

13. januar 2020

VG

**Metoderapport
SKUP 2019**



**HELSEREFORMENS
KONSEKVENSER**

Anne Stine Sæther, Shazia Majid,
Sofie Amalie Fraser og Eirik Mosveen

INNHold

1 Innledning	1
2 Slik kom arbeidet i gang	1
3 To hypoteser	2
3.1 Et tredelt prosjekt.....	3
4 Metode: Utkjøring av pasienter om natten	3
4.1 Innsyn i AMK-statistikk	4
4.2 SQL-koden	4
4.3 Klagerunder og en SQL-oppskrift.....	4
4.4 16 koder for 16 innsyn	5
4.5 Hva viste dataene – og hva manglet?	5
4.6 En ny strategi	6
4.7 Kontrollere data hos kilden	6
4.8 En nedslående beskjed	6
4.9 Svar på de siste spørsmålene	6
4.10 Å lære seg R	7
5 Metode: Milliardbøtene	7
5.1 Innsyn i antall liggedøgn	7
5.2 Var det virkelig så enkelt?	8
5.3 Nytt innsyn og nye skitne tall.....	8
5.4 To datasett og en varselampe	8
5.5 Viktige spørsmål	9
5.6 En siste kvalitetssjekk.....	9
5.7 KOSTRA.....	9
6 Metode: Avviksdatabasen	10
6.1 Alvorlige avvik.....	10
6.2 Nytt innsyn: alle avvik	10
6.3 Mange klagerunder	10
6.4 Dårlig datakvalitet.....	11
6.5 Maskinlæringseksperiment.....	11
6.6 Bygge egen database.....	11
6.7 Kategorisering av avvik.....	11
6.8 Kvalitetssikring.....	12
6.9 Hva sier dataene?	13
7 Metode: Utkjøring av pasienter om natten 2.0	13
7.1 Innsynsbegjæring – kravspesifikasjon.....	13
7.2 AMK-sentraler holdt igjen data	14
8 Innsyn i AMK-logg	14
9 Omfattende kildearbeid	14
10 Organisering av arbeidet	15
11 Etikk	15
12 Spesielle erfaringer og motstand	15
12.1 Kommunikasjonsavdelinger står i veien for fagfolk.....	15
12.2 Dårlig datakvalitet.....	16

12.3 Offentlighetsloven praktiseres ulikt	16
13 Dette er nytt	16
14 Konsekvenser	17

INNSENDERE

Anne Stine Sæther - 91600238 - stine@vg.no

Shazia Majid - shazia.majid@vg.no

Sofie Amalie Fraser - 41381407 - sofie.amalie.fraser@vg.no

Eirik Mosveen - 91182902 - eirik.mosveen@vg.no

Takk til:

Synnøve Åsebø, Svein Kjølberg, Isabelle Valette, Gisle Oddstad, Adrian Steinbakk, Ola Haram, Tom Byermoen, Simen Grytøyr, Natalie Remøe Hansen, Jarle Brenna, Fredrik Jørgensen og Tone Sofie Aglen.

Publisert:

Fra 15. juni 2019. Arbeidet fortsetter inn i 2020.

Kontaktperson:

VG ved Anne Stine Sæther,
Pb. 1185 Sentrum, 0171 Oslo

Redaksjon:

Verdens Gang
Pb. 1185 Sentrum, 0107 Oslo

Saker:

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/70j249/midt-paa-natten-fraktes-syke-eldre-hjem-fra-sykehusene>

<https://www.vg.no/spesial/2019/den-siste-reisen/>

<https://www.vg.no/spesial/2019/pasient-boter/>

https://www.vg.no/nyheter/i/dO0m8B/hoeie-krevde-umiddelbar-stans-flere-hundre-eldre-likevel-kjoert-ut-av-sykehus-i-ambulanse-paa-natta?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=BR2xMO

Lenke til alle publiserte saker, samt PDF av alle saker ligger som vedlegg til metoderapporten.

1 INNLEDNING

2009: Daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen skriver forordet til den ferske stortingsmeldingen om samhandlingsreformen: *«Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser lett blir tapere i dagens helse-Norge».*

Med samhandlingsreformen skal pasientene ligge kortere på sykehus - og kommunene skal få økt ansvar for etterbehandling og rehabilitering. Slagordet for reformen kan ikke misforstås: **Pasientene skal få rett behandling – på rett sted – til rett tid.**

2019: Ti år senere forteller VG historien om Eigil Sigvartsen (79). Den gamle mannen blir kjørt i taxi fra Akershus universitetssykehus i natt-trøye, med blå plastovertrekk på bena. Urinposen henger og slenger langs beinet hans. De ansatte ved sykehjemmet i Oslo, som skal ta ham imot, vet ikke hvilke medisiner den alvorlig syke mannen trenger – eller hvilken behandling han har fått på sykehuset.

Hvordan gikk det egentlig med den største helsereformen i nyere tid?

VG har avslørt hvordan syke, gamle mennesker kjøres i ambulanse ut av sykehusene midt på natten, blant annet for å frigjøre senger til andre pasienter. Gjennom å analysere mer enn 5000 avviksmeldinger, har VG avdekket hvordan livsviktig helseinformasjon kommer på avveie i vekslingen mellom sykehus og kommune. Medisiner og medisinalister mangler. Pasienter har blitt satt av i taxi utenfor hjemmene sine uten mulighet til å komme seg inn.

VG har dokumentert hvordan norske kommuner har betalt nesten 1,4 milliarder kroner i dagbøter til helseforetakene for pasienter de ikke har klart å ta imot fra sykehusene. Dette betyr at kommunene i mer enn 300.000 døgn ikke har klart å overholde sine forpliktelser etter samhandlingsreformen.

VGs avsløringer kommer som følge av et svært omfattende innsynsarbeid. Samtidig har dataanalyser vært avgjørende for å kunne besvare de mange spørsmålene. Store mengder data er hentet inn fra landets 22 helseforetak og 16 alarmsentraler, og for første gang satt sammen, kvalitetssikret og analysert.

Slik har VG avdekket hvordan noen av de eldste og sykeste pasientene betaler prisen for den største helsereformen i nyere tid. I denne rapporten vil vi redegjøre for metodene vi har brukt i arbeidet.

2 SLIK KOM ARBEIDET I GANG

I 2017 publiserte VG prosjektet «Kampen om fastlegene» – om den store mangelen på fastleger i kommune-Norge. I forbindelse med prosjektet var Anne Stine i kontakt med helseledere i 426 kommuner. Flere sendte tilbakemeldinger som trigget interessen hennes:

«Arbeidsbelastning etter «samhandlingsreformen» har blitt enorm! Man kan egentlig ikke snakke særlig om samhandling siden sykehusene sitter med myndigheten til å bestemme hva og hvordan! Vi

må bare følge. Det har ført til at mange dårlige pasienter blir altfor tidlig utskrevet og det ender ofte i reinnleggelse! Det koster samfunnet flekk!»

En annen fastlege skrev: «*Pasienter med hjertesvikt og kreft skrives raskt ut og vi skal følge opp. Før 2012 lå de flere døgn på sykehus*».

«Kampen om fastlegene» ble publisert i august 2017. I tiden som fulgte gjorde Anne Stine mer research rundt samhandlingsreformen. Spesielt én faktaopplysning var interessant:

Samhandlingsreformen ble vedtatt i 2009 og iverksatt i 2012. Fra 2012 til og med 2014 ble det 308.000 færre såkalte liggedøgn på norske sykehus. Et liggedøgn er et helt døgn der en pasient disponerer en seng/døgnplass på sykehus. Ifølge Riksrevisjonen kom halvparten av kuttene i pasientgruppen over 80 år.

Hvordan ble disse pasientene nå ivaretatt? Var norske kommuner i stand til å ta imot gamle, syke mennesker som før 2012 ble behandlet på sykehus?

Fra høsten 2017 og gjennom 2018 fortsatte Anne Stine å gjøre research på samhandlingsreformen. Hun gikk nok en gang bredt ut til de kommunale helselederne (*se kap. 9 omfattende kildearbeid*). Flere fortalte at de slet med å gi multisyke, eldre pasienter god nok oppfølging i kommunene. Helseforetakene ble også kontaktet, blant annet med spørsmål om hvor mange såkalte utskrivningsklare pasienter det var registrert ved sykehusene. Dette er pasienter som sykehusene definerer som ferdig behandlet, men som blir liggende ekstra døgn på sykehuset fordi hjemkommunen ikke klarer å ta imot dem.

Researcharbeidet i denne fasen førte oss på nye spor:

- En samhandlingskoordinator ved et helseforetak fortalte i en kildesamtale om hva som fantes i avvikene som ble meldt inn etter samhandlingsreformen. *VG ba etter dette om innsyn i avvik fra 2017 og 2018 som var kategorisert som alvorlige.*
- Sommeren 2018 fortalte en legevaktsjef i et av helseforetakene om såkalte «grønne turer». Dette er planlagte ambulanseturer der helsetilstanden til pasienten ikke er akutt, men der pasienten likevel er så syk at vedkommende trenger tilsyn og/eller bære hjem. *Vi bestemte oss for å be om innsyn i disse. Kun to av AMK-sentralene ga VG innsyn i de grønne turene. Dette innsynet skulle likevel vise seg å bli avgjørende for oss.*

3 TO HYPOTESER

Mot slutten av 2018 satt vi med et så godt overblikk over situasjonen at vi ønsket å iverksette et større graveprosjekt for å kartlegge konsekvensene av samhandlingsreformen. De alvorlige avvikene vi hadde innhentet i løpet av året bekreftet inntrykket fra kildearbeidet: I avvik ble det beskrevet hvordan ambulanspersonell og sykehuslege var uenige om hvorvidt pasienter var i stand til å bli flyttet fra sykehus til kommune. Et annet avvik handlet om natt-transport av en svært urolig og døende kvinne. En helseleder hadde fortalt oss at hennes kommune hadde nedsatt en egen havarikommisjon for å undersøke hvorfor så mange eldre pasienter ble skrevet ut fra sykehus – for så å bli lagt inn igjen kort tid etter. Etter å ha fått beskrevet en rekke situasjoner der helsearbeidere var kritiske til behandlingen av eldre, samt en rekke andre beskrivelser av hvordan samhandlingsreformen slo ut i praksis, valgte vi å formulere to hypoteser for prosjektet:

1. *Samhandlingsreformen har slått hardest ut for den eldste, sykeste pasientgruppen.*
2. *Mange kommuner klarer ikke å ta imot pasientene som sykehusene mener er ferdig behandlet hos dem, og skal skrives ut.*

3.1 Et tredelt prosjekt

For å kunne besvare hypotesene, var det avgjørende å kartlegge, dokumentere og tallfeste konsekvensene av reformen. *Hvilke data trengte vi for å kunne vise omfanget av uverdigg behandling av de eldste pasientene?*

Prosjektet ble fra dette tidspunktet delt inn i tre hoveddeler:

1. **Pasienter som transporteres ut av sykehus på natten:** Helsearbeidere vi snakket med fortvilte over å få eldre pasienter hjem til kommunen – enten til hjemmetjeneste eller institusjon – til alle døgnets tider. Vi ønsket å dokumentere hele omfanget av såkalte «grønne turer» på natten: Ikke-akutte turer ut fra sykehus, der pasienten likevel er så syk at vedkommende må ligge under transport og få medisinsk tilsyn/behandling.
2. **Kommuner som betaler dagbøter:** Det sterkeste pressmiddelet i samhandlingsreformen er økonomi. Dersom en kommune ikke klarer å ta imot en pasient som sykehuset mener er utskrivingsklar, må kommunen betale en bot per døgn pasienten blir liggende på sykehus. Vi ville følge pengene for å dokumentere om norske kommuner klarer å oppfylle kravet i reformen.
3. **Avvikene i reformen:** Alle norske kommuner har en samhandlingsavtale med sitt helseforetak. Når samarbeidet ikke fungerer etter avtalen som er inngått, skal det skrives en avviksmelding. Dersom vi fikk innsyn i *alle* samhandlingsavvikene for 2018 ville vi kunne dokumentere hvor samarbeidet sviktet.

Mye av arbeidet med disse tre delprosjektene har pågått parallelt. Vi vil videre i metoderapporten redegjøre for disse hver for seg.

4 METODE: UTKJØRING AV PASIENTER OM NATTEN

Klokken 04.32 kommer en dement kvinne tilbake til sykehjemmet i Ørje. I ambulansen som parkeres foran Marker Bo- og Servicesenter, ligger Lillemor (82) fastspent på en bære. Det er snart 18 timer siden hun ble sendt til Sykehuset Østfold Kalnes for en planlagt blodoverføring. I seks og en halv time venter hun på å bli kjørt tilbake til sykehjemmet. Det tar personalet to dager å få stabilisert Lillemor etter transporten. Den 82 år gamle kvinnen blir psykotisk av påkjenningen

Vår research viste at ingen hadde gått inn i AMK-loggene for å kartlegge grønne turer på nasjonalt nivå. Verken SSB eller Norsk pasientregister hadde tall som kunne besvare vårt spørsmål om antall pasienter i Norge som blir kjørt fra sykehuset og hjem om natten. Eneste måten å få svar på var å be om innsyn i ambulanseloggene fra alle sentralene.

Anne Stine hadde i sitt innledende arbeid rundt natt-transporter i 2018 kommet i kontakt med en systemekspert for ambulansetjenestens datasystem. Han jobbet ved Sykehuset i Vestfold. I første innsynsrunde i 2018 var det kun alarmsentralene i Bergen og Stavanger som hadde gitt oss tilstrekkelig innsyn i grønne ambulanseturer. Systemeksperten sa ja til å se på tallene vi hadde fått innsyn i, og tallene bekreftet at det ved disse to alarmsentralene hadde vært en økning i transport av eldre pasienter om natten.

I januar 2019 fikk Shazia ansvar for en nasjonal kartleggingen av natt-transporter av eldre. I filen vi allerede hadde fått innsyn i fra Stavanger, var **alder** på pasienten og **tidspunktet for turen** opplyst. Ville det være mulig å finne igjen og dokumentere utkjøring av de eldste pasientene om natten over hele landet gjennom analyser av *alle* AMK-loggene?

Spørsmålet vi ønsket å besvare var: *Hvor mange av de eldste, syke blir lagt i en ambulanse og sendt hjem fra sykehus om natten?*

4.1 Innsyn i AMK-statistikk

I januar 2019 sendte vi en ny og utvidet innsynsbegjæring til samtlige 16 alarmsentraler. Vi ba om innsyn i statistikk fra AMK-loggene på alle grønne turer. Vi spesifiserte dette til å gjelde turer **fra sykehuset og til hjem/kommunal institusjon**, siden dette ville bety at pasienten er ferdigbehandlet på sykehuset. Vi ba om data for årene 2012, 2017 og 2018. Vi presiserte variablene vi ønsket innsyn i: *Registreringsnummer for transporten, kommunenummer, kjønn, alder, time på døgnet personen ble hentet, time på døgnet personen ble levert*. Å be om alder og tidspunkter for utkjøring/levering var åpenbart. Vi tok også med kjønn, for å se om vi kunne se noen tendenser her. Kommunenummer og registreringsnummer ble valgt fordi vi ønsket å forfølge turer som pekte seg ut. Vi ba om å få tilsendt alt i excel-format.

Flere alarmsentraler nektet VG innsyn også denne gang. Flere viste til offentlighetslovens §9, om at sammenstillingen er urimelig arbeidskrevende å gjennomføre. Noen påpekte at det var snakk om titusenvis av linjer med informasjon som måtte gjennomgås. Enkelte nektet innsyn fordi oversikten kunne identifisere pasienter. Andre sa at arbeidet måtte gjøres manuelt, da det ikke er teknisk mulig å kjøre ut oversikten VG ba om innsyn i.

Det alarmsentralene ikke visste, var at vi hadde oppskriften.

4.2 SQL-koden

Da vi startet dette arbeidet, var Stavanger-filen fra 2018 noe av det første vi så på. I ark to av filen oppdaget vi en SQL-kode. En SQL-kode er en database-spørring, og dette var enkelt forklart en nøyaktig oppskrift på hvordan disse data hadde blitt hentet ut fra databasen.

Dette var viktig: Dersom alle AMK-sentralene brukte samme system, ville alle kunne bruke denne koden for å hente ut riktige data.

Avklaringen kom raskt fra vår mann i Vestfold, som hadde laget SQL-koden: De fleste alarmsentralene brukte samme system. Dermed kunne oppskriften kopieres – og det stemte altså ikke at dette var en teknisk umulig oppgave, eller et urimelig tidskrevende innsynskrav. Det sto antakelig mest på kunnskapen til de som skulle besvare innsynsbegjæringen vår.

4.3 Klagerunder og en SQL-oppskrift

Vi svarte raskt på avslagene, med følgende budskap: *VG kan hjelpe dere med å få ut dataene. Vi sender SQL-koden, dere gjør spørringen*. Noen helseforetak, som tidligere hadde gitt avslag, sendte datasettet omtrent umiddelbart etter at vi tilbød oss å sende over SQL-koden. Andre holdt i uker og måneder fast ved at det likevel var for tidkrevende, eller nektet innsyn grunnet personvern hensyn. VG klaget Helse Fonna og Helgelandssykehuset inn til Helsedepartementet og fikk medhold slik at tallene omsider ble utlevert.

Vi hadde fått et unikt innsyn i AMK-loggene.

Først i begynnelsen av april var innhenting av data fullført, og vi kunne begynne å gjennomgå materialet. Vi skulle sy sammen flere titalls filer som inneholdt titusener av ambulanseturer hver. Vi skjønnte raskt at Excel ikke var egnet. Vi valgte derfor å bruke kodeprogrammet R, med bistand fra dataanalytiker Isabelle Valette i VG. Hensikten var å utføre en dataanalyse som var mulig å gjenskape. Altså kunne både Isabelle og Shazia bruke samme inn-data (de urørte filene fra AMK-sentralene), koden og beskrivelsen vi laget, for å reprodusere analysene og se om vi fikk samme funn. Dette er ikke mulig i Excel.

4.4 16 koder for 16 innsyn

Da dataene var lagt inn i R, så vi at dette var ulikt det meste vi hadde jobbet med tidligere. Dataene var så skitne at vi var usikre på om de i det hele tatt kunne brukes. Det betyr at de ikke egnet seg til dataanalyser fordi filene var inkonsistente, unøyaktige eller mangelfulle. For eksempel kunne celler i datasett inneholde både tall og tekst om hverandre, det var lagt inn pivot-tabeller og beregninger, og det var linjer med andre tegn som gjorde det umulig å analysere dataene slik de var. Det var dermed ikke mulig å skrive en felles kode for å lese dataene. Det var knapt mulig å sammenligne tallene vi hadde fått. Løsningen ble å gå den lange veien: Vi måtte skreddersy en kode for hvert av datasettene fra de 16 AMK-sentralene, før vi slo dem sammen. Det tok dermed flere uker før dataene i det hele tatt kunne leses som en helhet.

Da vi endelig fikk koblet alt sammen, satt vi med 200.000 rader med data.

4.5 Hva viste dataene – og hva manglet?

Alle store datasett reiser tre viktige spørsmål: 1. Har du fått det du har bedt om? 2. Hva er feil i det du har fått? 3. Hva er det du ikke har fått, som du burde ha fått?

Det første vi oppdaget da vi endelig kunne sammenstille dataene, var at vi manglet tall for 2012 for tre alarmsentraler. Disse var slått sammen med andre sentraler i 2015. Vi sporet opp tallene gjennom nye innsynsbegjæringer. Vi hadde nå 19 sentraler å analysere. Andre sentraler manglet også 2012-tall, fordi de hadde byttet datasystemer, og de gamle tallene ikke lenger var tilgjengelige. Vi ble bekymret: **Var det slik at dataene vi hadde fått ikke var i tråd med innsynsbegjæringen?**

Da vi gjorde de første analysene, fanget Møre og Romsdal vår interesse umiddelbart. Helseforetaket hadde tre ganger så mange transporter som Oslo. Det var åpenbart et rødt flagg. Andre sentraler så ut til å ha unormalt lave tall. Nå oppsto en ny bekymring: **Tallene vi hadde fått, var feil**, men vi visste ikke **hva** som var feil.

I denne fasen så vi også at enkelte sentraler hadde sendt oss flere kolonner enn det vi ba om. Dermed oppdaget vi en potensiell feilkilde. En slik kolonne/variabel var leveringssted, altså hvor pasienten ble levert med ambulansen. Vi hadde spesifikt spurt om å få tilsendt informasjon om pasienter som ble kjørt til *hjem/sykehjem/annen institusjon*. Men gjennom denne nye kolonnen så vi at enkelte hadde sendt oss data for *alle* leveringssteder, blant annet pasienter som ble kjørt til flyplass og legekontorer.

Vi hadde hittil tatt for gitt at helseforetakene fulgte innsynsbegjæringen. Nå forsto vi følgende: *Det var en mulighet for at vi hadde fått andre transporter enn de vi spesifikt ba om, fordi AMK-sentralene hadde filtrert data feil. Det ville blåse opp tallene. Var det dette som hadde skjedd i Møre og Romsdal? Vi oppdaget også at det enkelte steder hadde sneket seg inn andre ambulanseturer enn*

såkalte grønne turer, fordi det kunne være feil i SQL-koden, selve oppskriften mange alarmsentraler hadde brukt.

4.6 En ny strategi

Det var store hull i dataene for 2012 og 2017. Disse kunne ikke tettes med enkle midler. Datasystemer var byttet og noen data var blitt umulig å oppdrive. Vi valgte derfor å legge bort dette, og fokusere på det ferskeste året 2018. Vi valgte også å ikke lenger bryte ned tallene på kommunenivå, men konsentrere oss om tallene på nasjonalt nivå. Dataene var for skitne: Mange turer manglet kommunenummer, og enkelte AMK-sentraler hadde nektet å oppgi kommunenummer av personvern hensyn.

Når en journalist ber en offentlig institusjon om innsyn i data, består arbeidet vanligvis i å samle inn tallene, analysere og lage oversikter. Vi måtte gå til det uvanlige skrittet å kvalitetssikre selve inn-dataene, variabel for variabel, tur for tur. Vi sendte en rekke nye spørsmål til alle de 16 AMK-sentralene om dataene de hadde utlevert fra 2018.

