

PASIENT- OG BRUKAROMBODET I SOGN OG FJORDANE

Årsmelding 2012



www.pasientombodet.blogspot.no

Forord

2012 har vore året der kommunar og spesialisthelsetenester har fått høve til å teste sine evner til større grad av samarbeid, som følgje av innføring av samhandlingsreforma. Størst merksemd har samhandlinga rundt utskrivingsklare pasientar til dei kommunale sjukeheimane fått, ei problemstilling som ikkje viser att i vår statistikk. Dette året har vi likevel valt å ha rette ei ekstra merksemd mot dette tema, då i høve pasient- og brukargrupper som har mest å vinne på at samarbeid mellom dei ulike forvaltningsnivå og internt i kommunen fungerer etter intensjonen. Vi snakkar om personar med behov for livslang bistand frå mange ulike tenesteytarar, og deira pårørande.

Like mykje som tal førespurnader, er det dei vidtrekkjande konsekvensane vi ser det får når samhandling ikkje fungerer, som er bakgrunn for å setje dette på dagsorden. Det er i re-/habiliteringsaker eit samla hjelpeapparat vert utfordra på eigne evner til samhandling, koordinering, fleksibilitet og langsiktig planlegging.

«Vi er slitne nok for hele verden»

Sitatet er henta frå Kaasautvalet si innstilling «*Når sant skal sies om pårørendeomsorg*» (NOU 2011:17), og er sagt av mor til eit barn med funksjonshemming. Utsagnet illustrerer godt det vi opplever sterkast i møte med pårørande til personar med livslange bistandsbehov. Pårørande formidlar ei oppleving av hjelpeapparatet som motstandar, heller enn medspelar, og at dei har dårleg samvit for at deira kostnadskrevjande tiltak er til belastning for kommuneøkonomien.

Det siste året har ombodet bistått fleire familiar i ein slik livssituasjon. Problemstillingane har vore ulike og vi finn dei att ulike stader i statistikken. Samla sett får vi eit bilete av dei særlege utfordringane som oppstår ved behov for livslange og koordinerte tenester.

Vi møter pårørande med handleposar fulle av faglege utgreiingar, vedtak, møtereferat og planar. Dei spring frå møte til møte,- følgjer til lege, sjukehus og skal samstundes skjøtte eigen jobb og ha overskot til eit heilt vanleg familieliv. Dei kavar rundt i den offentlege jungelen av tenester og ordningar, studerer lov og rett og etterlyser tiltak.

“Det er ikke bare bedre systemer de ber om, men ett menneske – en koordinator - som kjenner brukerens situasjon, og som på en samlet

måte kan koordinere tjenestene det er behov for.” (Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011))

Manglande koordinering og brukarmedverknad har vore omtala som dei største utfordringane innan re-/habilitering, og som ein no søker løyst gjennom samhandlingsreforma. Både kommune og spesialisthelseteneste skal ha ei koordinerande eining, individuell plan er ein lovfesta rett, og det føreligg no òg ei plikt til å tilby koordinator i saker der det er behov for minst to helse- og omsorgstenester med ulike tenesteytarar.

Behovet for rehabiliteringstenester er aukande, som fylgje av at fleire overlever alvorlege skader og sjukdommar, personar med kroniske lidingar lever lenger, og tal eldre i befolkninga er aukande. Manglande rehabiliteringskapasitet medfører risiko for at mange pasientar ikkje får naudsynt helsehjelp. Det er nasjonalt brei politisk semje om at re-/habilitering må styrkast og bli det neste store satsingsområdet i helsetenesta.

Vi ser at nokre slagpasientar slit med å få spesialisert rehabilitering og i staden raskt vert overført til kommunal rehabilitering, noko som frå pasienten si side ikkje vert opplevd som fagleg godt nok, særleg i høve kognitive skader.

Vi har notert oss at Riksrevisjonen i sin rapport om rehabilitering innan helsetenesta (Dokument 3:11 (2011-2012) Rapport) uttrykkjer ei bekymring for at den varsla aktivitetsauken så langt ikkje er ein realitet, korkje i kommune- eller spesialisthelseteneste.

