

# Årsmelding 2011

## *Rogaland*



## Føreord

Sumaren 2011 mottok Pasient-og brukarombudet i Rogaland kopi av brev Helsedirektoratet hadde motteke frå Språkrådet. Innhaldet i brevet gjaldt det faktum at Rogaland er eit nynorskfylke, og at vi difor må rette oss etter det. Det har vi gjort, og difor er denne årsmeldinga skriven av Pasient- og brukarombudet i Rogaland. Ettersom det er fyrste gong vi gjer dette på nynorsk, håpar vi lesarane tek sannsynlege skrivefeil med godt humør. Vi minnar om at det er innhaldet som er det viktigaste her.

I 2011 mottok Pasient-og brukarombudet 1181 nye førespurnader. Dette er ei auke på 13,5 % i forhold til 2010. Dei førespurnadane vi får gjeld alt får enkle spørsmål som kan handsamast på telefon, til alvorlege hendingar som gjer det naudsynt med innhenting av dokumentasjon, interne – og eksterne møter og mykje skrivearbeid.

Det er stadig slik at vi får færre førespurnader frå dei kommunale helse-og omsorgstenestene enn vi meiner det er grunn til å forventa. Auka innanfor desse sakene var på 25 % i 2011, så det viser at vi vert nytta i større grad enn tidlegare, og det er ei positiv utvikling.

Vi trives stadig i lokala våre i Gartnerveien 4 i Hillevåg. Det har tidlegare vore noko vanskeleg å finna fram til oss, men no har det heldigvis kome betre skilting på plass.

Det er ombodets meining at innbyggjarane i Rogaland har gode helsetenester, både innan spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Sett i høve alle som mottek ein eller annan form for helsehjelp, er tal førespurnader til kontoret vårt ein liten promille. Det meste er difor bra. Dei problemstillingane vi reiser viser likevel at mykje kan bli betre. Det er å håpa at de som les denne årsmeldinga finn noko de kan læra av, noko de kan ta med dykk i det vidare arbeidet, uansett kvar i helse- og omsorgstenestene de arbeider.

Vil elles nytta høvet til å minna om at vi gjerne kjem på besøk til sjukehus, sjukeheimar, kommunar og administrasjonar for å dele erfaringane våre. Dette gjeld og sjølv sagt for alle pasient-og brukarorganisasjonane, dei pleier vera flinke til å bruke oss.

Stavanger, 02.03. 2012



Gro Snortheimsmoen Bergfjord  
Pasient-og brukarombod

## **INNHOOLD**

<b>1.</b>	<b>INNLEIING</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>OM PASIENT-OG BRUKAROMBODET I ROGALAND</b>	<b>3</b>
2.1	Rogaland fylke	3
2.2	Driftsforhold	3
2.3	Ekstern verksemd	4
2.4	Tal førespurnader	4
<b>3.</b>	<b>SPECIALISTHELSETENESTA</b>	<b>5</b>
3.1	Helseføretak	5
3.2	Fagområde innafor spesialisthelsetenesta	5
3.3	Fordeling av førespurnadane	6
3.4	Kvalitet	6
3.5	Pasientrettar	7
3.6	Pasientskade/komplikasjon	7
3.7	Forskjellige spesialitetar	8
3.7.1	Urologi	8
3.7.2	Rusbehandling i Rogaland	
3.7.3	Psykiatri	10
<b>4.</b>	<b>KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER</b>	<b>11</b>
4.1	Kommunehelsetenesta	11
4.2	Allmennlegetenesta	11
4.3	Heildøgns buform	12
4.4	Legevakt	13
4.5	Andre førespurnader	13
4.6	Utfordringar	13
<b>5.</b>	<b>KVA VERT GJORT MED FØRESPURNADANE</b>	<b>14</b>
5.1	Aktuell sak	14
5.2	Helsetilsynet	15
5.3	Sjukehuset	15
5.4	Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)	15
5.5	Avslutning av sak	15
<b>6.</b>	<b>ULIKE HØVE VI YNSKJER Å NEMNA</b>	<b>16</b>
6.1	Forløpstider innan kreftbehandling	16
6.2	Enkle bidra til raskare utgreiing og behandlingsstart	17
6.3	Enkle tiltak for tryggare og meir nøgde pasientar	17
6.4	Rekonstruksjon av bryst	17
6.5	”Sykehuset i våre hender”	18
<b>7.</b>	<b>KVALITETSFORBEDRINGSTILTAK</b>	<b>18</b>

## 1 Innleiing

Pasient-og brukarombodet si verksemd er heimla i kapittel 8 i lov av 2. juli 1999, Pasient-og brukarrettslova. Ombodet skal arbeide for å ivareta pasientane og brukarane sine behov, interesser og rettstryggleik overfor den statlege spesialisthelsetenesta og dei kommunale helse-og omsorgstenestene., og for å betre kvaliteten i desse tenestene. Unnatekne frå arbeidsområdet er miljøretta helsevern, økonomisk sosialhjelp og mellombels bustad.

Pasient-og brukaromboda er administrativt knytt til Helsedirektoratet som har arbeidsgjevaransvaret for ordninga. Ombodet driv sitt faglege virke sjølvstendig og uavhengig.

## 2 Om pasient- og brukarombodet i Rogaland fylke

### 2.1 Rogaland fylke

Rogaland fylke har nærare 430 000 innbyggjarar fordelt på 26 kommunar, og dekker eit areal på 9 140,6 kvadratkilometer. Pasient- og brukarombodet sitt kontor ligg i Gartnerveien 4 i Hillevåg, Stavanger. Telefonnr. er 95 33 50 50, e-post adresse er [rogaland@pobo.no](mailto:rogaland@pobo.no) og nettsidene finn du på [www.pasientogbrukerombudet.no](http://www.pasientogbrukerombudet.no)

Det vært halde kontordagar etter førehandsavtale ved Haugesund sjukehus 1-2 gonger i månaden.

### 2.2 Driftsforhold

Rogaland er tildelt fem årsverk, og vi er fem ansatte ved kontoret.

Lillian Harestad Goa, konsulent / legesekretær  
Eva Høiby, rådgjevar / sosionom  
Marit Heskja, rådgjevar / sjukepleiar  
Anita Line Thorstensen, rådgjevar / jurist  
Gro Snortheimsmoen Bergfjord, pasient- og brukarombod / jurist

Budsjett og regnskap de 3 siste år	2009	2010	2011
<b>Budsjett</b>	2 373 000	3 406 000	3 447 000
<b>Regnskap</b>	2 258 000	3 218 943	3 276 092

Tala viser at ei har halde seg godt innafør den tildelte ramma. Dette skuldast at ein av rådgjevarane har arbeidd i redusert stilling på grunn av omsorg for små barn. Denne innsparinga dekkjer over at vi har eit meirforbruk på kapittelet driftsutgifter. Det er fortsatt slik at dei tildelte midla til drift er for knappe ved full drift ved kontoret. Det er stor pågang ved kontoret, og det er difor tronge ressursar til drift av fem fulle stillingar.

