

# ÅRSMELDING 2019

## PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I VESTFOLD



## Ombudet har ordet

---

Pasient- og brukerombudet i Vestfold er ett av landets 15 pasient- og brukerombudskontor. Vi representerer en lokal ombudsordning med god lokal kjennskap til tjenestene. Selv om Vestfold og Telemark nå er blitt ett felles fylke, skal nåværende ordning med lokale ombud videreføres, med kontor både i Vestfold (Tønsberg) og Telemark (Skien).

Denne årsmeldingen konsentrerer seg om virksomheten i Vestfold gjennom 2019. Det utarbeides en felles årsmelding for samtlige pasient- og brukerombudskontor, og denne følger vedlagt bakerst.

Gjennom 2019 registrerte landets ombudskontor samlet sett omtrent 15.000 henvendelser. 1007 av disse kom til ombudskontoret i Vestfold. I våre henvendelser fra pasienter, brukere og pårørende, er det viktigheten av å bli møtt på en omsorgsfull måte, bli lyttet til, motta god informasjon, bli gitt muligheten til å ta del i valg av behandlingsalternativer, bli behandlet av kompetente folk, ha faste kontaktpersoner og bli vist åpenhet dersom uønskede hendelse skjer, som er gjennomgangstema. Pasienter, brukere og pårørende som kontakter oss har ofte erfaringer hvor disse grunnleggende elementene ikke er på plass. Da utfordres tilliten.

Vi vet at det gjøres mye godt arbeid hver eneste dag i vår helse- og omsorgstjeneste. Vi vet at de aller fleste har de beste intensjoner om å gi god og omsorgsfull hjelp på riktig måte og til riktig tid, men noen ganger er tiden for knapp, ressursene for marginale, kunnskapen for liten og systemene for dårlige. Som pasient- og brukerombud kan vi ha forståelse for dette, men det er vår oppgave å si fra, fortelle om erfaringene og fremføre pasient- og brukerperspektivet.

Årsmeldingens innhold er ikke en tilstandsrapport for helse- og omsorgstjenestene i Vestfold. Vi har svært få henvendelser sammenlignet med det store antall treffpunkter mellom tjenestene og pasienter, brukere og pårørende. Like fullt håper vi at de erfaringene som her formidles kan benyttes til refleksjon og forbedring. De representerer opplevd kvalitet. Vi både ønsker og forventer at tjenestene er interessert i disse.

I vårt arbeid skal vi ha et «utenfra-blikk» på tjenestene og bidra med innspill til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Vi skal være tjenestenes "kritiske venn". God lesning!

Tønsberg 20. februar 2020

Torunn Grinvoll, Pasient- og brukerombud i Vestfold



## Innhold

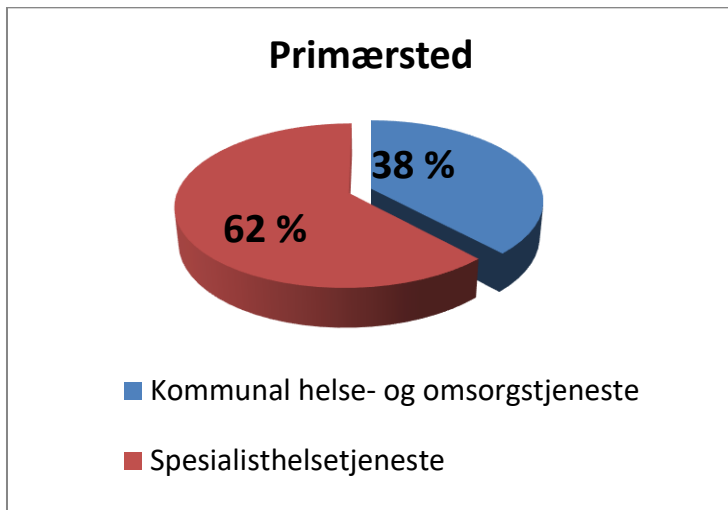
---

<b><i>Ombudet har ordet</i></b>	<b>2</b>
Antall henvendelser til ombudet - årsaker til at ombudet kontaktes	4
Arbeid med enkeltsaker	5
Arbeidet med å få til kvalitetsforbedringer i tjenestene – kontakt med tjenestene	6
Utadrettet virksomhet	7
Utekontor i Vestfoldbyene .....	7
Annet informasjonsarbeid – samarbeid med andre .....	7
<b><i>Spesialisthelsetjenesten</i></b>	<b>8</b>
Informasjon ved utskrivelse	8
Noen særlige forhold	9
Korridorpasienter – satellittpasienter – utlokaliserte senger .....	9
Radiologi.....	9
Gastroseksjonen .....	10
Lungeavdelingen .....	10
Kontaktlege .....	11
Informasjon om pasientrettigheter	12
Fritt behandlingsvalg.....	12
Informasjon om fristbrudd .....	13
Klagesaksbehandlingen	13
<b><i>De kommunale helse- og omsorgstjenestene</i></b>	<b>18</b>
Fastleger .....	18
Individuell plan (IP) .....	19
Helsetjenester i hjemmet .....	19
Sykehjem .....	19
Kommunens kjøp av tjenester fra private aktører – plikten til å følge opp	20
<b><i>Felles fokusområde for samtlige pasient- og brukerombudskontor</i></b>	<b>20</b>
<b><i>Ombudet ønsket informasjon om enkelte pålagte tjenestetilbud i kommunen</i></b>	<b>21</b>
Kommunens døgntilbud til pasienter med psykisk helse og / eller rusproblematikk	21
Psykososiale tiltak ved kriser – etablering, fungering og kjennskap til disse	21
<b><i>Tilsyns- og klageinstansene</i></b>	<b>22</b>
<b><i>En anbefaling – Fire gode vaner</i></b>	<b>23</b>
<b>VEDLEGG –</b>	<b>26</b>
<b><i>Nasjonal årsmelding for 2019</i></b>	<b>26</b>

## Antall henvendelser til ombudet - årsaker til at ombudet kontaktes

Det ble totalt registrert 1007 henvendelser i 2019. I en og samme henvendelse kan det bli registrert flere behandlingssteder og problemstillinger.

Figur 1



Som tidligere mottar vi flest henvendelser som gjelder spesialisthelsetjenesten, og færre henvendelser som gjelder de kommunale helse- og omsorgstjenestene, se figur 1.

Når det gjelder årsak til henvendelse er det fortsatt langt flere som tar opp hvordan tjenestene erfares (kvaliteten på tjenestene), enn de som klager på manglende oppfyllelse av rettigheter.

Figur 2



Utgangspunktet for vår registrering bygger på saksfremstillingen til den som tar kontakt. I en del saker vil det være behov for vår bistand til å avklare og avgrense sakens problemstillinger, som grunnlag for registrering av saken.

58 prosent av henvendelsene var knyttet til utførelsen av tjenesten, misnøye med tjenestestedet. Pasient, bruker eller pårørende opplevde at tjenestene ikke var forsvarlige eller utført omsorgsfullt, eller det ble stilte spørsmål om tjenestene var utført i samsvar med god praksis. Det ble da blant annet vist til påført skade, mangelfull informasjon, mangelfulle henvisninger, språkproblemer, dårlig oppfølging eller lite omsorgsfull hjelp.

25 prosent av henvendelsene var knyttet til rettigheter, både spørsmål om konkrete rettigheter og anført brudd på pasient- og brukerrettigheter. Eksempler kan være avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn i journal, eller at retten til medvirkning og informasjon for pasienter og brukere ikke er overholdt.

17 prosent av henvendelsene identifiserte vi som svikt i systemer som er laget for å ivareta pasientsikkerhet og flyt i pasientbehandling. Henvendelsene gjaldt tjenestestedets organisering og rutiner, for eksempel mangelfull tilgjengelighet, venting, samhandling mellom etater, saksbehandlingstid eller annen rot og sommel i saksbehandlingen.

Mangelfull eller dårlig informasjon går igjen i svært mange henvendelser; år etter år. God og hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell og de som mottar tjenestene, inkludert deres pårørende, er helt avgjørende for pasientsikkerheten.

Vi mener at våre erfaringer peker på områder som bør og kan forbedres. Vi mener langt flere burde gi tilbakemeldinger, ta opp sine negative erfaringer, fordi vi har tro på at det nytter. Klager og spørsmål kan føre til forbedringer. Hvis de brukes.

## Arbeid med enkeltsaker

Ombudene er viktige mottakere og formidlere av pasient- og brukeropplevelser. Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestestedene.

Enhver kan henvende seg til ombudet. De som tar kontakt er pasienter, brukere, pårørende eller ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det er mulig å ta kontakt anonymt, og tjenesten er gratis. Ombudene skal være et tilgjengelig lavterskeltilbud for de som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager i tilknytning til helse- og omsorgstjenestetilbudene.

Vi har også anledning til å avvise saker.

Ombudene vektlegger møtene ansikt til ansikt. Bistanden går ofte ut på å lytte, stille spørsmål, gi informasjon om muligheter, hjelpe til å sortere og gi råd. Dersom det er grunnlag for å gå videre med saken, skjer det i samarbeid med pasienten. Alternativene vil ofte være ett eller flere av disse:

- ta opp saken direkte med tjenestestedet, gi tilbakemelding eller be om et dialogmøte
- klage til fylkesmannen
- søke erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning

Noen ønsker å kontakte tjenestestedet og formidle sine erfaringer, fremføre en klage eller gi en tilbakemelding. I en del saker bistår ombudene med å etablere kontakt med tjenesteyter, og ombudet kan også delta i møter. Hensikten er at pasienten eller brukeren skal få en mulighet til å formidle sine erfaringer, få muligheten til å stille spørsmål, kanskje få en beklagelse, oppleve seg forstått og muligens få gjenopprettet tilliten. Ombudet er da med og bereder grunnen for en god dialog. Vi omtaler disse møtene som **dialogmøter**.

Erfaringsvis har slike møter stor betydning for pasienter, brukere og pårørende, og begge parter kan oppnå en større forståelse og mulig læring. Et vellykket møte kan også resultere i at saker kommer inn på «rett spor» og gi grunnlag for at saken ikke føres over på andre arenaer, men løses gjennom møtet. Vi erfarer at tjenestene er positive til slike møter, fremfor tidvis mer tidkrevende og dels utmattende skriftlig korrespondanse. Tjenesten selv har også tatt initiativ til slike møter, og ønsket ombudets deltakelse i disse.

I disse møtene er det ofte ombudet som leder samtalene. Hensikten med slike møter er da å ha en dialog; ikke en diskusjon, hvor partene i større grad vil kunne være opptatt av å forsvare eget ståsted.

En viktig suksessfaktor ved disse møtene er at noen fra ledelsen også er til stede.

### **Arbeidet med å få til kvalitetsforbedringer i tjenestene – kontakt med tjenestene**

Vi har hyppig kontakt med ansatte på tjenestestedene for å løse saker. Den pasient- og brukererfaring som sakene representerer, gir et godt grunnlag for å gi innspill til tjenestestedene på hvordan tjenestene kan forbedres. Virksomhetene har også selv et ansvar for å etterspørre hvordan deres tjenester erfarer. Således er vi viktige leverandører av pasient- og brukererfaringer. Vi gir tilbakemeldinger innenfor det aktuelle tjenesteområdet, og blir benyttet som rådgivere med et «utenfra-blikk».

Vi møter ledelsen ved Sykehuset i Vestfold jevnlig, er til stede i sykehusets styremøter, i sykehusets brukerutvalg og hovedkvalitetsutvalg. Vi har også hatt møte med sykehusets ungdomsråd. I sykehusets utvalg er vi gitt muligheten til å sette saker på dagsorden, få informasjon, samt møte sentrale ansatte ved sykehuset. Vi har også faste treffpunkter med ledelsen ved sykehuset. Vi gis mulighet til å presenterer hovedpunktene i årsmeldingen for sykehusets styre.