Førde, 15.03.13



Pasient- og brukarombodet

Innhald

Forord.....	2
Innhald	4
1 Innleiing	5
2 Om pasient- og brukarombodet i Sogn og Fjordane	5
2.1 Arbeidsområde	5
2.2 Sogn og Fjordane fylke	5
2.3 Driftsforhold	5
2.4 Ekstern verksemd	6
2.5 Økonomi	6
3 Særskilde forhold i året som gjekk.....	7
3.1 Tal saker.....	7
4 Kommunale tenester - generelt	7
4.1 Kommunale sosialtenester	8
4.2 Døme frå den kommunale sosialtenesta	9
4.2.1 Avlastning	9
4.2.2 Individuell plan og koordinator.....	9
4.3 Kommunale helsetenester	10
4.3.1 Festlege fastlegar	10
5 Spesialisthelsetenesta	12
5.1 Fritt sjukehusval	12
5.2 Sjuketransport.....	13
5.3 Overnatting på medisinsk grunnlag – kven betalar?.....	14
5.4 Pasientar som treng ekstra bistand under behandling – kven betalar?.....	14
6 Tilråding frå pasient- og brukarombodet.....	14

1 Innleiing

I Sogn og Fjordane vart ordninga med pasientombod oppretta i 1998. Dette var då ei fylkeskommunal ordning. Frå 2003 vart pasientombodet gjort statleg og lagt til Helsedirektoratet. Fram til 1.9.2009 galdt ordninga spesialisthelsetenesta, men frå denne tid vart også kommunale helse- og sosialtenester lagt til og ordninga fekk namnet Pasient- og brukarombod. Ordninga er heimla i Lov om pasient- og brukarrettar, kapittel 8. Det er ombod i kvart fylke.

Dei aller fleste som får behandling i helseinstitusjonane i Sogn og Fjordane er fornøgde med dei helsetenester dei får. Pasient- og brukarombodet sitt inntrykk er at arbeidet med å følgje opp uønskte hendingar i spesialisthelsetenesta har vorte betre. Dette bør følgjast opp på liknande måte i kommunane

Pasient- og brukarombodet si verksemd er heimla i Lov om pasient- og brukarrettar av 2. juli 1999, kapittel 8. Ombodet skal arbeide for å ivareta pasientane og brukarane sine behov, interesser og rettstryggleik overfor den statlege spesialisthelsetenesta og den kommunale helse- og sosialtenesta, og for å betre kvaliteten på desse tenestene.

Pasient- og brukaromboda er administrativt knytt til Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgjevaransvaret for ombodsordninga. Ombodet skal arbeide sjølvstendig og uavhengig.

2 Om pasient- og brukarombodet i Sogn og Fjordane

2.1 Arbeidsområde

Arbeidsområdet omfattar statlege spesialisthelsetenester og kommunale helse- og sosialtenester til innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Unntatt frå arbeidsområdet er miljøretta helsevern og økonomisk sosialhjelp.

2.2 Sogn og Fjordane fylke

Fylket sine ca. 108.100 innbyggjarar er fordelt på 26 kommunar. Fylket har eit samla areal på 18 623 km².

2.3 Driftsforhold

Pasient- og brukarombodet har kontorlokale i Storehagen 1B i Førde. Kontoret flytta dit i september 2010 og er lokalisert i same hus som fleire

andre statlege og fylkeskommunale etatar. Pasient- og brukarombodet har to stillingsheimlar – seniorrådgjevar og pasient- og brukarombod.

2.4 Ekstern verksemd

I samband med utvidinga av arbeidsområdet til å omfatte kommunane, vart det avvikla konferansar i heile landet for å få evaluert ordninga. Dette har avdekkja behov for å vidareutvikle ombodet – mellom anna for å gjere ordninga betre kjent, utvikle informasjons- og mediestrategien, inkludert å oppgradere nettsider både sentralt og lokalt.

Omboda seg imellom hadde fleire felles møte gjennom året – i tillegg til eitt møte der alle tilsette deltok. Ombodet i Sogn og Fjordane har eit fast innlegg i sjukepleiestudentane sitt siste semester. Ulike interessegrupper og organisasjonar tek kontakt for å få informasjon om ordninga – og dette stiller vi sjølvstøtt opp på, og vi dekkar kostnadene ved det. I 2012 har vi t.d. hatt fleire innlegg på kommunale samlingar for pårørande til demente.