Vi er svært nøgde med dei nye kontora våre. Dei er betre tilpassa verksemda enn dei gamle, og med betre skilting enn før, er det blitt lettare å finne oss for dei som vil ta turen innom.

## 2.3 Ekstern verksemd

Etter pasientrettighetslova § 8-7 har pasient- og brukarombodet plikt til å gjere ordninga kjend. Det vart i 2011 sendt ut brev med informasjon og årsmelding til helseforetak, kommunar, sjukeheimar, fengsel, vidaregåande skular, fastlegekontor og ulike pasient-og brukarorganisasjonar. Dette førte til ein god del førespurnader om å halde innleiingar og å orientere om ordninga, særleg var det dei forskjellige organisasjonane som tok kontakt. I 2012 vil vi gjere dette på nytt, og vi håpar på god respons også frå dei kommunale tenestene, særleg ønskjer vi å nå dei som har behov for sjukeheimstenester.

Det har og i 2011 vore møter med Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF. Årsmeldinga er vorten handsama i styra i desse føretaka. I samarbeid med omboda i Hordaland og Sogn og Fjordane har vi skrivi ei felles årsmelding til Helse Vest RHF. I samband med styret si handsaming av denne, er vi til stades og får høve til å utdjupe meldinga og å drøfte aktuelle problemstillingar. Ein ser det som særst nyttig at helseføretaka set årsmeldingane på dagsordenen på denne måten. Kanskje kunne dette og vore aktuelt for kommunane.

Pasient- og brukarombodet deltek ellers på møter med Statens Helsetilsyn og med Norsk Pasientskadeerstatning i lag med dei øvrige omboda i landet. I 2011 var det 2 fagsamlingar for alle ansatte ved pasient-og brukarombodskontora, i Lofoten i mai og i Oslo i oktober. Pasient- og brukarombodskollegiet har 4 faste årlege samlingar. Ombodet i Rogaland er og medlem i arbeidsutvalet for Pasient- og brukarombodskollegiet.

### Tal førespurnader

2009	2010	2011
1032	1038	1181

Det har vore ein tydeleg auke i 2011. Auken er på 13,5% samla sett.

Det er fortsatt slik at talet for dei kommunale helse- og omsorgstenestene er lågare enn venta. I 2011 var om lag 22% av førespurnadane det vi omtalar som kommunesaker. Dette er ein auka på 25% innanfor dette feltet, noko som er positivt. Det er viktig at pasientar og brukarar nyttar seg av oss. Det er å vente at auken vil halde fram, det tar tid å innarbeide nye ordningar.

Vi hadde 495 samtaler med pasientar og brukarar etter førehandsavtale ved kontoret i Stavanger. Ombodet hadde avvikla planlagde 65 samtaler med pasientar og brukarar ved kontoret i Haugesund. I tillegg er det ein del pasientar og brukarar som oppsøker kontoret utan førehandsavtale.

### 3 SPESIALISTHELSETENESTA

#### 3.1 Helseføretak

Staten har det overordna ansvaret for at befolkninga får nødvendige spesialisthelsetenester. Det regionale helseføretaket er det utøvande leddet, og det er Helse Vest RHF som har det såkalla "sørge for"-ansvaret overfor innbyggjarane i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane.

Det er Helse Stavanger HF og Helse Fonna HF som er registrete som behandlingsstad for dei fleste førespurnadane ombodet har motteke innafør spesialisthelsetenesta. Tabellen nedafor viser talet førespurnader registrert på desse føretaka dei 3 siste åra.

	2009	2010	2011
Helse Stavanger HF	518	535	571
Helse Fonna HF	130	124	137

I tillegg kjem førespurnader vedr. andre helseføretak, Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus, Jæren DPS og andre private. Desse tala er så små at ein ikkje finn grunn til å oppgje dei her.

I tillegg er det og ein del førespurnader i høve behandlingsstader utanfor Rogaland, som til dømes Haukeland Universitetssjukehus og Rikshospitalet. Haukeland Universitetssjukehus er vårt regionsjukehus, og det er derfor naturleg at vi har en del førespurnader vedrørende dette sjukehuset.

#### 3.2 Fagområde innafør spesialisthelsetenesta

Innafor spesialisthelsetenesta er det 4 medisinske fagområder som skil seg ut når det gjeld talet på førespurnader. Denne fordelingen har vore rimeleg stabil dei siste åra. Dette kjem fram av tabellen nedanfor:

Fagområde	2009	2010	2011
Kirurgi	142	105	118
Medisin	78	87	82
Ortopedi	93	93	94
Psykisk helsevern, vaksne	114	106	124

Tala syner at det ikkje har vore nokon større endring i denne fordelinga. Det som kanskje skil seg noko ut er at det er ein tydeleg auke i Psykisk helsevern, vaksne, men ser ein 2 år attende ser ein at det kanskje er ein naturleg svinging og at auken soleis er tilfeldig. Dette sett i lys av at vi har hatt ein samla auke i førespurnader i 2011.

### 3.3 Fordeling av førespurnadane

Erfaringsvis har vi valgt å dele førespurnadane i Kvalitet i helsehjelpa, Pasientrettigheter og Komplikasjon/skade.

Type henvendelse	2009	2010	2011
Kvalitet i helsehjelpa	460	483	517
Pasientrettigheter	276	296	338
Komplikasjon/skade	213	189	227

### 3.4 Kvalitet

I alle tidlegare årsmeldingar har vi skrive om at nesten alle saker vi handsamar inneheld element av mangel på informasjon og at ein etterlyser betre kommunikasjon. Dette var tilfelle og i 2011. Mange tek kontakt med ombodet av di dei er usikre på kva ei skal gjere. Dei har kanskje vore i kontakt med spesialisthelsetenesta og fått utført nokre innleiande undersøkingar, og så må dei vente på nærare informasjon om kva som skal skje vidare. Denne ventetida kan vere sær tyngjande for mange, særleg vanskeleg er det dersom det er ei kreftutgreiing det dreier seg om.