4.7 Kontrollere data hos kilden

Hvilke muligheter hadde vi til å kontrollere tall fra et system vi ikke kjente og hadde tilgang til? En måte å gjøre det på var å be om å få tilsendt oppskriften alarmsentralene hadde brukt for å hente ut data hos seg: SQL-koden. Det ville være en måte å sjekke om de hadde gitt oss innsyn i det vi faktisk hadde bedt om. En annen metode var å spørre hvordan de hadde eventuelt filtrert for eksempel leveringssted, og be om å få tilsendt nye filer som viste kolonner som kunne avsløre dette. Frustrerende nok havnet mange av henvendelsene våre hos kommunikasjonsavdelingene, som sto som en buffer mellom oss og fagfolkene. Vi opplevde at mange ikke forsto hva vi ba om. I flere tilfeller insisterte kommunikasjonsavdelingene på at dataene var riktige selv om vi visste at de ikke var det. Andre sentraler sendte nye filer, og vi kjørte løpende nye analyser, oppdaget nye feil, og fikk atter nye data.

4.8 En nedslående beskjed

På dette tidspunktet var det ikke lenger tvil: Flere av alarmsentralene ante ikke hva de faktisk ga oss innsyn i. Det handlet ikke om vilje, men om kompetanse. Mange sentraler har ikke egne ansatte med kompetanse om egne datasystemer. Vi var nå i den absurde situasjonen at vi visste mer om de grønne turene enn hva mange av AMK-sentralene selv gjorde. For selv om selve datasystemet var likt, hadde hver alarmsentral brukt det ulikt. For eksempel kunne samme kjørekode bety helt forskjellige transportert i hvert enkelt AMK-sentral.

En prosjektleder i et helseforetak sa det slik til oss: *«Jeg er enig i behovet og setter pris på at dette har fokus. Dessverre så tror jeg oppgaven er tilnærmet umulig.»*

Hver eneste tur handlet om en eldre pasient, så syk at vedkommende måtte ligge på en bære under transport. De var sendt hjem midt på natten. Vi hadde konkrete spor og konkrete spørsmål vi ønsket svar på – og kunne ikke gi opp.

4.9 Svar på de siste spørsmålene

Når er man i mål med et slikt datasett? Når alle spørsmål er besvart. Også de som kommer i siste liten. I vårt tilfelle kom vi over enda to utfordringer i det vi nærmet oss deadline og valgte å forfølge disse: Flere sentraler hadde ved en inkurie fjernet et uvisst antall rader med informasjon (de fjernet rader hvor en av variablene ikke var fylt ut, altså NULL-verdier). Det betydde at våre

funn ville være et *minste* antall turer. I tillegg hadde flere sentraler ikke tatt med såkalte «hvite ambulanser» i dataene de sendte oss. Dette er ligge-transporter av pasienter som fraktes ut av sykehus, men ikke i vanlig ambulanse, fordi de ikke trenger medisinsk overvåking/behandling under turen.

Omsider kunne vi gjøre en øvelse ingen hadde forsøkt før: Vi kunne samkjøre data fra 16 alarmsentraler, som viste samtlige grønne turer, også de som var gjennomført med hvite ambulanser. Og vi kunne presentere funnet: *Det ble kjørt minst 1546 ambulanseturer hjem med pasienter over 74 år midt på natten i 2018.*

Da VG 16. juni 2019 for første gang kunne avsløre hvor mange eldre som er blitt sendt ut fra sykehus og hjem til egen bolig, hjemmetjeneste eller til en kommunal institusjon midt på natten, sto det tre hovedtall i artikkelen. Bak disse tallene lå en enkel summering. En datakode på 10.000 linjer.

4.10 Å lære seg R

Shazia og Isabelle jobbet parallelt i R med samme datamateriale. De rensset og bearbeidet dataene på hver sin kant. Shazia sto for alt det journalistiske arbeidet med innhenting av data og kvalitetssikringen ut mot alarmsentralene. Å jobbe sammen med en dataanalytiker ga Shazia muligheten til å lære seg kodeprogrammet R gjennom et konkret prosjekt, et verktøy hun ikke kunne fra før. Slik kunne de etterhvert etterprøve og utfordre hverandres arbeid med tallene. Dette ga unik kunnskapsoverføring begge veier, og ble avgjørende for at vi til slutt kom i mål, med publiserbare tall. *Å lære seg R skulle også vise seg å bli svært viktig for neste del av prosjektet.*

5 METODE: MILLIARDBØTENE

Korttidssenteret i Fredrikstad har 87 sengeplasser. Hittil i år har 99,1 prosent av sengene til enhver tid vært opptatt, ifølge kommunen. Hvis noen skal inn, må noen ut. Det er aldri en ledig seng. Bare hvis noen dør på kvelden, kan en seng bli stående ledig – til neste morgen, sier virksomhetsleder Elin Martinsen.

Med samhandlingsreformen skulle pasientene skrives raskere ut av sykehus. Det betyr at kommunene må ta imot sykere pasienter enn før. Dersom en kommune ikke klarer å ta imot en pasient som sykehuset mener er utskrivingsklar, må kommunen betale en bot på i underkant av 5000 kroner for hvert døgn pasienten blir liggende på sykehus. Disse dagbøtene er det sterkeste økonomiske pressmiddelet i samhandlingsreformen. Ved å følge pengene ville vi kunne dokumentere om kommunene klarer å oppfylle kravet i reformen.

Spørsmålet var enkelt: *Hvor mye har hver kommune betalt i bøter, og har disse summene økt siden samhandlingsreformen ble innført?*

5.1 Innsyn i antall liggedøgn

Vi visste at helseforetakene hadde ført fortløpende statistikk på antall døgn pasienter ble liggende på sykehuset og vente på at kommunene kunne ta dem imot og behandle dem videre. Derfor var det naturlig å be om innsyn i denne statistikken. I januar 2019, på samme tid som det ble sendt ut innsynsbegjæringer til AMK-sentralene, ba vi samtlige 22 helseforetak om innsyn i disse tallene. Vi ønsket å dokumentere utviklingen fra reformen ble innført i 2012 til i dag. Vi ba om tall fordelt ned per kommune fra 2012 til og med 2018. Denne innsynsjobben var betydelig

enkler. Vi fikk relativt raskt innsyn i det vi ba om, og kunne også hente ut tall for helseforetakene i nord og vest fra nettsiden samhandlingsbarometeret.no.

5.2 Var det virkelig så enkelt?

Ved den innledende gjennomgangen av materialet ble det klart at 2018-tallene var mangelfulle. De siste månedene var ikke oppdaterte så tidlig i 2019 som da vi ba om innsyn. Et par helseforetak hadde i tillegg tatt forbehold om at det kunne ha kommet korrigeringer i antall liggedøgn etter at tallene var rapportert inn.

Vårt utgangspunkt var at vi ønsket å vite hvor mange liggedøgn de utskrivingsklare pasientene hadde på sykehus – og så gange dette med døgnprisen, for å komme frem til en totalsum. Men med alle forbeholdene som ble tatt hos helseforetakene da vi ba om innsyn, ble vi usikre på om vi hadde bedt om riktige tall.

5.3 Nytt innsyn og nye skitne tall

Arbeidet ble satt på vent, mens vi jobbet med natt-transportene. Da vi plukket opp igjen arbeidet med døgnbøtene i august, hadde vi erfaringen fra natt-transportene å lene oss på. Vi hadde nå laget en mal for hvordan vi skulle håndtere store tall og mange henvendelser uten å miste oversikten. Dette innebar: Egne mapper med råfiler som ikke ble rørt. Egne excel-oversikter hvor all korrespondanse med helseforetakene ble loggført. Alle svar fra helseforetakene kopiert rett inn i R, og all vurdering skrevet ned her, for å beholde kontinuitet. Vi visste at det vi planla å gjøre, ville bli komplisert: Vi ønsket å samkjøre tall fra 22 helseforetak, om 422 kommuner over syv år, herunder flere kommunesammenslåinger.

Vi hadde i utgangspunktet bedt om innsyn i *antall døgn utskrivingsklare pasienter* har blitt liggende på sykehus uten at kommunene klarte å ta dem imot. Men for å være sikre på hva som faktisk ble krevd inn i døgnbøter, innså vi nå at vi måtte be om innsyn i selve faktureringen til hver kommune. I vår nye innsynsbegjæring til helseforetakene forklarte vi hvorfor vi måtte be om nye tall:

Det er vår forståelse at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom registrerte fakturerbare liggedøgn, slik oppgitt i statistikken av helseforetaket (eventuelt samhandlingsbarometeret), og hva som faktisk er blitt fakturert ut til kommunene.

Vi ba om innsyn i det faktiske beløpet som var fakturert ut til kommunene. **Altså sum beløp fakturert for liggedøgn, fordelt per kommune per år for årene 2012 til og med 2018.**

Det vi fikk tilbake, var store mengder skitne data i mange ulike formater. En stor utfordring var alle skrivefeilene i materialet, som gjorde det vanskelig å samkjøre kommuner etter kommunenavn. Men vi hadde også skapt en ny utfordring for oss selv. Nå hadde vi to sett med data: ett fra januar/februar 2019 bestående kun av antall liggedøgn, og et nytt sett med data bestående av fakturert beløp som vi fikk høsten 2019.

5.4 To datasett og en varsellampe

Shazia hadde ansvaret for pengesporet og jobbet nå alene i R, med Isabelle som sparringspartner. Vi valgte først å kjøre **liggedøgn-data** og **fakturert-data** mot hverandre. Vi oppdaget at det i noen av kommunene var betydelige forskjeller mellom antall rapporterte liggedøgn, og beløpene som faktisk ble krevd inn i det respektive året. Nå måtte vi igjen trække på bremsen, og

kvalitetssikre alle dataene på samme måte som med natt-transporter. Denne gangen kunne vi ikke la kommunene ligge: Vi hadde et helt klart mål om å publisere tall per kommune.

Vi bestemte oss for å jakte svar i helseforetakene, for å få publiserbare tall, og sendte følgende spørsmål på e-post til helseforetakene:

Hvilket datasystem er tallene hentet fra (det korrekte vil være regnskapssystemet, og ikke pasientregistreringssystem hvor liggedøgn hentes fra)? Er beløpet reelt, vil kommunen kjenne seg igjen? Er krediteringer (eks. kommune klager, det sendes ut kreditnota) tatt hensyn til i materialet? Kan det bekreftes at samtlige kommuner som har mottatt fakturaer, er med i datasettet? (Uavhengig av om de kommer inn under helseforetakets opptaksområde eller ikke).

5.5 Viktige spørsmål

Vi valgte nå å være helt åpne med helseforetakene om hvordan dataene skulle brukes, nemlig å lage en kommunevis nasjonal oversikt over dagbøter etter samhandlingsreformen ble igangsatt.

Vi stilte også spørsmålet: ***Hva bør VG vite om tallene for at analysen skal være riktig for ditt helseforetak, og for kommunene du har fakturert til?***

I tillegg: Det er hensiktsmessig at VG settes i direkte kontakt med riktig fagperson, slik at kvalitetssikringsarbeidet kan gå raskere for begge parter.

Dette var et tidkrevende arbeid som pågikk hele høsten. Her hadde det også vært bytte av datasystemer mellom årene 2012 og 2018, helseforetak fant ikke igjen tallene, sendte feil tall og det måtte kjøres flere runder med henvendelser. Alle svar ble lagt fortløpende inn som tekst til hvert helseforetak i R. Slik ble all informasjon samlet ett sted, og det ble gjort en samlet vurdering per foretak om hvilke forbehold som måtte tas før publisering.

Resultat av dette arbeidet var at det ble klart hvilke begrensninger dataene hadde. Avvik mellom liggedøgn og hva som faktisk ble fakturert ut hadde forklaring blant annet i regnskapsmessige periodiseringer og krediteringer. Selv om det utgjorde små summer, kunne vi ikke sammenligne tall år for år. Men vi kunne fortsatt bruke tallene til å dokumentere en utvikling mellom 2012 og 2018, hvor økningen i bøter pekte på økende problemer i samhandlingen mellom sykehus og kommuner.

5.6 En siste kvalitetssjekk

Etter flere måneders jobb kunne endelig alle kommunene samkjøres og analyseres. For å sjekke tallene en ekstra gang hentet vi ut en liste over de 50 kommunene med størst økning siden 2012. Dette var både små og store kommuner spredt over hele landet. Vi sendte tallene til de 50 kommunene og stilte dem spørsmål, for å kvalitetssikre funnene våre.

Med avsløringen Milliardbøtene kunne VG for første gang avdekke at norske kommuner hadde betalt 1,4 milliarder kroner i dagbøter til sykehusene siden 2012. Dette betyr at kommunene har fått bøter for over 300.000 døgn de ikke har klart å ta imot pasienter.

For 1 av 4 kommuner hadde økningen vært massiv.

5.7 KOSTRA

Innledningsvis ønsket vi også å kartlegge hva hver enkel kommune fikk i pengeoverføringer til helse og omsorg fra staten, og hvordan disse pengene ble brukt. Vi hadde en tanke om å se dette

i sammenheng med beløpene hver enkelt kommune betalte i dagbøter. Dette viste seg å være svært vanskelig. Hva kommunene brukte kunne leses fra KOSTRA-tallene fra SSB. KOSTRA står for Kommune-Stat-Rapportering. Men hva de fikk i overføringer fra staten var frie midler – penger som var tilnærmet umulig å følge. Så sant vi ikke ba 422 kommuner om innsyn. Og heller ikke da kunne *krone inn* matches med *krone ut*.

Det var likevel viktig å gi leseren informasjon om demografien i hver kommune, som er avgjørende for kommuners pengebruk på helse og omsorg. Vi valgte derfor å beregne andelen eldre over 74 år per kommune, og også å opplyse om penger brukt på helse og omsorg per hode da vi publiserte *Milliardbøtene*.

6 METODE: AVVIKSDATABASEN

Høsten 2018 blir en mann funnet bevisstløs i en seng på et sykehjem. Den gamle mannen har på seg en ulltrøye med gammelt illeluktende oppkast. Et blått helseteppe ligger rundt ham, han fikk det fra ambulansen som fraktet ham kvelden før. Mannen er bevisstløs, han reagerer verken på smerte eller tilrop. Det kommer informasjon om at mannen har ligget slik siden han ble avlevert kvelden før, i over 16 timer, uten å røre seg. Det er flekker overalt i sengen. Mannen er akutt, alvorlig syk og blir fraktet til sykehus.

6.1 Alvorlige avvik

Som tidligere nevnt hadde vi i den innledende researchen i 2018 kun bedt om innsyn i en rekke alvorlige avvik fra hele landet. I avvikene ble det blant annet beskrevet hvordan døende pasienter ble flyttet mellom forskjellige nivåer i helsevesenet. Mye av innholdet var rystende lesing.

6.2 Nytt innsyn: alle avvik

Hver kommune i Norge har en egen samhandlingsavtale med sitt helseforetak. Da vi utvidet prosjektet, ønsket vi å få innsyn i samtlige avviksmeldinger som var meldt inn spesifikt etter denne avtalen. I januar 2019 sendte vi igjen innsynskrav til alle landets helseforetak:

«Vi skalerer nå opp prosjektet og på vegne av Verdens Gang ber vi med dette om innsyn i alle avviksmeldinger knyttet til samhandlingsavtalen mellom helseforetak og kommune for 2018 i ditt helseforetak».

Vi møtte på motstand fra flere av helseforetakene da vi utvidet prosjektet og ba om innsyn i **alle samhandlingsavvikene** fra 2018. Mange helseforetak mente at det var problematisk at vi ikke hadde bedt om å få alle avvikene fra start, noe som nå førte til unødig dobbeltarbeid for dem. Det har vi en viss forståelse for. Samtidig var det innholdet i de første avvikene vi fikk innsyn i som var avgjørende for at vi nå valgte å iverksette en større innsynsrunde.

6.3 Mange klagerunder

Vi måtte gå mange runder med helseforetakene før vi fikk det vi hadde bedt om. Vi laget en kontaktliste i Excel med oversikt over helseforetak, kontaktperson, e-post, telefon og notatfelt. Slik hadde vi til enhver tid kontroll på hvor vi var i prosessen. Flere hundre e-poster og telefoner måtte til for å få utlevert avvikene. Hver gang det ble sendt en e-post eller tatt en telefon, ble det registrert med dato, klokkeslett og en kommentar. Fargekodene rød, grønn, gul og oransje viste hvordan vi lå an med å få inn materialet vi ba om.

Fra noen helseforetak var det vanskelig å få tilsendt avvikene. Fra andre var store deler av avvikene sladdet på en slik måte at vi ikke kunne bruke dem. Til helseforetakene som hadde gitt oss lite eller mangelfull informasjon, sendte vi tilbake gode eksempler fra innsyn vi hadde fra andre foretak. Flere foretak mente det var for tidkrevende for dem å hente ut den informasjonen vi etterspurte. Noen mente de måtte sette av folk i flere dager for å hente ut avvikene. Først i slutten av august hadde vi endelig fått tilsendt alle samhandlingsavvikene fra helseforetakene, totalt 5230.

6.4 Dårlig datakvalitet

Et stor utfordring var at de ulike helseforetakene har forskjellige systemer og forskjellige måter å registrere avvik på. Vi mottok avvik i alle mulige varianter. Noen i excel-ark, andre var sykehusenes egne lister, der de krysser av for avvik uten ytterligere begrunnelse. Flere brukte powerpoint – og i andre tilfeller fikk vi håndskrevne rapporter.

Et helseforetak insisterte på å sende utskrift pr. post. Deler av postleveransen kom aldri frem til VG, noe som resulterte i at helseforetaket likevel gikk med på å sende avvikene per e-post. Andre ganger var dokumentene vi fikk utlevert sladdet i så stor grad at det var vanskelig å tyde og forstå innholdet i avviket. Fra noen foretak fikk vi rapporter med utfyllende beskrivelser av avvikene.

6.5 Maskinlæringseksperiment

I startfasen eksperimenterte vi med såkalt maskinlæring for kategorisering av avvik. Tanken var at vi ved å la en ML-algoritme «lese» hvert avvik, og kategorisere det for oss, ville slippe å gjøre alt arbeidet manuelt. Veldig kort forklart lærer algoritmen hvilke ord som er viktige for å kategorisere, for eksempel «*manglende epikrise*». Vi skjønnte etter hvert at vi uansett måtte lese alle avvikene manuelt, blant annet fordi avvikene ble levert i mange ulike formater. Da gikk vi bort fra maskinlæringseksperimentet. Dette ga oss likevel nyttig lærdom til senere prosjekter, og vil kunne fungere for å finne konkrete eksempler i store databaser.

6.6 Bygge egen database

Vi fant ut at vi måtte bygge vår egen database av avvikene. Vi har gjort lignende prosjekter i VG tidligere. En erfaring er at antallet personer som jobber med kategorisering og registrering av data, bør begrenses til et minimum, slik at man klarer å være konsistent gjennom hele arbeidet. Sofie fikk hovedansvar for arbeidet med databasen, og brukte omtrent tre måneder på jobben.

Løsningen ble å bygge databasen i Google Sheets. Avvikene ble scannet slik at teksten ble søkbar og lagt i en mappestruktur med navn på de forskjellige helseforetakene. Tilsammen 5230 avvik ble lagt inn manuelt i et regneark, med hyperlenke til det faktiske avviket vi hadde fått innsyn i – med unntak av avvikene der vi ikke hadde fått tilsendt hele avviket i PDF-format.

Sheetet ble kodet slik: Når vi registrerte verdien 1 i en kategori, ble svaret regnet som ja. Verdien 2 ble registrert som et nei. Kun Sofie og to utviklere hadde tilgang til databasen, for å minimere muligheten for feil.

6.7 Kategorisering av avvik

For å avgjøre hvordan vi skulle kategorisere avvikene, leste vi alle avvik fra ett helseforetak først – og brukte dette som mal. Vi lagde kategorier fortløpende i denne delen av arbeidet. Vi valgte en bred tilnærming og endte med 12 kategorier. Vi så at flere av kategoriene egentlig omhandlet de samme avvikene. Blant annet var det mer naturlig at kategorien som omhandlet *manglende*

epikrise, gikk under samlekategoriene *epikrise*. Vi ønsket heller ikke å ha for mange kategorier, og slo noen sammen, slik at vi tilslutt endte med syv.

Da vi lagde databasen, startet vi med kategoriene: *epikrise, medisin, transport, død, utskriving* og *reinnleggelse*. Etterhvert så vi at det var mange avvik knyttet til innleggelse på sykehus – informasjon som ikke ble sendt og pasienter som ikke var meldt innlagt. Vi valgte derfor å utvide kategoriene med *innleggelse*.

Vi laget en tydelig definisjon av hva hver av kategoriene måtte inneholde, også det for å hjelpe oss til å være så konsistente som mulig i kategoriseringen:

- **Epikrise:** Manglende epikrise, mangelfull epikrise, for sent sendt epikrise, epikrise sendt feil sted, feil i epikrise, epikrise kun sendt i papirform (ikke elektronisk).
- **Medisin:** Manglende medisinliste, mangler i medisinliste, feil i medisinliste, også når det står legemiddelopplysninger. Omfatter også når pasienter ikke har fått med seg medisinene de skulle ha og/eller mangler resept. Utstyr som ikke er sendt med, pasienter som er feilmedisinert eller ikke har fått de medisinene de trenger.
- **Transport:** Forsinkelse med transport, manglende transport, transport har kjørt feil, uverdlig transport, person som trenger å følges av person sendes alene.
- **Død:** Pasient er død. De riktige instansene er ikke varslet om at pasient er død.
- **Utskriving:** Institusjoner som ikke er forberedt til å ta imot pasient: Har ikke fått melding om at pasient er utskrevet, utskrivingsklar pasient eller at pasient er på vei. Omhandler også når medisinsk utstyr ikke er fjernet ved utskriving(eksempel: PVK) og når utskriving tar for lang tid eller blir avlyst.
- **Reinnleggelse:** Pasienten blir reinnlagt kort tid etter utskriving.
- **Innleggelse:** Ikke mottatt innleggingsrapport, pasient som kommer for sent til sykehus, 24 timers melding som ikke er sendt og at man ikke har overholdt andre rutiner knyttet til innleggelse av pasienter. Dersom sykehusene har glemt å melde fra at pasienten er innlagt.