2.5 Økonomi

	2010	2011	2012
Budsjett	1 472 000	1 642 000	1 687 000
Rekneskap	1 467 982	1 665 000	1 604 506

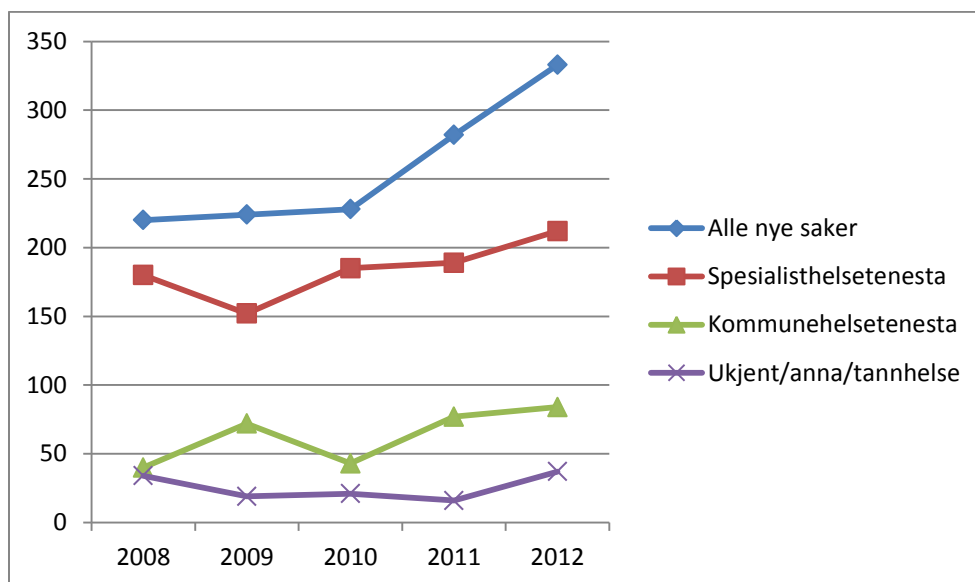
Tabell: Budsjett og rekneskap tre siste år

3 Særskilde forhold i året som gjekk

3.1 Tal saker

Det har vore ein auke i tal førespurnader i 2012. Auken har skjedd i spesialisthelsetenesta og i mindre grad i kommunale saker.

	2008	2009	2010	2011	2012
Alle nye saker	220	224	228	282	333
Spesialisthelsetenesta	180	152	185	189	212
Kommunehelsetenesta	40	72	43	77	84
Ukjent/anna/tannhelse	34	19	21	16	37



Figur: Tal saker fordelt på tenestnivå

4 Kommunale tenester - generelt

Det har vore ei målsetjing å få fleire kommunale saker, sjølvstøtt fordi ombudsordninga vart utvida hausten 2009 med tanke på å yte bistand også innanfor desse områda. Det har vore ein viss auke i tal saker dei siste åra – men det kan sjå ut til at ombudet framleis må drive informasjonsarbeid overfor dette området spesielt.

Det er først og fremst kommunane sine fastlegar og sjukeheimar som vert omtalt av pasientar og pårørande.

Vi erfarer at det er ein høg terskel for å klage på kommunale tenester, truleg fordi pasienten er nærare til den som skal yte tenesta og fordi pasienten er avhengig av helsetenester over lengre tid enn som sjukehuspasient. Å klage på den som skal hjelpe er vanskeleg, noko vi også merkar i spesialisthelsetenesta – og altså i endå større grad når det gjeld kommunale tenester. Det er eit forhold kommunane sine tenesteytarar med fordel kan reflektere over.

Eitt anna fenomen som vi meiner å observere i kommunane, er ein tendens til å trenere saksgangen i vanskelege saker. Trenering er svært frustrerende for den det rammar, og er også i strid med forvaltningslova. Eitt særtilfelle av dette såg vi i Naustdal kommune, der sjukeheimen let vere å svare – også etter purringar. Då vi tok dette opp med kommuneleiinga, skjedde det same!