Vi har møter med kommunal ledelse, administrative og politisk. Tilsvarende har vi faste møter med Fylkesmannen i Vestfold og Telemark og med Norsk pasientskadeerstatning sentralt. Vi har også kontaktpunkter med blant annet FFO Vestfold, Pensjonistforbundet i Vestfold, Vestfold Eldreråd m.fl. Vår erfaring er at disse møtene bidrar til gjensidig kjennskap og nyttig kunnskapsdeling. Den lokale kjennskapen vi har til de lokale tjenestene er av stor verdi, både i forhold til systemene og kontaktnett.

Ombudenes samlede erfaringer benyttes i den årlige meldingen til Stortinget om Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Vi bidrar også med høringsuttalelser innen vårt arbeidsområde. Stortingspolitikere får informasjon om våre erfaringer, både ved ombudenes deltakelse i høringer på Stortinget og i direkte kontakt.

## Utadrettet virksomhet

Som ombud arbeider vi aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter og om ombudsordningen. Vi holder foredrag og gir informasjon for brukerorganisasjoner, ansatte på sykehus og i kommunale tjenester, studenter, elever, kommunale råd, pensjonistforeninger, politiske og administrative utvalg. I den utadrettede virksomheten får vi mye kunnskap om hvordan tjenestene erfares. Vi benyttes som foredragsholdere på møter, kurs og konferanser.

## Utekontor i Vestfoldbyene

Også i 2019 har vi praktisert «utekontor» i byene Holmestrand, Horten, Sandefjord og Larvik noen dager i halvåret. «Utekontor» er i praksis å være til stede på et tilgjengelig sted i byen. Vi har vært på bibliotek, på aktivitetssenter, sykehjem og medisinsk senter. Pr d.d. erfarer vi at utekontoret i Sandefjord, lokalisert i Sandefjord Medisinske senter, kanskje er det sted hvor vi har lykkes best.

Vi er takknemlige for at kommunene er behjelpelige med å tilrettelegge dette for oss, samt bistår med å publisere når vi kommer og hvor vi kan treffes. I tillegg publiserer vi disse utekontor-dagene på egen Facebook-side.

Bruk av utekontor er et tiltak vi benytter for å øke det stedlige nærværet i flere kommuner. Vi vil videreføre dette i 2020, om enn i begrenset grad.

## Annet informasjonsarbeid – samarbeid med andre

Også i 2019 har vi hatt en spalte i flere av fylkets lokale aviser med «spørsmål-og-svar». Her belyses sentrale og kjente problemstillinger fra vår virksomhet. Denne form for «folkeopplysning» er med på å synliggjøre spørsmål innenfor helsefeltet, og kan bidra til større kjennskap til reglene hos den enkelte. Vi er takknemlige for at lokalavisene har funnet plass til dette, og håper dette kan videreføres. Temaer som har vært belyst i løpet av 2019 er disse:

- «Rett til individuell plan»
- «Du har rett til kontaktlege»
- «Ligge på korridor på sykehus – er det greit?»
- «Om utskrivelse fra sykehus»
- «Lærer man av tilbakemeldingene?»

Vi har hatt kronikker/kommentarer i lokalavisene, som:

- "For syk for fastlegen, for frisk for spesialisthelsetjenesten"
- "Gjør vi nok og gjør vi det riktige?"

Vi har hatt kontakt med stortingspolitikere fra Vestfold. To av Vestfolds nå syv stortingsrepresentanter er plassert i helse- og omsorgskomiteen, hvilket gjør det ytterligere interessant med en kunnskapsdeling og dialog.

I august deltok ombudet under Arendalsuka (arrangement, en politisk møteplass) hvor pasient- og brukerombudene hadde eget arrangement og stand.

## Spesialisthelsetjenesten

---

Fortsatt mottar vi flest henvendelser om spesialisthelsetjenesten. En del av de som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten vil være henvist til bruk av flere sykehus som en del av sitt behandlingsforløp. For 2019 registrerte vi 482 saker som gjaldt spesialisthelsetjenesten, hvorav 397 av disse gjaldt Sykehuset i Vestfold. Antall henvendelser til ombudet er lite, sett opp mot at Sykehuset i Vestfold f.eks. for 2018 hadde ca 385.000 polikliniske konsultasjoner (kilde: Årlig melding 2018).

For Sykehuset i Vestfold ble det registrert flest saker som gjaldt kirurgi, psykisk helsevern og indremedisin.

Årsakene til henvendelsene dreide seg ofte om misnøye eller uklarheter ved utførelsen av tjenesten, slik som anført pasientskade, behandlingstiltak, informasjon og kommunikasjon, medvirkning, diagnoseproblematikk, rett til helsehjelp, ventetid, journalføring, brudd på taushetsplikt, medikasjon m.fl.

Samhandlingsutfordringer går igjen i sakene våre, det gjelder samhandling internt i sykehus og mellom sykehusene, men det gjelder også i samhandling med kommunene. En del tar kontakt og er bekymret over hva de opplever som for tidlig utskriving fra sykehus og mangelfullt tilbud i kommunen.

Pårørende forteller om skrøpelige eldre som flyttes rundt; fra hjemmet til sykehus, til ulike kommunale tilbud og hjem igjen, og kanskje ny sykehusinnleggelse. Pårørende blir fortvilet og utrygge, og gir beskrivelser av engstelige og dels forvirrede pasienter i et lite sømløst forløp.

Det nå er et spennende prosjekt på gang om de skrøpelige multisyke, et prosjekt i regi av Sykehuset i Vestfold, i samarbeid med kommunene. Et prosjekt hvor man søker bedre ivaretagelse av de multisyke, de som ofte er ut og inn av sykehus, pasienter som står i fare for å utvikle eller har utviklet skrøpelighet. I dette prosjektet har man fokus på pasienten i behandlingsskjeden, hvor kommune og sykehus må samhandle.

### Informasjon ved utskrivelse

Ombudskontoret mottar henvendelser fra pasienter og pårørende som gjelder utskrivelser fra sykehuset. Henvendelsene omhandler i hovedsak mangelfull informasjon ved utskrivelse og at pasientene er for syke til å skrives ut.

Vi har flere henvendelser fra pasienter og pårørende hvor det tas opp at pasienten har vært svært syk ved utskrivning, og trengt reinnleggelse etter kort tid. Pasienter beskriver at sykehuset har hatt "hastverk" med å skrive de ut. Mangelfull informasjon om rekonvalesens og hvordan forholde seg etter utskrivelse kan føre til usikkerhet. Pasienter forteller at de blir overrasket og stiller spørsmål ved at de skrives ut samme dag/eller dagen etter en planlagt operasjon. Sykehuset viser til generelle rutiner og hva som er vanlig for de fleste pasienter når det gjelder tidspunktet for utskrivelse. Pasientene etterlyser individuelle vurderinger og



at alle pasienter ikke passer inn i et standardisert løp eller et "fast track" som sykehuset viser til.

En utskrivelse skal vurderes å være forsvarlig. For den enkelte pasient er det viktig med forutsigbarhet og at de er informert om hvilken behandling de tilbys, og varigheten av denne.

Som ombud er vi opptatt av at helsetjenesten prioriterer utskrivningssamtaler med pasientene og eventuelt pårørende, med god informasjon om hva som er gjort og hvordan man skal forholde seg etter utskrivelse. Det vil for mange pasienter være behov for dialog mellom spesialisthelsetjenesten og pasientens hjemkommune for å sikre at pasienten blir ivaretatt forsvarlig etter utskrivelse.

Ombudskontoret er kjent med at Sykehuset i Vestfold arbeider med å få på plass gode rutiner for utskrivningssamtaler. Det mener vi er en viktig og riktig prioritering, og ikke minst at rutinene etterleves.

Se for øvrig noe om samhandlingsutfordringer i den vedlagte felles årsmeldingen.

## **Noen særlige forhold**

### **Korridorpasienter – satellittpasienter – utlokaliserte senger**

Sykehusene skal i henhold til sine oppdragsdokumenter rapportere på antall korridorpasienter. Sykehuset i Vestfold har gjennom hele 2019 hatt mange korridorpasienter, noe som er svært uheldig både for pasienter og helsepersonell. Dette utfordrer god pasientbehandling, forhold til personvern, tilgang på WC/baderom etc. Vi erfarer at sykehuset har stort fokus på denne utfordringen, men dette synes ikke løst.

Vi omtalte denne utfordringen også i årsmeldingen for 2018.

Pasienter har rett til forsvarlig, omsorgsfull og verdig helsehjelp. Da skal ikke denne hjelpen gis til pasienter som ligger i korridor.

Det er også en kjent pasientsikkerhetsrisiko å ligge på annen avdeling enn der man ut fra sykdomsbildet er hjemmehørende; bruk av satellittsenger, utlokaliserte senger osv. I valget mellom korridorseng og satellittseng/utlokalisert seng, vil faktisk mange foretrekke å ligge på korridor fremfor «feil avdeling».

## **Radiologi**

I 2018 mottok vårt kontor en rekke klager fra pasienter gjeldende oppfølging ved Sykehuset i Vestfold og lang ventetid fra røntgenundersøkelse ble tatt til resultat ble formidlet til pasienten. Av den grunn rettet ombudet en henvendelse til radiologisk avdeling ved Sykehuset i Vestfold. I svaret fra sykehuset fremgikk det at radiologisk avdeling arbeidet med å redusere svartiden.

Gjennom henvendelser i 2019 viser det seg at det fortsatt tar lang tid før henvisende lege mottar svar på radiologiske undersøkelser. Dette dreier seg særlig om CT og MR-undersøkelser. Noen av henvendelsene gjelder pasienter som er under utredning eller behandling for kreft – pasienter som antas gitt høy prioritert.

Eksempel:

*Pasient skulle til kontroll for å evaluere effekt av kreftbehandling. CT ble tatt tre uker før pasienten skulle til konsultasjon med lege i onkologisk avdeling. Dagen før samtalen ringte en ansatt fra sykehuset og informerte om at konsultasjonen måtte utsettes, fordi bildene ikke var vurdert av radiolog. Pasienten fortalte at dette hadde skjedd også tidligere, og var en stor påkjenning. Hun var bekymret for at eventuelle nødvendige endringer i behandlingen kunne bli forsinket fordi hun måtte vente opptil 3-4 uker før resultater fra røntgenundersøkelser var klare.*

### Gastroseksjonen

Som tidligere år har vi mange saker knyttet til mage/tarmavdelingene (gastro), både i kirurgisk og medisinsk klinikk ved Sykehuset i Vestfold. Årsakene til at pasienter og pårørende tar kontakt med vårt kontor er mange. De hyppigste klagegrunnene er mangelfull informasjon, at man ikke gis mulighet til å medvirke ved planlegging eller gjennomføring av helsehjelpen, ventetid, tidlig utskrivning, spørsmål om diagnostisering og fravær av kontaktlege. Vi mottar også klager på helsepersonells oppførsel og mangel på omsorgsfull hjelp.

Når det gjelder ventetid klages det på at det tar lang tid for å få en innleggelse eller time på sykehuset. Pasienter får etter vurdering av lege inntrykk av at det haster å bli satt opp til en operasjon eller komme til en undersøkelse eller kontroll. Når de kontakter sykehuset fordi de ikke mottar innkalling, får de ofte som svar at det ikke er noen ledig time, de må bare vente. I årsmeldingen for 2018 skrev vi om noen bekymringer, blant annet: *"uttalelser fra ansatte om at det ikke er mulig å sette opp timer i samsvar med det lege har informert pasient om. Pasienter har stilt spørsmål om hvem som prioriterer, er det legene eller de som setter opp lister for konsultasjon."*

Problemstillingen er fortsatt like aktuell.