Vi kan ikkje få understreka nok kor viktig det er at pasientane vert gjeve god og rett informasjon. Helsepersonell hevdar i all hovudsak at informasjon er gjeve, men dersom pasienten ikkje har oppfatta det som er sagt, er informasjonen til liten hjelp for pasienten. Det er allment kjent at vi ikkje alltid klarer å motta all muntleg informasjon. I den grad det er mogeleg bør det difor og gjevast skriftleg informasjon. Slik kan pasienten få høve til betre å setja seg inn i sin eigen situasjon. Ein er klar over at det kan vera tidkrevjande å gje informasjon, men ombodet meiner heilt klart at det er ei god investering om helsepersonell er flinkare til å setja av tid til dette. Ein velinformert pasient er som oftast ein trygg pasient.

Inn under kvalitet fell og at helsepersonell ikkje alltid er førebudde når pasienten kjem. Legen har ikkje hatt eller tatt seg tid til å lese pasientjournalen. Dette kan føre til at pasienten må gjenta det han har sagt til fleire legar tidlegare, og det kan ende opp med at pasienten må gjennomgå undersøkingar han allereie har vore gjennom. Også her kan pasientar oppleve tidspille av di helsepersonell ikkje har sett av den naudsynte tida innleiingsvis.

Det er vidare slik at dei som fortel om manglande reinhald opplever at kvaliteten på den helsehjelpa dei får ikkje er særleg høg. Det same gjeld dei som gjev tilbakemelding om at dei ikkje er nøgde med den pleie og omsorg dei har motteke under sjukehusopphalda.

### 3.5 Pasientrettar

I høve til pasientrettar gir kontoret mykje råd og rettleiing. Mange trur at pasientrettane går mykje lenger enn kva som tilfellet er. Vi må difor ofte realitetsorientera dei som tek kontakt om kva dei kan krevje og vente av tilbod frå helsetenesta. Ein gjengangar er at tilvisande lege har sagt at pasienten vil få innkalling i løpet av neste veke. Lova stiller krav om at den som mottek tilvisninga skal vurdere og svar på denne innan 30 verkedagar, med mindre det er mistanke om alvorleg sjukdom. Då skal det gå raskare. Kunnskap om at det er ein slik 30-dagars frist gjer ventetida meir tåleleg for pasientane, og dei slepp å lure på om dei er gløymde i systemet.

Mange tek kontakt med kontoret med spørsmål om fristbrot. Vi oppmodar dei då til å kontakte HELFO sin fristbrotstelefon. Det er slik at fristen må vere broten før HELFO tar saka til handsaming, sjølv om det lenge på førehand har vore klart at fristen kom til å bli overskride. Det har vidare vorte klart at HELFO har praksis for å gje fristbrotsinstitusjonen heile 2 veker før dei gjev pasientane tilbod om anna behandlingsstad. Dette er ein praksis vi ikkje heilt ser heimelen for, men det vert hevda at praksis har vist at det ofte tek ca 2 veker før HELFO klarer å ordna eit subsidiært behandlingstilbod. Dersom det viser seg at behandlingstaden likevel ikkje klarer å tilby pasienten behandling innan 2 veker, kan det då enda opp med nye 2 vekers ventetid før HELFO har fått sitt tilbod på plass, ein slik praksis må ikkje få utvikla seg.

### 3.6 Pasientskade

I forhold til komplikasjon/skade er dette ofte saker der pasientar tek kontakt med spørsmål om dei kan ha rett til erstatning. Det er ikkje alle som har vore utsett for uheldige hendingar eller komplikasjonar som vil ha rett til erstatning. Dersom det ikkje er ein varig skade eller pasienten ikkje har lide økonomisk tap på kr. 5000,- eller meir, er hovudregelen at ein ikkje har rett til erstatning.

19 % av dei som tok kontakt med kontoret i 2011 oppgav pasientskade/komplikasjon som årsak for førespurnaden hit. Vi gir pasientane råd om vegen vidare, nokre treng hjelp til utfylling av søknadskjema medan andre gjer dette sjølv, etter å ha fått forklaring på korleis dei skal gå fram. I ein del saker mottek vi kopi av all korrespondanse mellom NPE og pasienten. Det gjer det enklare når vi skal hjelpe pasienten med kommentarar i den vidare sakshandsaminga.

Døme på erstatningssaker er pasientar som har vore utsett for ein skade under behandlinga og har enda opp med eit anna resultat av behandlinga enn det ein var førespegla. Ombodet blir kontakta i høve dei fleste skadetype, både dei bagatellmessige og dei svært alvorlege. Vi prøver å hjelpe alle på ein god måte.

Ein finn grunn til å kommentere at sjølv om det kan oppfattast som mykje når vi fortel at 19% av førespurnadane gjeld denne kategorien, så er talet stadig svært lågt når ein ser det i høve til talet på pasientar behandla i helsetenesta i Rogaland.

Det bør og nemnast at ein del pasientar tek kontakt som fylgje av forseinka diagnose eller forseinka behandling. Dersom det viser seg at slik forseinking har ført til skade på pasienten vil dette kunne vera ei sak det er rett å fremje overfor Norsk Pasientskadeerstatning. Mange pasientar fremmer saka si på eiga hand, ofte etter at dei har vore inne på nettstaden til Norsk Pasientskadeerstatning, [www.npe.no](http://www.npe.no)



## 3.7 Forskjellige spesialitetar

I årsmeldinga for 2010 nemnde vi nokre spesialitetar særskilt. Dette finn vi rett å gjere også i år.

### 3.7.1 Urologi

Helse Stavanger	2010	2011
Urologi	33	35

Talet på førespurnader auka vesentleg frå 2009 til 2010. Talet på førespurnader har ikkje minka, og tala for 2011 er om lag som for året før. Mange av pasientane som tek kontakt innafor denne spesialiteten er pasientar som er under utgreiing for cancer prostata, mistanke om tilbakefall av sjukdommen eller mistanke om spreiging av tidlegare kreftsjukdom. Vi har registrert fylgjande årsaker til kontakten hit:

- Ønskje om fornya vurdering
- Forseinka/feil behandling
- Forseinka/feil diagnose
- Tilvising
- Individuell behandlingsfrist
- Informasjon
- Medisinering
- Nødvendig helsehjelp
- Omsorgsfull hjelp
- Oppførsel
- Pasientskade, komplikasjon
- System
- Utskriving, oppfølging
- Ventetid

Det er mange pasientar som opplever at det tar for lang tid før det skjer noko. Dei er til undersøkingar og får melding om at dei vil få snarleg innkalling til vidare behandling. Så stoggar alt opp, og dei høyrer ikkje noko meir. Pasientane må så ringe til sjukehuset og minne om at dei ventar på ny innkalling. Dei som svarer på desse telefonane kan sjeldan gi pasientane det svaret dei er ute etter. Den legen som pasienten har vore i kontakt med er kanskje ikkje til stades eller han er opptatt med pasientar. Det blir då ofte sagt at legen vil få melding om at pasienten har ringt og at legen vil ringe attende. Diverre hender det at denne telefonen aldri kjem, og då tar pasientane kontakt med ombodet. I slike tilfelle tar vi direkte kontakt med avdeling og lege. Erfaringa viser at det er med snarleg munnleg dialog vi raskast klarar å hjelpe desse pasientane.