Mange av avvikene inneholdt flere avvik og ble derfor registrert under flere av kategoriene.

6.8 Kvalitetssikring

Etter at vi hadde kategorisert avvikene fra flere av sykehusene, tok vi stikkkontroller. Vi tok ut alle avvikene fra Ahus. En kollega i teamet leste alle avvikene en gang til og kontrollerte hvordan de var kategorisert. Vedkommende hadde tilgang på informasjon om hva slags avvik de ulike kategoriene skulle inneholde. Det var da ingen store uenigheter knyttet til hvordan avvikene var kodet.

Under arbeidet måtte vi gjentatte ganger kontakte ulike helseforetak for å etterspørre ytterligere informasjon, for kvalitetssikring. Vi oppdaget flere ganger at vi ikke hadde fått alle de dokumentene vi skulle ha fått.

Etter at vi hadde gjennomgått alle avvikene, satt vi igjen med 300-400 avvik som vi var usikre på. Disse ble gjennomgått på nytt av to personer. I tilfeller der vi hadde så få opplysninger at vi ikke kunne kategorisere, ba vi om utfyllende informasjon. Etter å ha gått gjennom disse enda en gang, endte vi med 106 avvik som vi ikke kunne kategorisere eller som ikke var relevante. Disse står dermed åpne i databasen.

6.9 Hva sier dataene?

Hva betyr det egentlig at det i fjor ble meldt inn i overkant av 5000 avvik etter samhandlingsavtalene mellom kommunene og sykehusene? Er dette mye eller lite? Hva om det hadde vært 50.000 avvik? Ville det ha betydd at det sto veldig mye verre til i helsevesenet - eller ville det egentlig bare bety at sykehusene og kommunene var flinke til å melde inn sakene der samarbeidet sviktet? Vi skjønnte tidlig at vi måtte være varsomme med tallene, og at antallet avvik som var meldt, ikke gjenspeilet antallet ganger samarbeidet sviktet. I artiklene valgte vi å fokusere på innholdet i avvikene, mer enn tallene. Vi ønsket heller ikke å sammenligne helseforetakene med hverandre, ettersom det er en kjent sak at det innad i helsevesenet er svært forskjellig kultur for å melde avvik – og at dette ikke kan brukes som en kvalitetsindikator for tjenestene som gis.

7 METODE: UTKJØRING AV PASIENTER OM NATTEN 2.0

Det er flere måneder siden helseminister Bent Høie beordret full stans av natt-transporter av eldre pasienter. På Sykehuset Østfold Kalnes vekkes en 79 år gammel kvinne klokken 04.15. – Hun hadde fått sovemedisiner og vi måtte riste litt i henne for å vekke henne før transporten, sier paramedic Helle Vik Martinussen.

Da VG for første gang dokumenterte at gamle syke blir sendt hjem fra sykehus på natten, gikk helseminister Bent Høie (H) umiddelbart ut og beordret stans i slike ambulanseturer. Våre kilder fortalte oss at helseforetakene likevel fortsatte å kjøre ut pasienter om natten. Dette måtte vi forfølge. Men det hadde gått for kort tid siden avsløringen vår. Vi ønsket å undersøke natt-transporter over tid, og bestemte oss for å vente noen måneder før vi gjorde et nytt innsyn der vi ba om alle grønne turer fra samtlige AMK-sentraler. Perioden vi ba om innsyn i, var fra og med 16. juni 2019 til 15. Oktober 2019.

7.1 Innsynsbegjæring – kravspesifikasjon

Denne gangen hadde vi inngående kunnskap både om dataene vi søkte innsyn i, og programmet vi skulle analysere dataene i. Vi brukte derfor god tid på å formulere innsynsbegjæringen. Vi valgte å være helt åpne om at vi ville dokumentere utviklingen etter vår avsløring i juni, og ba om tall med samme utgangspunkt som sist. For å unngå trenerende spørsmål la vi ved filen vi hadde fått første gang vi ba om innsyn. Begjæringen var formet som en datateknisk kravspesifikasjon, hvor vi ba om innsyn i følgende variabler fra AMK-loggene:

År

Hastegrad (alle aktuelle hastegrader for «grønne turer» i ditt helseforetak må være med. V, V1, V2)

Type transport (Det finnes flere typer hendelser her, vi ønsker grønne turer. Både med ambulans og eventuelt hvite biler/ambulanser)

Tidspunkt for avreise fra sykehus (format: yyyy-mm-dd hh:mn) dato+klokkeslett

Tidspunkt for ankomst leveringssted (format: yyyy-mm-dd hh:mn) dato+klokkeslett

Alder på pasienten som er transportert

Kommunenavn (hvor pasienten er levert)

Kommunennummer

Gruppert hentested (KUN sykehus)

Gruppert leveringssted (KUN sykehjem, hjem/privat adr., annen institusjon)

PS! Celler med nullverdier/tomme celler må ikke fjernes fra materialet!

Limer inn eksempel på hvordan regnearket må se ut (et tillegg er at tidspunkt oppgis i formatet over)

7.2 AMK-sentraler holdt igjen data

Innlesning, samkjøring og analysearbeidet ble gjort i dataprogrammet R. Noe av koden ble kopiert inn fra sist. Det vi oppdaget underveis, var at enkelte AMK-sentraler hadde holdt igjen data. De mente turer fra akuttmottak/poliklinikk/røntgen ikke var riktig å ta med, og unnlot å sende oss det, uten å opplyse om det. I disse tilfellene ble det klaget, og vi fikk til slutt komplette datasett. Etter noen ukers arbeid kunne VG publisere en ny avsløring:

Natt-transportene hadde ikke stanset, slik Høie hadde beordret. I firemånedersperioden var nesten 400 eldre pasienter kjørt hjem midt på natta.

8 INNSYN I AMK-LOGG

Vår case i saken om «Den siste reisen», Karen Anna Nilsen (90), ble flyttet tre ganger på 26 timer, bare to dager før hun døde. Karen Annas pårørende fortalte oss at det hadde vært mye diskusjon om hvor den syke, gamle kvinnen skulle legges inn - og at AMK hadde vært involvert. Etersom AMK var involvert, så fantes det mest sannsynlig en lydlogg fra hendelsesforløpet. Denne kunne hjelpe oss med å dokumentere hendelsesforløpet. Vi ba om å få utlevert lydloggen mellom AMK, Ullern helsehus, KAD Aker og Diakonhjemmet sykehus fra Karen Annas siste reise

Å få utlevert lydfiler fra helsevesenet er krevende. Vi sikret oss samtykke fra Karen Annas pårørende om at lydloggen fra transportetappene mellom de ulike institusjonene kunne utleveres til VG. Men vi fikk bare delvis innsyn. Oslo universitetssykehus (OUS) utleverte en transkribert versjon av lydloggen. Dette ga oss en god beskrivelse av hvordan samhandlingen i Karen Annas tilfelle ikke var på sitt beste. Men selve lydfilen fikk vi ikke, til tross for en syv måneder lang klagerunde. Helse- og omsorgsdepartementets vurdering var at vi hadde rett på lydfilen, mens Fylkesmannen i Oslo og Viken *under tvil* kom til at OUS har oppfylt sine plikter etter helselovgivningen, da de allerede har utlevert en transkribert versjon av lydopptaket, samt tilbudt VGs journalister å lytte til opptaket.

9 OMFATTENDE KILDEARBEID

Denne rapporten beskriver i all hovedsak det metodiske arbeidet som er gjort i prosjektet. Parallelt med dette er det gjort omfattende kildearbeid. Vi har jobbet systematisk med kilder fra start for å komme i kontakt med både menneskene som rammes av samhandlingsreformen og deres pårørende. Vi har opparbeidet oss et bredt kildenettverk i flere deler av helsevesenet – over hele landet. Dette har vært svært viktig for prosjektet.

Oppsummert har vi jobbet slik med kilder:

1. Vi fulgte opp alle de konkrete tilbakemeldingene fra helselederne i kommunene etter arbeidet med fastlegekartleggingen i 2017.
2. Alle pasientombudene ble kontaktet med spørsmål om erfaringer med samhandlingsreformen og spørsmål om mulige caser. Slik kom vi i kontakt med Karen Anna Nilsens pårørende.
3. Vi har hatt jevnlig kontakt med flere fylkesleger og spesielt god kontakt med to fylkesleger. Med disse to har vi kunnet teste både hypoteser og funn underveis.

4. Kontakt med Pårørendeaksjonen. Dette er en Facebook-gruppe der mange pårørende i eldreomsorgen er aktive. Vi la her ut en beskrivelse av prosjektet og oppfordring om å ta kontakt. Vi fikk flere nyttige innspill gjennom Facebook-siden.
5. Møter og jevnlig kontakt med tillitsvalgte, blant annet Sykepleierforbundet i Oslo, ambulansetjenesten i flere regioner og tillitsvalgte leger på flere av sykehusene.
6. Møter og kontakt med fastleger, kommunale helseledere, møter med KS, kontakt med samhandlingskoordinatorer ved flere av sykehusene og kontakt med forskere i Norge og Danmark. Flere helseledere var innom VG for å ha møter med oss. Vi reiste også ut for å treffe kommunalsjefer og sykehjemsledere over hele landet.
7. Omfattende jakt på rapporter og skriftlig dokumentasjon om effekten av reformen.

Totalt har vi i løpet av prosjektet vært i kontakt med rundt 150 kilder.

10 ORGANISERING AV ARBEIDET

Som beskrevet gjorde Anne Stine mye innledende research i 2018. Fra årsskiftet 2018/2019 ble Anne Stine og Shazia hovedreportere på prosjektet, og begge har jobbet på fulltid med prosjektet i 2019. Ola Haram bisto med innsynsarbeid i starten av 2019, før han gikk over i et annet prosjekt i redaksjonen. Isabelle Valette bisto i dataanalyser gjennom året. Fra sommeren 2019 var det behov for å koble på ytterligere ressurser, og fra da jobbet Eirik Mosveen og Sofie Amalie Fraser med prosjektet på heltid. I tillegg har Adrian Steinbakk (VGTV) og Gisle Oddstad (foto) jobbet tett med teamet gjennom hele året. Synnøve Åsebø har vært reportasjeleder.

11 ETIKK

Selv om dette prosjektet er basert på en omfattende datainnsamling og analyser, er det virkelige mennesker bak tallene. Vi har hele tiden lett etter de som rammes av det vi avslører gjennom data-analysene: De gamle og multisyke, deres pårørende og helsepersonell.

Det har vært viktig å følge opp familiene tett. Selv om «barna» til pasientene vi har skrevet om i dag er godt voksne, har det like fullt vært vondt for dem at deres aller nærmestes siste dager har vært så kaotiske. Vi har vært nøye med å forklare prosjektet grundig til alle: *Hva er det vi vil vise fram, hva ønsker vi av dem, hvordan blir mor eller fars siste dager fremstilt?*

Vi har møtt pårørende og andre kilder både i VG og på hjemstedene deres. For noen har det vært en trygghet å få komme til redaksjonen for å se hvordan vi jobber. Vi har vist frem ferdig materiale til pårørende før publisering og hatt god tid til eventuelle endringer.

Å omtale hendelser som mennesker som har gått bort har blitt utsatt for, stiller ekstra krav til skriftlig dokumentasjon. Vi har i arbeidet med disse sakene hatt tilgang på avviksmeldinger, journal, AMK-logger og annen skriftlig dokumentasjon.

12 SPESIELLE ERFARINGER OG MOTSTAND

12.1 Kommunikasjonsavdelinger står i veien for fagfolk

Dette prosjektet har vist oss at velmenende kommunikasjonsfolk kan forlenge og komplisere sitt eget og journalistenes arbeid. Resultatet har vært stor frustrasjon, ikke bare hos journalistene,

men også hos flere av helseforetakene som ble nedrent av spørsmål, siden vi i det lengste ble holdt unna datakyndige fagfolk i helseforetakene. Dette på tross av at vi gjentatte ganger ba om å bli satt i direktekontakt med fagekspertisen. En direktelinje til den som skulle hente ut for eksempel AMK-loggene eller fakturabeløp, ville spart oss uker, om ikke måneder med merarbeid. Vi opplevde også at det ble krevd at oppfølgingsspørsmål ble stilt via postmottak. «Jeg ber deg om å sende dine henvendelser vedrørende innsynsbejæringer og eventuelle klager til postmottak i tiden fremover», var svaret fra en ansatt ved Helse Fonna i slutten av mai. Vedkommende hadde besvart våre henvendelser i saken siden februar. Særlig vanskelig var kommunikasjonen med Helse Førde, Helse Fonna og Helgelandssykehuset. I andre enden av skalaen var blant annet St. Olav hospital HF, som midt i prosjektet avla oss besøk og ønsket å lære hvordan de kunne hjelpe oss bedre.

12.2 Dårlig datakvalitet

Det er urovekkende at det i Helse-Norge ikke finnes felles rutiner for registrering av informasjon om mennesker i sårbare situasjoner, som for eksempel ved ambulanseturer eller for hendelser som har endt i avviksmeldinger. Det er et varsko at data «forsviner» fordi en offentlig institusjon bytter datasystem, eller at titusenvis av ambulanseturer mangler viktig informasjon som når ambulansen begynte å kjøre fra sykehuset, eller kom frem til pasientens hjemsted, fordi ambulansesjåføren «glemte å trykke på knappen». Og det er grunn til uro når «hvite ambulanser» i enkelte tilfeller kjører utenom AMK sine datasystemer og rett og slett ikke registrer viktig informasjon som tidspunktet for når turen ble gjennomført. Hos andre har det vært store feilkilder i tallene.

12.3 Offentlighetsloven praktiseres ulikt

For alle som jobber med undersøkende journalistikk innenfor helsefeltet er det en gjennomgående utfordring at hvert helseforetak praktiserer offentlighetsloven på ulik måte - og at mange ikke forholder seg til offentlighetsloven i det hele tatt. Slik har det også vært i denne saken.

Vi vet ikke om det er bevisst trenering av våre innsynskrav som ligger til grunn. Men Oslo Universitetssykehus, som har over 1,2 million pasientkontakter årlig, brukte 109 dager på å eksportere et excelark med totalt 80 avvik. Helse Møre og Romsdal, som hadde over 700 avvik, lanserte for oss en løsning med å sende over rundt ti avvik eller flere i uken:

«Jeg mener ikke en her og en der, men at vi kan sende fra oss f. eks 10 stk samlet hver uke eller flere hvis vi klarer?» skrev fagavdelingen til Helse Møre og Romsdal til oss i en e-post. Tilsvarende nektet blant annet Helse Fonna innsyn i AMK-loggene inntil klage til Helse og omsorgsdepartementet. Sistnevnte kommuniserte også nærmest utelukkende gjennom en generisk postmottak-mailadresse.

13 DETTE ER NYTT

- VG har dokumentert hvordan den eldste pasientgruppen har blitt rammet av samhandlingsreformen - den største helse reformen i nyere tid. Pasientene skal etter reformen ligge kortere på sykehus enn før - men mange kommuner er ikke i stand til å ta dem imot.

- VG har avslørt at det i fjor ble kjørt minst 1546 ambulanseturer med eldre over 74 år ut fra sykehus. Ved minst 461 av turene var pasientene 90 år eller eldre. Minst 603 av turene gikk fra sykehuset mellom midnatt og klokken 05.00.
- VG avdekket hvordan det ved noen AMK-sentraler var en stor økning i natt-transport fra samhandlingsreformen ble innført i 2012 til i 2018. Både ved AMK Vestfold Telemark og AMK Vestre Viken var økningen på 151 prosent.
- VG har avslørt hvordan eldre, syke pasienter flyttes mellom forskjellige institusjoner i timene og dagene før de dør. Gjennom flere titalls avviksmeldinger kunne VG avdekke det som ble omtalt som uverdige overflyttinger i livets siste fase.
- VG avslørte at norske kommuner har betalt 1,4 milliarder kroner i dagbøter til helseforetakene siden samhandlingsreformen ble innført i 2012. Dette betyr at kommunene har fått bøter for over 300.000 døgn for pasienter de ikke har klart å ta imot.
- VG viste også at i en av fire kommuner hadde det vært en eksplosiv økning (1000 prosent og over) i innkrevde dagbøter sammenlignet med 2012.
- VG avslørte hvordan samhandlingsreformen slår ut på økonomien i de kommunene som betaler mest i bøter. I 2012 betalte Fredrikstad 28.000 kroner til helseforetaket. I fjor var dette beløpet på 4,5 millioner kroner.
- VG kunne gjennom å digitalisere og analysere 5230 avvik meldt etter samhandlingsavtalene mellom kommune og sykehus dokumentere hvordan samarbeidet sviktet.
- VG kunne avsløre at minst 3164 avvik gjaldt saker der det ved flytting av pasienter manglet helt avgjørende helseinformasjon, medisiner, medisinsk utstyr og resepter.
- VG kunne avsløre at minst 2169 avvik dokumenterte hvordan kommunene og sykehusene ikke klarte å samarbeide da pasientene enten skulle legges inn eller skrives ut fra sykehus. I flere tilfeller ble gamle, syke pasienter sluppet av i taxi utenfor hjemmene sine, uten mulighet til å komme seg inn.
- I desember kunne VG avdekke at natt-transportene av eldre pasienter ikke hadde tatt slutt, til tross for helseministerens stoppordre i juni. VG avslørte at det i perioden 16. juni til 15. oktober ble kjørt minst 393 turer hvor eldre over 74 år ble lagt i en ambulanse og kjørt ut fra sykehus mellom klokken 22.00 og 07.00. Ved minst 113 av disse turene var pasienten 90 år eller eldre. Minst 178 av turene gikk ut fra sykehuset mellom midnatt og klokken 05.00.

14 KONSEKVENSER

- Etter avsløringen om at eldre pasienter kjøres ut fra sykehus midt på natta beordret helseminister Bent Høie i et intervju med VG den 23. juni full stans i denne typen transporter. I et møte de regionale helseforetakene mandag 24. juni, ble ordren gitt muntlig til direktørene av statssekretær Anne Grethe Erlandsen.
- Flere alarmsentraler endret rutiner for natt-transporter som følge av VGs avsløringer. Sykehuset Vestfold var blant dem som sendte ut en ny manual for hvordan slike transporter skal skje, og hvilke kriterier som må være oppfylt dersom eldre pasienter skal sendes hjem etter klokken 22.00. I Stavanger ble det bestemt at all overføring til sykehjem skal skje fortrinnsvis på dagvakt, helst før klokken 13.00 og ikke senere enn 20.00.
- I september var natt-transportene tema på styremøtet i Helse Sør Øst. Styret var da klare på at det ikke var akseptabelt å transportere utskrivingsklare pasienter hjem på kveld og natt.

- 28. juni sendte Helse- og omsorgsdepartementet et eget tillegg med «nye spesielle oppdrag» til det årlige oppdragsbrevet til Helsedirektoratet. Her ba departementet om at direktoratet utarbeider nye retningslinjer for utskriving av pasienter fra sykehus. De ble også bedt om å foreslå endringer i nasjonale rammevilkår, blant annet hvorvidt den nåværende forskriften om utskrivingsklare pasienter må endres.
- Den 23. oktober innkalte Bent Høie og statsminister Erna Solberg til pressekonferanse på Statsministerens kontor. For å bedre vekslingen mellom sykehus og kommuner vil Regjeringen fra nyttår etablere 19 nye, såkalte helsefellesskap, tilknyttet alle helseforetakene. Hensikten er å bedre samhandlingen. Etableringen av 19 helsefellesskap ble ett av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-23), som ble fremmet for Stortinget 22. november.
- I et intervju med VG åpnet helseministeren for første gang for å fjerne det aller viktigste virkemiddelet i hele samhandlingsreformen: Den kommunale betalingsplikten – ofte omtalt som *dagbøtene*.
- Etter VGs avsløring av at kommunene har betalt over 1,4 milliarder kroner i dagbøter, bestemte helseministeren seg for å fryse summen på dagbøtene, som i 2019 var på 4885 kroner. Summen har økt jevnt og trutt siden 2012, da bøkene var på 4000 kroner per døgn, men skal ikke øke mer etter 2019.
- VG omtalte hvordan Molde og seks andre kommuner fikk tilbakebetalt 17,6 millioner kroner i dagbøter fra Helse Møre og Romsdal. Molde mente de ikke skulle betale bøkene på grunn av manglende epikriser fra sykehuset, og brakte saken inn for Nasjonal tvisteløsningsnemnd, der de fikk medhold. I intervju med VG oppfordret Høie alle andre kommuner om å gjøre det samme som Molde.
- Helseministeren har beklaget i flere omganger til Lillemor, Eigils pårørende og andre som har fortalt sine historier i VG.
- I desember kunne VG avsløre at natt-transportene hadde fortsatt, til tross for helseministerens stopp-ordre i juni. Helseministeren varslet da at det i januar 2020 vil komme en skriftlig instruks til helseforetakene om å stanse natt-transporter av eldre pasienter. Dette vil være en del av det årlige oppdragsbrevet fra helsedepartementet.
- Oslo universitetssykehus varslet 19. desember at de etter VGs avsløringer om natt-transport vil gjennomgå historikken til 700 pasienter for å kartlegge når og hvordan disse pasientene har blitt flyttet. Målet er å kartlegge risiko og kvalitetssvikt i behandlingen.
- På sin første dag på jobb sier den nye folkehelseministeren Terje Søviknes at han vil utrede hvorvidt det trengs tydeligere nasjonale regler for føringer av avvik og håndtering av dem. Folkehelseministeren varsler at han vil se på lovverk og forskrifter for å se på hvilke tiltak som kan iverksettes.
- Helseminister Bent Høie har flere ganger måtte svare Stortinget om VGs avsløringer. Ministeren har fått spørsmål om økningen av nattransporter, samt rutiner rundt oppfølging og utskriving fra sykehusene.

