlingsstadene. Vi prøver å bistå med informasjon så godt vi kan, det vi ikkje kan gjie pasientane klare svar på er kvar dei vil få den beste behandlinga. Vi har tillit til at det som tilbys ved våre sjukehus er forsvarleg helsehjelp av god kvalitet, det formidlar vi til dei som tek kontakt. Underspesialiteten Ortopedisk kirurgi er som alltid den som har flest registreringar, dette skuldast mykje at eventuelle feil eller dårleg behandlingresultat etter slik kirurgi ofte er lett synlege.

**Spesialiteten Medisin har 200 registreringar.** Her finn vi mellom anna pasientar med kreft eller hjarteproblem. Felles for desse er ei frykt for alvorleg sjukdom som gjer at ventetida er svært tung. Det er dessverre fortsatt tilfelle der pasientar ventar for lenge på svar i forbindelse med utreiing og igangsetting av behandling, dette er like fortvilande kvar gong.

**Spesialiteten Psykiatri har 156 registreringar,** saker vedrørande rusbehandling er inkludert her. Sakene som gjeld rusbehandling omhandler gjerne det som kan kallast manglande medvirkning på alle felt. Det same kan også seiast i forhold til mange av dei sakene som gjeld psykiatrien, som diagnosespørsmål, behandlerbytte og behandlingsstrategiar. Desse sakene er vanskelege og gjerne svært langvarige. Nokon opplever at dei får ei diagnose pasienten ikkje kjenner seg igjen i, eller at diagnosa blir gitt utan ei grundig utgreiing. Det å få gjennomslag for ei fornya vurdering og endring av diagnose etterpå, kan vera ein lang kamp.

## **Kva tek pasientane og brukarane opp, og kva gjer vi med henvendelsane?**

Kortversjonen er at dei tek kontakt med kontoret vårt for å få informasjon om hvilke pasientrettar dei har, om deira oppleving er i samsvar med dei reglane som gjeld og for å få råd om kva dei konkret kan og bør gjera i sin eigen sak.

Det er fortsatt slik at det er eit stort informasjonsbehov der ute, og ombodskontora gjer nok ein viktig jobb for helsetenestene ved å bidra med rett informasjon. Det er imidlertid ikkje alltid ein kjem i mål med å referere til kva som står i dei enkelte lovbestemmelsane, ikkje sjeldan må vi også seia at det er lov å bruke vetet og tenkja sjølv. Dei ansatte i helsetenesta må ikkje bli paragrafryttarar utan evne til å gjera individuelle tilpasningar, der det er det som skal til for at vi skal hjelpe pasienten på best muleg måte.

Det er fortsatt slik at det er Pasientskade/komplikasjon som er den registreringsgrunnen som er hyppigast i bruk, 28% av sakene innan spesialisthelsetenesta har denne registreringa. Det må her presiserast at dette er det som blir registrert når dei tek kontakt, det er ikkje slik at det blir søkt om erstatning i alle desse sakene. Nærmare gjennomgang av hendingane kan vise at det pasienten opplever som ein skade, kanskje ikkje er av ein slik karakter at ein kan seia at har skjedd ein svikt under ytinga av helsehjelpa. Vi bistår mange med å søke om erstatning frå NPE, vi er ofte kopiadressat i saken, men pasient eller pårørande må sjølve vera erstatningssøklarar. Vi opplever det både som nyttig for erstatningssøklarane, og samtidig lærerikt for oss ved kontoret, å følgja saken fram til vedtak. Ingen saker er like, men lærdom frå lignande saker er alltid nyttig i nye saker.

Det er ellers pasientar og brukarar som fortel om konkrete enkeltopplevingsar som dei vil ha hjelp til å få påklaga til rette vedkomande. Dette kan vera opplevingsar i sjukehus, på sjukeheimar, i forhold til heimesjukepleien, fastlegen, pasientreiser eller andre tenesteytarar. Felles for desse er at vi då bistår med å få oversendt ei skriftleg klage, anten til den tenesteytaren det gjeld eller til Fylkesmannen dersom det er meir alvorlege hendingar som er tema.

Vi deltek òg i ulike møter mellom pasientar, brukarar og tenesteytarar. I forhold til dei kommunale helse- og omsorgstenestene kan dette til dømes vera i forhold til dei som opplever at dei ikkje får den bistanden frå kommuna som dei meiner dei både har behov for, og er berettiga til. I slike saker er det gjerne påkrevd med deltaking i fleire møter, det er ikkje lett å klare å få til forpliktande avtaler som blir fulgt opp vidare etter berre eitt møte. Dette er såleis tidkrevande saker.