Det synest for ombodet som om ein enno ikkje har klart å få den fulle gevinsten av den nye Da Vinci-roboten. Det er etter at denne kom, at talet på nemnde saker har auka hjå ombodet. Vi hadde venta ei betring i året som gjekk, diverre skjedde ikkje dette. Denne kommentaren gjeld i forhold til ventetid, vi har ikkje registrert førespurnader i høve komplikasjonar etter denne behandlinga, behandlingsgevinsten kan difor vera oppfylt.

Det kan og synest som om problemet med nokre av dei sakene vi har innafor denne spesialiteten gjeld manglande system for tverrfagleg samarbeid med andre spesialitetar. Dette er ei allmenn problemstilling. Til dømes var det ein av cancer prostata pasientane som til tross for at det ved ei anna avdeling i sjukehuset var gjort rtg. funn som kunne tyde på spreiging til lungene, vart vist til vidare behandling og operasjon ved anna sjukehus. Tilvisinga nemnde ikkje noko om at det var mistanke om at det kunne vera spreiging til lungene, tilvisande lege var ikkje kjend med dette sjølv om det stod i journalen. For desse pasientane er det slik at

vidare behandling er avhengig av kva for funn som er gjort. Denne pasienten enda opp med å gjennomgå ei behandling som gav ham omfattande komplikasjonar. Komplikasjonar han skulle vore spart for, ettersom det likevel ikkje var mogleg å tilby pasienten anna enn lindrande behandling.

Det er viktig for alle pasientar at dei har trygge og føreseielege behandlingforløp, det er det pasientar etterspør. At det i nokre tilfelle er rett å avvete vidare utvikling av dei påviste endringane kan dei fleste pasientar vere heilt komfortable med, så lenge dei er vel informerte om at dette er etter læreboka. Då kan pasientane vere trygge i ventetida, og dei kan bruke tida til å fokusere på andre ting enn å vente på den innkallinga eller telefonen som "aldri kjem".

### 3.7.2 Rusbehandling i Rogaland

2009	2010	2011
49	51	44

Det har vore ein liten nedgang i førespurnader på dette feltet. Talet gjeld heile Rogaland, det er ikkje fordelt på behandlingstader.

Halvparten av førespurnadene innafor dette feltet gjaldt i all hovudsak medisinerer. Dette er enten LAR-pasientar som ønskjer å endre medikament frå Subuxone til Subutex, eller dei fortel om trong for tilleggsmedisinerer. Vi tek då kontakt med dei ansvarlege slik at pasientane får drøfte dette med dei som har den rette kunnskapen om kva som er forsvarleg i høve den enkelte. Det første rådet vi gir er at pasientane må ta kontakt med fastlegen sin, utan denne med på laget kjem dei ingen veg.

Mange av desse pasientane har vi hatt kontakt med gjennom fleire år. Ombodet hadde ei oppleving som ein finn det rett å dele med lesarane av denne årsmeldinga. Ein pasient som hadde vore i LAR i mange år var no svært dårleg av sin alvorlege somatiske sjukdom, og det var umogleg for han å leve eit verdig liv på den medisineringa han fekk frå LAR. Ombodet var heime hjå pasienten og kontakta deretter LAR og bad om eit møte. Møtet var avvikla på ombodet sitt kontor, og det vart eit særskilt kort møte. Då legen såg pasienten endra han haldning med ei gong, og pasienten fekk den medisineringa han hadde trong for. Der og då kjendest dette som godt, og pasienten var nøgd. Då pasienten gjekk heim hadde vi ei kjensle av at han hadde fått eigenverdet attende. Slike hendingar er det som gjer at vi held fram i den jobben vi har.

### 3.7.3 Psykiatri

Innafor psykiatrien er det registrert heile 23 ulike grunnar til kontakt. Dei største gruppene er mangel på omsorgsfull hjelp, nødvendig helsehjelp, tvang, forseinka/feil diagnose og utskriving/ oppfølging.

Innafor denne spesialiteten er det ofte pårørande som tek kontakt, fortvila pårørande. Dei kan vere kritiske til den behandlinga dei opplever at pasientane får. Det kan vera vanskeleg å forstå dei ulike tiltaka som blir sette i verk under behandlinga, både for pasient og pårørande. Trongen til rett og god informasjon er ikkje mindre her enn i dei somatiske avdelingane.

Det har vore tilfelle der pasientar har hatt trong for helsehjelp frå somatisk avdeling medan dei er innlagde i psykiatrisk klinikk. Det er ikkje alltid pasientane opplever at dei får denne hjelpa raskt nok. Det er og døme på at pasientar som har fått behandling i somatisk avdeling ikkje blir følgd opp på rett måte når dei blir ført attende til psykiatrisk post. Det kan synest som om det er trong for betring av det tverrfaglege samarbeidet òg innafor dette feltet.

Ein gjengangar i psykiatrien er ønskje om å byte behandlar. Dette er sjeldan enkelt, det vanlege er at ein oppmoding om dette blir avslagen. Grunngevinga for avslaget kan vere at det å klare å halde fram med den behandlaren pasienten har, kan vere ein viktig del av den behandlinga pasienten får. Ein annan grunn kan vere kapasitetsomsyn i høve den behandlaren pasienten ønskjer seg til, eller at den behandlaren pasienten har, er den som har spesialkompetanse på aktuell problematikk. Det er fleire pasientar som gjev uttrykk for at dei ikkje har naudsynt tillit til behandlaren sin, og at dei difor ynskjer eit skifte. I slike saker er det naturleg å oppmode behandlingsstaden om å høyre på pasienten, og la pasienten sin rett til medverknad føre til at skifte skjer. For nokre pasientar kan eit behandlarbyte vere heilt avgjerande for at pasienten evnar å halde fram med den vidare behandlinga. Pasienten kan vere særst motivert for behandling sjølv om den fyrste behandlingsrelasjonen ikkje fungerer. Difor er det særst viktig å kome desse pasientane i møte på ei god måte.