VEDLEGG

Vedlegg: Lenker til artikler publisert digitalt

Lørdag 15. juni 2019:

Midt på natten fraktes syke eldre hjem fra sykehusene

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/70j249/midt-paa-natten-fraktes-syke-eldre-hjem-fra-sykehusene>

Helseminister Bent Høie beordrer full stopp i natt-transport av eldre

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/Xgzx5g/helseminister-bent-hoeie-beordrer-full-stopp-i-natt-transport-av-eldre?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=70j249

Søndag 16. juni 2019:

AMK-ansatt om natt-transportene: – Det er ikke greit

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/mRvX3q/amk-ansatte-om-natt-transportene-det-er-ikke-greit?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=70j249

Tirsdag 18. juni 2019:

Provosert over Høie-svar om natt-transporter: – Han skyver ansvaret fra seg

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/6j5pKz/provosert-over-hoeie-svar-om-natt-transporter-han-skyver-ansvaret-fra-seg?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=70j249

Torsdag 20. juni 2019:

Nytt stortings-forslag fra Sp: Vil tvinge fram full stopp i all natt-transport

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/jdrlQq/nytt-stortings-forslag-fra-sp-vil-tvinge-ram-full-stopp-i-all-natt-transport?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=6j5pKz

Søndag 23. juni 2019:

Høie vil ikke lage instruks mot natt-transport - får hard kritikk

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/OpapMl/hoeie-vil-ikke-lage-instruks-mot-natt-transport-faar-hard-kritikk?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=6j5pKz

Lørdag 24. august 2019:

Den siste reisen

<https://www.vg.no/spesial/2019/den-siste-reisen/>

Søndag 25. august 2019:

Høie: – Det er beklagelig at dette skjer

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/9vG34p/hoeie-det-er-beklagelig-at-dette-skjer?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=EWqkQ5

Mandag 26. august 2019:

Pasientombud: Trenger mer kunnskap om døende pasienter

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/e8yePO/pasientombud-trenger-mer-kunnskap-om-doeende-pasienter?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=9vG34p

Tirsdag 27. august 2019:

Toppe raser mot helseministeren: Krever Høie til Stortinget etter VG-avsløring

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zGbZlI/toppe-raser-mot-helseministeren-krrever-hoeie-til-stortinget-etter-vg-avsloring?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=e8yePO

Fredag 30. august 2019:

Støre om helseminister Bent Høie: – Må snart begynne å ta ansvar

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/EWqkQ5/stoere-om-helseminister-bent-hoeie-maa-snart-begynne-aa-ta-ansvar?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=b5dpgl

Onsdag 23. oktober 2019:

Regjeringen oppretter 19 nye «helsefelleskap»

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/b5dpgl/regjeringen-opprettet-19-nye-helsefelleskap?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=jdn8o9

Tirsdag 29. oktober 2019:

Høie åpner for å fjerne kommunenes «dagbøter» til sykehusene

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/K3kwQ5/hoeie-aapner-for-aa-fjerne-kommunenes-dagboeter-til-sykehusene?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=MRvQjR

Torsdag 21. november 2019:

Milliardbøtene

<https://www.vg.no/spesial/2019/pasient-boter/>

Fredag 22. november 2019:

Her får Torveig (80) intravenøs behandling hjemme i stua

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/lneQzQ/her-faar-torveig-80-intravenoes-behandling-hjemme-i-stua?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=lAWn8A

Helseminister Høie: Jeg håper å avskaffe hele ordningen med bøter

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/8mLmaE/helseminister-hoeie-jeg-haaper-aa-avskaffe-hele-ordningen-med-boeter?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=lneQzQ

Lørdag 23. november 2019:

SV-topp: – Regjeringen og ikke kommunen som bør få bøter

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/LAQ0mQ/sv-topp-regjeringen-og-ikke-kommunen-som-boer-faa-boeter?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=6j5pKz

Onsdag 27. november 2019:

Sykehus sendte ikke pasientinformasjon - måtte tilbakebetale 17,6 millioner i innkrevde bøter

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/QoWJOA/sykehus-sendte-ikke-pasientinformasjon-maatte-tilbakebetale-176-millioner-i-innkrevde-boeter>

Høie hyller Moldes sykehus-protest - oppfordrer andre kommuner til å gjennomgå dagbøter

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/dOQqkz/hoeie-hyller-moldes-sykehus-protest-oppfordrer-andre-kommuner-til-aa-gjennomgaa-dagboeter?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=LAQ0mQ

Fredag 6. desember 2019:

Bærum kommune: Betaler for å gi innbyggerne ekstra sykehusdøgn

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/zGzqOq/baerum-kommune-betaler-for-aa-gi-innbyggerne-ekstra-sykehusdoegn?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=1neQzQ

Søndag 8. desember 2019:

Reformsviket

https://www.vg.no/spesial/2019/samhandlingsavvik/?utm_source=vgfront&utm_content=row-1

Pasient lå over 16 timer hjelpeløs i klær fulle av oppkast

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/pLOR46/pasient-laa-over-16-timer-hjelpeloes-i-klær-fulle-av-oppkast?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=70j249

Mandag 9. desember 2019:

Ap-Kjerkol sjokkert: – Jeg blir fysisk uvel av å lese om tilstanden til eldre syke

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/MRvQjR/ap-kjerkol-sjokkert-jeg-blir-fysisk-uvel-av-aa lese-om-tilstanden-til-eldre-syke?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=8mLmaE

Torsdag 12. desember 2019:

Høie feller knusende dom over samhandlingsreformen

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/jdn8o9/hoeie-feller-knusende-dom-over-samhandlingsreformen?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=pLOR46

Onsdag 18. desember 2019:

Høie krevde umiddelbar stans - flere hundre eldre likevel kjørt ut av sykehus i ambulanse på natta

https://www.vg.no/nyheter/i/d00m8B/hoeie-krevde-umiddelbar-stans-flere-hundre-eldre-likevel-koert-ut-av-sykehus-i-ambulanse-paa-natta?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=BR2xM0

Torsdag 19. desember 2019:

OUS: Gjennomgår historikken til 700 pasienter etter VG-avsløring

https://www.vg.no/nyheter/i/Xg2MQn/ous-gjennomgaar-historikken-til-700-pasienter-etter-vg-avsloring?utm_source=recirculation-matrix&utm_content=6j5pKz

Søviknes ny folkehelseminister: Vil stumpe røyken og bygge ut statlig eldreomsorg

<https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/lAWn8A/soeviknes-ny-folkehelseminister-vil-stumpe-roeyken-og-bygge-ut-statlig-eldreomsorg>

Mandag 23. desember 2019:

Ambulansetjenesten ut mot Høie

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/BR2xM0/ambulansetjenesten-ut-mot-hoeie?utm_content=row-4&utm_source=vgfront

Onsdag 25. desember 2019:

Sykepleier: – Vi skriver for få avvik

https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/4qQ2xR/sykepleier-vi-skriver-for-faa-avvik?utm_source=vgfront&utm_content=row-1

Vedlegg: PDF av alle saker som har stått på trykk i avisen

SYKE ELDRE FÅ HJEM MIDT PÅ NATTEN

Lillemor (82) måtte vent

MIDT PÅ NATTEN: 1546 ganger i 2018 kjørte ambulanser fra sykehus ut til hjemkommune med en pasient om bord som var eldre enn

Av SHAZIA MAJID, ISABELLE VALETTE, ANNE STINE SÆTHER, OLA HARAM, EIRIK MOSVEEN, GISLE ODDSTAD (foto), ADRIAN F.

Klokken 04.32 kommer en dement kvinne tilbake til sykehjemmet i Ørje. I ambulansen som parkeres foran Marker Bo- og Servicesenter, ligger Lillemor (82) fastspent på en bære.

Det er snart 18 timer siden hun ble sendt til Sykehuset Østfold Kalnes for en planlagt blodoverføring.

Etter behandlingen ble hun lagt i en seng i en korridor på sykehuset. Hun

ventet åtte timer før ambulansen kunne kjøre henne hjem til sykehjemmet i Ørje.

Nå er hun fremme, 27 minutter før solen står opp, tirsdag 7. mai i år.

Nattevakten som ruller Lillemor inn

på rommet hennes, oppfatter at hun er glad for å være hjemme.

Men den demente kvinnen er forvirret, etter nesten et døgn på tur.

Lillemor sover unormalt lenge. Dagen etter er hun urolig. Hun vandrer inn på rommene til de andre beboerne. Ansatte beskriver den lille kvinnen som aggressiv.

– Hun ble psykotisk, rett og slett. Hun er dement fra før, og visste ikke opp ned på noe, sier Åshild Hamborg, avdelings-



SÅRBAR: Lillemor Alvhild Erlandsen fylte 82 år 11.juni. Demenssykdommen meldte seg i 60-årene.

RAKTES



e i sykehuskorridoren i åtte timer

74 år. Transportene skjedde mellom klokken 22.00 og 07.00

STEINBAKK (video) og NATALIE REMØE HANSEN (video)

leder ved korttidsavdelingen ved Marker Bo- og Servicesenter.

Personalet på sykehjemmet bruker to dager på å få Lillemor på rett kjø.

MIDT PÅ NATTEN SKYSSSES

gamle, syke mennesker ut fra norske sykehus – enten hjem, til et sykehjem eller til en annen institusjon.

VG kan i dag avsløre at det skjer i stort omfang.

Avsløringen er resultat av et omfattende innsyn og VGs analyser av alle grønne (ikke-akutte) turer ved landets AMK-sentraler.

- I fjor ble det kjørt minst 1546 turer med eldre over 74 år ut av sykehusene mellom klokken 22.00 og 07.00.

- Ved minst 461 av turene var pasientene 90 år og eldre.

- Og minst 603 av turene gikk fra sykehuset mellom klokken midnatt og 05.00

En rekke AMK-sentraler har mangler ved registreringen. Ved to sentraler er knapt noen turer registrert. Det betyr at det reelle antallet nattransporter er enda høyere enn VGs tall.


Hvem har bestemt at det er en god idé å transportere syke og eldre mennesker rundt i landet mens du og jeg sover?

LILLEMOR HETER EGENTLIG Alvhild Erlandsen. Hun har lakkerte

negler og nesten rynkefri hud. Det gråhvite håret er pent stelt. I flere år drev 82-åringen klesbutikk i Fredrikstad.

Hun kom opprinnelig fra Ålesund, men etablerte seg med familie i Østfold.

De første tegnene på at noe var galt, kom da hun var i 60-årene.

– Hun er i en fase nå der hun blir og mer forvirret for hver dag, sier sønnen Morten Bjørkedal. 

← Han er morens verge, og har gitt VG tillatelse til å omtale saken.

Avdelingen på sykehjemmet i Ørje skal være rustet for å ta imot pasienter også om natten.

Det betyr ikke at personalet liker det.
– Som på de fleste steder er bemanningen redusert på natt, og lite egnet til å ta imot nye pasienter. Pasienten er ofte alvorlig syk, ukjent og utrygg. Ofte følger ikke epikrise og nødvendige medisiner med, sier Åshild Hamborg.

Mennesker i en så sårbar situasjon trenger omsorg, stabilitet og tid fra personalet, forklarer hun.

– Det kan være vanskelig å imøtekomme på natt, på grunn av redusert bemanning, spesielt når pasientene er demente eller døende. Vi må ha med oss etikken og aldri glemme menneskeverdet i det vi gjør.

Det er mitt viktigste budskap, sier Hamborg.

I 2010 VEDTOK Stortinget å legge om helsevesenet:

Sykehusene skulle behandle flere. Pasientene skulle raskere tilbake til kommunene. Samhandlingsreformen ble nyvinningen kalt. «Rett behandling – på rett sted – til rett tid», var slagordet.

For de sykeste pasientene ble det opprettet et begrenset antall akutt plasser i kommunene. Disse er bemannet med allmennleger og sykepleiere.

Eldre som er mindre alvorlig syke, men fortsatt trenger behandling etter sykehusoppholdet, sendes tilbake til sykehjemmet eller egen bolig med hjemmesykepleie.

For dem kan ventetiden bli lang.

LILLEMOR ble skrevet ut ved 21-tiden etter blodoverføringen på Sykehuset Østfold Kalnes. Da ble det bestilt transport tilbake til sykehjemmet.

– Dette oppdraget ble avbrutt før hun ble hentet, fordi AMK måtte prioritere bilen til et oppdrag med høyere hastegrad, opplyser kommunikasjons sjef ved Sykehuset Østfold, Bjørn Ragnar Hødal.

Det er slik AMK-sentralene er organisert. Turene kategoriseres i enten røde, gule eller grønne turer.

Grønn tur betyr at oppdraget kan vike dersom det kommer en utrykning eller hendelse som haster mer eller er akutt.

AMK-sjef Oddbjørn Hagen kjenner ikke godt nok hva som skjedde da Lillemor ble fraktet hjem om natten. Han sier likevel:

– I dette tilfellet, sett i ettertid, skulle nok denne pasienten ha blitt liggende på sykehushuset til dagen etter.

– Her burde vi sagt at denne pasienten kjører vi ikke, sier Hagen.

VED NOEN av AMK-sentralene har økningen vært massiv, viser VGs kartlegging. Ved AMK-sentralen for Oslo, Østfold og deler av Akershus, som Lillemor tilhører, var natt-transporten av

eldre i fjor mer enn dobbelt så høy som i 2012, da samhandlingsreformen trådte i kraft:

– Det skal være sterke grunner for å kjøre folk hjem om natten, sier AMK-sjef Oddbjørn Hagen om den store økningen i Oslo og naboområdene:

– Vi prøver å stenge utkjøringene fra sykehuset på planlagte utkjøringer mellom 22 og 23. Da ringer vi avdelingene og sier at denne pasienten får vi ikke kjørt før i morgen tidlig. Det blir gjort hver dag. Vi gjør det vi kan for å unngå dette.

At antallet natt-turer likevel øker, er mot AMK-sjefens ønske:

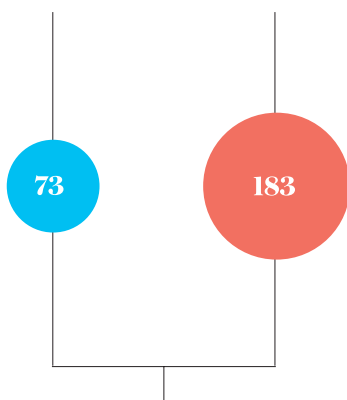
– Grunnen til at det er økt fra 2012, er nok at samhandlingsreformen har kommet, og at flere pasienter skal ut av sykehusene fortere. Samtidig er det ikke tvil om at vi legger for mange pasienter inn på sykehus. Flere skulle forblitt i primærhelsetjenesten og fått behandling der, sier Hagen.

VG har et komplett datasett for de grønne ambulanseturene ved Oslo AMK fra 2012 og 2018. De viser at det totale antallet turer i døgnet for personer som er 74 år og eldre har gått ned. Det er natt-transportene som har økt.

I Vestfold og Telemark er økningen enda større:

AMK VESTFOLD

2012 2018



151% ØKNING

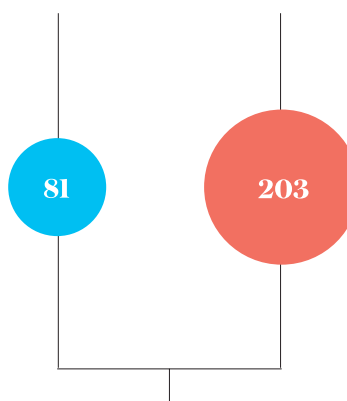
Det er flere årsaker til økningen på 151 prosent i Vestfold og Telemark, mener Anja Jasinski Kandal-Wright, konstituert kommunikasjonsdirektør for helseforetaket.

Flere eldre i befolkningen, tidligere utskrivning fra sykehusene og generell økning i antallet oppdrag kan være noen av forklaringene, mener hun. – Det kan også ha sammenheng med eget ønske om å bli kjørt hjem når tilstanden er avklart ved sykehuset, skriver Kandal-Wright i en e-post til VG.

I Vestre Viken, der Drammen er hovedsete, er økningen tilsvarende som den i nabodistriktet i sør:

AMK VESTRE VIKEN

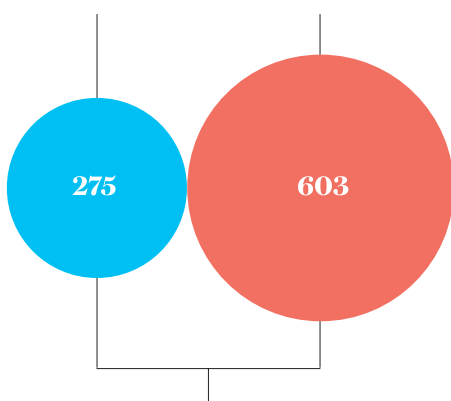
2012 2018



151% ØKNING

AMK OSLO

2012 2018



119% ØKNING

* Den reelle økningen i natt-transporter ved AMK-Oslo er sannsynligvis større, fordi det i 2012 var en annen praksis for registrering av turene.

VEKSTEN er stor, uten at vi har noe klart bilde av hvorfor, erkjenner Hans-Christian S. Platou, fagsjef medisin ved



PÅ RETT KJØL: Marianne Søby Fossler er sykepleier i hjemmetjenesten i Marker kommune. Da Lillemor



Alvhild Erlandsen våknet etter natttransporten, var hun psykotisk. Det tok to døgn å få henne «på rett kjøll» igjen.





HELSEPERSONELL: Kommunelegen Espen Storheier (gul jakke) og Hans Erik Ringnes er sterkt kritiske til at eldre pasienter fraktes ut av sykehus på natten.

Prehospitaltjenester ved Vestre Viken.

– Vi prioriterer akutte og hasteoppdrag for å ivareta liv og helse. Oppdrag som ikke haster må derfor vente der det er nødvendig.

– **Er det greit å kjøre eldre om natta?**

– Det er selvfølgelig ikke ønskelig at rene transporter skjer om natten. Dette er det aktuelt å se nærmere på, sier han.

– **Har dere kjent til økningen i natttransporter for eldre om natta?**

– Vi har vært mest opptatt av akutt og hasteoppdragene, men vi er veldig bekymret for det økte behovet for ambulansetransporter. Om de eldre blir behandlet dårligere enn de burde, kan jeg ikke svare på. Det er det aktuelt å se nærmere på, sier Platou til VG.

DEMENS SYKE Lillemor husker ikke hvordan det var å komme hjem til Ørje rett før daggry.

Det siste året har VG snakket med flere titalls norske helsearbeidere som kjenner seg igjen i hennes historie. De er opprørte på pasientenes vegne.

– Å gå inn på et flermannsrom for å hente folk, sier ambulansarbeider og tillitsvalgt Hans Erik Ringnes i Østfold:

– Da vekker vi alle. Det burde ikke skje. Vi liker det ikke.

KOMMUNELEGE Espen Storeheier i Askim kaller det uverdig behandling:

– Gamle mennesker er skjøre kognitivt. De blir lettere forvirret, lettere redde. De trenger søvn, hvile, mat og medisiner til faste tidspunkter. Når man holder på slik, er det klart at de blir dårligere. Det sier seg selv.

Det å komme hjem midt på natta, være trøtt og sliten, og kanskje ikke få med seg det som blir sagt, våkne dagen etter og være helt utafør. Det hører ikke noe sted hjemme, sier han.

Storeheier mener problemet har økt etter

Tre typer turer

● **RØD TUR, «AKUTT»:** Pasienter eller hendelser der liv er truet, eller der vitale funksjoner er ustabile eller truet.

● **GUL TUR, «HASTER»:** Pasienten har skade/sykdom som krever rask behandling for å forhindre forverring av tilstanden.

● **GRØNN TUR, «KAN VENTE»:** Tilstander eller skader der assistanse eller ikke må gjøres umiddelbart.



SVARER: Kjell Magne Tveit, som har det samlede medisinske ansvaret ved Oslo universitetssykehus (OUS).

samhandlingsreformen.

– Ingen gjør dette med vilje. Det er et system vi har fått, som er blitt overgripende. Da må man gjøre noe med systemene. Dette må man bare få slutt på.

KONFRONTERT MED VGS FUNN

skriver Kjell Magne Tveit, som har det samlede medisinske ansvaret ved Oslo universitetssykehus (OUS), dette i en e-post til VG:

– Det er ikke god pasientbehandling å skrive ut pasienten i løpet av natten – i alle fall ikke gamle og demente. Men det er nok en økning i å skrive pasienter ut hele døgnet, selv om «gamle og demente» skal beskyttes mot denne type transporttidspunkt.

AMK-sentralen i Oslo, Østfold og Akershus er underlagt OUS.

– Vi arbeider ut fra prinsippet om at dersom eldre, utskrivningsklare pasienter ikke kan transporteres til sykehjem eller annet omsorgstilbud innen klokken 18.00, så skal transport utsettes til neste dag dersom det ikke er kritisk press på driften.

På spørsmål fra VG om ikke sykehuset da bryter sine egne prinsipper, svarer Tveit:

– Vi forsøker å unngå transport kveld og natt, men som nevnt kan det være mange grunner til at slike transporter likevel finner sted, skriver Tveit i en ny e-post til VG.

– **Du svarer ikke på spørsmålet: Bryter dere egne prinsipper?**

– Av og til skjer det.

● **TIPS OSS!** E-post: stine@vg.no

Overstyres av systemene

Sårbare gamle mennesker, vekket opp og hentet ut midt på natten for å fraktes bort, som en pakke. Hvordan endte vi her?

I NYHETENE

Når ansvar ikke kan plasseres, blir det pulverisert. Som her. Ingen i hele Helse-Norge rekker opp hånden og sier: «Jeg har bestemt at eldre, noen av dem nesten hundre år, skal plasseres i en ambulans nattetid og kjøres tilbake dit de kom fra.»

Derimot har VG snakket med flere som jobber i helsevesenet, som er fortvilte over det som skjer. Ambulansesjåfører, leger, sykepleiere, ansatte på sykehjem og sykehus, og mange andre. Alle sammen mennesker som ser resultatene av at gamle pasienter kastes ut av sykesengene til alle døgnets tider.

Og ofte om natten. For det er da bilene er ledige for syketransport. Systemet er slik at de som skal hjem fra sykehus, må vente til det er finnes biler som kan frakte dem. De konkurrerer med akutt pasienter som hentes med blålys fordi det står om livet. Og de konkurrerer med dem som er syke eller skadet og må på sykehus, men som ikke trenger blålys.