4.1 Kommunale sosialtenester

Talet på saker som gjeld sosialtenester har minka, og det er framleis slik at vi får få førespurnader om dei kommunale sosialtenestene. Dei vi fekk i førre år – galdt oftast avlastning og støttekontakt.

		År		
		2010	2011	2012
Avdeling	Avlastning	1	4	5
	Støttekontakt	1	1	3
	Barnebustad/omsorgsbustad	0	1	1
	NAV	2	6	1
	Praktisk bistand	0	3	1
	Brukerstyrt personlig assistent	0	1	0
	Omsorgsløn	0	1	0
Total		4	17	11

Tabell: Saksområde

4.2 Døme frå den kommunale sosialtenesta

Fleire deltenester i helse- og omsorgsteneste er sentrale i tenesteytinga for personar med langvarige bistandsbehov.

4.2.1 Avlastning

Pårørande er heilt avhengige av å få nok avlastning for å klare å stå i ein krevjande omsorgssituasjon over tid. Utan den innsatsen pårørande utfører, ville svært mange kommunar fått uoverkommelege utfordringar. Dette gjeld både i høve barn, unge og eldre med store omsorgsbehov. I saker vi har hatt til behandling, har vi ofte sakna ei større forståing for familiar i ein svært utfordrande livssituasjon. Kommunar som vurderer å ta vekk avlastingstilbod på høgtidsdagar – og som sender barn som har avlastingstilbod heim til mor ved uskuldig virusinfeksjon – viser eit signal som tyder på at den som ikkje har skoen på, ikkje kjenner kvar han trykkjer.

4.2.2 Individuell plan og koordinator

“Vi søkte om individuell plan og koordinator for fire månader sidan, men ingen ting skjer!”

Individuell plan er eit viktig verktøy for tverrfagleg planlegging, både på kort og lang sikt. Vi erfarer i dei fleste saker at ein slik plan er utarbeidd, men at han ikkje alltid vert nytta som det styringsverktøy den er meint som. *“Det vart utarbeida ein plan ein gong, men så slutta koordinatoren, og etter det har det ikkje skjedd noko.” “Vi fekk tilsendt slik plan, og vart bedt om å fylle ut.”*

I nokre kommunar ser vi det er lagt opp til ein praksis der brukaren må søke om å få oppnemnt koordinator. Koordinator er ikkje ein rett brukar/pasient har, men kommunen pliktar å tilby dette når det er behov for det. Vi kan såleis ikkje sjå at det er grunnlag for å krevje søknad, og meiner uansett at det er unødig byråkratisk. Når det i tillegg går eit halvt år før ein får svar på slike søknader, meiner vi det vitnar om manglande forståing for kor krevjande det er for brukarar som brått har fått sin livssituasjon «snudd på hovudet».

Slik vi ser det, er det like mykje i tenesteytar si interesse at det i komplekse og langvarige saker, raskt vert peika ut ein ansvarleg for koordinering av tenester og framdrift av individuell plan.

Eit anna forhold ved koordinatorrollen som vi har merka oss i fleire av sakene, er at denne i stor grad fungerer som møteleiar,- kallar inn til møte og skriv referat. Dette er ikkje intensjonen med funksjonen. Fyrst når koordinator også overtek plastveskene fylte med kommunale dokument og utgreingar – har brukar og pårørande nytte av ordninga.

4.3 Kommunale helsetenester

Som for tidlegare år, er det fastlegane og sjukeheimane som får flest førespurnader. Vi har tatt med saker frå dei tre siste åra til samanlikning.

	2010	2011	2012
Allmennlegeteneste	22	34	36
Heildøgns buform, institusjon	10	16	21
Heimesjukepleie	0	7	4
Legevakt	2	3	4
Fysioterapiteneste	1	0	3
Kommunal habilitering	0	0	2
Kommunal rehabilitering	1	2	2
Helsestasjon, jordmor, skulehelseteneste	1	0	1
Psykisk helsearbeid	2	2	0

4.3.1 Festlege fastlegar

“Ei problemstilling om gongen”

Det var ein førespurnad i høve legetenesta vi merka oss særskilt dette året. Vi tenkte faktisk at dette måtte vera ein spøk, då vi fekk kjennskap til denne praksisen. Pasienten opplevde at fastlegen ikkje ville ta opp fleire problemstillingar under ein og same konsultasjon.