Ønskje om fornya vurdering er og ein gjengangar. Det kan synest som om det har vorte lettare å bli høyrd i forhold til dette. Det er likevel slik at ein ikkje alltid opplever at resultatet av den fornya vurderinga vert følgd opp i den vidare behandlinga av pasienten. Vi vil følgje med på den utviklinga vidare.

Ei ny problemstilling for vårt kontor var at ein inneliggande pasient under tvungent psykisk helsevern fekk erstatningskrav frå behandlingsstaden for skade på inventar. Av di dette var ein pasient som vart rekna som svært sjuk og ute av stand til å ta vare på seg sjølv, kontakta pårørande ombodet for å få hjelp til å avvise kravet frå behandlingsstaden. Saka er stadig under handsaming, sjukehuset har i fyrste omgang oppretthalde sitt krav. Vi må ta ei runde til, då vi ikkje kan akseptera den grunngevinga som er gitt. For ordens skuld kan ein nemne at saka er registrert under kategorien mangel på omsorgsfull hjelp, det viser korleis ombodet ser på saka.

## 4. KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTENESTER

2009	2010	2011
159	212	266

Kommunale helse- og sosialtenester vart innlemma i pasient- og brukarombodet si verksemd frå 01.09.09. Etter at den nye helse- og omsorgstenestelova trådte i kraft 01.01.2012 finn ein det rett å bruke helse- og omsorgstenester i staden for helse- og sosialtenester.

Talet på førespurnader som omhandla dei kommunale helse- og omsorgstenestene var 266 i 2011. Dette utgjer 22,5% av det samla talet på førespurnader. Det er positivt at det har vore ein auke siste året, og innafor denne delen av ombodet si verksemd er auken 25% samanlikna med året før. Det er ikkje nokon gitt å seie nøyaktig kor mange førespurnader ein kan vente å få, men ein reknar med ein stadig auke. Det tek tid før utvidinga av pasientombodsordninga blir tilstrekkeleg kjent. Det er nok enno ikkje alle potensielle pasientar og brukarar som kjenner til at ombod kan gje dei råd og rettleiing i forhold til dei kommunale helse- og omsorgstenestene. At det er fleire som etterspør tenestene våre er såleis veldig bra.

### 4.1 Kommunehelsetenesta

Kommunane skal syte for nødvendig helseteneste for alle som bur eller oppheld seg i kommunen. Dei førespurnadene vi mottok omhandlar: Fastlegar, fengselshelseteneste, fysioterapi, heildøgns boform/sjukeheim, helsestasjon, jordmor, skulehelseteneste, heimesjukepleie, (re)habilitering, legevakt, psykisk helsearbeid.

I Rogaland er det slik at dei fleste førespurnadane kjem frå dei største kommunane. Det er 26 kommunar i Rogaland, og vi har registrert førespurnader frå 22 av desse. Dette er frå 3 fleire enn i 2010. Då tala er små finn ein det rett å omtale alle kommunane under eitt, dette ikkje minst av omsyn til pasientane og brukarane.

### 4.2 Allmennlegetenesta

Det er registrert 156 førespurnader i forhold til allmennlegetenesta, det vil seie fastlegane, det tilsvarande tal for 2010 var 109. Det vil seie at nesten heile den auken vi har hatt innafor dei kommunale helse- og omsorgstenestene gjeld fastlegane.

Fastlegen har ei særskild viktig rolle i helsetenesta vår. Det er heilt avgjerande at ein har ein fastlege ein har tillit til og som ein kjenner seg møtt av. Ikkje alle pasientar opplever det slik, og etter mykje frustrasjon er det då nokre som kontaktar ombodet og ber om råd. I dei tilfella kor situasjonen synest fastlåst rår vi pasienten til å nytte seg av sin rett til å byte fastlege. Dei som vel å gjere det, spør ofte om ombodet kan hjelpe dei i valet om kven dei skal byte til, men det har vi ikkje høve til å gjere.

Problemstillingane som vert reiste i forhold til fastlegane er til dømes at pasientar opplever at fastlegen dryg for lenge før han søker pasienten vidare, at pasientar ikkje får dei medisinske dei etterspør, at det er vanskeleg å få kontakt med fastlegen, at det er lang ventetid, at det er problem med å få utlevert journal kopi, at kontorfasilitetane er slik at pasientar opplever at teieplikta vert brote, at pasientar opplever at dei ikkje får omsorgsfull hjelp eller dei reagerar på legen si framferd.

Det er fleire tilfelle der pasientane opplever at dei skulle ha vore vist til spesialisthelsetenesta langt tidligare. I forhold til dette med tilvisningar kan ein på ny nemne at det nok kan vere slik at tilvising er sendt frå fastlegen, men likevel ikkje registrert motteken ved sjukehusa. Dersom pasientane sjølve hadde hatt kopi av tilvisinga kunne dei sjølve ha følgd opp dette på ein betre måte. Det er ikkje ei ukjend problemstilling at vi må be fastlegen om å sende tilvisinga på ny.

Alvorlege saker vedr. fastlegane vert send til Helsetilsynet direkte, og fleire saker vert tekne opp med kommuneoverlegen eller tilsvarande. Ombodet tar og direkte kontakt med fastlegen dersom ein finn at dette vil gje den beste løysinga. Dette gjeld både i tilfelle der aktuell sak dreier seg om fastlegen, eller om ein finn det rett å rådføra seg med fastlegen om korleis ein best kan hjelpe pasienten vidare. Dialogen med fastlegane vert opplevd som god.

### 4.3 Heildøgns bustader

I årsmeldinga for 2010 skreiv vi at talet på førespurnader vedrørende sjukeheimar var lågare enn vi hadde venta oss, talet på førespurnader var då 23. I 2011 hadde dette talet auka til 35, noko vi stadig meiner er lågt. Bakgrunnen for at vi seier dette er at brukarane av desse tenestene er svært forsiktige med å rette klagar mot personell som ”tek seg av dei”. Det er ofte pårørande som tek kontakt, og det er ikkje alltid pasienten sjølv ønskjer at det skal opprettast nokon klagesak på deira vegne. Dei er redde for at det skal føre til at vondt blir verre, at dei får dårlegare behandling i ettertid. Slike uttalar er vi vel kjende med frå alle andre saksfelt, men dei fell oftare innfor denne pasientgruppa.

Det er ikkje urimeleg å tru at nemnde forhold er noko av årsaka til at vi ikkje har fleire førespurnader vedr. kvaliteten på dei tenestene pasientane mottok i sjukeheimane og heildøgns bustader. Men det skal sjølvstund og nemnast at vi pratar med pasientar og pårørande som er særst godt nøgde med dei tenestene dei mottok. Slike tilbakemeldingar er alltid gode å få.