De som blir utskrevet fra sykehus, men som ikke er i stand til å komme seg hjem uten hjelp, stiller bakerst i køen. Dette er såkalte grønne turer. De må tas når det er tid. Det er slik systemet er. Hver part gjør sin del. Ingen har ansvar for helheten.

Sykehuset er ferdig med sin jobb når pasienten er skrevet ut. Da skal kommunen ta over. Ambulansesjåførene får sitt oppdrag og må utføre det når de ikke har andre oppgaver. Når de har gjort jobben, overtar de

ansatte på sykehjemmene, eller de der hjemme. I verste fall er det ingen til å ta imot, fordi den gamle bor alene. Da må den hjemkjørte pasienten passe på seg selv når ambulansfolkene tar farvel og døren går igjen bak dem.

Da jeg første gang hørte om hjemkjøringen nattetid av de gamle, trodde jeg ikke det var sant. Og jeg lurte på hvor mange i ansvarlige posisjoner i helsevesenet som var klar over at dette foregår.

Nå vet jeg at mange har prøvd å ta det opp, fra ulike hold. Men at praksisen har fortsatt, ja faktisk har det gjennom de siste årene blitt langt flere tilfeller av nattkjøring med gamle mennesker. På tross av at så mange i helsevesenet mener at det er galt.

Mye tyder på at vi har skapt et system som overprøver menneskene. Noe må gjøres. En god start kan være å peke ut noen som tar ansvar for helheten. Som ser menneskene i systemet, både de som jobber der, og de som blir fraktet til umenneskelige tider.

Til syvende og sist er det et politisk ansvar. Helseminister Bent Høie og eldreminister Sylvi Listhaug bør sette seg ned og finne ut hva de kan gjøre. Sammen.



Hanne Skartveit

BEORDRER FULL STOPP I NATT- TRANSPORT AV ELDTRE



VGIGÅR



PÅ ROMMET SITTE: VG har fortalt historien om Alvild Erlandsen (82) som ble fraktet ut fra Sykehuset Østfold Kalnes og tilbake til sykehjemmet midt på natten. Foto: GISLE ODDSTAD

Av EIRIK MOSVEEN, ANNE STINE SÆTHER og SHAZIA MAJID

Helseminister Bent Høie (H) forventer at transporten av eldre mennesker midt på natten opphører med øyeblikkelig virkning.

Helseminister Bent Høie (H) reagerer sterkt på VGs avsløring om natt-transport av eldre pasienter. Nå krever helseministeren umiddelbar handling fra helseforetak og sykehus som har en utbredt praksis med å transportere eldre mennesker ut fra sykehusene på natten.

– Det er min forventning at man tar tak i dette. Og det er ikke umulig å gjøre noe med det, sier Høie.

– Helse Nord sier til oss i departementet at dette er noe de ikke praktiserer. Andre transportløsninger enn gule ambulanser er også en måte å løse dette på praktisk, uten at det går utover beredskapen.

Har skjedd over tid

– Du mener at sykehusene må slutte med natt-transport av eldre med umiddelbar virkning?

– Ja. Det man ser her må man

slutte med umiddelbart. Dette er bare blitt en praksis som har fått lov til å utvikle seg, sier Høie.

Helseministeren sier det vil finnes enkelttilfeller der pasienter ønsker å dra hjem – eller krisesituasjoner der sykehusene uventet fylles opp av for eksempel en influensaepidemi.

– Men det er noe annet, poengterer han.

– **Hvordan er det mulig at denne praksisen er blitt etablert?**

– Jeg tror det er blitt mulig rett og slett fordi man er blitt vant til å gjøre det på denne måten. Man har fått et altfor sterkt fokus på at «dette er ikke lenger vårt ansvar». Dette har skjedd over tid. De som taper på dette er særlig eldre pasienter, sier Høie.

I helsepersonelloven presiseres det at pasientbehandlingen ikke

bare skal være forsvarlig, men også omsorgsfull. I Helse- og omsorgstjenesteloven påpekes det at man skal ha respekt for den enkeltes integritet og verdighet.

– **Faller transporten av Alvild Erlandsen (82) innenfor disse lovbestemmelsene?**

– Det er ikke jeg som definerer hva som er innenfor loven eller ikke, men sånn som den saken beskrives, så vil jeg si at dette er ikke sånn en pasient skal behandles. Og jeg har inntrykk av sykehusene selv mener at dette ikke skulle ha skjedd, og det er jeg helt enig i.

Bent Høie er 2. nestleder i Høyre, og har sittet som helseminister helt siden den borgerlige siden vant valget i 2013.

– **Er du overrasket over tallene VG presenterer?**

– Ja. Jeg synes at det er et mye, mye større omfang enn jeg hadde trodd, sier Høie, som vedgår at han har hørt noen historier om dette også før.

– Med disse tallene er det klart at dette er noe som skjer flere ganger

hver eneste natt i Norge. Dette er på mange måter den mørke siden av Samhandlingsreformen, som vi er nødt til å gjøre noe med. For dette er dårlig for pasienten – og det er også et tegn på at det er et for dårlig samarbeid mellom kommunene og sykehusene.

Dårlig samarbeid

Samhandlingsreformen ble vedtatt i 2010. Sykehusene skulle behandle flere. Pasientene skulle raskere tilbake til kommunene.

– Men det som er vår analyse er at sykehusene og kommunene ikke er blitt partnere som jobber godt sammen rundt den enkelte pasient, men de er blitt parter som er blitt veldig opptatt av hvem som har økonomisk og juridisk ansvar i hvert tilfelle, sier helseministeren.

– Og da kan denne type utvikling som vi ser her skje, der man får den oppfatningen at «det viktigste for oss på sykehusets side er å få pasienten raskest mulig ut», sier Høie.

– **Du ledet Stortingets helse- og omsorgskomite fra 2009 til 2013. Du**



HELSEMINISTER: Bent Høie (H) ber sykehusene rydde opp etter VG-avsløring. Foto: KRISTER SØRBØ

har vært helseminister siden 2013, altså i snart seks år. Er det ikke ganske rart at disse tallene kommer som en overraskelse på deg?

– Problemet kommer ikke som en overraskelse på meg. Det er en av grunnene til at vi har sagt at måten man samhandler på i helsesektoren skal bli et hovedtema i den nye helse- og sykehusplanen som vi skal legge frem i en egen melding til Stortinget til høsten, sier Høie.

– Her er det eksempler på sykehus der omfanget av dette er blitt så stort at det må beskrives som at det har utviklet seg en praksis, i strid med hvordan det burde ha vært.



POLITIET I HONGKONG VIL TØMME GATENE FOR DEMONSTRANTER

Politiet i Hongkong opplyste i går at de ville tømme gatene etter de massive protestene søndag. De ble møtt av syngende demonstrantene som sto på kne foran dem. Etter de massive demonstrasjonene søndag, der aktivistene oppgir at opptil to millioner deltakere skal ha deltatt, opplyste politiet i går at de ville rydde gatene i Hongkong. Politiet oppgir for øvrig at 338 000 var til stede langs protestmarsjens opprinnelige rute på det meste.

Demonstrantene krever at forslaget, som åpner for å utlevere borgere til Kina, forkastes helt. (NTB) Foto: AP

– HAN SKYVER FRÅ SEG ANSVARET



VIL HA SVAR:
Kjersti Toppe, (Sp)



FÅR KRITIKK: Helseminister Bent Høie.

Høie-svar om natt-transporter provoserer

AV ANNE STINE SÆTHER
AV SHAZIA MAJID AV EIRIK
MOSVEEN

Både Senterpartiet og Arbeiderpartiet krever at helseminister Bent Høie forklarer redegjør for natt-transport av eldre pasienter for Stortinget. – Dette er en skandale og det er Høies ansvar, sier Kjersti Toppe (Sp)

VG avslørte lørdag at gamle syke mennesker midt på natten skysses ut av sykehusene og tilbake til et sykehjem eller til en annen institusjon.

Avsløringen er resultatet av et omfattende innsyn og VGs analyser av alle grønne – ikke-akutte – turer ved landets AMK-sentraler. Analysene viser at det i fjor ble kjørt minst 1546 turer med eldre over 74 år ut av sykehusene mellom

klokken 22.00 og 07.00. Samtidig kunne VG avsløre at det ved flere av landets AMK-sentraler har vært en stor økning i natt-transporter fra 2012 til 2018.

– Jeg er sjokkert, sier Senterpartiets Kjersti Toppe som selv er lege.

Etter VGs avsløringer lørdag beordret helseminister Høie full stans av natt-transporter ut av norske sykehus.

På spørsmål fra VG om han var overrasket over omfanget av natt-transporter av eldre, svarte Høie:

– Ja. Jeg synes at det er et mye, mye større omfang enn jeg hadde trodd, sa Høie, som vedgikk at han har hørt noen historier om dette også før.

Toppe, som selv har vært



pårørende til en pasient som har erfart hyppige reinnleggelses og hjemreise fra sykehus midt på natten, er provosert over Høie.

Ber Høie svare

– Det er bra at Høie krever stopp i disse transportene. Men han skyver ansvaret fra seg og det er veldig provoserende. Han har sittet som helseminister i så mange år, og sier at han ikke forstår hvordan en slik praksis har fått utvikle seg. Hva slags svar er det fra en helseminister

med så lang fartstid, spør Toppe.

Hun mener VGs avsløring viser en grov systemfeil.

– Dette er en skandale og det er Høies ansvar. Han bør komme til Stortinget og redegjøre for hvordan dette kunne skje, sier Toppe.

Arbeiderpartiets eldrepolitiske talsperson Tuva Moflag, har etter VGs avsløring sendt skriftlig spørsmål til helseministeren.

– Hvordan kunne dette utvikle seg? Vi må finne årsakssammenhengen slik at det ikke tyter ut et annet sted, sier Moflag.

Ap-politikeren spør: «Hvordan forklarer statsråden den enorme økningen av natttransporter fra sykehusene, og hvilke grep vil han ta for å sikre at eldre får en verdig transport i forbindelse med utskrivning fra sykehus?»

Kjersti Toppe (Sp) mener det har kommet mange faresignaler om forhold i helsevesenet de siste

årene, og at helseministeren for lengst burde ha fanget opp økningen i natttransport.

Dårligere tilbud

– Han har flere ganger avvist vårt forslag om ikke å bygge ned sengekapasiteten i sykehusene. Samtidig har det vært kutt i prehospital kapasitet i alle helseforetakene. Han har heller ikke tatt grep etter Riksrevisjonens rapport fra 2016, sier Toppe.

Der ble det påpekt en rekke svakheter i samarbeidet mellom sykehusene og kommunene.

Senterpartiets profilerte helsepolitiker mener grepene helseminister Bent Høie har gjort, har gått ut over helsetilbudet til eldre pasienter.

– Det skal være kortere liggetid på sykehus og raskere tilbakeføring til kommunene. Sykehusene tjener penger på de behandlingene de utfører med innsatsstyrt finansiering. Eldre, multisyke pasienter kommer dårlig ut i dette systemet, sier Toppe.

VIL IKKE LAGE MOT NATT-TRANSPORT



DØGNET RUNDT: Marius Bjørndalen er tillitsvalgt blant ambulansearbeiderne ved Sykehuset Østfold. Nattransport av gamle mennesker er en oppgave hans medlemmer liker dårlig. Foto: GISLE ODDSTAD



TRANSPORT: Ambulansearbeiderne skal kjøre Astrid Aasgaard fra Moss til helsehuset etter et opphold på Sykehuset



VG 16. JUNI

Av ANNE STINE SÆTHER, EIRIK MOSVEEN, HAZIA MAJID og OLA HARAM

For en uke siden beordret helseminister Bent Høie gjennom et intervju i VG helsevesenet til å slutte med natt-transport av eldre fra norske sykehus. Men mer vil han ikke foreta seg nå.

Statsråden fastslår at det ikke er «nødvendig med detaljerte instruksjoner fra toppen» for å stoppe den uønskede kjøringen. Det til tross for at han kun for én uke siden beordret helseforetakene til umiddelbart å stanse natt-transport av eldre.



UTEN MYNDIGHET: En «stoppordre» uten endring i årsakene til at dette skjer, er lite hensiktsmessig, sier AMK-sjef Oddbjørn Hagen.

Foto: FRODE HANSEN

Beordringen kom som følge av VGs avsløringer om transport av eldre pasienter på sen kveld og natt ut fra norske sykehus.

Minst 1546 ganger ble eldre over 74 år transportert ut av sykehusene mellom klokken 22.00 og 07.00, og tilbake til hjemkommune. Transportene gikk til institusjon eller hjem.

Nattransporten har fortsatt etter Høies stoppordre. Det bekrefter Marius Bjørndalen som er foretakstillitsvalgt for Fagforbundet ved Sykehuset Østfold.

– Jeg er kjent med at flere av våre medlemmer har kjørt hjemkjøring etter at Høie beordret stopp. Det er ingenting som tyder på endret praksis, sier Bjørndalen.

– Sjokkert!

– Det at han ikke har tenkt å foreta

seg noe utover å gi et intervju til VG tenker jeg at er helt sjokkerende, sier Aps helsepolitiske talsperson, stortingsrepresentant Ingvild Kjerkol.

VGs avsløring fikk Senterpartiet til å fremme forslag om lovendring på Stortingets siste dag før sommerferien.

Også fagfolkene reagerer:

Sjef for Akuttmedisinsk Kommunikasjonssentral (AMK) for Oslo, Akershus og Østfold, Oddbjørn Hagen, sier at det «ikke uten videre er mulig» å endre praksis uten en formell instruks fra Høie og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).

Hagen som leder landets største AMK-sentral i Oslo, sier stans i nattransport vil kreve en gjennomgang både av oppgaver og ansvar.

– Er det mulig for AMK-sentra-



Ingvild Kjerkol

lene å slutte med nattransport uten instruksjoner?

– Nei, det er ikke uten videre mulig. Hvis helsevesenet bestiller ambulanse, kan ikke AMK si nei. AMK sorterer, prioriterer og formidler til spesialisthelsetjenesten, sier Hagen.

Beordret full stans

I et intervju med VG i forrige uke var statsråd Bent Høie krystallklar i forhold til nattransporter:

«Det man ser her må man slutte med umiddelbart».

VG har stilt Høie spørsmål om hva han gjør for å forsikre seg om at denne marsjorden blir fulgt opp i praksis.

Her er Høies svar i sin helhet: «Jeg forventer i første omgang at sykehusene slutter med natt-transporter uten at det er nødvendig med detaljerte instruksjoner fra toppen.

Dette er en del av ansvaret helseforetakene har med å gi pasientene et godt tilbud og praksisen er i strid med deres egne retningslinjer.

Så vil jeg komme med nye løsninger for samhandling med kommunene til høsten i en egen Stortingsmelding. Den vil ta tak i de grunnleggende problemene som har ført til at denne praksisen har fått utviklet seg noen steder uten at noen har satt ned foten.

Opplever jeg at den lokale ledelsen ikke tar tak i dette, så må jeg vurdere flere tiltak. Men nå har jeg tillit til at sykehusledere, som nå er gjort oppmerksom på denne praksisen, vil rette opp i dette», skriver helseministeren i en e-post til VG.

Men AMK-sjef Oddbjørn Hagen er helt uenig med helseministeren.

ANSTRUKS SPORT



Bent Høie



Østfold. Foto: GISLE ODDSTAD

– Høie mener dere har ansvaret for nattransporten selv, og at dere selv skal slutte å kjøre hjem pasienter om natten. Er du enig?

– Nei. Vi må vurdere hva en ambulanse skal benyttes til og vurdere andre løsninger for rene transportoppdrag. Behovet for å se på dette er varslet i flere helseforetak, men ikke gjennomført i den grad vi ønsker det. Det er heller intet fokus på dette fra helsepolitisk hold, sier AMK-sjef Oddbjørn Hagen.

«Nullvisjon»

Han poengterer at nattransport ikke skjer ofte.

– Hvorfor transporterer dere pasienter fra sykehusene om natten?

– Det skjer når det ikke er fysisk plass på sykehusene. Flere foretak har en «nullvisjon» i forhold til korridorpasienter. Det påvirker

utkjøring av pasienter, sier han.

– Hva må skje hvis man skal unngå natt-transporter?

– En «stoppordre» uten endring i årsakene til at dette skjer, er lite hensiktsmessig. Både sykehus og kommunehelsetjeneste må involveres. Sykehusene har underkapasitet. Kommunen overtar syke pasienter, men mangler ofte kompetanse. Dette fører til hyppigere bruk av ambulansetjenester. Midt mellom står AMK uten myndighet til å ta beslutninger, sier Oddbjørn Hagen.

– Populistiske utspill

Han får full støtte av Marius Bjørndalen fra Fagforbundet.

– Kan dere endre retningslinjer uten at det kommer ordre fra høyeste hold?

– Jeg tviler på at helseforetakene endrer rutiner basert på populistiske

utspill fra helseministeren i VG. Mener han noe med utspillet må dette gjøres ved å bruke styringsverktøyene han som ansvarlig besitter, sier Bjørndalen.

Han får full støtte av Deltas foretakstillitsvalgte Hans Erik Ringnes.

– Vi forventer at det blir endringer. Vi må ha flere ressurser for å håndtere rene transportoppdrag. De økt med 70 prosent de siste 10 årene uten at beredskapen er økt. Derfor blir natten tatt i bruk til disse transportene, sier Ringnes.

Klinikkssjef ved Sykehuset Østfold, Liv Marit Sundstøl, svarer følgende på spørsmål om praksisen er endret som følge av Bent Høies intervju i VG på lørdag:

– Vi gjennomgår vår praksis, og ser om det er nødvendig å gjøre endringer hos oss. Dette arbeidet pågår.



BEIST: Laksen er nesten like lang som Kine Kristensen Emaus er høy. Foto: PRIVAT

– Jeg sto med spenntak i båten

Av TOM SKOGLUND/
ALTAPOSTEN

Kine Kristensen Emaus måtte bruke det hun hadde av krefter for å få i land den 18,5 kg store Alta-laksen.

Med bare to døgn igjen av «gratisfisket» forbeholdt lokalbefolkningen, var Kine Kristensen Emaus fredag i Altaelva sammen med mamma Karin Kristensen, pappa Tommy Emaus og farfar Hans Ulrik Wisløff. Øvre Sierra var valgt ut som fiskeplass.

Jenta på 13 (13,5 år, presiseres det) var ute på elven i båt med farfar som roer og pappa på slukstang, mens hun selv håndterte fluestangen. Nærmere midnatt smalt det.

Kjempetungt

Tenåringen skjønte raskt at det var noe stort som hadde tatt flua:

– Jeg kjente at laksen var veldig stor. Det var kjempetungt! Jeg sto med spenntak i båten for ikke å havne i elven, forklarer tenåringen til Altaposten.

Men selv om hun måtte bruke det hun hadde av krefter på laksen, var det aldri aktuelt å gi fra seg stangen.

– Pappa sveivet inn og la fra seg slukstangen, så fortalte han hva jeg skulle gjøre. Farfar rodde inn til land, og så fortalte de begge to hvordan jeg skulle temme laksen. Jeg hadde veldig stram clutch, og lot ikke laksen gå ut i strømmen. Da renner snellen fort tom for snøre, forteller Kine.

Etter rundt 15 minutter med beinhard temming kunne Hans Ulrik krøke laksen og få den inn på land.

– Laksen hadde tatt flua så den hang inni siden av munnen. Jeg var

veldig heldig at den ikke slet seg.

Solid rekord

Sliten men fornøyd kunne 13-åringen slå fast at hun hadde satt en personlig rekord det blir vanskelig å slå.

– Ja, for dette er vel største laksen du har tatt?

– Selvfølgelig!

– Slo du rekorden til foreldrene dine?

– Ja, og onkel sin rekord, sier 13-åringen stolt.

Også Kines bror har en fin rekord, han fikk en på 9 kilo da han var 11 år, i 2013.

Sjeldent

Farfar og lakseveteran Hans Ulrik har derimot en rekord det blir vrient å slå:

– Hans største er vel nærmere ti kilo større enn den jeg fikk. Så det kan bli vanskelig å slå. Det er veldig sjeldent man får laks over 25 kilo, men det er lov å håpe!

13-åringen er ydmyk nok til å medgi at det sannsynligvis går lenge til hun slår egen personlig rekord og.

– Det var mest flaks, dette. Veldig få får så stor laks, og klarer å temme laksen uten å miste den underveis.

Råtøff

Mamma Karin Kristensen sier til Altaposten at hun er skikkelig stolt av sin Kine:

– Jeg må bare skryte av henne, hun er helt råtøff, det må jeg bare si. Nå når fisket er over, så er det fotball som gjelder. Neste helg skal hun til Equinors landslagssamling for å delta på talentleir, i Porsgrunn. Hun er en tøff jente med mange talenter, sier hun.

HELG

– Dere må da vite hvor mamma er!



Kun timer og døgn før de dør, fraktes pasienter mellom ulike institusjoner.
Karen Anna Nilsen (90) ble flyttet tre ganger på 26 timer i de siste døgnene av sitt liv.
Da datteren Berit skulle besøke henne, kunne ingen finne henne.

DOKUMENT

Den siste reisen

Tekst:

ANNE STINE SÆTHER, SHAZIA MAJID,
OLA HARAM OG EIRIK MOSVEEN

Foto:

FRODE HANSEN, ADRIAN F. STEINSBAKK
OG NATALIE REMØE HANSEN



FOTO: PRIVAT



Karen Anna Nilsen (90)
er døende.

I resepsjonen på
Diakonhjemmet sykehus
i Oslo står hennes
fortvilte datter.

**- Dere må da vite
hvor mamma er!
roper datteren.**

– Vi har ingen med det navnet, sier resepsjonisten.

– Kan hun ha reist hjem?

Berit Nilsen (59) blir redd.

Hennes gamle mor er altfor syk til å bli sendt hjem.

**Har hun sovnet
inn uten at familien
har fått beskjed?**





Kun timer og døgn før
de dør, flyttes pasienter
mellom ulike nivåer
i helsevesenet.

Karen Anna Nilsen
ble flyttet tre ganger
på 26 timer.

Det skjer daglig: Pasienter skrives ut av sykehus for å få omsorg på et lavere nivå i helsevesenet – og for å frigjøre kapasitet til andre pasienter. Noen av disse pasientene er dødssyke.