### Lungeavdelingen

Vi har en rekke saker fra lungeavdelingen. Ofte er det pårørende som tar kontakt. Mange av sakene dreier seg om multisyke, eldre pasienter med gjentatte innleggelser. Avdelingen beskrives ofte som svært travel. Flere klager på mangel på omsorgsfull hjelp, og at de ikke føler seg trygge i avdelingen.

Tema som tas hyppigst opp er forsinket diagnose og behandling, at man ikke får tilstrekkelig informasjon eller anledning til medvirkning. Det klages på mangelfullt samarbeid i avdelingen, mellom ulike avdelinger på sykehuset, og med andre sykehus. Pårørende tar kontakt fordi de mener pasienter skrives ut for tidlig og flere forteller om hyppige reinnleggelser.

Eksempel:

*Pasienten tok rutinemessig røntgen av lungene før et kirurgisk inngrep. Tre måneder senere fikk han vite at man på røntgenbildene kunne se at han hadde kreft i lungene, flere steder. Dette var oppdaget ved vurdering av bildene, og sto beskrevet i journal få dager etter av bildene var tatt. Ingen hadde informert pasienten, eller fulgt opp dette. Kreften var aggressiv og pasienten tenker at forsinkelsen kan ha forringet hans mulighet til å bli frisk, eller forkortet hans liv. Pasienten klaget også på at lege omtalte sine kolleger på et annet sykehus på en svært negativ måte, da pasienten ville skifte behandlingssted.*

Eksempel:

*Eldre pasient var innlagt lungeavdelingen en rekke ganger de siste ukene hun levde. Pårørende tok kontakt med vårt kontor da de fant utskrivninger fra avdelingen uverdig. Utskrivning i helg gjorde at kommunen ikke fikk planlagt tilstrekkelig hjelp til pasienten. Pårørende mener alle utskrivningene og reinnleggelsene forringet pasientens siste leveuker.*

I årsmeldingen for 2018 omtalte vi lungeavdelingen, blant annet at ved kontakt med lungepoliklinikken, som det forøvrig er vanskelig å komme gjennom til, har det vært gitt uttalelser fra ansatte om at det ikke er mulig å sette opp timer i samsvar med det tidspunktet lege har informert pasient om. Resultert i usikkerhet, venting og uklarhet for pasienter.

Vi tok opp dette med ledelsen ved Sykehuset i Vestfold, som deretter har foretatt en gjennomgang av lungeseksjonens poliklinikk. Gjennomgangen har vist en del forbedringsområder, blant annet gjeldende planleggingshorisont, ferieavvikling m.m. Tiltak er iverksatt og det skal pr d.d. skal ha gitt bedre resultater på ventetider, noe som er bra.

Dette har vært presentert for sykehuset brukerutvalg og hovedkvalitetsutvalg, og det er nærliggende å anta at en slik gjennomgang også har overføringsverdi til andre seksjoner.

## Kontaktlege

Mange av pasientene har kroniske lidelser, gjentatte innleggelser og kontakter med andre i helsetjenesten. Pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten over en viss varighet, har rett til å få

oppnevnt kontaktlege. Mange pasienter forteller at de må forholde seg til en rekke leger, at det gis ulik informasjon, og pasientene at de selv må koordinere helsehjelpen.

Eksempel:

*"Jeg har gått til behandling og kontroll ved poliklinikk for kreftsykdommer i over et år. I løpet av de siste 15 månedene har jeg hatt kontakt med syv ulike leger. Avdelingen har beklaget at de ikke klarer å gjennomføre ordningen med kontaktlege. Etter å ha mottatt ny innkalling, der det fremkom at jeg skulle møte nok en ny lege, kontaktet jeg avdelingen. Til min overraskelse var det ikke noe problem å bytte til den legen jeg var hos ved forrige konsultasjon. Mitt inntrykk var at det ikke var noe system på å sette pasientene opp hos en fast behandler."*

Det kommer frem i en rekke saker at pasienten burde og skulle hatt kontaktlege, uten at dette er på plass. Hva skyldes dette? Pasientens lovfestede rett til å få kontaktlege synes i liten grad respektert. Hva er grunnen til det? Er det ikke realistisk å få det til, er det manglende kunnskap om at dette er en rettighet, er det ikke system for å ivareta retten?

## **Informasjon om pasientrettigheter**

Pasientene har en rekke pasientrettigheter. Det er viktig at pasientene kjenner sine rettigheter og at pasientene får god informasjon på forståelig vis om egne rettigheter.

### **Fritt behandlingsvalg**

Pasienters kunnskap om retten til å velge behandlingsvalg synes fortsatt varierende. Mange vet at det finnes mye informasjon på nettet, og andre tar kontakt med rådgiverne hos Fritt behandlingsvalg på tlf 800 41 004.

Pasienter som er rettighetsvurdert og vurdert være i behov av helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, har rett til fritt behandlingsvalg og kan velge hvor helsehjelpen skal ytes.

Eksempel:

*Pasient med kreftdiagnose mistet tillit til Sykehuset i Vestfold, da han skal ha fått forsinket informasjon om egen kreftdiagnose. Pasienten ønsket oppfølging av annet sykehus og ønsket å benytte seg av sin rett til fritt behandlingsvalg. Da pasienten tok opp at han ville følges opp av annet sykehus og ba om bistand med å oversende aktuell journal dit, skal han ha blitt frarådet dette. Pasienten ble informert om sykehuset pasienten ville bytte til ikke hadde nok kompetanse eller kapasitet til å behandle pasienten. Pasienten byttet allikevel, og følges nå opp av annet sykehus.*

## **Informasjon om fristbrudd**

I skriftlig svar på henvisning fikk pasient innkalling til time. Det skriftlige svaret inneholdt en rekke standardisert informasjon om egenandeler, transport osv. Mot slutten av det standardiserte brevet over flere sider fremkom det at pasientens individuelle behandlingsfrist var passert. Det vil si at det i det konkrete tilfellet ikke var tilbudt behandling til pasienten innen den fristen sykehuset er forpliktet til. Det fremkom ikke av brevet hvorvidt saken var meldt som fristbrudd. I pasientens korrespondanse med HELFO fremkom det at sykehuset ikke hadde meldt fristbrudd i saken. Sykehusets svar på saken er at deres erfaring er at de fleste pasienter ønsker å vente på å få time på sykehuset, og at det i saken var snakk om oversittet frist med bare noen dager.

Ombudskontoret deler pasientens syn om at pasientens rettigheter ikke kommer godt frem i det standardiserte brevet fra sykehuset. Saken skulle vært meldt som fristbrudd. Formidling av pasienters rettigheter bør klart fremkomme i sykehusets og Helse Sør-Øst sine standardiserte brev. Ombudskontoret vil ta opp dette som systemsak i 2020, da det er grunn til å tro at dette kan gjelde flere pasienter.

## **Klagesaksbehandlingen**

Vi har tidligere omtalt noen av våre erfaringer med klagesaksbehandlingen ved Sykehuset i Vestfold. Det er tidvis svært lang saksbehandlingstid og svært varierende kvalitet på svarene. Vi finner grunn til å nevne dette igjen.

Det er her viktig å sondre mellom klagesaksbehandling som gjelder behandling av ordinær rettighetsklage og de sakene hvor pasient eller pårørende skriver til sykehuset og fremfører klage eller synspunkter på kvaliteten. For rettighetsklager er det helt klare saksbehandlingsregler som skal følges, og tjenesten som har fattet det påklagede vedtaket, sykehuset, skal vurdere om vedtaket skal opprettholdes eller endres. Hvis klagen ikke fører til endring, skal tjenesten/sykehuset sørge for å sende klagen videre til overprøving hos fylkesmannen. Innenfor dette området ser vi behov for bedre kunnskapen om helselovgivning og øke forvaltningskompetansen.

Når det gjelder klager eller tilbakemeldinger på opplevd kvalitet, skal også disse henvendelsene besvares, og dette skal skje innen rimelig tid. Om det så bare gis informasjon om at mer utfyllende svar vil komme senere, vil det være god forvaltningsskikk. Dette må man kunne forvente at sykehuset klarer. Vi har erfart at det enkelte ganger tar måneder før man får svar på tilsendte brev. Dersom en misfornøyd pasient som har gitt en tilbakemelding på sin pasientopplevelse skal vente i måneder før sykehuset svarer, vil det ytterligere "fyre" oppunder misnøyen. Det må være mulig å unngå dette.

Eksempel:

*Etter mottatt behandling ved sykehuset hadde en pasient bedt om å få tilsendt epikrisen/journalen. Ifølge ham måtte han purre gjentatte ganger, før han mottok denne. Det skal da ha gått fem måneder siden han først ba om den. På vegne av pasient ble sykehuset tilskrevet medio mai. Pasient tok deretter kontakt med vårt kontor. På vegne av ham tilskrev vårt kontor sykehuset, og formidlet spørsmål og synspunkter som pasienten hadde i tilknytning til den mottatte behandlingen, og sykehuset ble anmodet om å gi sine kommentarer. Etter to skriftlige purringer fikk pasienten et skriftlig svar. Det hadde da gått 25 uker fra brevet ble sendt fra vårt kontor.*

Eksempel:

*Pasient og pårørende hadde spørsmål og synspunkter i tilknytning til mottatt behandling ved sykehuset, og dette ble formidlet i en skriftlig tilbakemelding. Sykehuset ble anmodet om å gi sine kommentarer.*

*Det kom ikke noe svar fra sykehuset til tross for purringer. Fem måneder etter at brevet var sendt kontakt vårt kontor sykehusets kvalitetsavdeling. Ikke lenge etter mottok pasient svarbrevet. Det var da gått nesten 9 måneder siden brevet var sendt sykehuset. Sykehuset svarbrev ble innledet slik:*

*"Vi må bare beklage at henvendelsen ikke har blitt besvart tidligere. Dette er feil i saksbehandlingen fra sykehusets side, og vi har ingen unnskyldninger for dette."*

Som ombud erkjennes at pasienter og pårørende kontakter sykehuset om "stort og smått". Det er ikke slik at "kunden (les: pasienten) alltid har rett". Men vi mener at sykehuset uansett må være interessert i hvordan deres tjeneste erfares. Da må de henvendelsene de mottar besvares. Vi forventer derfor at sykehuset svarer ut de mottatte tilbakemeldingene med en rimelig saksbehandlingstid og på en hensiktsmessig måte.

Sykehusenes svarbrev har ulik karakter og deres innholdsmessig kvalitet varierende, som:

*"Det vises til brev med klage på behandling. Lege AA har mottatt informasjon om saken og tatt det til etterretning"*

Eller:

*"Jeg takker for din henvendelse, som jeg har drøftet med behandlere ved avdelingen, og også tematisert på overlegemøte den...."*

Eller:

Pasient tilskrev sykehuset og klaget på den medisinskfaglige oppfølgingen, samt noe om en konkret leges opptreden. I svaret fra sykehuset står det:

*"... hvor det fremgår at du har følt at du har hatt en dårlig oppfølging ved avdeling XX. Vi håper at du har hatt en bedre opplevelse nå som du nettopp har vært innlagt."*

Eller:

En pårørende hadde reagert på dårlig hygieniske forhold på sengeposten, mangelfull informasjon ved utskriving, stilte spørsmål om det var tilstrekkelig bemanning. Svarbrevet som kom tre uker senere, ble innledet slik:

*"Vi har gjennomgått ditt brev med bekymring. Det er ikke slik standarden skal være. Du var pasient hos oss i et tidsrom med et høyt pasientbelegg og stort arbeidspress. Dette unnskylder ikke slurv og dårlige rutiner, men kan ha vært en medvirkende årsak. Hvert punkt i brevet er nøye gjennomgått, og følgende tiltak for forbedringer er og vil bli iverksatt:.....(og gitt nærmere konkretisering av tiltakene)...."*

Pårørende opplevde da at tilbakemeldingen faktisk førte til noen konkrete forbedringstiltak.