Problemstillingane kunne avklarast innanfor det som er vanleg konsultasjonstid, men pasienten fekk beskjed om å bestille ny time.

Vi har vore i kontakt med den aktuelle kommunen (Bremanger), og fått til svar at alle fastlegane her har bestemt seg for å innføre denne praksisen. Det var heller ikkje høve til å tinge sokalla “dobbeltime”. Grunngevinga for praksisen skal vera å unngå ventetid på venterommet og vidare for å kunne oppfylle krav i ny fastlegeforskrift med tilbod om time innan fem dagar.

Ein “legetime” eller konsultasjon, er, med utgangspunkt i fastlegetariffen, rekna til å vera 10-20 min. Ved tidsbruk utover 20 min. får legen fullt ut

refundert honoraret per påbegynt 15 min. Pasienten skal kun betale for dei fyrste 20 min. Vi veit at mange fastlegar har travle dagar, og har forståing for at det er ynskjeleg med ein viss effektivitet for å unngå lang ventetid på venteromma. Folk flest vil akseptere at det er grenser for kor lenge ein får snakke med doktoren! Dei fleste vil også akseptere at dei må bestille ny time om tilmålt tid ikkje strekk til, og legen vurderer det som fagleg forsvarleg.

Sett frå eit pasientperspektiv (og truleg arbeidsgjevarperspektiv), vil derimot mange oppleve det som svært lite effektivt og brukarvennleg å måtte tinge ny time for ei problemstilling som kunne vore avklara innanfor normal konsultasjonstid.

Eldre er dei største brukarane av fastlegetenestene. Mange av desse har fleire diagnosar og mange tykkjer det er vanskeleg å forstå utanlandske legar. Å forvente at denne gruppa skal "lære seg å prioritere" sine problemstillingar, i tillegg til å fatte seg i kortheit/ikkje få høve til å bestille "dobbeltime", tykkjer vi er urimeleg. Kommunane, som ansvarlege for legetenesta, bør vera merksame på og vurdere om praksisen er ynskjeleg, og i tråd med føremålet i ny fastlegeforskrift om auka tilgjenge på legetenester.

5 Spesialisthelsetenesta

Fordelinga av klager i spesialisthelsetenesta er i stor grad som for tidlegare år. Avdelingstypene ortopedi, generell kirurgi, medisin og psykisk helsevern for vaksne er oftast nemnt. Saker som gjeld auge har hatt stor auke, medan saker om gynekologi/føde har minka. I tabellen nedanfor har vi tatt vekk dei avdelingane som hadde to eller færre førespurnader i 2012.

	2010	2011	2012
Ortopedi	39	45	53
Kirurgi	24	14	25
Medisin	5	16	20
Psykisk helsevern vaksne	19	13	14
Auge	4	5	14
Onkologi	12	8	10
Nevrologi	1	8	7
Radiologi	0	6	7
Rehabilitering	1	4	6
Øre-nase-hals	0	1	6
Gynekologi/føde	3	13	5
AMK og ambulanse	2	1	4
Psykisk helsevern born/unge	2	3	4
Rus og avhengighet	3	5	3
Urologi	1	2	3

Tabell: Saksområde/avdeling

5.1 Fritt sjukehusval

Gjeld retten til fritt sjukehusval for re-/habilitering? Det korrekte svaret er både ja og nei. I dei saker vi har fått til behandling, ser vi at det rår både mistydingar og forvirring, både mellom dei som tilviser og dei som handsamar denne type saker.

Helse Vest RHF har inngått avtalar med nokre private rehabiliterings/opptreningsinstitusjonar i regionen. Eit unntak i pasient- og brukerrettighetsloven, gjer at retten til fritt sjukehusval ikkje gjeld for desse. Regional vurderingseining for rehabilitering vurderer tilvisingar frå alle innsøkande instansar (med unntak av sjukehusa, som kan tilvise direkte til aktuell institusjon) og avgjer kva for tilbod som høver best for pasienten. Det er slett ikkje alltid at pasienten er samd i vurderingseininga sitt val!