Det siste de opplever, er å bli flyttet mellom sykehus og sykehjem.

VG har fått innsyn i flere titalls avviksmeldinger som helsearbeidere skrev i fjor – etter å ha opplevd hva denne skytteltrafikken kan føre til:

→ Ved Sykehuset Østfold ble en døende pasient med svært komplisert sykdomsbilde sendt tilbake til kommunen. «Uverdige overflytting», skrev helsearbeideren som meldte avviket. Under et døgn senere døde pasienten, uten noen plan for smertelindring.

→ I Vestre Viken ble en pasient skrevet ut etter et langt sykehusopphold – og innlagt igjen to døgn senere. Pasienten døde kort tid etter ankomst på sykehuset. I avviksmeldingen stilles det spørsmål ved om den svært syke pasienten faktisk var utskrivningsklar.

→ Ved Sykehuset Innlandet ble en døende pasient skrevet ut fra sykehus og sendt tilbake til kommunehelsetjenesten. Kort tid etter ankomst døde pasienten.

Samhandlingsreformen fra 2012 skulle gi bedre samarbeid i helsevesenet. Pasientene skulle få kortere opphold på sykehusene, og i stedet ivaretas av kommunene.

Det var dette systemet Karen Anna Nilsen møtte da hun ble dødssyk høsten 2017.

Hvor hardt skal pasientene presses i kampen for å frigjøre senger til andre?

Fire dager etter nyttår i 2017 fylte Karen Anna Nilsen 90 år. Til selskapet pyntet hun seg i sin fineste kjole.

Hun hadde så mye å glede seg over. Tre barn, fire barnebarn og seks oldebarn.

Blomsterbukettene fylte stuen hjemme i Bogstadvæien i Oslo.

Folk brydde seg om Karen Anna. Og Karen Anna brydde seg om folk.

– Hun var en klok, intelligent dame. Moderne og samfunnsengasjert, sier datteren Berit.

Sommeren 2017 fester sykdommen grepet. Selv om hun aldri har røkt, har Karen Anna lungesykdommen emfysem og blodpropp i lungene.

Hun som likte så godt å gå med rullatoren opp til eldresenteret, blir sliten av all aktivitet. Når hun strever med pusten, gjør det vondt.

Denne sommeren snakker Karen Anna med barna om slutten. Hun vil ikke holdes i live for enhver pris.

I juni 2017 legges Karen Anna inn på Diakonhjemmet sykehus. To uker senere skrives hun ut til Ullern helsehus i Oslo.

I august flytter hun hjem til Bogstadvæien. De neste ukene legges hun inn igjen på sykehus, flyttes hjem igjen, før hun legges inn for tredje gang søndag 17. september.

Hjertet er svakere: Berit ser at moren er underernært og mager. Karen Anna klarer ikke å spise nok. Igjen flyttes hun hjem.

Berit passer på henne. Hjemmesykepleien kommer fire ganger i døgnet.

23. september svikter lungene. Karen Anna strever med pusten. En lege fra Oslo legevakt tilkalles, han vil legge henne inn på sykehus.

Sent på kvelden forlater den gamle, syke kvinnen sitt eget hjem på bære. På vei til en sykehusseng, for fjerde gang på mindre enn tre måneder.

Kommer hun hjem igjen?

4. januar 1927. Noe av det første Karen Anna opplever, er å bli båret ut i vinterkulden. Den nyfødte jenta ligger i morens armer, inntullet i et tøyestykke.

I nattemørket, et par hundre meter fra der Saltstraumen driver forbi, gjør moren det utenkelige.

Hun legger bylten i snøen og skynder seg inn.

Bare ingen har sett meg, kan moren ha tenkt.

Karen Anna Nilsen er barnet som ikke skulle vært født.

Moren er 26 år. Den 16 år gamle faren reiser etter kort tid til Canada. Et forhold med en ti år eldre kvinne er ikke greit i 1927.

Vinterkulden får ikke ordentlig tak i den nyfødte kroppen som er lagt i snøen.

Det er morens far som oppdager barnet. Han hører lyder, tror det er reven. Han går etter lyden. Utenfor huset finner han bylten og redder barnebarnet sitt.

Bestefar sender bud på jordmor. Bare noen dager gammel blir Karen Anna fosterbarn hos Ingeborg og Harald. Fire år gammel får hun en «lillesøster», Berit. Karen Anna har det trygt og godt i fosterfamilien.

Men det skal ikke vare. Mor og fostermor dør av hjertesykdom. Karen Anna er nå syv år. Lillesøstren er tre. Tapet er dramatisk for de to små jentene.

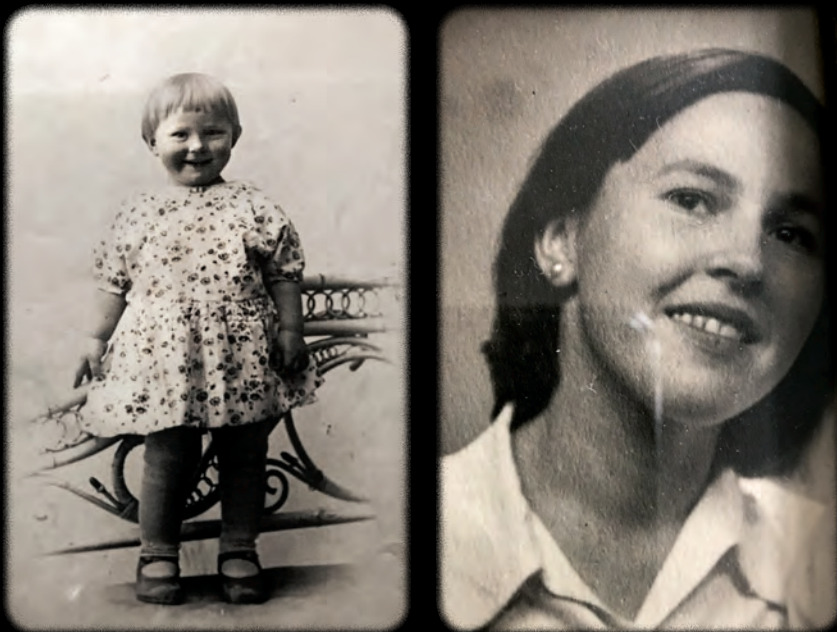
I to år lever de med sorg og savn, før et nytt sjokk rammer. En dag kommer en kvinne til gården. Ka-

FOTO: PRIVAT



ANTIKVITETER:

En solskinnsdag sommeren 2015 ruslet Karen Anna Nilsen og datteren Berit rundt på Vestkanttorget på Frogner i Oslo og så på antikviteter. Da var formen fortsatt god, halvannet år før 90-årsdagen.



«Mamma pleide å si at de aller viktigste nyvinningene for jenter var p-pillene og vaskemaskinen. Hun var feminist.»

BERIT NILSEN, DATTER



BLID JENTE:

Toåringen er hos fotograf i Bodø. Karen Anna hadde det godt hos fosterforeldrene. Et par år senere ble hun storesøster til Berit.

UNG KVINNE:

Karen Anna var 22-23 år da dette bildet ble tatt hos fotograf i Bodø.

ren Anna må bli med henne. Hun sier hun er hennes mor.

Kvinnen som la henne ut i snøen, tar niåringen vekk fra det trygge livet på Ripnes ved Saltstraumen.

Det blir Karen Annas store sorg i livet.

Karen Anna er bare 15 år gammel da hun flytter fra Nordland til Oslo, for å bli hushjelp i en legefamilie.

23 år gammel gifter hun seg med Trygve Eugen Nilsen, som er rørlegger. De får to sønner og en datter og bosetter seg i en stor leilighet i Schweigaards gate.

Karen Anna jobber hele livet, de siste tyve årene på Homansbyen Eldresenter.

Hun formaner datteren: Du må bruke evnene dine. Få deg en utdanning.

Berit blir sykepleier og senere leder. Selv hadde Karen Anna bare syv års folkeskole.

– Mamma pleide å si at de aller viktigste nyvinningene for jenter var p-pillene og vaskemaskinen. Hun var feminist, sier Berit.

Som pensjonist er Karen Anna en nett, aldrende dame med pelskrage på kåpen – og leilighet i Bogstadveien, en av Oslos paradegater.

På Diakonhjemmet, innlagt for fjerde gang, har Karen Anna gjort det klart at hun ikke lenger ønsker intensiv behandling eller gjenopplivning.

Hun ønsker lindring og smertestillende, men ikke livsforlengelse, står det i et notat sykehuset har fått fra henne og hennes pårørende.

Livet nærmer seg slutten. Det forstår både Karen Anna og hennes nærmeste.

Etter fem dager på sykehuset er hun litt bedre. Hun er «utskrivningsklar» igjen.

Det er sykehuset som bestemmer når en pasient kan skrives ut. Da skal kommunen etablere et tilbud i løpet av få timer.

Klarer ikke kommunen å ta imot pasienten, må den betale dagbøter.

Ordningen kom med samhandlingsreformen, og var riset bak speilet som skulle få kommunene til å ta over ansvar fra sykehusene. →

SENIORSENTER:

Karen Anna Nilsen var ansatt på Seniorsenteret i Oscarsgate på Frogner. Det var et dagsenter som ble drevet av Nasjonalforeningen for Folkehelsen. Her er hun på kjøkkenet sammen med veninnen Ragnhild.

Torsdag 28. september 2017 fraktes Karen Anna i ambulanse fra Diakonhjemmet sykehus til Ullern helsehus.

Ved 20.30-tiden ringer Diakonhjemmet til Berit. Ambulansen med Karen Anna har forlatt sykehuset.

Da lar jeg mor få fred i kveld og besøker henne før jeg drar på jobb i morgen, tenker Berit.

Splitter nye Ullern helsehus har bare korttids- og rehabiliteringsplasser. Det drives av Norlandia, som det eneste private av de fire helsehusene i Oslo kommune.

Helsehusene er en «mellomstasjon» som har høyere helsefaglig bemanning enn en vanlig sykehjemsavdeling. Hit kommer gamle, multisyke pasienter som er for dårlige til å bli ivaretatt av hjemmetjenesten eller på ordinært sykehjem.

Beboerne skal komme seg så mye at de kan flytte hjem og følges opp av hjemmetjenesten.

Utenfor helsehuset blir det hektisk. Karen Anna trenger pustehjelp. Sykepleieren som tar imot henne, oppdager at den 90-årige gamle damen ikke har fått med seg et forstøverapparat fra sykehuset. Hun er helt avhengig av apparatet. Det omdanner væske til damp og gjør det lettere å puste inn medisinene.

Et forstøverapparat omdanner væske til damp og gjør det lettere å puste inn medisinene som den gamle kvinnen er helt avhengig av.

Helsehuset har ikke et slikt apparat. Det vil være uforsvarlig å ta imot pasienten, mener sykepleieren.

VG har fått innsyn i en transkribert versjon av lydloggen mellom AMK, Ullern helsehus, KAD Aker og Diakonhjemmet sykehjem fra denne kvelden.

Sykepleieren ber ambulansarbeiderne kjøre Karen Anna tilbake til Diakonhjemmet. Hun ber dem gi sykehuset beskjed om å ringe pårørende når hun er lagt inn på avdeling.

Diakonhjemmet tar ikke imot Karen Anna. Hun er ferdigbehandlet, mener sykehuset.

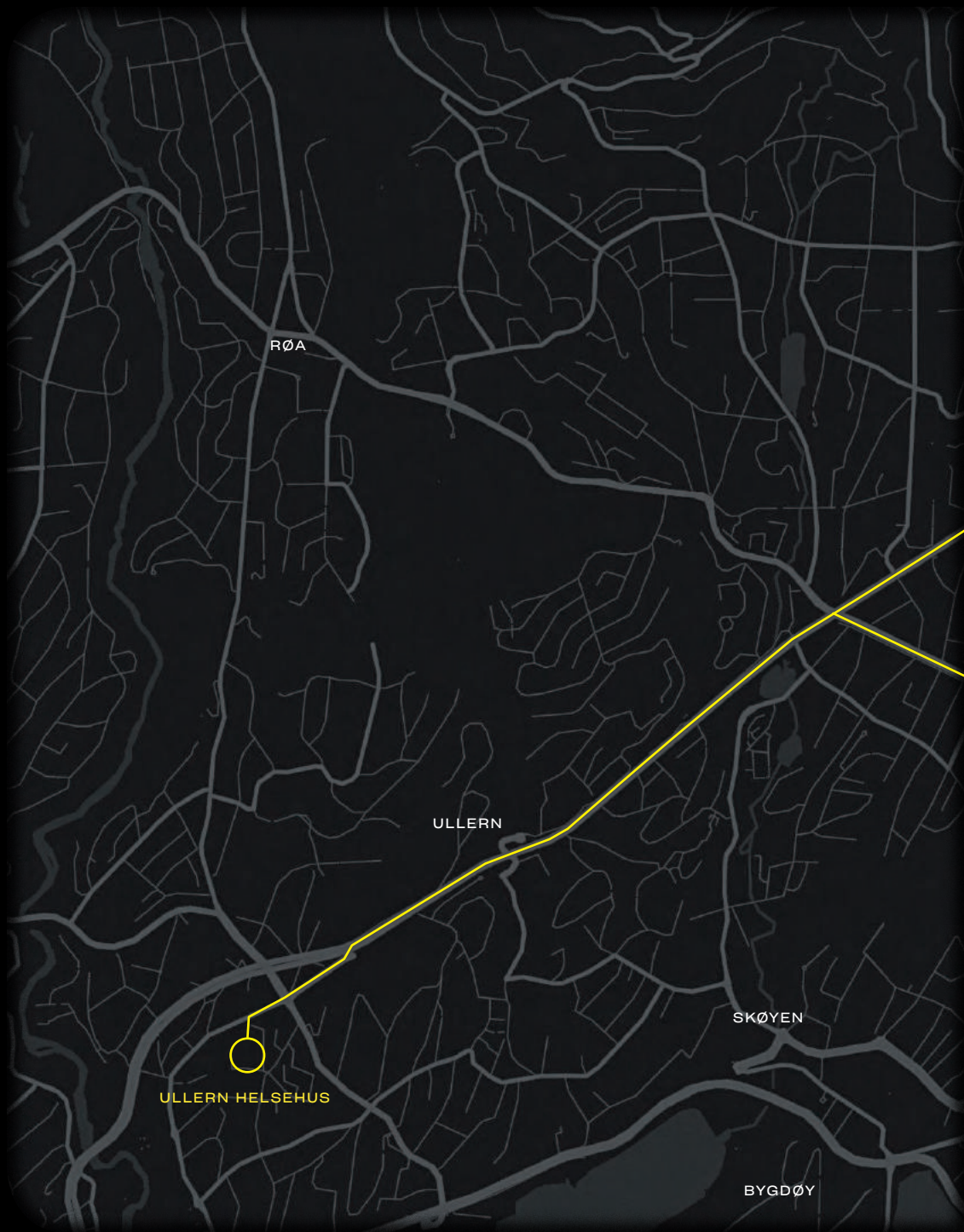
Ambulansen sendes i stedet direkte til Oslo kommunes KAD-avdeling på nedlagte Aker sykehus.

Forkortelsen står for Kommunal Akutt Døgnplass. Også det er et produkt av samhandlingsreformen.

Typiske KAD-pasienter er syke eldre som bor hjemme, men som i en periode trenger avansert helsehjelp under sykehusnivå.

KAD er en mye billigere løsning enn sykehus.

Torsdag 28. september, like før midnatt, legges Karen Anna inn på KAD Aker, den største KAD-avdelingen i landet. →



1

JUNI 2017

KAREN ANNAS LEILIGHET
↓
DIAKONHJEMMET SYKEHUS
↓
ULLERN HELSEHUS

I juni legges Karen Anna inn på Diakonhjemmet sykehus. To uker senere skrives hun ut til Ullern helsehus i Oslo.

2

AUGUST / SEPTEMBER 2017

ULLERN HELSEHUS
↓
KAREN ANNAS LEILIGHET
↓ ↑
DIAKONHJEMMET SYKEHUS

I august flytter hun hjem til Bogstadvæien. De neste ukene legges hun inn igjen på sykehus, flyttes hjem igjen, før hun legges inn for tredje gang 17. september. 20. september flyttes Karen Anna hjem.

3

23. SEPTEMBER 2017

KAREN ANNAS LEILIGHET
↓
DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Lungene svikter. Karen Anna strever med pusten. En lege fra Oslo legevakt tilkalles, han vil legge henne inn på sykehus. Karen Anna fraktes til Diakonhjemmet sykehus.



4

28. SEPTEMBER 2017

DIAKONHJEMMET SYKEHUS
↓
ULLERN HELSEHUS

Karen Anna fraktes i ambulanse fra Diakonhjemmet til Ullern helsehus. Ved 20.30-tiden ringer Diakonhjemmet til Berit. Ambulansen med Karen Anna har forlatt sykehuset.

5

28. SEPTEMBER 2017

ULLERN HELSEHUS
↓
DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Karen Anna behøver pustehjelp. Den ansvarlige sykepleieren oppdager at forstøverapparatet ikke følger Karen Anna, og hun ber ambulansfolkene kjøre Karen Anna tilbake til Diakonhjemmet.

6

28. SEPTEMBER 2017

DIAKONHJEMMET SYKEHUS
↓
KAD AKER

Diakonhjemmet tar ikke imot Karen Anna, sykehuset mener hun er ferdigbehandlet. Ambulansen sendes i stedet direkte til Oslo kommunes KAD-avdeling på nedlagte Aker sykehus like før midnatt.

7

29. SEPTEMBER 2017

KAD AKER
↓
DIAKONHJEMMET SYKEHUS

Berit får forsikringer om at moren skal få ro. Det er ingen planer om flytting de neste par dagene. Om kvelden blir Karen Anna sykere. 90-åringen må over på bære og inn i ambulansen. Hun flyttes, for tredje gang på et drøyt døgn.

**«Hva er det dere
driver med? Det må
da finnes en oversikt
over pasientene?
Hvor er hun?»**

BERIT NILSEN, DATTER



Hvor er mamma?

Det er blitt fredag morgen. Berit står i resepsjonen på Ullern helsehus. Det hun har fått vite, er at moren ble sendt hit fra Diakonhjemmet sykehus litt over klokken 20 kvelden før.

– Hvilket rom ligger mamma på?

Resepsjonisten leter i listene. Hun finner ingen Karen Anna Nilsen.

Sykepleieren som jobbet kvelden før, vet hva som har skjedd. Karen Anna var for syk til å legges inn på Ullern helsehus, forteller hun Berit. Moren ble returnert med ambulansen.

– Hvorfor er ikke jeg som nærmeste pårørende informert? spør Berit.

Det var for sent på kvelden, får hun til svar.

– Jeg synes ikke 20.30 er for sent i en slik situasjon, sier Berit.

Nå reiser hun til Diakonhjemmet sykehus.

Noen minutter senere står Berit i resepsjonen på Diakonhjemmet. Hun «jager» på personalet.

Berit vet at moren er veldig syk. Helsehuset har altså nektet å ta imot Karen Anna – og sendt henne tilbake hit til sykehuset. Da er det alvorlig, vet Berit.

Men heller ikke her er mamma. Hun er borte!

– Hva er det dere driver med? spør hun. Det må da finnes en oversikt over pasientene? Hvor er hun?

Berit kjenner panikken komme snikende. Hun ringer brødrene. De har ikke fått noen beskjed.

Tenk om hun er død, tenk om hun har sovnet inn uten de nærmeste rundt seg.

↓

HJEMME:

Karen Anna var glad i hjemplassen på Ripnes ved Saltstraumen. Hun vokste opp i huset øverst til venstre i bildet. Der bodde Harald og Ingeborg, som ble hennes foreldre en uke etter fødselen. Karen Anna ble født på den andre siden av fjorden og lagt ut i kulden for å dø. Bildet som ble brukt på programmet for begravelsen, er tatt ved sjøbua med gress på taket.

FOTO: NORDLANDS-MUSEET



FOTO: PRIVAT

Tenk om hun ligger et eller annet sted og er redd!

Bak skranken scroller resepsjonisten intenst gjennom pasientoversikten. Men nei, det finnes ingen Karen Anna Nilsen på lokalsykehuset.

– Det er ikke mulig! Dere må jo vite hvor hun er. Hvem sitter på denne oversikten? Dere ringte meg i går og sa at hun var på vei til helsehuset. Og de sier hun ble returnert hit!

Hvor er hun? Dette er en dårlig historie for Diakonhjemmet, sier Berit.

Hun kjenner på et enormt sinne.

– Hva faen er det driver dere med? tenker hun.

Senere på formiddagen finner Berit endelig moren sin – på KAD-avdelingen på Aker.

Hun virker liten og avmagret, der hun ligger i sengen.

Den gamle kvinnen aner ikke hvor hun befinner seg.

– Hvorfor er jeg her? Her har jeg aldri vært før. Ingen kjenner meg, sier hun.

Berit har ikke noe å utsette på pleien moren får. Men samhandlingen og informasjonen til pårørende er under enhver kritikk, sier hun til sykepleieren, og varsler et etterspill.

Karen Anna lytter og blunker til datteren. Hun er fortsatt helt til stede.

Berit får forsikringer om at moren skal få ro. Det er ingen planer om flytting de neste par dagene.

Det holder bare i noen timer. Om kvelden blir Karen Anna sykere. Det er lungene denne gangen også. Hun kjemper for å få i seg luft.

90-åringen må over på bære og inn i ambulansen.

Nok en gang må hun flyttes, for tredje gang på et drøyt døgn.

Sent fredag kveld er Karen Anna tilbake på Diakonhjemmet sykehus. Familien samles. Berit er der, hennes to brødre kommer.

Moren faller til ro i sykehussengen. Hun får oksygen gjennom nesen og strever ikke lenger med pusten. Tilstanden er stabil.

Ved 03.30-tiden reiser de nærmeste hjem for å sove.

Lørdag er det samling rundt sykesengen. Karen Anna er helt klar. Men utover søndagen blir det vanskeligere for henne å snakke.

– Jeg kan snakke. Du trenger ikke svare. Du kan nikke, sier Berit til moren.

De spiller musikken hun liker. Ser på bilder. Karen Anna er glad i musikeren Terje Nilsens sanger. De spiller «Mjelle», favorittsangen. Det er en sang fra «hjemme». Vakre Mjelle er ikke langt fra Saltstraumen. Karen Anna er sterkt knyttet til stedet.