Hausten 2011 var ombodet i media vedrørende ei sak der ein pasient som hadde vorte tildelt langtids plass i sjukeheim, måtte vente lenge på denne. Kommunen hadde skrive i vedtaket ”tildeling innan få veker”, medan pasienten måtte vente i fleire månader. Den aktuelle pasienten fekk plassen sin rett etter at saka vart omtala i media, og kommunen har i ettertid endra ordlyden i vedtaksbrev sine. Endringa i vedtaksformularet er slik at pasient og pårørande får presis informasjon om når dei kan venta å få plassen.

Det vert hevda at det er kommunar som lar vera å handsame innkomne søknader om sjukeheimplass inntil det føreligg ledig plass som kan tildelast. Dette er ein uakseptabel praksis, den fråtek pasientane mogelegheita til å påklage eit eventuelt avslag. Det same gjeld når kommunar seier det ikkje er nokon vits i å søkje om sjukeheimplass, fordi dei ikkje har nokon ledig plass. Samstundes er det klart at dei kommunane dette gjeld, då kan seie at dei ikkje har nokon på venteliste. Dersom det no skulle vera eit mål i seg sjølv.

Vi har og hatt døme på at kommunen avgjer at no er tida inne for langtids plass i sjukeheim, sjølv om ikkje dette er pasienten sitt ynskje. Situasjonen er då gjerne slik at det er behov for auka innsats i heimen for heimetenestene, og då kan det vere minst ressurskrevjande for kommuna å tilby ein sjukeheimplass. Det må her minnast om at brukaren må vera med på og ta slike avgjerder, ein må samarbeide. Det er stor skilnad på å bli tilbydd ein sjukeheimplass og det å få kjensle av at ein blir pålagt det.

#### **4.4 Legevakt**

Det er registrert 24 førespurnader som omhandlar legevakt. Dette er på same nivå som fjoråret. Dei problemstillinga som vart reiste omhandlar at pasientar ikkje opplever seg tekne på alvor, nokre meiner dei burde ha vore innlagde i sjukehus etter første kontakt ved legevakta. Det klassiske dømet er at pasienten får melding om å sjå ting an, for så å kontakte legevakta på ny dersom tilstanden forverrar seg, eller pasienten ikkje vært betre. Ved neste konsultasjon er det så gjerne ein ny lege som endar opp med å leggje pasienten inn i sjukehus. Mange pasientar opplever då at den fyrste legen ikkje har gjeve dei forsvarleg helsehjelp. Ei anna typisk problemstilling er brotskadar som ikkje vert oppdaga.

#### **4.5 Andre førespurnader**

Når det gjelde dei andre områda i dei kommunale helse-og omsorgstenestene er det ikkje noko som peikar seg ut. Det er førespurnader vedrørande heimetenestene, psykisk helsearbeid praktisk bistand og rehabilitering. Det dei tek opp er gjerne det som vert registrert som mangel på omsorgsfull hjelp. Pasientar kan ha behov for bistand til å klage på vedtak dei har motteke. Eller det kan vere at dei ikkje forstår heilt kva vedtaka går ut på, og det kan vere behov for tydelegare vedtak som kan bidra til å redusere risikoen for kommunikasjonssvikt og hindre unødig misnøye.

#### **4.6 Utfordringar**

Samhandlingsreforma som vart sett i verk ved årsskiftet gir oss nye utfordringar. Vi vil måtte samhandle meir direkte med kommunane, og vi er førebudde på at det nok vil dukke opp nye problemstillingar. Ikkje alle kommunar har alt på plass enno, men alle må arbeide i same retning, då bør resultatet bli bra til slutt.

## 5. KVA VERT GJORT MED FØRESPURNADANE?

Det er stor skilnad på kor arbeidskrevjande dei ulike førespurnadane vi mottek er. Mange blir i stand til å ta saka si vidare på eiga hand etter å ha hatt ei samtale med vårt kontor. Vi gjev råd og rettleiing i forhold til dei spørsmåla som vert reiste. Nokre ønskjer berre å luften tankane sine for ein uavhengig person, og finn at dette gjer at dei kan leggja det aktuelle bak seg. Mange finn ut at dei kan fremje ein søknad om erstatning til Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) på eiga hand etter at vi har gjeve dei nærare informasjon om korleis ein går fram. Det same gjeld klage til Helsetilsynet (no Fylkesmannen) eller til å ta saka opp direkte med tenestestaden.

Dersom pasienten eller brukaren treng hjelp for å gå vidare med si sak, kan vi hjelpa med dette. Kor mykje vi gjer i kvar sak kan variere mykje.

I nokre saker, og det er då dei mest alvorlege, hjelper vi både i forhold til NPE og Helsetilsynet. For å gje lesaren betre forståing av kva vi gjer, vil vi gje eit døme på ei sak der vi har følgd pårørande gjennom heile saksgangen både hjå Helsetilsynet og NPE.

### 5.1 Aktuell sak

Det kjem ein telefon frå ei kvinne som fortel at ho har mista mannen sin etter det ho opplever som ei klar feilbehandling i sjukehus. Vi tilbyr at ho kan få koma til ei samtale ved kontoret der vi i rolege omgjevnader kan høyre på hennar historie. Ho ynskte ikkje dette akkurat då, men fortalde at ho sjølv hadde skrive ned alt, og vi vart samde om at ho skulle sende dette til oss saman med den fullmakta vi må ha for å representera pasientane overfor andre.

### 5.2 Helsetilsynet

Etter å motteke hennar framstilling fann vi at dette var ei sak som det var rett å oversende til Helsetilsynet. Vi skreiv difor eit fylgjbrev der vi bad Helsetilsynet om å vurdere om den helsehjelpa pasienten hadde fått kunne seiast å vere forsvarleg. Kona si framstilling var vedlagt vårt brev.

Etter ei tid fekk vi svar frå Helsetilsynet om at denne saken allereie var handsame ved deira kontor. Dette av di sjukehuset sjølv hadde varsla Statens Helsetilsyn om hendinga. Sjukehuset hadde òg meldt saka inn som ei alvorleg hending, slik det pliktar etter spesialisthelsetenestelova § 3-3. På bakgrunn av desse meldingane hadde Helsetilsynet oppretta ein tilsynssak som allereie var ferdig handsama. Dei pårørande var ikkje informerte om dette.