I forhold til spesialisthelsetenesta deltek vi også i slike møte, men då er det gjerne det vi kan kalle for oppklarande møte der vi gjennomgår ei konkret hending. Det er dessverre ikkje alltid at pårørande opplever at den helsehjelpa pasienten fekk ved livets slutt vart slik som dei skulle ynskt, dette er då ei tilleggsbelastning for dei som har mista ein av sine. I slike tilfelle kan det vera nyttig for dei etterlatte å få eit møte med det involverte helsepersonellet, i slike høve kan det vera rom for den orsakinga mange etterspør. God og direkte dialog med pårørande er av stor betydning i all helseteneste.

Vi bistår naturleg nok pasientar med å påklage ulike vedtak. Det kan til dømes vera at dei ikkje har fått rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetenesta, at dei har fått avslag på søknaden om langtids plass i sjukeheim eller avslag på andre omsøkte tenester. Dessverre foreligg det ikkje alltid skriftlege vedtak, og då uteblir også informasjonen om klageretten.

Ikkje sjeldan må vi be dei som tek kontakt om å be kommuna om å få eit skriftleg vedtak, her er det eit forbetringspotensiale hjå tenesteytarane.

Felles for dei fleste som tek kontakt etter ei uheldig oppleving er at dei ikkje gjer det for sin eigen del, dei vil bidra til det ikkje skal skje igjen. Andre må få sleppe å oppleve lignande.

### **Samhandlingsreformen**

Vi blir stadig spurde om konsekvensane av denne reformen, og i den seinare tida synes det som om det er kommunar som har fått eit større behov for sjukeheimsplassar enn det dei har planlagt for. Dette gjer at vi høyrer om eldre pasientar som har havna på sjukehuset etter fallskader, eller fordi dei er så reduserte på grunn av manglande næringsinntak, som kommunane ikkje har kapasitet til å gje heildøgns omsorg etter utskrivinga, heller ikkje korttidsplass. Når dette skjer blir det gjerne skapt det som kallast for ein «svingdørspasient», på den måten at pasienten vært innlagd i sjukehuset att etter kort tid heime. Dette er ikkje akseptabelt. Det er lite omsorgsfullt og slettes ikkje verdig at pasientar med svært høg alder skal bli behandla på denne måten. I slike tilfelle drøymmer vi nokon gonger om at sjukehuset omgjer sin avgjerd om at pasienten er utskrivningsklar, for elles byrjar «taksameteret» å gå. Dersom det er slik at årsaken til kontakt er at ein meiner pasienten ikkje er utskrivningsklar tek vi kontakt direkte med aktuell avdeling, mykje kan då bli løyst ved dialog og rett informasjon til dei involverte.

### **Samhandling mellom helseforetaka**

Det er fortsatt slik at det kan vera eit risikoprojekt dersom ein pasient skal ha behandling ved fleire sjukehus for sin sjukdom. Risikoprojekt på den måten at det ikkje alltid er avklart kven som skal ha oppfølgingsansvaret, og då kan det leie til forseinkingar i forhold til den vidare behandlinga. Dei nye Pakkeforløpa som nå er under innføring i forhold til kreftbehandling vil forhåpentlegvis gjera stor forskjell her.

Det er dessverre fortsatt slik at vi har saker der pasientar opplever at utgreiinga ved lokalsjukehuset tar lang tid, og i nokre tilfelle kjem dei heller ikkje i mål. Pasientane kan ha forståing for at det ikkje er alt som kan løysast lokalt, men dei reagerer på at det kan synes som om terskelen for å innrømme at det faktisk er nødvendig med henvisning til meir spesialisert behandling, er alt for høg. Vi høyrer gjentakne gonger at pasientane og deira pårørande fortel at dei har bedt om å bli sendt vidare lenge før sjukehuset tar tak og faktisk gjer dette. Ord som «*pasientmedvirkning*» og «*fornya vurdering*» verkar nesten å vera framandord i denne samanhengen.