Sykehuset uttaler ofte i sine svarbrev at de er en "lærende organisasjon" hvor pasienter og pårørendes tilbakemeldinger er viktige. Dersom dette skal oppleves som troverdig, bør saksbehandlingen bli bedre og innholdet i svarbrevene bør kvalitetssikres.

Vi mener at tjenestene i større grad må bruke de konkrete klagesakene, tilsynsklagene og erstatningssakene som omhandler egen tjeneste til læring. Vi mener at det er grunnlag for å spørre tjenestene om de i tilstrekkelig grad gjør saker/eksempler kjent for læring for helsepersonell som yter helsehjelpen. Og de som har meldt avvik, får de informasjon om hva som gjøres?

Det følger av lovgivningen at tjenestene skal planlegge, utføre, kontrollere og korrigere sine aktiviteter for å sikre at krav som er fastsatt i lov og forskrift, og i virksomhetens egen internkontroll, ivaretas.

## **Psykisk helsehjelp – i spesialisthelsetjenesten og i kommunene**

Mange pasienter opplever at de får gode tjenester og at de er fornøyd med hjelpen de får, og at de har en god relasjon med tjenesteyterne. Vi erfarer at mange tjenesteytere strekker seg langt for at pasienten skal få et tilpasset tjenestetilbud, men fortsatt etterlyser flere større grad av brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenestene.

En pasient sier det slik:

*"Når jeg nå, etter vår samtale, igjen merker at jeg evner å se det litt mer utenfra, gjør jeg meg tanker om at psykiatrien i «alle» år har vært vant til å «drive med sitt» i fred, men at det nå på relativt kort tid tres over hodene deres krav og forventninger om transparens og brukermedvirkning. De har rett og slett sovet i timen og ikke skjønt at pasientgruppen nå er i ferd med å bli mye mer kompetent og med egne meninger enn de har vært vant til..."*

De fleste som henvender seg til oss vedrørende behandling innen psykiatrien er pårørende og pasienter med behov for å drøfte en generell bekymring for et sykt familiemedlem eller

sin egen situasjon. Det kan være vanskelig å vite hva man som pårørende kan bidra med og hvilke rettigheter man har. Det kan være komplisert å få oversikt over tilgjengelige tjenestetilbud i kommunen, eller man vet ikke hvordan man skal gå fram for å søke hjelp i spesialisthelsetjenesten.

Samarbeid og samhandling er hyppig nevnt i henvendelsene til oss. Det kan være samarbeid internt innen spesialisthelsetjenesten; tilfeller der pasientene har ulike utfordringer som krever at flere fagområder samarbeider, og hvor dette svikter. Det kan være at pasientene har både somatisk og psykisk sykdom og hvor den enkelte avdeling i sykehuset kun ser den ene delen av hjelpebehovet, og behandler denne, uten å samarbeide og se helheten. Ikke sjelden ser vi at pasienten i tillegg til psykisk sykdom også har utfordringer med hensyn til økonomi, bolig, familie, uten at det blir grepet fatt i dette og iverksatt nødvendige tiltak.

Vi erfarer også at samarbeid og samhandling utfordres i forbindelse med utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Ofte har tjenestene ikke tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenestetilbud, og de har ulike vurderinger av hjelpebehovet til pasienten, og hvilken instans som bør gi hjelp. Pasienten opplever seg som "kasteball" i systemet.

En pasient sier det slik: *"Kommunen og spesialisthelsetjenesten krangler om hvem som skal ha ansvaret for meg, og det vil jeg slippe og gjennomgå en gang til".*

Flere mener at mange blir for raskt utskrevet til kommunalt tjenestetilbud, og at det kommunale tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig eller blir iverksatt raskt nok. Ved tildeling av kommunale tjenester kan det ta tid før tjenestene iverksettes.

Det uttrykkes et stort behov for boliger med heldøgns bemanning.

Flere etterlyser en større fleksibilitet i både det kommunale tjenestetilbudet og i spesialisthelsetjenesten, særlig med tanke på tilgjengelighet, hva gjelder åpningstider, høytider, natt og helger.

Det er også slik at flere som har rett til behandling i spesialisthelsetjenesten opplever lang ventetid på konkrete avtaler, at behandlingen skjer lite planmessig og forutsigbart, at de må "passe" på å få avtaler selv, og at det er stor grad av utskiftninger av behandlingspersonell.

En pasient sier det slik: *"Igjen måtte jeg kontakte DPS flere ganger for å få en ny time, til slutt etter fire henvendelser fikk jeg innkalling til ny time. Jeg ble igjen mildt talt overrasket over at det igjen dreide seg om en utredningssamtale med ny behandler og ikke behandling".*

Vår kommentar: pasienten hadde fått fem ulike behandlere for sine fem avtaler i sitt pakkeforløp.

Vi mottar også henvendelser fra pasienter som ikke ønsker tjenestene eller behandlingstiltakene de er tilbudt, eller de kan være uenig i diagnosen som er satt.



Eksempel:

*Pasient med alvorlig psykisk lidelse gikk til poliklinisk oppfølging. Ved forverrelser ble hun innlagt ved distriktpsikiatrisk senter i noen dager. Pasienten sa ifra når hun opplevde sykdomsforverring, og tanker om å ta sitt liv ble påtrengende. Dette skjedde som regel to ganger i året. Frem til 2019 fungerte dette bra. Etter at pasienten ble henvist til døgnopphold på DPS våren 2019 var hun til samtale med psykiater. Hun fikk vite at etter omorganisering hadde avdelingen startet med en ny type behandling, og at hun ikke lenger kunne tilbys en innleggelse uten at hun ønsket den type terapi som avdelingen tilbød.*

Pasienten skrev i henvendelsen til vårt kontor:

*"De ville fremdeles ikke tilby meg det min psykiater og jeg mener er det beste for meg, og det som bevist fungerer. De mente at jeg måtte tilpasse meg deres tilbud, og jeg ble tilbudt plass hvis jeg gjorde dette. Jeg har hørt mye om at behandlingsapparatet skal tilpasse seg pasienten, men at det er pasienten som skal tilpasse seg hjelpeapparatet har jeg aldri hørt før?"*

Pasienten fikk informasjon om at hun måtte søke kommunen dersom hun ønsket et opphold for stabilisering av sin psykiske lidelse. Pasienten var i kontakt med ansatt i psykisk helseteam, som skal ha sagt at kommunen ikke hadde et slikt døgntilbud. Pasienten mente at hun uansett var i behov av spesialisthelsetjeneste i perioder med sykdomsforverring. Hun skrev:

*"Jeg kan ikke skjønne hvorfor jeg skal risikere å bli dårligere, og hvorfor det som er bevist fungerer for meg ikke kan tilbys lenger?..... Det hjelper lite å si at det er et kommunalt døgntilbud jeg trenger når det ikke finnes."*

Ombudet har mottatt flere lignende saker. Det synes som om det er mangelfull kontakt og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i disse sakene.

## De kommunale helse- og omsorgstjenestene

---

Det er endringer i kommunekartet, og det preger tjenestene, og hvordan disse organiseres.

I 2019 har vi registrert 382 problemstillinger knyttet til kommunal helse- og omsorgstjeneste i Vestfold. Hver sak kan omfatte flere behandlingssteder, for eksempel fastlege og legevakt, og inneholde flere problemstillinger.

Som tidligere mottar vi flest saker om fastlegene.

Antall henvendelser gjeldende de enkelte kommunene:

Kommune	2019	2018
Tønsberg	62	92
Sandefjord	82	69
Larvik	34	54
Horten	49	50
Færder	44	25
Holmestrand	18	17
Sande	9	9
Re	9	< 5

For Svelvik mottok vi færre enn 5 henvendelser

Her nevnes litt om noe av det som tas opp vedrørende tjenestene i kommunene. Noe mer generelt er å finne i ombudenes felles årsmelding, som er vedlagt sist i dokumentet.

### Fastleger

Ombudskontoret hadde 147 problemstillinger knyttet til fastlege. Dette utgjør ca. 38 % av de kommunale helse- og omsorgssakene ombudskontoret fikk i 2019. Pasientene tar hovedsakelig opp mangelfull behandling, uenighet vedrørende medisiner/behandlingstiltak, en undring om de følges opp tilstrekkelig, spørsmål vedrørende journal, egenandelsspørsmål og fastlegens oppførsel og opplevelsen av å ikke bli tatt på alvor.

Se mer om dette punktet i den felles årsmeldingen.

## Individuell plan (IP)

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Pasientens og brukerens mål skal være utgangspunkt for planen, som skal bidra til samordning og målretting av oppfølgingen. Fortsatt erfarer vi manglende vilje til utarbeidelse og bruk av IP blant ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Enkelte kommuner sier at de bruker ikke IP, men at de f.eks. tilbyr koordinator.

## Helsetjenester i hjemmet

I 2019 mottok vi 46 henvendelser gjeldende helsetjenester i hjemmet. 18 av disse gjaldt psykiske helsetjeneste (omtalt tidligere)

Saker som omhandler helsetjenester i hjemmet dreier seg om kvaliteten på tjenesten, samhandling med andre deler av tjenesteapparatet, ansattes kompetanse, at ansatte har liten tid når de er hos pasienten, at pasienten må forholde seg til et høyt antall ansatte/tjenesteytere, noe som kan føre til at det er vanskelig for ansatte å observere endringer i pasientens helsetilstand.

## Sykehjem

I 2019 mottok vi 71 henvendelser om sykehjem. Sakene gjaldt både rettigheter og misnøye med kvaliteten på tjenesten. Kvalitetsklagene omhandlet – som tidligere år – bemanningen, kompetanse, informasjon, faglig oppfølging, medisiner, omsorgsfull hjelp, og fravær av rehabilitering og aktiviteter.

Vi hører om store ulikheter mellom sykehjemmene når det gjelder kompetanse, fasiliteter, faglig tilnærming, ivaretagelse og respekt for den enkelte og deres behov i hverdagen. Vi hører om stadig utskifting av sykehjemslegene, og at de er for lite til stede. Det er liten kontinuitet i den medisinskfaglige behandlingen, og timene legene er på sykehjemmene er få. Mange pårørende ønsker å delta sammen med sine eldre ved konsultasjon hos sykehjemslegen.

Vi har flere eksempler på forsinket diagnostisering av brudd etter fall eller andre diagnoser, fordi det tar for lang tid før beboer blir undersøkt av lege og henvist til spesialisthelsetjenesten.

En pårørende sier det slik: *"Ektefelle er på rehabiliteringsopphold, men hun mottar ingen form for opptrening. Det er kun et opphold"*.

En pasient forteller: *"... forferdelig å være sammen med svært gamle og demente mennesker. Det er ikke rehabilitering, kun oppbevaring"*

## Eksempel

En pasient fikk erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning, fordi rehabiliteringen ved sykehjemmet ikke var forsvarlig. I vedtaket fremkommer: " Når det gjelder rehabiliteringen mener vi at den ikke har vært i tråd med god medisinsk praksis. Vi kan ikke se at man har vurdert hvilket rehabiliterings-potensiale hun hadde fortløpende, slik man burde gjort. Vi mener at dette har ført til at hun gikk glipp av muligheten til et noe bedre funksjonsnivå".