Helsetilsynet sin konklusjon var at den aktuelle klinikken hadde brote kravet til forsvarleg verksemd. Dei fann at sjukehuset ikkje hadde erkjent kor alvorleg tilstanden til pasienten var og difor ikkje hadde sett i verk rett undersøking, behandling og observasjon. Tilsynet meinte at svikten starta med feilvurdering i akuttmottak, noko som førte til for dårleg overvaking og for lang ventetid på påkravd undersøking neste dag. Helsetilsynet fann det ikkje rett å stille enkeltpersonell til ansvar, av di hendinga var eit uttrykk for systemsvikt.

Sjukehuset vart pålagt å gå gjennom rutinane sine, og å gje tilbakemelding til Helsetilsynet om kva for tiltak som ville bli sett i verk for å sikre at rutinane vert fylgde.



### 5.3 Sjukehuset

Etter å ha motteke svar frå Helsetilsynet, fann vi i samråd med pårørande det rett å be om eit møte med sjukehuset. I dette møtet stilte to frå dei pårørande, to frå leiinga ved sjukehuset og pasient- og brukarombodet.

Dei som representerte sjukehuset beklaga på det sterkaste det som hadde skjedd, alle var samde om at denne tragiske hendinga ikkje skulle ha funne stad. Pårørande var opptekne av om sjukehuset hadde gjort tiltak for å forhindre gjentaking. Det var ikkje alt som var på plass, men i påvente av dette var terskelen for å sende pasientar vidare for aktuell undersøking senka. Pasient- og brukarombodet opplevde dette som eit godt møte, noko dei pårørande og gav uttrykk for.

### 5.4 NPE

I denne saka var dei pårørande lite opptekne av erstatning. Det var ikkje med tanke på erstatning dei hadde teke kontakt med ombodet. Etter å ha snakke litt saman vart vi likevel einige om å fremje ei sak for NPE. Vi skreiv då ein søknad som vart undertekna av erstatningssøkjjar. I søknaden bad vi om at pasient- og brukarombodet skulle vere kopiadressat i saka. Dette sikrar at vi mottek den same informasjonen som erstatningssøkjaren og gjer det enklare dersom søkjjar ynskjer hjelp til å kommentere undervegs i sakshandsaminga. I denne saka viste det seg særst nyttig.

Sjukehuset sin uttale til NPE var i denne saka noko overflatisk. Det viste seg at dei hadde oversendt det same som dei hadde sendt til Helsetilsynet tidlegare, og som Helsetilsynet gjennom si handsaming hadde gitt klart uttrykk for ikkje var forsvarleg behandling. Etter møtet vi hadde hatt med sjukehuset hadde vi venta ein meir audmjuk uttale frå sjukehuset, men det var ikkje dei vi hadde tala med som hadde svart NPE. Det forklarar kanskje noko.

Det vart ikkje nødvendig for ombodet å kommentere på denne uttalen, det gjorde pårørande sjølv på ein framifrå måte.

Det neste steget i NPE-saka var at vi mottok ei medisinsk fagleg vurdering. Konklusjonen i denne var av ein slik karakter at ombodet bad pårørande om lov til å få sende inn ein kommentar. Det vart nemleg konkludert med at det var mest sannsynleg at dødsfallet ikkje kunne vore unngått sjølv med anna behandling. Ein slik konklusjon var heilt i strid med det alle andre hadde uttalt i denne saka, og vi tillet oss å skrive at vi var direkte sjokkert. Slik ombodet vurderte saka kunne ikkje den aktuelle legen ha vore kjend med alle opplysningane i saka då han skreiv sin uttale. Dette viste seg å vera rett. Ny vurdering av same lege, der han gav tilkjenne at det var tilleggsinformasjon han tidlegare ikkje hadde vore kjend med, konkluderte med at det var mest sannsynleg at dødsfallet kunne vore unngått.

Etter det ombodet kjenner til kommenterte også sjukehuset denne medisinsk faglege vurderinga, til støtte for erstatningssøkjaren.

Etter dette gjekk det kort tid til dei etterlatne fekk brev om at dei hadde rett til erstatning.

### 5.5 Avslutning av sak

I denne saka har vi hatt kontakt med pårørande i over eitt år, og saka er enno ikkje heilt ved vegg ende. Pårørande er stadig i dialog med sjukehuset i forhold til om dei har gjort det dei skal for å forhindre gjentaking, og ombodet vert brukt og konsultert etter som det høver seg. Det er mykje lærdom å ta av slike saker. Ikkje minst kor viktig det er å følgje med i NPE sakene slik at ein veit at alle opplysningar er kjende før vedtak vert fatta. Denne saka er eit døme på at utfallet fort kunne vorte heilt feil om ikkje pårørande hadde vore aktivt med i saka.



## 6 ULIKE HØVE VI YNSKJER Å OMTALE

### 6.1. Forløpstider innan kreftbehandling

Året 2011 byrja med ein frustrasjon over alle dei pasientane som var utrygge i forhold til at dei anten hadde fått ei kreftdiagnose, eller at dei venta på svar om så var tilfelle. Året 2012 har diverre byrja nett likt.

I mars 2011 deltok pasient-og brukarombodet i Rogaland på ei konferanse i Sandnes Kulturhus som danna oppstarten for ein folkeaksjon kalla ”innen48timer”. Sjølv om ein ikkje er så blåøygd at ein trur dette initiativet vil føra til endring over natta, ser ein kor viktig det er at dette vert sett på dagsordenen. Det er for mange pasientar som ventar alt for lenge i uvisse.

Dette har også politikerane fått med seg, og 24.06.11 var følgjande lagt ut på [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) :

*” Pasienter med kreft skal ikke måtte vente unødvendig lenge på utredning og behandling og risikere at sykdommen utvikler seg i mellomtiden. Vi setter nå krav til at det skal gå maksimalt 20 virkedager fra sykehuset mottar henvisning til nødvendig utredning er fullført og første behandling starter. Vi skal følge med på at sykehusene leverer, sier statsminister Jens Stoltenberg.”*

Pasient-og brukarombodet i Rogaland er sær s n øgd med at regjeringa kom med dette utspelet, men det var synd at det vart noko feilaktig omtala som ein garanti. Mange pasientar trudde at det no var slik at alle kreftpasientar skulle behandlast innan 20 dagar, og lurde på kvifor ikkje det var tilfelle med dei. Har dei gløymt meg ut, var det nokon som lurde på. At målet er at 80 % av kreftpasientane skal få behandlingsstart innan 20 dagar var det ikkje så mange som hadde fått med seg.