– Du må se det for å forstå, har hun sagt mange ganger.

Hun skal begraves med Nordlandskofta på. Det har hun selv bestemt. →





BEGRAVELSEN:

Karen Anna Nilsen ble begravd i Nordlandskofte etter eget ønske.

Alle de tre institusjonene som var involvert, beklager det som skjedde i det dramatiske døgnet få dager før Karen Anna døde.

- Pasienter i livets siste fase skal ikke flyttes rundt i systemet. De skal få en verdig avslutning sammen med sine nærmeste pårørende i rolige omgivelser. Jeg beklager at det ikke skjedde med Karen Anna Nilsen, sier Lars Erik Hansen til VG, som var assisterende seksjonsoverlege på KAD Aker da Karen Anna ble lagt inn.

Heller ikke Diakonhjemmet sykehus forsvaret flyttingen:

- Kommunikasjonen mellom sykehjem og sykehus har ikke vært god nok. Det oppsto en misforståelse rundt hvilken behandling som kunne gis på helsehuset. Begge institusjoner mistet litt fokus på det primære, nemlig pasientens ønske om trygghet og stabilitet i siste fase i livet. Det beklager vi, sier avdelingssjef Arild Hagesveen ved sykehusets medisinske avdeling.

Ulern helsehus har systematisk forbedret rutinene for å hindre at noe lignende skal skje igjen, oppgir institusjonen til VG:

- Dette er en trist sak, og dette skulle aldri ha skjedd. Vi vil igjen sterkt beklage at våre rutiner for informasjon til pårørende sviktet her, sier daglig leder Elin Haug Nygård.

Bydel Frogner ønsker ikke å uttale seg til VG.

På dødsleiet på sykehuset opplever familien at Karen Anna blir godt smertelindret. Lege og sykepleier er innom ofte. Det er ro rundt sykesengen.

- De siste tre timene av livet var mamma helt borte. Hun var sterkt medisinert, vi fikk ingen respons. Hun som var så alene da hun ble født, sovnet stille inn med de menneskene rundt seg som var viktigst for henne, sier Berit.

Helt på slutten kjenner familien på taknemligheten for at Karen Anna fikk et langt og godt liv.

Berit er selv sykepleier, og vet hvor presset helsevesenet er. Hun forteller morens historie for å hindre at andre skal oppleve det samme.

- Mor får vi ikke tilbake. Hun var sliten og mett av dage. Men vi bør ivareta de eldre på en annen måte enn å sende dem rundt som pakkepost på slutten av livet. ●

Kilder til opplysningene om Karen Anna Nilsens oppvekst og liv: Datteren Berit Nilsen og en nekrolog i Avisa Nordland, signert Saltstraumen museum og Saltstraumen historielag.

anne.stine.sether@vg.no shazia.majid@vg.no ola.haram@vg.no eirik.mosveen@vg.no

FOTO: JØRGEN BRAASTAD / VG

– Min reaksjon er som hos de andre som har hatt ansvar for hennes direkte helsehjelp: Dette skulle ikke ha skjedd.

Det sier helseminister Bent Høie (H) om Karen Anna Nilsens historie.



miljø man ikke er kjent med, med mye aktivitet og mye som skjer, og hvor det kan igangsettes en behandling man ikke ønsker. Men også andre veien, at sykehuset sender pasienter som er døende tilbake til kommunen, i stedet for å legge til rette for en god, lindrende behandling på sykehuset.

Høie mener det er flere grunner til at dette skjer:

– Det er en utfordring knyttet til samhandlingsreformens idé om at man er veldig nøye på hvor grensene går for når en pasient ikke er ens eget ansvar lenger. Da handler det om å sende pasienten fra seg. Og så handler det om dårlige vurderinger som gjøres, fordi det ikke er etablert god nok kunnskap om hvordan man skal gi døende pasienter en god nok hjelp.

– Hva må konkret gjøres for at norsk helsevesen skal slutte å gjøre dette?

– For det første må kommunene og sykehusene bli et helsefellesskap, som har en felles oppfatning om sånn gjør vi det ikke. Hvis det skjer, og det meldes fra om, så må det få en konkret konsekvens. At man faktisk sier at «her har det skjedd en feil, dette skal ikke skje igjen», og at det får en oppfølging.

Høies regjeringskollega, eldre- og folkehelseminister Sylvi Listhaug (Frp), skal til høsten legge frem en stortingsmelding om denne pasientgruppen. Målet er å etablere systemer for å hindre at døende pasienter utsettes for situasjoner som dette, men som også fanger opp når det likevel skjer og setter i gang arbeid for at det ikke skal skje igjen, oppgir han.

– Vi ser at Norge har en veldig stor andel pasienter som dør på sykehus og institusjoner. Vi har utfordringer med manglende kompetanse og systemer i helsetjenesten generelt rundt lindrende behandling.

Høie viser til en fersk offentlig utredning om temaet, der fagfolkene gir en klar anbefaling:

– De sier veldig klart at pasienter som er døende, ikke skal sendes fra kommunale tilbud og inn i sykehus. Og sykehus som har døende pasienter skal ikke sende disse ut, men legge til rette for lindrende behandling på sykehus.

– Du og Listhaug er de øverste politisk ansvarlige i Norge for dette systemet. Hva tenker du om ditt eget ansvar?

– Vi har ansvaret for å gjøre noe med dette. Og det er grunnen til at vi satte i gang den offentlige utredningen og stortingsmeldingen. Vi har allerede satt i gang en rekke tiltak på kompetansesiden, rettet mot kommunene spesielt. Så har vi også sagt at dette skal være et hovedtema i neste nasjonale helse- og sykehusplanen. Men det er behov for å gjøre betydelig mer på dette området.

Høie kaller det sin «største bekymring» at avvik registreres, og så blir det ikke gjort noe mer med det i etterkant.

– Det er nettopp det som er min hovedjobb nå: Å få etablert ordninger mellom sykehus og kommunene som gjør at man ikke bare registrerer avvik, men at en faktisk gjør noe med det sånn at man lærer av det. Vi må sørge for at de rette folkene ved sykehus og kommuner møtes, og følger det opp. Og det skjer ikke på en tilstrekkelig måte i dag.

– Mange avvik registreres ikke. Har man da kontroll?

– Det er en del avvik som ikke registreres. En del av dem som jobber i helsetjenesten vil jo ikke oppleve det meningsfylt å bruke tid på å melde avvik hvis de opplever at det ikke får noen konsekvenser eller oppfølging.

Høie mener at både kommunene og sykehusene har en «uheldig praksis» på området.

– Og det handler veldig mye om avgjørelser av helsepersonell i en ganske vanskelig situasjon. Jobber man på et sykehjem og er usikker når en pasient blir veldig dårlig, er det menneskelig å tenke at man sender denne pasienten til sykehuset.

– I samhandlingsreformen er en av grunn tankene å redusere antallet sykehusdøgn. Hvor mange senger er kuttet i din tid som helseminister?

– De tallene har ikke jeg oversikt over her og nå. Men liggetiden på sykehusene har gått ytterligere ned. Vi så en veldig nedgang akkurat da reformen ble innført. Denne utviklingen pågår ikke minst på grunn av den medisinske utviklingen. Veldig mye av det man tidligere ble lagt inn på sykehus for, blir man aldri lagt inn for lenger. Det er en positiv og ønsket utvikling. Etter min mening handler dette ikke om at man skal tvinge ned liggedøgn, dette handler om å gjøre de riktige vurderingene.

– Ser du helt bort fra at det med å kutte liggedøgn har gått for langt?

– Det jeg mener har gått feil, er denne tanken om at man er veldig opptatt av hvor grensene går om hva som er sykehusets oppgave og hva som er kommunenes oppgaver. At man mange ganger er opptatt av å stå fast på den grensen, i stedet for å tenke på hva som er fornuftig felles løsninger. Svaret på disse utfordringene er ikke å si at pasienten skal bli liggende lenger på sykehus generelt sett. Det er veldig dårlig for pasienten.

– Utgangspunktet for samhandlingsreformen var å tydeliggjøre hvem som til enhver tid har ansvaret for pasienten. Men er ikke dette også blitt en invitasjon til ikke å ta ansvar, ved at begge parter erklærer at nå er det ikke lenger vårt ansvar?

– Jo, det er det som er noe av problemet, og det er det vi tar opp i stortingsmeldingen. Vi slår fast at man ikke er parter som møtes for å se på hvor grensene går. En er nødt til se på hverandre som partnere, som skal lage felles løsninger som er til det beste for pasienten.

– Er det snakk om å endre de økonomiske insentivene i samhandlingsreformen, ellers blir vel dette bare ønsketenkning fra din side?

– Nei. Når man får til gode samarbeidsløsninger mellom fagfolk og konkrete pasientforløp, ønsker jo de som jobber i kommunene og sykehusene, å gjøre god jobb. Så må de oppleve at de har backing fra ledelsen på det.

– Så det er ikke aktuelt å se på de økonomiske insentivene hverken på sykehus- og eller kommunesiden? Denne endringen skal bare skje gjennom «gode samtaler»?

– Nei, ikke gjennom gode samtaler, men gjennom andre måter å samarbeide på, og systemer for det, avslutter Bent Høie.

– **Mennesker som er** i den situasjonen at det nærmer seg livets slutt, og som selv har gitt uttrykk for at de ikke ønsker intensiv behandling, skal ikke sendes frem og tilbake i helsetjenesten. De skal få oppleve ro sammen med sine nærmeste, hvis de har det, og oppleve den tryggheten som en har i kjente omgivelser. Så sånn skal det ikke være.

Høie presiserer at det er vanskelig å kommentere enkeltsaker, men kaller dette «et veldig sterkt eksempel».

– Dette er en reell, virkelig problemstilling som mange har opplevd. Det er alltid noen tilfeller der du kan si i etterkant at det var vanskelig å vite. Man vet jo aldri når en pasient skal dø. Men vi har altfor mange eksempler der det er helt åpenbart at det går mot livets slutt, og hvor pasienten ikke ønsker å bli flyttet på. Men så blir de det likevel. Sånn skal det ikke være.

– De instansene som uttaler seg, beklager at folk er blitt flyttet mellom ulike nivå i helsevesenet helt inn i døden. Vil du gjøre det samme?

– Ja, absolutt. Det er beklagelig at dette skjer. Dessverre ser vi at det skjer i den norske helsetjenesten. At man blir sendt ifra ulike kommunale tilbud til sykehuset i en situasjon der man hadde hatt det bedre den siste tiden for eksempel på sykehjemmet. Og ikke kommet inn på et sykehus i et

FLYTTES TIME

● Les 90-årige Karen Annas historie i VG Helg

Av SYNNOVE ÅSEBØ

Kun timer og døgn før de dør, flyttes pasienter mellom ulike nivåer i helsevesenet. Karen Anna Nilsen (90) ble flyttet tre ganger på 26 timer like før hun døde.

I dag forteller de pårørende hennes historie i VG Helg.

VG har fått innsyn i en rekke avviksmeldinger fra i fjor som viser at Karen Annas historie ikke er unik.

Pasientombudet mener kommunene må settes i bedre i stand til å ta ansvar for døende pasienter.

– Kunnskap om palliasjon, lindrende behandling av døende, må finnes i kommunen. Folk kommer til å fortsette å dø i kommunale institusjoner og da må helsetjenesten innrettes slik at de har et tilbud til dem.

Helseminister Bent Høie sier til VG at det er vanskelig å kommentere enkelt saker, samtidig som han kaller Nilsens historie «et veldig sterkt eksempel».

– Man vet jo aldri når en pasient skal dø. Men vi har altfor mange eksempler der det er helt åpenbart at det går mot livets slutt, og hvor pasienten ikke ønsker å bli flyttet på. Men så blir de det likevel. Sånn skal det ikke være.

● I **Bergen** ble en pasient sendt fra sykehus til sykehjem i svært dårlig forfatning. Pasienten ble raskt dårligere og engstelig. Det var ikke mulig å gi mat eller medisiner. I avviksmeldingen beskrives situasjonen som uavklart og «meget uverdig for pasient og pårørende». Det var ikke lege på sykehjemmet på kveldstid denne fredagen. Lørdag morgen døde pasienten.

● Ved **Sykehuset Østfold** ble en pasient meldt klar for overføring til sykehjem, men holdt tilbake for å sikre at tilstanden var stabil før flytting. Dette skjedde fordi sykehjemmet «i den senere tid har tatt imot flere pasienter som har hatt mindre enn ett døgn i kommunen før de døde», ifølge avviksmeldingen. Etter ett døgn ble pasienten sendt. Tilstanden var da svært dårlig. Behandlingen var stanset, det ble kun gitt lindrende medisiner. Ved ankomst til sykehjemmet fikk ikke pleierne kontakt med pasienten, som døde åtte timer senere.

● Fra **Sykehuset Østfold** ble en pasient overført til kommunal rehabiliteringsavdelingen fredag kveld. Pasienten ble meldt å ha «opptreningspotensial» før hjemreise, men døde på avdelingen tolv timer etter ankomst. Pasienten skulle ha smertelindring, såkalt palliativ behand-



VG HELG: Idag

ling, står det i epikrisen. Dette ble ikke formidlet til sykehjemmet, ifølge avviksmeldingen.

● Fra **Sykehuset Østfold** ble en multisyk pasient transportert til et sykehjem klokken 22. Underveis måtte transporten stoppe, fordi pasienten var så urolig. I avviksmeldingen skrives det senere at det var en feilvurdering å flytte pasienten så sent, på grunn av sykehistorien, samt lav bemanning på natt. Etter to døgn døde pasienten.

● Fra **Sykehuset Innlandet** ble en alvorlig syk pasient flyttet til sykehjem. Pasienten var døende ved ankomst, og gikk bort få timer senere. Sykehjemmet skriver i avviksmeldingen at det er langt fra etisk riktig å overflytte terminale pasienter, i stedet for å la dem få en rolig og verdig avslutning på livet. Konsekvensene av flyttingen ble unødvendig støy ved et dødsleie som burde ha vært fredelig for pasient og pårørende.

● I **Tromsø** døde en kreftsyk pasient cirka 16 timer etter overføring fra Universitetssykehuset Nord-Norge til kommunens lindrende avdeling. Det var da blitt stilt spørsmål ved om det var etisk riktig å flytte en døende pasient som ble beskrevet som angstfylt og urolig. Overflyttingen opplevdes som en helt feil beslutning, da pasienten hadde trengt trygge omgivelser og burde fått bli på sykehuset, står det i avviket.

● I **Østfold** var en pasient som var innlagt ved en lindrende enhet i en kommune, sendt til Sykehuset Østfold med sterke smerter. Pasienten var dø-

ende ved innkomst. Flyttingen beskrives som et uverdig og unødvendig tiltak for en godt voksen, meget syk og smertepåvirket pasient i livets siste fase. Pasienten sovnet stille inn i akuttmottaket cirka en time etter ankomst.

● **Sørlandet sykehus** sendte en pasient til et korttidsopphold på et sykehjem. Ved ankomst mente sykehjemmet at pasienten var døende. Sykehjemmet kontaktet sykehuset for å få mer informasjon om pasientens tilstand ved utskrivning og forløpet under sykehusoppholdet. I avviket beskrives pasienten som lite kontaktbar og terminal. Samtalen med sykehuset tok fem minutter. Pasienten var død da sykepleier returnerte etter telefonsamtalen.

● På **Sørlandet** var en pasient på en kommunal institusjon alvorlig syk. Det var avklart at vedkommende ikke skulle gjenopplives eller legges i respirator. Pasienten ble likevel kjørt til sykehus i komatøs tilstand, uten at lege hadde vurdert tilstanden på forhånd, skriver sykehuset i avviksmeldingen. Pasienten døde i akuttmottaket kort tid etter ankomst. Sykehuset mener kommunen håndterte situasjonen på 2020 en uverdig måte.

● På **Sørlandet** ankom en pasient et sykehjem fredag etter at legen hadde gått for dagen. Neste dag døde pasienten. Det var ikke bemerket i epikrise eller utreiserapport hvor dårlig pasienten var, ifølge avviksmeldingen. Situasjonen kunne blitt håndtert annerledes dersom dette hadde vært kjent, ifølge meldereren.

● I **Telemark** ble en gammel, hjertesyk pasient sendt fra sykehjem til legevakt, og videre innlagt på Sykehuset Telemark, hvor pasienten døde neste dag. Sykehuset mente at pasienten aldri burde vært lagt innlagt på grunn av belastningen det medførte. (Pasienten) var så alvorlig syk ved ankomst at selv om (pasienten) fikk optimal behandling, ville (pasienten) gått bort innen kort tid, ifølge avviksmeldingen.

Sykehuset Vestfold skrev avviksmelding etter at en pasient døde på sykehuset, samtidig som det ble jobbet med å melde vedkommende utskrivningsklar til kommunen.



KASTEBALL: Flere dødssyke pasienter flyttes fra institusjon til institusjon

KOMMENTARER:

● Alle helseforetakene som er omtalt har fått mulighet til å kommentere hver enkelt hendelse. To av foretakene har valgt å svare:

Per Engstrand, fagdirektør i Sørlandet sykehus HF: – Vi bestreber at syke døende pasienter skal få dø i sine egne omgivelser, enten hjemme eller på institusjon der de bor. Det forekommer dessverre tilfeller der dette ikke skjer, fordi rutiner ikke har vært fulgt eller at informasjonen mellom eksem-

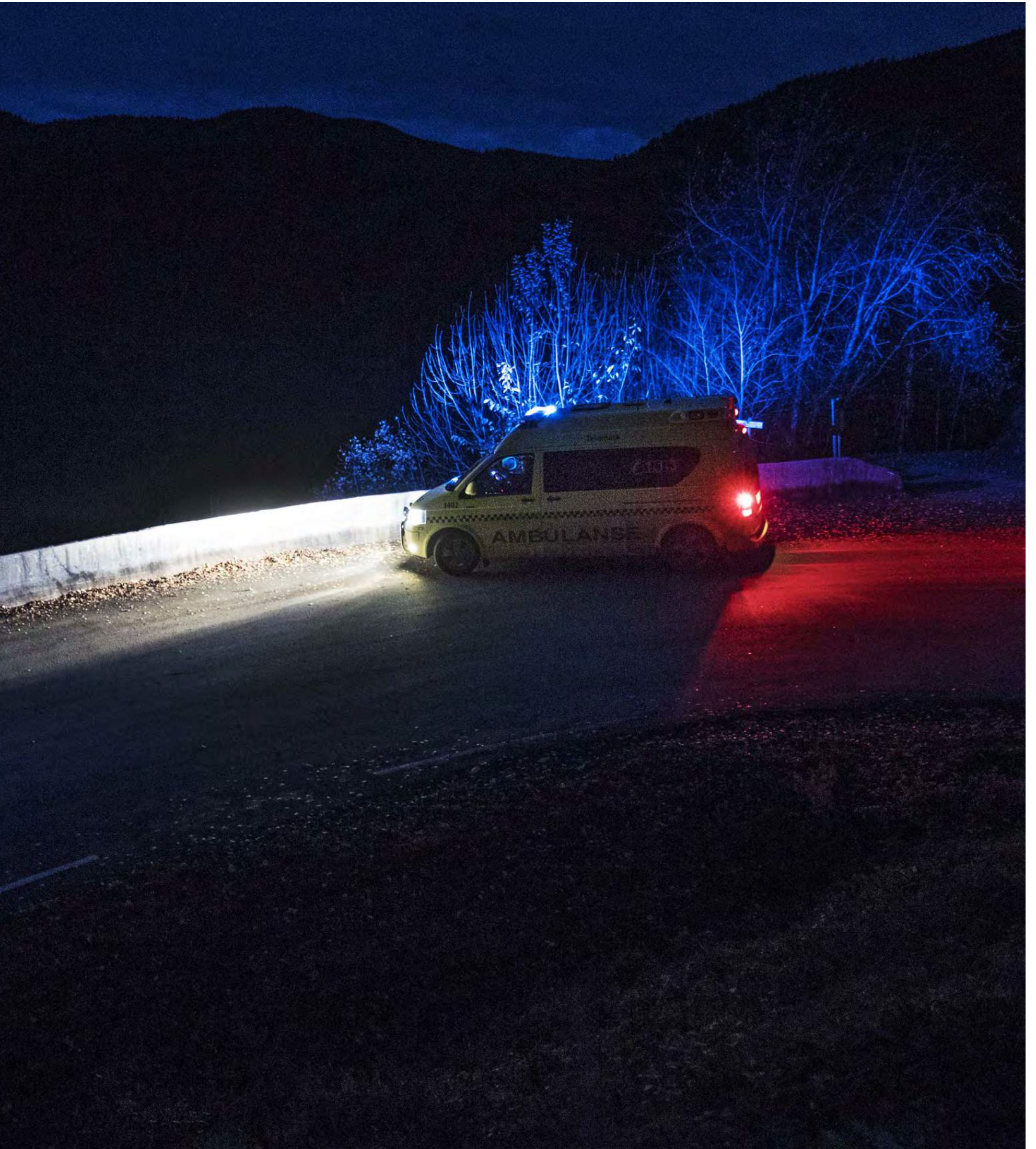
pelvis sykehjem og sykehus ikke har vært god nok. Vi ønsker å bli enda bedre og lære av slike uønskede hendelser som beskrevet her.

Grete Lill Hjartnes, seksjonsleder for samhandling i Helse Bergen: – Det er beklagelig når samarbeidet mellom

sykehus og kommune ikke er godt nok. Tilstrekkelig informasjon rundt overføring av pasienter er avgjørende for at de skal få best mulig behandling på rett sted. Denne samhandlingen med kommunene er noe vi hele tiden jobber for å forbedre, sier Hjartnes.

R FØR DE DØR

● Pasienter over hele landet rammes også



Høie: – Samhandlingen sykehus/kommune må bli bedre



ENIGE OG TRO: Helseminister Bent Høie og KS-styreleder Gunn Marit Helgesen undertegnet en samarbeidsavtale onsdag, under overoppsyn av statsminister Erna Solberg.