### **«Pårørandeoppgåver»**

Frå pårørande til eldre og ofte hjelpetrengande pasientar har vi fleire gonger fått høyra at dei av helsepersonell blir presentert for «*pårørandeoppgåver*». Det kan til dømes vera at ein sjukeheimsbebuar med behov for ledsager skal til undersøking i eit sjukehus, då er det pårørande som har fått beskjed om at det er ei «*pårørandeoppgåve*» å fylgja pasienten, «*vi har ikkje anledning til dette*» seier dei ansatte. Presentert på denne måten strekker pårørande seg langt i å bistå pasientane i slike tilfelle, og dei som ikkje har anledning opplever at dei sviktar sine kjære.

Det er ikkje slik at pårørande har ei plikt til å bistå ved slike høve. Når ein bebuar betaler for langtidsplass i sjukeheim er det dei ansatte der som skal syte for at pasientens grunnleggande behov blir ivaretekne, ei undersøking i sjukehus må kunne seiast å falle inn under dette. Det skal ikkje vera slik at kommunane budsjetterer med lågare bemanning av di dei veit at pårørande alltid stiller opp. Pårørandes innsats er og blir eit friviljug arbeid, også i eldreomsorgen.

### **Informasjon og kommunikasjon**

Dette er tema ein ikkje kan unnlate å nemne i ei slik årsmelding. Pasientane må få rett informasjon om sin tilstand og aktuell behandling, då blir dei trygge og kan få eit godt behandlingsforløp. Dette krevjer at helsepersonell også har rett informasjon slik at pasientane ikkje endar opp i ein runddans av henvisningar til ulike behandlingsstader med stadig aukande frustrasjon som resultat. Vi har hatt eit døme på dette i 2014 i forhold til MRI undersøkingar av pasientar med MRI kompatible pacemakerar. Vi har fremma saken overfor Helse Vest RHF og venter på tilbakemelding på klare retningslinjer slik at alle involverte kan bli orienterte om kva som skal vera rett framgangsmåte. Slik saken står i dag er det ikkje å forventa at legane kan ha denne oversikta, aktuell sak har garantert vore ein tidstjuv. Aktuell pasient fekk si undersøking ved OUS.

### **Pasientar må krevje svar**

Vi får dessverre fortsatt saker der pasientar ikkje har fått informasjon om alvorlege diagnosar til rett tid. Det er dessverre slik at den gamle frasen om at *«dersom du ikkje høyrer noko, så er alt bra»* fortsatt er i bruk. Ombodet fekk sjølv denne tilbakemeldinga då ho etterlyste eit prøvesvar, vedkommande fekk klar tilbakemelding om at dette var feil svar, i klare ordelag. Ombodet meiner ikkje med dette å skremme pasientane, men vår erfaring viser at det er behov for at pasientane sjølve tar ansvar her. Det siste dømet på ein slik sak viste at CT-svaret, som gav klar mistanke om kreft med spreiding, ikkje vart lese av fastlegen før etter 7 månader. Pasienten, som ikkje var informert om at det forelå mistanke om kreft, tenkte som så at *«om eg ikkje høyrer noko, er sikkert alt fint»*. Dessverre var så ikkje tilfelle.

### **Ris og ros**

Vi høyrer sjølv sagt også om positive ting i vår dialog med pasientar, brukarar og pårørande, seinast i forrige veke sa ei pasient at *«sjukepleiarane er nokre englar»*. Dette likar vi å høyre.

I andre tilfelle er det slik at vi får høyre historier om at ansatte i helsetenesten er lite profesjonelle i forhold til å møte pasientar og pårørande som tek kontakt med spørsmål eller tilbakemeldingar. Nokon opplever at dei nesten blir kjefta på. Pasientopplevelsen blir så mykje betre viss ein heller blir møtt med eit smil og velvilje, det er tillitskapande.

### **Avslutning**

Pasient-og brukarombodet er i løpet av året i møter med dei ulike helseføretaka, brukarutvalga og mange ulike pasientforeningar. Vi er også ute i kommunane, men ikkje i så stor grad som vi skulle ynskje. Dette vil vi fortsatt prøve å prioritere i 2015, vi lovar at den fyrste kommuna som inviterer oss etter å ha lese dette vil få snarlig besøk.

Nasjonal årsmelding for landets pasient-og brukarombod : [www.pasientogbrukerombudet.no](http://www.pasientogbrukerombudet.no)



**Pasient-og brukarombudet i Rogaland**

Postboks 8100, 4068 Stavanger

Telefon: 95 33 50 50

E-post: [rogaland@pasientogbrukerombudet.no](mailto:rogaland@pasientogbrukerombudet.no)

[www.pasientogbrukerombudet.no](http://www.pasientogbrukerombudet.no)