En pasient innlagt ved sykehjem fortalte at hun ved to tilfeller fikk utlevert feil medisiner " ... feil medisiner både i antall og farger. Pleier kom tilbake med riktige medisiner, men uten noen forklaring"

## Kommunens kjøp av tjenester fra private aktører – plikten til å følge opp

Kommunene velger noen ganger å kjøpe private tjenestetilbud for sine pasienter, og det kan være gode grunner for det. I de siste årene har vi imidlertid sett saker hvor kommuner har kjøpt tjenestetilbud fra private aktører, og hvor det har sviktet i kommunens oppfølging av kvaliteten i de kjøpte tiltakene. Vi vil her fremholde viktigheten av at kommunen kvalitetssikrer at tjenestetilbudet er forsvarlig, både ved avtaleinngåelse og ved den videre oppfølging. Dette er helt vesentlig, slik at ikke pasienten skal bli skadelidende.

## Felles fokusområde for samtlige pasient- og brukerombudskontor

---

Det ble besluttet at landets pasient- og brukerombud i 2019 skulle ha psykisk helsearbeid i kommunene som et særlig fokusområde. Ombudskontorene skulle ha fokus på de tjenestene kommunene gir/ikke gir/skulle gitt til pasienter/brukere med lidelser i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Vi i Vestfold har i løpet av året hatt intervjuer/samtaler med tjenesteytere i to kommuner og to døgnposter i spesialisthelsetjenesten, to pasienter, en erfaringskonsulent og fire brukerorganisasjoner. Det planlegges utarbeidet en egen rapport i løpet av året, med erfaringene fra samtlige ombudskontor i landet.

## Ombudet ønsket informasjon om enkelte pålagte tjenestetilbud i kommunen

---

### Kommunens døgntilbud til pasienter med psykisk helse og / eller rusproblematikk

Hensett til at ombudene i 2019 hadde særlig fokus på hvordan de kommunale tjenestene til pasienter, brukere og pårørende innen psykisk helse fungerte, ba vi kommunene i Vestfold om opplysninger vedrørende deres øyeblikkelig hjelp plasser (ØHD-plasser) for pasienter med psykisk helse og/eller rusproblematikk, hvor plassene var lokalisert, deres utnyttelse, hvilken kompetanse som var tilknyttet disse og kommunens vurdering av plassenes fungering.

Kommunene svarte på vår henvendelse og viste til at disse plassene var etablert og ble benyttet. Alle mente de hadde forsvarlige tilbud. Vi fant at kommunene syntes ha noe mindre oversikt over den konkrete bruken for pasienter innen psyk og rus, men hadde oversikt over den totale anvendelsen av ØHD plassene. Vi fant derfor ikke grunnlag for å utlede noe om bruken av disse særskilte plassene.

Dersom pasienter som sliter med psykiske vansker ikke har tilgang eller mulighet til å benytte sengeplasser i spesialisthelsetjenesten, vil det være disse kommunale ØHD plassene pasientene er henvist til ved behov for døgnoppfølging. Vi er derfor opptatt av hvilke erfaringer man gjør med bruken av disse plassene.

### Psykososiale tiltak ved kriser – etablering, fungering og kjennskap til disse

Med utgangspunkt i de mange sakene hvor vi er i kontakt med folk som har opplevd kriser, hendelser som selvmord eller annen brå og uventet død, synes etterlatte og pårørende å ha ulike erfaringer i forhold til hvordan de er fulgt opp, om det har vært noe kriseteam inne i bildet, og om de har mottatt noe tilbud om hjelp fra sin kommune. Vi ønsket da å få informasjon om dette fra kommunene i Vestfold.

Vi vektla viktigheten av at pårørende/etterlatte mottar et tilbud fra kommunen om samtale eller annen bistand når noe kritisk skjer, og det ble vist til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr 3 d, at kommunen skal tilby følgende:

*"hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, herunder psykososial beredskap og oppfølging".*

Det vises også til Helsedirektoratet sin veileder IS-2428 "Mestring, samhörighet og håp – veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer" se

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/psykososial-oppfolging-ved-ulykker-kriser-og-katastrofer>

Vi la til grunn at når slike kriser skjer, vil politiet være inne i bildet, og muligens være rette vedkommende for å melde fra til kommunen/legevakt, som derigjennom kan kontakte de etterlatte/pårørende og tilby samtaler eller annen bistand. Gjennom det vi hører fra folk som kontakter oss synes ikke dette alltid fungere slik.

Samtlige kommuner svarte på vår henvendelse, og viste til sine rutiner for dette. Det er vår oppfatning at kommunene har nedfelt skriftlige rutiner for dette, men at de muligens har ulik terskel for når de aktiviseres.

Vi håper at vi gjennom vår henvendelse har minnet kommunene på viktigheten av at dette følges opp. Rask og god ivaretagelse ved kriser, ulykker og katastrofer, må anses som viktig for den enkelte og trolig god samfunnsøkonomi.

## **Tilsyns- og klageinstansene**

---

Vårt ombudskontor har registrert økt saksbehandlingstid hos Fylkesmannen i Vestfold og Telemark. Dette har blitt formidlet til fylkesmannen, som selv har erkjent en uheldig utvikling i forbindelse med sammenslåingen av embetene. Det arbeides med å redusere denne saksbehandlingstiden. Vi er opptatt av at klagesakene skal behandles rettidig, og at ventetiden hos klageinstansen ikke skal oppleves uforholdsmessig lang. Vi vil følge med på dette, fordi klagesaksbehandlingen representerer en viktig rettssikkerhetsgaranti.

I de sakene hvor avgjørelsene kommer etter lang saksbehandlingstid kan man også stille spørsmål i forhold til læringsverdien for de tjenestedene tilsynet har vært rettet mot.

## En anbefaling – Fire gode vaner

---

I en årrekke har veldig mange av våre saker hatt mangelfull informasjon og kommunikasjon som et gjennomgående tema. Sykehuset i Vestfold, blant flere, har tatt i bruk et kommunikasjonsverktøy som kalles "Fire gode vaner". Dette er vi veldig positive til. Dersom disse gode vanene kan læres og integreres i helsepersonellens daglige arbeid, bør det føre til bedret pasient- og pårørende tilfredshet og færre klager som gjelder informasjon og kommunikasjon. Disse fire vanene er slik:

1. Invester i begynnelsen
2. Ta pasientens perspektiv
3. Vis empati
4. Invester i avslutningen

Svært mange av de henvendelsene vi mottar kan rubriseres under et eller flere av disse punktene. Vi har ofte fremholdt at dersom man "investerer i begynnelsen", lykkes med å etablere et tillitsforhold til pasient og pårørende, vil man kunne skape den nødvendige trygghet for å kunne gi omsorgsfull hjelp. Dette gjelder både som system og for det enkelte helsepersonell. Man vil erfaringsvis også ha en større tabbe-kvotest dersom det er etablert et godt tillitsforhold. Foruten en bevissthet hos det enkelte helsepersonell, må det også innenfor systemet være tilrettelagt for at dette kan gjøres. Nødvendigheten av at det settes av tid, er også et viktig element i dette.

Det er veldig viktig at helsepersonell evner å ta pasientens perspektiv og møter den enkelte med empati. Vi fremhever her viktigheten av at helsepersonell er seg bevisst at for pasienten og pårørende vil det enkelte møtet med helsetjenesten oppleves som særs viktig, mens helsepersonell kan stå i fare for å etterlate et inntrykk av at den enkelte pasient/pårørende bare er en pasient i rekken.

Ombudenes mangeårige anbefaling og arbeid for at pasienter skal tilbys utskrivningssamtale og få med seg epikrisen ved utskrivning, vil også være en et ledd i å "investere i avslutningen".

En gjennomgående etterlevelse av Fire gode vaner i hele helse- og omsorgstjenesten ville være et gode for pasienter, brukere og pårørende.



Årsmeldingene er tilgjengelige på pasient- og brukerombudenes hjemmeside, på plattformen til [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)

## Vi er tilgjengelige

- E-post: [vestfold@pasientogbrukerombudet.no](mailto:vestfold@pasientogbrukerombudet.no)
- Telefon **33 34 77 90** fra kl. 9:00 – 14:30 (mandag - fredag)

- Vi har besøksadresse midt i Tønsberg:  
**Storgaten 35, 3126 Tønsberg**  
(nederst på torget)

- Postadresse:  
**Pasient- og brukerombudet i Vestfold**  
**Postboks 212 Skøyen**  
**0213 Oslo**



 Pasient – og brukerombudet  
i Vestfold



# Pasientrettigheter

DETTE MÅ DU VITE

## § Rett til nødvendig helsehjelp

Jf. pbrl. § 2-1a og § 2-1b. Jf. hol. § 3-1.

Helsepersonell skal gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

## § Samtykke

Som hovedregel kan helsehjelp bare gis med pasientens samtykke. For å kunne samtykke må pasienten ha samtykkekompetanse. Jf. pbrl. § 4-1.

Helserettslig myndighetsalder er 16 år.

Helsepersonell har ansvaret for å foreta samtykkevurderingen.

## § Rett til medvirkning

Pasienten skal gis mulighet til å medvirke ved valg av tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Pasienten skal gis mulighet til å være med på utformingen av tjenestetilbudet. Pasienten skal bli hørt.

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Jf. pbrl. § 3-1.

Ved påført skade/alvorlige komplikasjoner, skal pasienten informeres om dette og om norsk pasientskadeerstatning, pasient- og brukerombudet og muligheten for å klage til Fylkesmannen.

## § Rett til informasjon

Pasienten skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal være tilpasset mottakeren. Jf. pbrl. § 3-2 og § 3-5.

Ved pasientens samtykke skal nærmeste pårørende ha informasjon, som nevnt over.

Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at mottakeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Helsepersonell skal skaffe tolk når nødvendig. Barn skal ikke være tolk.

## § Rett til innsyn i journal

Pasienten har som hovedregel rett til innsyn i hele sin journal. Innsynet gjelder også retten til å se loggen over hvem som har vært inne i journalen. Jf. pbrl. § 5-1.

Behandlingsinstitusjoner har egne rutiner for hvordan pasienten skal gå frem for å få kopi av journal.

## § Rett til fritt behandlingsvalg

Som hovedregel kan pasienten velge behandlingssted. Dette gjelder ikke ved øyeblikkelig hjelp. Jf. pbrl. § 2-4.

Kontoret for Fritt behandlingsvalg kan kontaktes på telefon 800 41 004.

## § Rett til kontaktlege

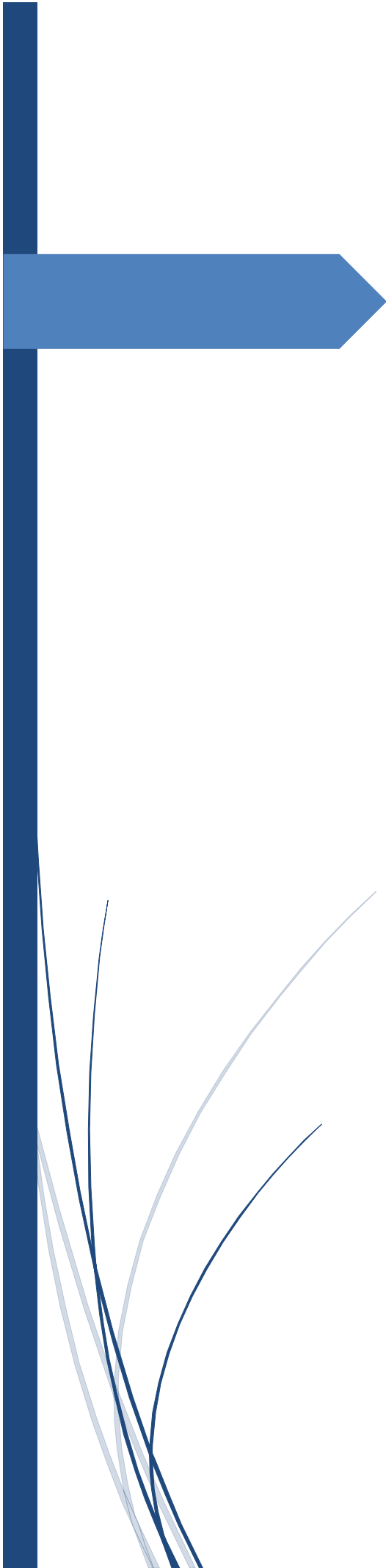
Pasienter med alvorlig sykdom, skade eller lidelse og som har behov for oppfølging av en viss varighet, har rett på kontaktlege. Jf. pbrl. § 2-5a.