I forslag om endringar i pasient- og brukerrettighetsloven, som nyleg har vore ute på høyring, går det fram at departementet vil utgreie om retten til fritt sjukehusval bør utvidast til også å gjelde private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonar. Det er i so fall godt nytt for pasientane.

I tillegg til private aktørar med driftsavtale, vert det også tilbydd spesialisert re-/habilitering i sjukehusa. Her gjeld pasient- og brukerrettighetsloven fullt ut, men vi ser dessverre at sjukehusa avviser pasientar med den grunngjeving at dei høyrer til anna region eller anna føretak. Vi ser at korkje habilitering eller rehabilitering/fysikalsk medisin og rehabilitering kjem opp som val på nettsida til Fritt sykehusvalg.

Regelen er derimot klar, pasientar med re-/habiliteringsbehov i vår region, har rett til tilbod i sjukehusa i vår region. For sjukehus i andre regionar gjeld unntaksregelen, som seier at ein fyrst må syte for pasientar med rett til helsehjelp i eigen region.

5.2 Sjuketransport

Pasient- og brukarombodet sine erfaringar med sjuketransportordninga baserer seg delvis på direkte førespurnader frå pasient/pårørande, delvis gjennom informasjonsmøte i kommunane. Vi har i 2012 motteke 13 saker som omhandlar vanskar knytt til ordninga. Sett i høve det totale talet saker vi normalt har i året, ser vi dette som eit høgt tal.

Alle sakene handlar om reise med rekvisisjon på medisinsk grunnlag frå/til kommune – spesialisthelseteneste, for gamle og personar med funksjonsnedsetjing. Det går att i dei fleste sakene at rekvirent ikkje har skildra pasienten sine transportbehov godt nok, med det resultat at pasient får feil transportmåte og transportmiddel. Lange, utmattande reiser, fellesdrosje med mange pasientar i same drosje, manglande omsyn til behov for medisin/mat/drikke i løpet av behandlingdagen, ikkje plass til rullestol, er døme på tema som går igjen.

Vi ser òg at det oppstår mistydingar på grunn av uklare/kompliserte bestillingsrutinar. For pasientane har sjuketransporten vore ei stor tilleggsbelastning. Vi har lagt fram vår erfaringar med sjuketransportordninga i eige møte med Helse Førde, der vi oppmodar om ein gjennomgang av ordninga.

5.3 Overnatting på medisinsk grunnlag – kven betalar?

Parallelt med reisesakene, får vi ofte presentert problemstillingar som pasient oppfattar har noko med pasientreisa å gjera. Mellom anna spørsmål om dekking av kostnad til overnatting, på medisinsk grunnlag. Pasientreiser dekker berre overnatting der dette er naudsynt pga. sjølve reisa. Det er behandlar på sjukehus som skal avgjere om pasient har trong for overnatting før/etter sjølve behandlinga. Vi ser at både fastlegar og sjukehus informerer pasienten feil om dette, noko som endar med at pasienten sit igjen med rekninga.

5.4 Pasientar som treng ekstra bistand under behandling – kven betalar?

Vi får òg spørsmål om fylgje av vaksne med utviklingshemming, som treng bistand av kommunalt personell også under sjølve sjukehusopphaldet. Her har vi hatt uheldige saker der personalet vert sendt heim når pasienten er teken i mot på sjukehus. For dei med avgrensa muligheit til å forstå kva som skjer, manglande samtykkekompetanse, manglande kommunikasjonsevner kan dette vera ei skremmande oppleving.

Vi har oppfatta at dette skjer som fylgje av uklare retningsliner for kven som betalar for den kommunale personalressursen. Vi vonar at økonomi ikkje står i vegen for å yte helsehjelp under trygge rammer til denne sårbare pasientgruppa.

6 Tilråding frå pasient- og brukarombodet

Pasient- og brukarombodet rår til at:

- Kommunane må ta sitt koordinatoransvar seriøs og sette av nok tid til å utøve rolla
- Også kommunane må kunne handtere samshandsaminga i tråd med reglane i forvaltningslova
- Det må vere lov å ta opp meir enn eitt problem i ein og same fastlegekonsultasjon