Vi får stadig nye førespurnader frå kreftpasientar som ventar på innkalling til nye undersøkingar, eller svar på allereie gjennomgånne undersøkingar. Det er vel berre når det gjeld brystkreft ein kan seia at ein har nådd målet her i Rogaland, elles er det stadig ein lang veg å gå. At det på denne måten vert stilt krav til sjukehusa om å levere må vi seie oss n øgde med.

Det som gjer oss noko betenkt er at vi i seinare tid har opplevd at pasientar som ventar på undersøkingar og behandling for andre lidingar, vert prioriterte bak kreftpasientane. Dette svaret har vi fått når vi har etterlyst innkalling til operasjon. Det vert feil når diagnosegrupper vert sette opp mot kvarandre på denne måten, alle skal vurderast etter kva som vert sett på som forsvarleg ventetid i det enkelte tilfellet.

Dei erfaringane vi har gjort oss gjer at vi synes det høyrer spanande ut med eigne diagnosesenter innan kreftbehandlinga. Dette er eit av tema for ei ny konferanse i regi av ”innen48timer” som går av stabelen 8.mars i Stortinget.

## 6.2 Enkle bidrag til raskare utgreiing og behandlingsstart

Dersom tilvisningar vart sende vidare med ei gong det var klart at det skulle gjerast, kunne ein spare inn noko tid.

Det nyaste døme vi har på dette gjaldt ein pasient som på ein måndag fekk beskjed om at han måtte få vidare utgreiing ved anna sjukehus, legen sa han skulle sende tilvisinga med ei gong. Pårørande ringte til mottakarsjukehuset fleire dagar på rad, men tilvisinga var aldri komen fram. Torsdag i veka etterpå var tålmodet til den pårørande slutt, og det vart da kravd at tilvisinga skulle oversendas pr. telefax. Dette vart gjort. For denne pasienten vart vidare behandling utsett i meir enn ei veke av di tilvisinga vart liggande. I ein situasjon der du er veldig redd for kva du har i vente er slike forseinkingar ei stor tilleggsbelastning.

Ein annan variant over same tema er dette med oppfølging av rtg. svar når det er gjort mistenkelege funn. Det bør vera rutinar for å sikre at pasientar med slike funn vert kalla inn til vidare undersøkingar raskt.

Vi har døme på at svar som viser mistanke om vondarta sjukdom har vorte sendt elektronisk berre til den legen som sendte tilvisinga, når så denne legen har slutta er det ingen som fylgjer dette opp med det fyrste. Ein av dei som var i kontakt med ombodet i fjor fekk si kreftdiagnose fleire månader forseinka som fylgje av dette.

Dette konkrete tilfellet vart fanga opp i samband med sjukehusets kvalitetssikringsarbeid, men diverre fleire månader forseinka.

## 6.3 Enkle tiltak for tryggare og meir nøgde pasientar

Dei pasientane som opplever at helsepersonellet er godt førebudde når dei møter pasienten vil kjenne seg møtt på ein god måte. Det same gjeld for dei pasientane som får god og grundig informasjon både om sin helsetilstand og om kva som vil vera den vidare behandlinga. Mangel på informasjon er ei stadig tilbakevendande årsak til at pasientar tek kontakt med ombodet, både mangel på informasjon og direkte misforståingar.

Det er særst viktig at pasientane, uansett lidning, får den informasjon dei treng. Den munnlege informasjonen bør vera individuelt tilpassa, den skriftlege kan vera meir generell og utfyllande. Som vi har sagt så mange gonger før, ein informert pasient vil som oftast vera ein trygg pasient.

## 6.4 Rekonstruksjon av bryst

I fjorårets årsmelding vart SUS oppfordra til å få fortgang i behandlinga av dei kvinnene som hadde venta lenge på rekonstruksjon av bryst. Dette gjaldt dei som hadde behov for rekonstruksjon med eige vev frå magen. Det var mange av desse som då hadde venta lenge, utan at dei hadde noko tidsperspektiv å halde seg til. Etter det vi forstår er talet på denne gruppa lågare no enn det var på same tid i fjor. Dette er bra. Det er også slik at dei pasientane som no vert tilviste for denne operasjonen får beskjed om at dei vert sette opp til operasjon innan 2 år etter at dei er vurderte i avdelinga. Dette gjer ventetida meir føreseieleg for pasientane.

Dette opplever ombodet som positivt, sjølv om ein enno ikkje oppfyller det tidlegare uttalte målet til Helse Stavanger HF om at ingen pasientar skulle vente meir enn eit år sjølv om dei ikkje var vurdert til å ha rett til nødvendig helsehjelp. Dei pasientane det gjeld får no veta kor lang tid dei må vente, dei slepp å gå i uvissa. Ein må også hugse på at det ikkje er alle brystkrefteropererte som har behov for denne behandlingmåten, det er mykje kortare ventetid for dei som kan nyttiggjere seg andre måtar, som protesar.

Helsedirektoratet har no nedsett ei arbeidsgruppe som mellom anna skal vurdere om denne pasientgruppa skal gis rett til nødvendig helsehjelp med dei auka rettane dette medfører. Det blir spanande å sjå kva dei kjem fram til. Ombodet kan forstå at dette er ein viktig sak for dei det gjeld, denne forståinga vart ikkje mindre då vi gjennom eit søk på nettet fann at prisen for rekonstruksjonsoperasjon i det private kostar 225 000,- kroner.....

### **6.5 ”Sykehuset i våre hender”**

Avslutningsvis vil vi nemna at ombodet var til stades ved utdelinga av Årets kreftpris på Sola strandhotell 13. februar 2012. Prisen vert delt ut av stiftelsen Kirsten Wilbergs Minnefond og består av ein skulptur og ein sjekk på kr. 100 000,- Årets pris gjekk til ”Sykehuset i våre hender” og den pågåande PET-scan innsamlinga deira.

Pasient-og brukarombodet synes det er flott at privatpersonar opprettar slike prisar, og at årets mottakar var særst verdig. Ein PET-scan maskin ved SUS vil vera noko som vil koma alle innbyggjarane i Rogaland til gode, og dess snarare vi får den på plass, dess betre er det.

## **7. KVALITETSFORBEDRINGSTILTAK**

- Tilby pasientane kopi av tilvisning og epikrisar
- Kontinuerleg kvalitetssikring av oppfølging av prøvesvar
- Betre rutinar for å sikre at tilvisningar vert sende
- Prioriter informasjon til pasientane, skriftleg og munnleg
- Etablere gode samarbeidsrutinar med pårørande
- Vær innstilte på å samhandle med andre. Dette gjeld både i forholdet mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, og ikkje minst mellom dei ulike avdelingane i dei enkelte helseføretaka og helseføretaka seg i mellom.







**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)