Helseinstitusjonen skal raskt peke ut pasientens kontaktlege og informere pasienten om dette. Jf. spl. § 2-5c.

**VEDLEGG –**

**Nasjonal årsmelding for 2019**

---



# Årsmelding 2019 pasient- og brukerombudene

## Forord

Vi lever stadig lengre. Noen får flere friske år, mange får år med helseutfordringer og økt behov for hjelp. Også behandlingstilbudene er i stor endring. Bruk av genteknologi, kunstig intelligens og persontilpasset medisin utfordrer organiseringen av helsetjenesten og dagens pasientrettigheter. Utviklingen av nye behandlingsmetoder går raskt. Noe kan kjøpes i den private helsetjenesten eller i utlandet, men er ikke et tilbud i offentlig helsetjeneste.

Sommeren 2019 avgjorde Helsetilsynet at det ville være uforsvarlig ikke å følge opp en behandling gitt i privat helsetjeneste, selv om den ikke var et tilbud i den offentlige helsetjenesten. Avgjørelsen ble fulgt opp i et rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementets i oktober, som skal vise vei ved slike avgjørelser. Som pasientombud var og er vi bekymret for om dette kan bidra til en mer todelt helsetjeneste. Oppfatningene rundt dette er mange.

En annen bekymring er om beslutninger om innføring av behandling på gruppenivå vil medføre at pasienter med avvikende alder eller sjeldne diagnoser ikke får livreddende behandling.

Ombudene skal ivareta den enkeltes rettigheter og interesser, og samtidig bidra til økt kvalitet på tjenestene. Det forutsetter en god dialog både med de som mottar og de som yter tjenestene, samtidig som vi skal ha et kritisk blikk for feil som begås. Balansegangen er krevende. Ikke minst når det som vil gagne den enkelte, kan bidra til et dårligere tilbud til andre. Det handler om prioritering. Den viktigste og vanskeligste utfordringen for alle aktører i velferdsstaten. Fra ansatte på sykehjem til det norske Storting. Vi må alle være på vakt mot at de som har den høyeste stemmen, det beste nettverket, de sterkeste pasient- og brukerorganisasjonene, de sterkeste pårørende og de beste mediekontaktene prioriteres før andre.

Ombudenes årsmelding er ikke en tilstandsrapport om helse- og omsorgstjenestene. De fleste mottar gode tjenester. Våre erfaringer er først og fremst viktige for å tydeliggjøre svakheter og forbedringspotensial.

Les den, lytt til erfaringene fra pasienter, brukere og pårørende og kontakt oss gjerne om du vil høre mer!

Oslo 21.februar 2020

Anne-Lise Kristensen

Pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus

Konstituert koordinerende ombud for landets pasient- og brukerombud

## Innhold

---

Forord.....	28
<i>Tema og anbefalinger i årsmeldingen for 2019.....</i>	<i>30</i>
<i>Om Pasient- og brukerombudet .....</i>	<i>31</i>
Antall henvendelser.....	31
Årsaker til henvendelsene.....	31
Felles fokusområde for samtlige pasient- og brukerombudskontor .....	32
Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester .....	33
Fastlegeordningen må moderniseres.....	33
Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses .....	34
Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene. Informasjonen om tjenestene må bedres. ....	34
Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser.	35
Pasienttransport blir en stadig viktigere del av helsetjenesten .....	36
Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten .....	36
Fører kvalitetsarbeidet til bedre kvalitet og færre uønskede hendelser? .....	37
Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?.....	37
Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner.....	38
Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?.....	39
Pårørende – en uvurderlig ressurs.....	40
Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet .....	41

## Tema og anbefalinger i årsmeldingen for 2019

---

I meldingen presenteres noen utvalgte tema pasient- og brukerombudene ønsker å sette søkelys på. Temaene er trukket frem fordi de anses å være relevante på nasjonalt nivå. Erfaringer knyttet til arbeidet ved de enkelte ombudskontorene, kan det leses mer om i de lokale årsmeldingene.

Her er en oversikt over de anbefalinger og tema som belyses nærmere i meldingen.

- Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester. Helsekompetanse er en forutsetning for brukermedvirkning. Det forutsetter informasjon – for noen tilrettelagt med tolk.
- Fastlegeordningen må moderniseres.
- Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses
- Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene. Informasjonen om tjenestene må bedres.
- Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser.
- Transport blir en stadig viktigere del av helsetjenestene. Den må planlegges bedre, og med utgangspunkt i pasientens behov.
- Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten. Fører rapporteringskravet om null korridorpasienter til bedret situasjon for pasientene? Enkeltsaker og nå tilsynsrapporter viser at det utfordrer pasientsikkerheten å ligge på "feil" avdeling .
- Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?
- Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner.
- Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?
- Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet. Informasjonen må styrkes.

## Om Pasient- og brukerombudet

---

Ombudene skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Fra 01.01.2020 fikk ombudene utvidet mandat til også å omhandle den offentlige tannhelsetjenesten. Ombudene skal bidra til å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Det er 15 pasient- og brukerombud i landet med til sammen rundt 80 ansatte.

Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestested. Ombudene arbeider også aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter i befolkningen generelt og for ansatte i helse- og omsorgstjenestene spesielt. Ved deltakelse i helseforetakenes kvalitetsutvalg, på møter med politikere, ledere og ansatte i kommunene deles erfaringer fra vårt arbeid til det beste for pasienter og brukere.

### Antall henvendelser

I likhet med tidligere år mottok vi i 2019 litt over 15.000 nye henvendelser, konkret 15.116 henvendelser. I 73 prosent av disse henvendelsene ble det opplyst hvilket tjenestested henvendelsen gjaldt. Av disse var det 59 prosent som gjaldt spesialisthelsetjenesten og 41 prosent var knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 18 prosent av sakene gjaldt henvendelser som ikke var knyttet til noe konkret tjenestested, for eksempel generelle spørsmål om pasientrettigheter. 8 prosent av henvendelsene omhandlet temaer utenfor vårt mandat, som for eksempel NAV.

### Årsaker til henvendelsene

Over halvparten av henvendelsene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten, som for eksempel forsinket diagnostisering, lite omsorgsfull behandling, spørsmål om feil behandling, pasientskade, samhandlingsvansker og svikt i pasientforløp, henvisninger som er mangelfulle eller forsinket, mangelfull informasjon, kommunikasjon og språkproblemer.

Av alle henvendelsene var 28 prosent spørsmål om brudd på pasient- og brukerrettigheter, for eksempel avslag på søknader om tjenester, spørsmål om innsyn i journal eller mangel på medvirkning og informasjon.

17 prosent av henvendelsene gjaldt organisering og rutiner, rot og sammel, lang ventetid, mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom tjenestesteder, lang saksbehandlingstid eller mangelfull saksbehandling.

## **Felles fokusområde for samtlige pasient- og brukerombudskontor**

Pasient- og brukerombudene besluttet at samtlige kontorer skulle ha psykisk helsearbeid i kommunene som et særlig fokusområde for 2019. Ombudskontorene har hatt fokus på de tjenestene som kommunene gir/ikke gir/skulle gitt til pasienter med psykiske lidelser, og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten for denne pasientgruppen.

En særskilt rapport om dette planlegges publisert.



## **Ombudene etterlyser igjen bedre informasjon og medvirkning i utforming av tjenester**

Mangelfull eller dårlig informasjon er et element i svært mange av henvendelsene ombudene får. Det gjelder både i møte med spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Pasienter og brukere har lovfestet rett til medvirkning ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenestene. Det forutsetter tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon.

Informasjon er også nødvendig før du faktisk er blitt pasient. Mange kommuner sender ut brosjyrer i posten til sine innbyggere med oversikt over hva de kan kreve av standard fra kommunen når det gjelder tekniske tjenester som brøyting, vann og avløp. Kommunene bør på samme måte informere sine innbyggere om helse- og omsorgstjenestene.

Språk og språkforståelse er avgjørende for forsvarlig behandling. Pasient- og brukerombudene er kjent med at anstrengt økonomi brukes som argument for ikke å bruke tolk. Også mangelfulle rutiner for bestilling av tolk, dårlig tilgang på tolketjeneste og dårlig kvalitet på tolketjenestene er tema. Også fra de ansatte i tjenestene.

Informasjon når noe går galt er fortsatt en mangelvare mange steder. Vi møter pasienter og pårørende som står tilbake i uvisshet og med ubesvarte spørsmål. Dette skaper unødvendige belastninger. En god samtale kan gi nødvendige forklaringer og vise at tjenesten tar det som har skjedd på alvor og arbeider for å hindre at det skjer igjen. I samtalen kan tjenestene også gi lovpålagt informasjon om rett til å varsle til Helsetilsynet, klage til fylkesmannen, kontakte pasient- og brukerombudet og til å søke erstatning. Vår erfaring er at slike samtaler også er godt for helsepersonellet. Ingen går upåvirket fra uønskede hendelser.

## **Fastlegeordningen må moderniseres**

Av de 2000 henvendelsene ombudene mottok om fastlegeordningen i året som gikk, var hovedinnholdet kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet.

Stadig flere har ikke en fast lege. Rekrutteringsproblemer og vikarbruk utfordrer gullet i fastlegeordningen. Gullet – det å ha en fast lege å forholde seg til over tid. De fleste er enige om at vi trenger flere fastleger, men ordningen har også andre utfordringer. Resultatene av pilotene med primærhelseteam vil være av stor interesse. I tillegg kan ansatte med administrativt ansvar frigjøre tid til mer pasientrettet arbeid. Finansieringsordninger må understøtte en slik utvikling.

For å sikre mer effektive og kvalitativt bedre behandlingsforløp må samhandlingen mellom fastlegene, sykehusene og hjemmetjenesten styrkes, for eksempel ved bruk av felles videokonsultasjoner der det er forsvarlig. I tillegg må arbeidet med økt kvalitet på henvisninger videreføres.

Kommunene må ta et større ansvar for å følge opp arbeidet som skjer i fastlegeordningen. Ikke overfor den enkelte pasient, men i oppfølgingen av fastlegeforskriften og annet kvalitetsarbeid.

## **Økt kompetanse på saksbehandling og klagesaksbehandling etterlyses**

Retten til å klage skal bidra til å sikre pasienter og brukere likeverdige tjenester uavhengig av hvem du er og hvor du bor. Slik er det ikke. Og det er mange grunner til det.

I kommunene erfarer vi at problemene kan starte allerede når et behov meldes. Ikke alle møtes med informasjon om ulike tjenester og søknadsprosedyrer. Fortsatt rådes og veiledes noen vekk allerede her. Neste trinn er når søknader om tjenester ikke innvilges, og søker ønsker å klage. Også her erfarer vi at det rådes og veiledes bort fra å klage. I saker hvor det både er søkt, fattet vedtak og klaget, erfarer vi at kunnskapen om klagesaksbehandling er dårlig. Dette ser vi både i kommunene og i helseforetakene.

I saker der det opprinnelige vedtaket omgjøres, kan det skje uten at det er nye opplysninger i saken. Hva betyr dette? At tjenesten ønsker å unngå videre behandling av klagen? Eller kan det bety at den opprinnelige avgjørelsen var fattet på et dårlig grunnlag? Begge deler er alvorlig. Ikke minst fordi det kan synliggjøre at langt flere kunne klaget og fått innvilget det de har søkt om. Mange klager ikke, selv om de er uenig i avgjørelsen. Vi erfarer at dette kan skyldes at de ikke orker eller at de ikke har den nødvendige helsekompetansen. Begge forklaringene gir grunn til uro.

I de tilfeller der det klages og tjenesten opprettholder sin opprinnelige beslutning, er det tjenestens ansvar å sørge for at beslutningen sendes tilsynsmyndighetene for overprøving. Slik kan de få et "utenfrablakk" på egne vurderinger. Også her ser vi svikt. Vi ser at det brukes uakseptabel lang tid før saken sendes til fylkesmannen. En klar saksbehandlingsfrist vil kunne bidra til å endre dette.

Saksbehandlingstiden hos flere fylkesmenn er også til dels svært lang. Saker om pasient- og brukerrettigheter, rettighetsklager, skal behandles senest innen tre måneder. Vi erfarer jevnlig at det tar både seks og tolv måneder. Ved noen av de sammenslåtte fylkesmannsembetene har vi også erfart lengre saksbehandlingstid enn tidligere. Lang saksbehandlingstid er en trussel både mot pasientsikkerheten og rettssikkerheten til pasienter og brukere.

## **Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene. Informasjonen om tjenestene må bedres.**

Reglene for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er ikke de samme og for mange ukjent. Det bekymrer når pasienter som har fått er innvilget rehabilitering forteller at dette er noe de selv hadde etterspurt, det kom ikke som et tilbud, men som et resultat av deres eget initiativ. Hva med de som ikke etterspør?

Ombudene hører fortsatt om for lite ressurser til rehabilitering både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. Det er store forskjeller i rehabiliteringstjenesten i kommunene, og for ofte preges tilbudet av lang ventetid, for få fysioterapeuter og ergoterapeuter, og rehabiliteringsprogram som framstår som minimumsløsninger for den enkelte. Pasienter forteller de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden til rehabilitering var for lang. Dette får konsekvenser for pasientens framtidige helse og fungering, og er dårlig samfunnsøkonomi. Vi minner om pasientens rett til nødvendig helsehjelp også når det gjelder rehabilitering.

## **Mangelfull samhandling er en trussel mot pasientsikkerheten og med kostbare konsekvenser.**

Mangelfull samhandling er en trussel for pasientsikkerheten og for opplevelsen av trygghet og forutsigbarhet. Det er også dårlig utnyttelse av de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenestene.

Pakkeforløpene og etablering av forløpskoordinatorer er ment å bidra til å sikre bedre organiserte og mer forutsigbare behandlingsforløp. Ikke alt kan eller skal styres som pakkeforløp, men metoden som benyttes er relativt lik. Det er behov for samordning av de ulike tjenestene i et forløp, og det skal ikke være opp til pasienten selv eller pårørende å forstå dette.

Ulike ordninger er opprettet for å sikre bedre samhandling; koordinator på sykehus, koordinator i kommunen, kontaktlege og individuell plan. Likevel pekes samhandlingsproblematikk på som en utfordring i svært mange av henvendelsene til ombudene. Samhandling mellom avdelinger på sykehus, mellom sykehus, mellom kommuner og sykehus og internt i kommunene.

Kommunene og fastlegene klager på dårlige og forsinkede epikriser fra sykehusene. Sykehusene klager på mangelfulle henvisninger. Endringer skjer i pasienters medisinlister uten at alle som har ansvar for medisinerer blir orientert. **Pasientens legemiddelliste må på plass.**

I mange sykehus er ikke kontaktlegeordningen på plass. En pasient opplevde å bli møtt med: "Å, er jeg din kontaktlege? Det er jeg ikke kjent med, og det har jeg heller ikke tid til." En annen pasient hadde tre kontaktleger, men ingen koordinator. Hvem skal ivareta helheten i behandlingsforløpet?

En pasient undret seg over hvorfor sykehuset ikke var mer opptatt av egen organisering – til det beste for pasienten, men også for de mange legene som behandlet den samme pasienten, og som alle måtte sette seg inn i hva som hadde skjedd siden sist. Hun fortalte:

*"Jeg har gått til behandling og kontroll ved poliklinikk for kreftsykdommer i over et år. I løpet av de siste 15 månedene har jeg hatt kontakt med syv ulike leger. Avdelingen har beklaget at de ikke klarer å gjennomføre ordningen med kontaktleger. Etter å ha mottatt ny innkalling, der det fremkom at jeg skulle møte nok en ny lege, kontaktet jeg avdelingen. Til min overraskelse var det ikke noe problem å bytte til den legen jeg var hos ved forrige konsultasjon. Mitt inntrykk var at det ikke var noe system på å sette pasientene opp hos en fast behandler."*

Pasienter skrives ut med mangelfull informasjon om hvordan sykehusoppholdet må følges opp. Pasienter transporteres fra sykehus på tidspunkter av døgnet i strid med avtaler inngått med kommunene.

Pasient- og brukerombudene etterlyser større fleksibilitet og velvilje til å samarbeide om og med pasienter på tvers av nivåer i tjenestetilbudene. En forutsetning er at finansieringsordningene understøtter en slik samhandling, at innsatsen rettet mot digitale løsninger for samhandling intensiveres – og her sikter vi både til én innbygger, én journal, men også økt bruk av for eksempel videokonsultasjoner mellom pasient, fastlege og hjemmetjeneste eller spesialist – og til at ansattes holdning til samhandling må styrkes.

## Pasienttransport blir en stadig viktigere del av helsetjenesten

Pasienttransport blir en stadig viktigere del av det totale helsetilbudet. Økt spesialisering medfører behandling fra ulike sykehus og økt behov for transport mellom og til og fra sykehusene. God tilrettelagt transport er helt nødvendig for å sikre gode og forsvarlige pasientforløp.

Vi hører om pasienter, oftest om eldre, som sendes hjem fra sykehus på natten. Dette er en praksis alle mener er totalt uverdig. Likevel skjer det. Oftest er forklaringen at det ikke har vært ledig transportkapasitet på annen tid av døgnet. En forklaring som ikke bør godtas. Organiseringen og prioriteringen av pasienter må ettergås.

Pasientene formidler svært forskjellige erfaringer med Pasientreiser. Behovet for transport vurderes ulikt avhengig av hvilken lege du møter, ventetiden er lang og anledningen til å ha med seg ledsager vurderes forskjellig.

For befolkningen i nord ga 2019 særlige utfordringer. Nytt luftambulanseselskap fikk anbudet og mange problemer oppstod både med forsinkelser på grunn av trening av mannskap, fly som ikke kunne lande på kortbanenettet, tekniske feil på flyene og sykdom hos ansatte. Dette ble monitorert kontinuerlig av Helse Nord og ekstra ressurser med helikopter ble satt inn. Likevel har pasienter opplevelser som tilsier at beredskapen ikke har vært god nok og Fylkesmannen har opprettet flere tilsynssaker på bakgrunn av dette. Også ombudet har fått tilbakemeldinger fra pårørende om hendelser som er kritikkverdige. Tilgang til behandling og helsehjelp ved sykdom er livsviktig. Retten til helsehjelp har vi uansett hvor vi bor i landet. For mange har problemene den senere tid skapt engstelse og uro.

## Rapporteringskrav utfordrer pasientsikkerheten

Sykehusene legger regelmessig pasienter på korridor grunnet plass- og logistikkproblemer til tross for et kravet om null korridorpasienter i sine oppdragsdokumenter. Dette er uheldig for pasientene, og en utfordring for helsepersonellet. Samtidig er alternativet – å legge pasienten på en annen avdeling – ikke bare en god løsning. En svensk undersøkelse har vist at en slik praksis med utlokalisering øker forekomsten av pasientskader. Utlokalisering forekommer også i Norge, og ble omtalt som et særskilt risikoområde i et læringsnotat fra den norske Meldeordningen i 2016. Fylkesmennene gjennomfører for tiden et landsomfattende tilsyn ved sykehusenes somatiske avdelinger gjeldende dette.

Pasient- og brukerombudene mottar henvendelser hvor både det å være korridorpasient og det å ligge på "feil avdeling" tematiseres. I valget mellom korridorseng og en satelittseng synes mange faktisk å foretrekke og ligge på korridor fremfor «feil avdeling». Sett fra ombudets ståsted er ingen av løsningene optimale. Spørsmålene er flere. Skyldes det at pasienter blir liggende for lenge på sykehus grunnet manglende mottakerkapasitet i kommunene, eller kan årsaken være at enkelte avdelinger ikke har nødvendig sengekapasitet?

## **Fører kvalitetsarbeidet til bedre kvalitet og færre uønskede hendelser?**

Pasientsikkerhetsarbeidet er nedfelt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Litt forenklet dreier det seg om virksomhetens plikt til å

PLANLEGGE – GJENNOMFØRE – EVALUERE – KORRIGERE

I virksomhetenes pasientsikkerhetsarbeid benyttes ulike muligheter, slik som bruk av meldte avvik, arbeid i kvalitetsråd/utvalg, innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet, Global Trigger Tool, brukerundersøkelser, konkrete klager eller tilbakemeldinger fra pasienter, brukere og pårørende og fra pasient- og brukerombudene, interne avviksmeldinger, "Si din mening", hendelsesanalyser, fylkesmannsavgjørrelser og vedtak fra Norsk pasientskadeerstatning.

Bedres pasientsikkerheten gjennom dette kvalitetsarbeidet?

Det er registrert relativt stabile høye tall for andel av pasientskader ved norske sykehus. For 2018 ble det registrert en andel med 11,9 prosent pasientskader ved sykehusinnleggelsene. Vi har ikke tilsvarende kunnskap om omfanget for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Norsk pasientskadeerstatning (NPE) har nylig gjennomført en undersøkelse for å se hvor stort samsvar det var mellom saker der pasienten har fått erstatning som følge av svikt i behandlingen hos NPE og saker som er meldt i avvikssystemene på sykehusene. Hensikten med kartleggingen var å finne ut om skader som har fått medhold i NPE på grunn av svikt i behandlingen, gjenfinnes som registrerte avvik i de lokale meldingssystemene. Undersøkelsen viste relativt store ulikheter mellom de ulike sykehusene som inngikk i undersøkelsen (samsvar mellom 19 % og 59 %,) og gjennomsnittlig var det samsvar mellom medholdsaker og registrerte avvik i 33 % av sakene, se

<https://www.npe.no/no/Om-NPE/aktuelt/33-prosent-av-npe-saker-blir-funnet-igjen-i-sykehusenes-meldesystemer/>

Undersøkelsen gir grunn til å reflektere over kvaliteten på det systematiske kvalitetsarbeidet som gjøres. At avvik ikke meldes kan handle om at ansatte ikke har kunnskap eller forståelse for hensikten med å melde avvik, ikke får vite hvordan avviket blir fulgt opp, eller at det mangler arenaer for felles gjennomgang for å sikre organisatorisk læring. Tilbakemelding til de som melder fra om hvordan avviket følges opp er nødvendig for tilliten til systemene.

I tillegg forutsetter læring av egne og andres feil at systemene både er kjente og hensiktsmessige. Helsepersonell må ha tid til å dokumentere og rapportere. Og de som gjør det, må berømmes.

Åpenhet rundt uønskede hendelser er mange steder fortsatt en mangelvare. Det er ombudenes oppfatning at mye handler om ledelse, system og kultur.

## **Er trinnene for høye i den kommunale omsorgstrappen?**

Målet er at vi alle skal bo hjemme så lenge som mulig. Det forutsetter gode, trygge tjenester når helse svikter. Og det forutsetter flere folk og økt kompetanse i hjemmetjenestene. Vi blir stadig flere

eldre, vi lever lengre med flere sykdommer, vi skal være kortere tid på sykehus og vi skal motta hjelp i kommunen.

Utrygghet, uforutsigbarhet og et for stort antall hjelpere i hjemmetjenestene hører vi ofte om. I tillegg til at hjelperne ikke kommer til avtalt tid, ikke kan avtale tidspunktene for besøkene, besøk som ofte er korte. Mange kommuner tildeler et bestemt antall minutter å utføre tjenestene på, med lite rom for fleksibilitet.

Omsorgstrappen er et begrep som ble innført for å visualisere kommunens ansvar for å tilby tjenester på ulike nivå, fra lavt til høyt omsorgsnivå, fra praktisk bistand i form av hjelp til vask av bolig til plass i heldøgnsinstitusjon. Henvendelser til ombudene synliggjør at det tidvis råder uenighet om hvor på omsorgstrappen den enkelte befinner seg. Den som søker om tjenester mener det er behov for mer tjenester enn kommunen mener. Pårørende, fastlegen og representanter fra spesialisthelsetjenesten kan igjen ha andre oppfatninger. Der kommunen tilbyr den enkelte mindre tjenester enn hva annet helsepersonell tilrår i sine uttalelser, vil dette kunne skape utrygghet hos både tjenestemottaker og pårørende. Her påligger det kommunen et særlig ansvar for å trygge den enkelte, gjennom å klargjøre den behovskartlegging de har gjennomført og de tjenester som tilbys.

For mange er hjemmetjenesten det eneste besøket i løpet av døgnet. Når det klare målet er at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, må også ensomhet og mulighet for sosial kontakt være tema. For mange er det ikke nok at maten settes på bordet. For at de faktisk skal spise den, trenger enkelte hjelp, andre litt selskap. Når en vet hvor viktig ernæring er, må også dette være et tema som omfattes i tiden som tildeles.

Øverste trinn på den før omtalte «omsorgstrappen» er langtidsplass på sykehjem eller tilsvarende institusjon. Ombudene mottar ulike henvendelser vedrørende dette tilbudet. I hovedsak gjelder henvendelsene enten avslag på søknad om sykehjemsplass, eller kvaliteten på tilbudet. Fra pårørende til sykehjemspasienter hører vi om varierende kvalitet, med variasjoner fra en avdeling til en annen. Det kan være manglende legetilsyn eller svikt i hjelpen til basale behov som spising og toalettbesøk. Vi hører om fallskader som ikke oppdages, liggesår, feilmedisinering, og mangelfull ernæring og dehydrering.

Vi mottar også historier om skrøpelige eldre som i sine sykdomsforløp har svært mange forflyttinger. De flyttes mellom hjemmet, legevakten, korttidsplasser, sykehusinnleggelser og kommunale øyeblikkelig hjelp plasser i en stadig runddans. Enkelte i livets siste fase. En svært uverdigg praksis.

Fra alle nivå i omsorgstrappen tematiseres utfordringer i forhold til språk. Både personell- og beboergruppen er mer flerkulturell enn tidligere. Dette er en særlig utfordring med eldre pasienter der morsmålet etterhvert er det eneste de forstår. I en del saker erfarer vi mangelfulle kunnskaper hos ansatte om helselovgivningen. Det gjelder alt fra elementære regler om journalinnsyn til regelverket rundt bruk av tvang overfor pasientene.

## **Brukerstyrt personlig assistanse – en ordning med uønskede variasjoner**

Formålet med BPA-ordningen, er å gi personer med stort hjelpebehov større frihet til å styre tjenestene og hverdagen selv, og å kunne ha et aktivt og mest mulig uavhengig liv. Siden 2015 har

BPA-ordningen vært en individuell lovfestet rettighet for personer med langvarig og stort behov for personlig assistanse. BPA-ordningen handler om å gi mennesker med funksjonsnedsettelse mulighet til å delta på lik linje med sine medmennesker.

Sakene pasient- og brukerombudene mottar om BPA-ordningen omhandler både avslag på retten til BPA-ordning og omfang av antall timer. Det dreier seg om vurdering av behov, spørsmål i tilknytning til det å være arbeidsleder og kontroll med antall timer. I flere saker ser vi at det er store sprik mellom det behov brukeren melder og det tilbudet kommunen vurderer er tilstrekkelig.

Noen vedtak er kompliserte å forstå. Enkelte vedtak er så detaljerte at de teller på minuttet hvor lang tid en aktivitet er beregnet å skulle ta, uten hensyn til brukerens varierende dagsform eller uforutsette hendelser. Ordningen med BPA har uønskede variasjoner mellom kommuner når det gjelder tildeling av tjeneste, både i omfang og hvordan BPA-ordningen sees i sammenheng med andre tjenester.

Vi er kjent med tilfeller der brukere har valgt å flytte til kommuner som har bedre tilbud. Dette kan ha sammenheng med hvilken tjenesteleverandør som kommunen har inngått avtale med, men også i hvilken grad kommunene ser BPA-ordningen i et likestillingsperspektiv.

BPA-ordningen er av vesentlig betydning for mange personer med stort hjelpebehov. Erfaringen er at ordningen ikke i tilstrekkelig grad sikrer formålet om uavhengig liv, likeverd og frihet. Formålet med BPA-ordningen må oppfylles uavhengig av brukerens bostedskommune.

BPA-omhandler praktisk bistand. En del av brukerne har også fått helsetjenester inn i ordningen. Her har vi sett en del utfordringer i forhold til å sikre forsvarlighet, da vedtakene har vært mangelfulle. Ombudet minner om kommunens ansvar for å sikre at ordningen er forsvarlig.

## **Tilbudet til psykisk syke og til rusavhengige – gjøres det nok og gjøres de riktige tingene?**

*"Mennesker som strever med psykiske lidelser og rusavhengighet lever opptil 20 år kortere enn befolkningen for øvrig. Jeg mener dette er en av de største ulikhetene vi har i landet vårt. En viktig grunn til dette er at de ikke får god nok utredning og behandling av somatisk sykdom."*

Det er vår helse- og omsorgsminister Bent Høie vi siterer.

Virkeligheten han beskriver må få større betydning for hvordan samfunnet tilbyr helsetjenester til denne pasientgruppen.

Mange har også problemer med bolig og økonomi. Noen har behov for bemannet bolig. Dersom livssituasjonen til den enkelte skal bli stabilt bedre, må også disse behovene kartlegges og avhjelpes.

Pasienter med samtidig rus- og psykisk sykdom, ROP-pasienter, erfarer mangelfullt samarbeid mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling. Pårørende forteller om økt belastning og ansvar.

Terskelen for å be om hjelp for psykisk sykdom er høy for mange. Heldigvis reduseres skammen i samfunnet rundt psykisk sykdom, blant annet som følge av åpenhet fra stadig flere enkeltmennesker.

Men redusert skam og et budskap om "å snakke med noen" er ikke nok. Pasienter, ansatte i helsetjenesten, pasientorganisasjoner og Legeforeningen ber om tiltak for å redusere antallet pasienter som får avslag på behandling.

En pasient som uttrykte fortvilelse over å oppleve seg som en kasteball mellom tjenestenivåene sa det slik:

*"Kommunen og spesialisthelsetjenesten krangler om hvem som skal ha ansvaret for meg, og det vil jeg slippe å gjennomgå en gang til."*

For de som har utviklet en psykisk lidelse er det viktig å motta god og omsorgsfull hjelp, uavhengig av om tjenesten gis på kommunalt nivå eller i spesialisthelsetjenesten.

I en rapport fra Legeforeningen *Bedre psykiatri og rusbehandling* fra 2019 foreslås blant annet at henvisninger fra fastlege ikke skal avvises av spesialisthelsetjenestene uten at man gir konkrete råd om hvordan pasienten kan hjelpes videre i primærhelsetjenesten. Dette er et tiltak også ombudene støtter, forutsatt at den enkelte kommune har den nødvendige kompetanse. I den samme rapporten uttrykkes bekymring for om opptrappingsplanene for psykisk helse har gitt et løft for pasienter med milde og moderate psykiske plager, mens tilbudet til de alvorlig psykisk syke er blitt svekket. Nedbyggingen av døgntilbud må stoppes for å ivareta et godt nok tilbud til de sykeste. Dette er en bekymring vi hører fra flere hold.

Bør den gylne regel erstattes med en ny opptrappingsplan?

Rusavhengige har ofte behov for ulike hjelpetiltak over tid. Da er det avgjørende at tiltakene er koordinert. I henvendelser til ombudene er det nettopp de sårbare overgangene som tematiseres, i tillegg erfarer pasientene mangel på brukermedvirkning i behandlingen, mangelfull kontinuitet fordi behandlere slutter eller har permisjon, mangelfullt fokus på ettervern inkludert bolig og aktivitetstilbud. Dette må planlegges, helst bør dette arbeidet starte for oppstart behandling.

Tommy Sjøfjell fra A-larm hadde flere viktig poeng under et av sine mange gode foredrag, et av de var: *"Jo eldre man blir jo vanskeligere er det å få behandlingsplass. Pasientene mener det er dumt siden deres motivasjon har vokst med alderen."*

For denne pasientgruppen, som for andre, er helheten i behandlingstilbudet avgjørende for resultatet. Den totale livssituasjonen, inkludert pasientens somatiske helse, må ha fokus for at hjelpen skal være forsvarlig.

## **Pårørende – en uvurderlig ressurs**

Ofte er henvendelsene til pasient- og brukerombudene fra pårørende til pasienter og brukere. Enkelte har kun spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende.

I de senere år har pårørendes rettigheter blitt styrket, og de generelle reglene er inntatt i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette gjelder også rettigheter til barn som pårørende. Mange av rettighetene er relativt sammenfallende med pasientens og brukerens rettigheter i helsetjenesten, med mindre



pasienten eller brukeren ikke ønsker at pårørende skal involveres. Kunnskapen og etterlevelsen av disse reglene er varierende.

Pårørende er en svært viktig, og helt nødvendig ressurs, både for den enkelte som har behov for hjelp, og for samfunnet som sådan.

Kommunene har ansvar for å tilby opplæring og veiledning, avlastning og omsorgstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Ombudene erfarer at pårørende har mangelfull kunnskap om dette, og dermed ikke får den informasjon og hjelp de har krav på og trenger. Pårørende er opptatt av:

- God informasjon og mulighet for medvirkning,
- Avlastningsmuligheter
- Å bli lyttet til.

Pårørende har ofte svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten og som kan forebygge uønskede hendelser.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>. Denne veilederen bør bli bedre kjent for helsepersonell og følges.

## **Retten til gratis tannhelsetjeneste er for mange en skjult hemmelighet**

Pasient- og brukerombudenes mandat ble pr 1.1.2020 utvidet til også å omfatte offentlige tannhelsetjenester. Allerede før endringen i mandatet fikk vi en del henvendelser om tannhelsetjenester, og dette ønsker vil vi nå å følge opp mer aktivt.

I henhold til forskrift om vederlag for tannhelsetjenester har pasienter i helseinstitusjoner eller pasienter som tar imot helsetjenester i hjemmet, som er finansiert direkte over offentlige budsjetter rett til vederlagsfrie tannhelsetjenester under visse forutsetninger. Her mangler det informasjon og oppfølging fra kommunen. Det kan ikke være opp til den enkelte alene å kjenne og etterspørre dette.

Vi etterlyser en større aktivitet fra tjenestene for å sikre den enkeltes rett. De må få informasjon om ordningen og ikke minst om hvordan og med hvem de skal ta kontakt for å få denne tjenesten. Informasjonen må gjentas. Kommunene må sørge for opplæring av sine ansatte slik at de kan formidle viktige rettigheter for pasienter og brukere.