Av EIRIK MOSVEEN, ANNE STINE SÆTHER, SHAZIA MAJID og TORE KRISTIANSEN (foto)

Helseminister Bent Høie (H) åpner nå for å fjerne det kanskje mest sentrale punktet i den store Samhandlingsreformen fra 2012: At kommunene må betale «dagbøter» til sykehusene når de ikke tar imot utskrivningsklare pasienter med én gang.

I et intervju med VG sier statsråden at betingelsen for dette er at opprettelsen av 19 nye «helsefelleskap» blir en suksess – ved at samhandlingen mellom sykehus og kommuner blir langt bedre enn i dag.

Statsminister Erna Solberg (H) og Høie underskrev onsdag ettermiddag en avtale med KS-styreleder Gunn Marit Helgesen, tidligere Kommunenes sentralforbund, om å opprette 19 «helsefelleskap» i Norge. Dette er et hovedgrep i Regjeringens nye, fireårige helse- og sykehusplan, som legges frem senere i høst.

Økonomiske incentiver

– Vi har sett at forsøk på å lage økonomiske incentiver for å få samarbeidet til å fungere i en del tilfeller har bare forsterket problemene. Det har blant annet VGs avsløringer vist oss. Og da tror vi ikke på den typen incentiver. Vi tror på at samarbeid rent konkret om felles tjenester er det som bidrar til en endring, sier Høie.

– VIL FJERNE DAGBØTENE

– Men dere har jo valgt å beholde det aller sterkeste og viktigste økonomiske incentivet i hele Samhandlingsreformen?

– Det var to økonomiske insitamenter i reformen. Vi fjernet det ene, Kommunal medfinansiering. Vi har valgt å beholde det andre. Det har også hatt en sterk effekt, ved at pasientene nå skrives ut langt tidligere fra sykehusene enn før. Vi tør ikke å fjerne det nå. Så må vi se på erfaringene herfra, om dette bidrar til at det ikke er så farlig lenger. Og hvis det oppleves mer som et hinder for samarbeid, i stedet for å bidra til samarbeid, så må vi til enhver tid kunne vurdere det. Men å fjerne det før vi vet hvordan dette fungerer, vil være for stor risiko, sier Høie.

– Men du åpner for å fjerne kommunenes betalingsplikt, hvis ordningen med den nye ordningen med 19 helsefelleskap blir en suksess?

– På samme nivå

– Ja, for da er det ikke noen vits i en slik ordning, sier Bent Høie.

– Helseforetakene er mektige. Hva er grepet som ligger inne her som du mener forhindrer at disse 19 helsefelleskapene blir et superråd?

– Det er rett og slett at kommunene og sykehusene vil møtes på samme nivå. Sånn at det er ordfører som møter styreleder, og så er det helse- og sosialsjefen som møter klinikkssjefen. Og så vil kommunene

organisere seg i grupper, sånn at de representerer en større gruppering, og dermed vil de oppleve at dette er et likeverdig partnerskap.

– Men er det ikke likevel en fare for at det kan bli et superråd?

– Nei. For vi har bestemt hva det skal samarbeides om. Vi har bestemt måten det skal tas beslutninger på, vi har sagt at beslutningene skal være forpliktende og vi har til og med bestemt hvilke pasientgrupper de først skal begynne å samarbeide om. Og det er vi overbevist om, at når vi gjør det på den måten, med en avtale med kommunene, så kommer det til å føre til en konkret løsning mellom kommunene og sykehusene for disse pasientgruppene.

Forpliktende modell

– Blir partene bundet av beslutningene?

– Ja. Disse beslutningene for-

plikter. Og det er noe av det mest sentrale i denne modellen er at man i det strategiske samarbeidsutvalget skal ta beslutninger som forplikter.

*eirik.mosveen@vg.no
anne.stine.sather@vg.no
shazia.majid@vg.no*

1546

VG avslørte tidligere i år at det ble kjørt minst 1546 turer med eldre over 74 år ut av sykehusene og til kommunen mellom klokken 22.00 og 07.00. Ved minst 461 av transportene var pasienten 90 år eller eldre. 603 av turene skjedde mellom midnatt og 05 om morgenen. Helseminister Bent Høie beordret umiddelbart full stans av disse natttransportene.

PSSST!
VG avslørte også at døende blir transport ut av sykehus for å gi plass til andre pasienter. En av dem ble flyttet tre ganger i løpet av de siste 26 timene hun levde. Høie beklaget etter VGs avsløringer.

VG AVSLØRER

SYKEHUSENE VIL SKRIVE UT SYKE PASIENTER. KOMMUNENE KLARER IKKE TA DEM IMOT. DET HAR GITT BØTER I MILLIARDKLASSEN.

Av SHAZIA MAJID, ANNE STINE SÆTHER, EIRIK MOSVEEN,
TOM BYERMOEN (grafikk) og GISLE ODDSTAD (foto)

Du blir innlagt på et sykehus for å få behandling eller en operasjon. Når sykehuset mener at du er klar til å skrives ut, skal kommunen ta deg imot og gi deg videre hjelp og behandling.

Slik skal staten og hjemkommunen din samarbeide om å gi deg som innbygger den helsehjelpen du trenger.

Samhandlingsreformen fra 2012 skulle gjøre dette samarbeidet bedre. Sykehusene skulle bygges ned - tilbudet i kommunene skulle bygges opp.

Riset bak speilet var følgende: Om en kommune ikke klarer å ta imot en pasient, må kommunen betale bøter for hver ekstra dag pasienten er på sykehuset.

VG kan nå avsløre at helseforetakene fra 2012 til 2018 har gitt norske kommuner bøter på nærmere 1,4 milliarder kroner.

Det betyr at kommunene over 300 000 ganger ikke har klart å ta imot pasienter slik den store helse reformen pålegger dem.

Avsløringen er resultat av et omfattende innsyn, hvor landets helseforetak har opplyst til VG hva de faktisk har fakturert hver enkelt kommune i dagbøter.

VG er ikke kjent med at disse beløpene er samlet på kommunenivå tidligere.

I fjor sendte sykehusene slike fakturaer for til sammen 272 millioner kroner.

VGs kartlegging dokumenterer hvordan samhandlingsreformen blir dyrere og dyrere for mange norske kommuner.

Altfor få senger

VGs avsløring er et uttrykk for at det er altfor få senger i sykehusene

- og for lite kapasitet i kommunene som skal ta imot pasientene, mener Marit Hermansen, president i Den norske legeforening.

- Det er mye som tyder på at bøkene for utskrivningsklare pasienter er et økonomisk virkemiddel som ikke fungerer. I stedet har det ført til uheldige økonomiske vridningseffekter og stor usikkerhet om dette er til pasientens beste, sier Hermansen til VG.

Fredrikstad kommune er blant kommunene som har hatt størst økning i ilagte dagbøter siden 2012. Da var summen 28 000 kroner.

I fjor betalte kommunen til sammen 4,5 millioner kroner i dagbøter fordi de ikke klarte å ta imot pasienter Sykehuset Østfold hadde skrevet ut.

I år passerte Fredrikstad kommune fjorårets samlede dagbøter allerede i oktober.

Hva har skjedd?

Antall pasienter øker

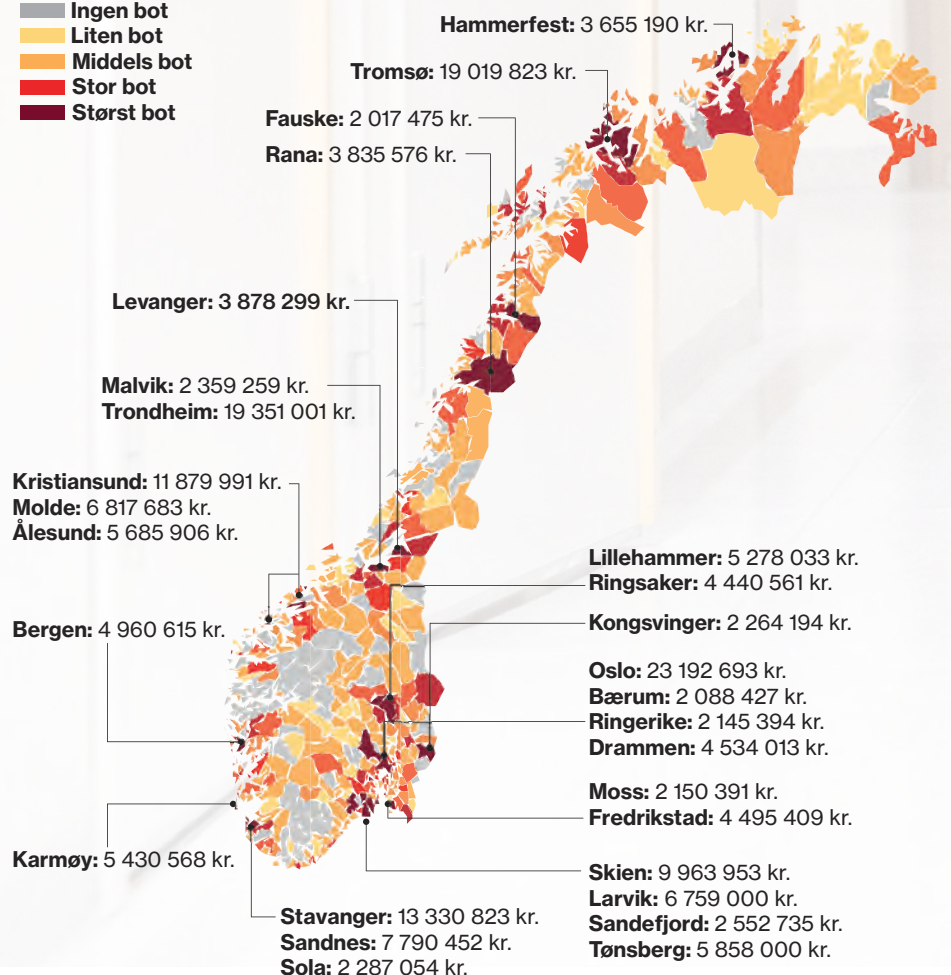
- Vi ser at antall pasienter som sykehuset melder til oss, øker veldig. Mer enn vi kunne forutse, sier Lise Wangberg Storhaug, kommuneoverlege i Fredrikstad kommune.

VG møter henne på Fredrikstad kommunale korttidssenter for pasienter. De innlagte som er friske nok, sitter ved bordene i lyse, trivelige fellesrom og spiser middag. De sykeste blir servert bak dørene i den lange korridoren. Noen har funnet seg til rette i lenestolene i TV-stuen.

- Pasientene vi nå tar imot, er tydelig mye dårligere enn de vi fikk inn for fem-seks år siden. Det gjelder både de som sendes hjem og de som kommer til oss her på korttidssenteret eller på kommunale akutte døgnplasser, sier kommuneoverlegen. ➔

Kommunene som betalte mest i bøter

- Ingen bot
- Liten bot
- Middels bot
- Stor bot
- Størst bot





PASIENT: Eivind Pettersen fra Kråkerøy er innlagt på Fredrikstad korttidssenter. Her i samtale med helsefagarbeider Souela Larti fra Athen. Foto: GISLE ODDSTAD

«DET ER ALDRI EN LEDIG SENG. BARE HVIS KAN EN SENG BLI STÅENDE LEDIG – TIL NE



FULLT BELEGG: 99,1 prosent av de 87 sengeplassene ved Fredrikstad korttidssenter har hittil i år til enhver tid vært opptatt, ifølge kommunen.
Foto: GISLE ODDSTAD

STORE UTFORDRINGER: Fra venstre: Storhaug, kommuneoverlege i Fredrikstad

← VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av en av de største helsereformene i nyere tid, Samhandlingsreformen. Pasientene ligger stadig kortere på norske sykehus.

For de eldste og sykeste pasientene får dette store følger. I juni avdekket VG hvordan gamle, syke mennesker blir kjørt ut fra sykehusene midt på natten, for å frigjøre senger til andre pasienter.

Fortvilelse

I august fortalte VG hvordan døende pasienter flyttes rundt mellom forskjellige nivå i helsevesenet. En av dem var Karen Anna Nilsen, som ble flyttet tre ganger på 26 timer – kun få døgn før hun gikk bort.

Ute i kommunene er det fortvilelse.

– Andre kommuner snakker og planlegger for eldrebølgen. I Fredrikstad ser det ut til at den allerede har truffet, sier Jon Erik Olsen, konstituert kommunaldirektør for helse og omsorg i kommunen.

– I fjor brukte vi mer enn vi fikk. Helse og velferd sprakk med rundt 20 millioner kroner.

I år blir det enda verre.

– Vi har faktisk en prognose nå for 2019 som viser at vi ligger an til et underskudd på 80 til 100 millioner kroner, sier kommunaldirektøren.

Fredrikstad kommune er ikke alene om problemene.

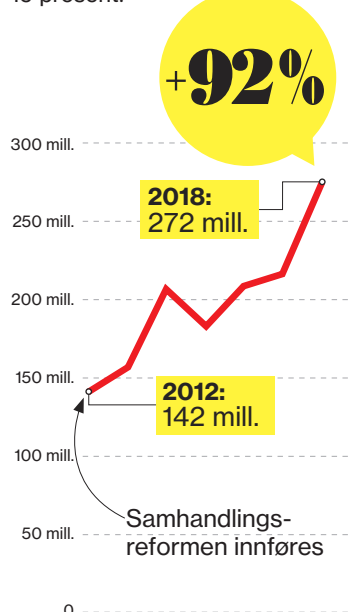
Over 1000 % økning

VGs kartlegging avdekker at 105 kommuner har hatt over 1000 prosent økning i innkrevde bøter siden 2012. Noen av disse er små kommuner der små endringer gjør store utslag.

I flere kommuner utgjør dette

Så mye har faktureringen økt

● Dagboten var på 4000 kroner per pasient per døgn i 2012. I 2018 hadde den økt til 4747 kroner. Det er en økning på cirka 19 prosent.

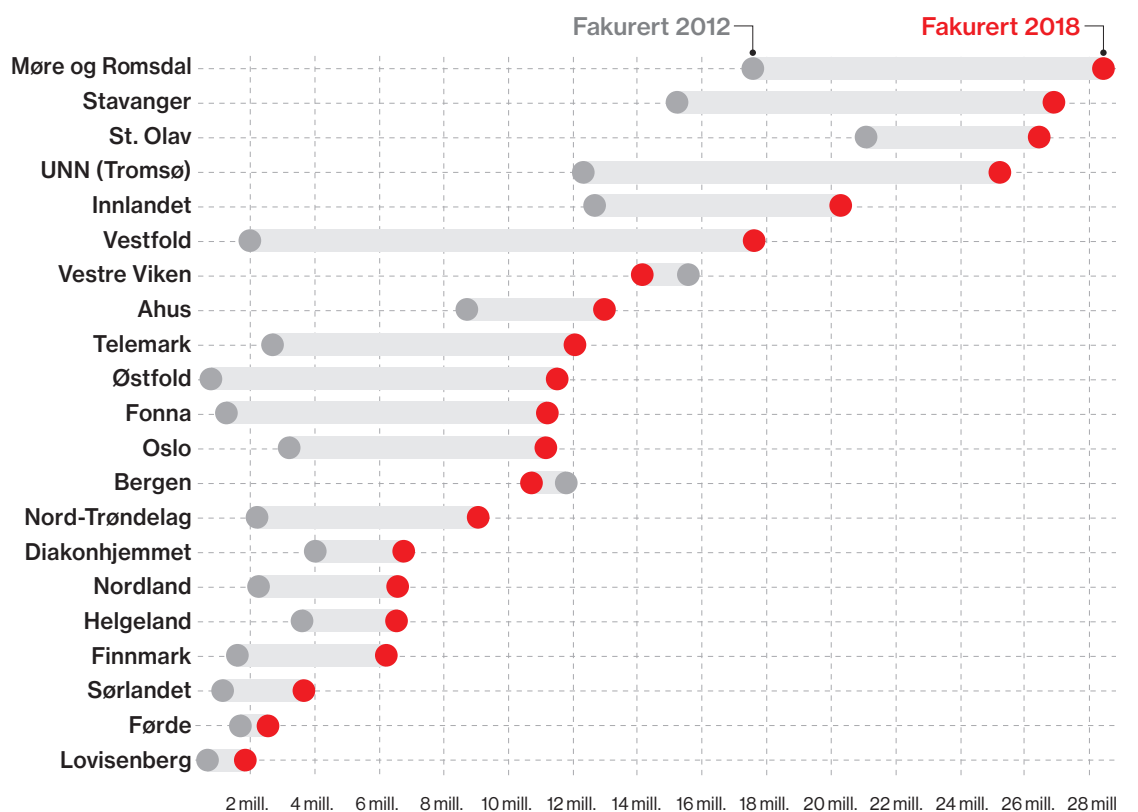


mange millioner på kommunebudsjettet.

● Karmøy kommune ble fakturert for 128 000 kroner i bøter i 2012. I fjor hadde beløpet økt til 5,4 millioner kroner

● Levanger kommune ble fakturert for 56 000 kroner i bøter i 2012. I fjor hadde beløpet økt til 3,9 millioner kroner

Så mye har sykehusene fakturert *Navn på helseforetakene er forkortet



● I Bodø økte bøkene fra 0 kroner i 2012 til 1,2 millioner kroner i fjor. – Tallene bekymrer oss i stor grad. Disse overføringene av midler til spesialisthelsetjenesten burde i stedet finansiert kommunale tilbud til våre egne pasienter og brukere, sier Rolf Kåre Jensen, rådmann i Bodø.

I Midt Norge har kommunene

nå tøyd mulighetsrommet så langt som mulig, beskriver Helge Garåsen, kommunaldirektør for helse og velferd i Trondheim.

– Det er nå behov for at staten bidrar med ressurser som gjør kommunene i stand til å løse utfordringene. Hvis ikke dette skjer, vil en stadig større andel av midler som kunne bli brukt

i kommunehelsetjenesten gå til straffeavgifter til sykehusene, sier han til VG.

Hvorfor klarer ikke enkeltkommuner å håndtere en varslet endring bedre?

Kommuneledelsen i Fredrikstad forteller om stor brukervækst, mange innflyttere, mange utføre, en stor økning i tjenester for

S NOEN DØR PÅ KVELDEN, ESTE MORGEN»

Elin Martinsen, virksomhetsleder
for Fredrikstad korttidssenter



Torild Heie, avdelingssykepleier ved Fredrikstad korttidssenter, Jon Erik Olsen, kommunaldirektør, Lise Wangberg og Elin Martinsen, virksomhetsleder ved korttidssenteret. Foto: GISLE ODDSTAD

funksjonshemmede, mange som trenger tjenester fra NAV, og ikke minst, flere multisyke eldre som lever lengre.

Mangler penger og sykepleiere

– Er det mer penger dere trenger?

– Vi ønsker mer penger, absolutt. De pengene vi betaler i bøter, skulle vi ønske at vi kunne bruke på at hjemmesykepleien hadde mer tid til den enkelte pasient. Jeg må nok si at vi har et stort press på våre hjemmesykepleiere, sier Olsen, som også påpeker at det er krevende å få tak i nok helsepersonell, spesielt sykepleiere.

– Er det da lettere for kommunen å la pasientene bli på sykehusene? Spekulerer dere i dagbøtene?

– Det er ikke sånn at vi lener oss tilbake. Vi vet at Sykehuset i Østfold har store kapasitetsutfordringer. Vi har aldri tenkt at pasienten bare

kan være der og vi kan slappe av, sier kommuneoverlege Storhaug.

VG har fremlagt tallene for Terje P. Hagen, professor og leder for Institutt for helseøkonomi ved Universitetet i Oslo. Økningen kan skyldes at kommunene er blitt mer bevisste på hva det koster å få pasienten tilbake til kommunen, mener han:

– Like etter at Samhandlingsreformen ble iverksatt, var kommunene sterkt motivert for å ta hjem pasientene, og vurderte nok ikke kostnadene særlig grundig, sier Hagen.

– I dag vurderer kommunene om det er billigere å betale fem tusen kroner per døgn opp mot kostnaden ved å ta pasienten hjem.

Skal noen inn, må noen ut
Korttidssenteret i Fredrikstad har 87 sengeplasser. Hittil i år har 99,1 prosent av sengene til enhver tid vært opptatt, ifølge kommunen.

Hvis noen skal inn, må noen ut.

At pasientene er kortere innlagt ved Sykehuset Østfold i dag enn før Samhandlingsreformen ble innført, er en ønsket utvikling.

– Vi er enig i at pasientene er mer pleietrengende når de skrives ut nå enn før, og at medisinsk behandling som tidligere var forbeholdt sykehus, nå gis på helsehusene. Vi mener at dette er til det beste for pasientene, sier Bjørn Hødal, kommunikasjonssjef ved Sykehuset Østfold

For kommuneoverlegen i Fredrikstad oppleves situasjonen som en dobbelt straff. Kommunen betaler bøter i millionklassen, og har ikke penger til å bygge opp sitt eget tilbud.

– Dagbøter er et omdømmeproblem, et pengeproblem, et samhandlingsproblem og kanskje ikke det optimale for pasienten, sier Lise Wangberg Storhaug.

Slik har VG jobbet

● VG søkte samtlige helseforetak/sykehus om innsyn i hva de fakturerte kommunene i dagbøter for pasienter. Dette er pasienter som er klare til videre behandling i kommunen, men som kommunene ikke klarer å ta imot som pålagt.

● Innsynet gjelder for alle landets kommuner i perioden 2012 til og med 2018.

● Det er 19 offentlige helseforetak/sykehus i Norge. I tillegg er

de private sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus AS og Diakonhjemmet i Oslo en del av datamaterialet. (VG mottok ikke tall fra Haraldsplass i Bergen)

● Sykehusene offentliggjør regelmessig totalt hvor mange døgn pasienter er blitt liggende på sykehuset i påvente av å bli tatt imot av kommunene.

● Det vil være avvik mellom offentlig innrapporterte døgn og det faktisk fakturerte beløpet.

● Dette skyldes to forhold: Utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern rapporteres inn på døgn, men det er ikke betalingsplikt for disse pasientene i perioden 2012–2018.

● For det andre vil uenigheter mellom kommune og sykehus, og påfølgende endringer/korrigeringer i fakturaer og hva kommunen betaler, registreres i regnskapsystemet, og ikke nødvendigvis i pasientjournalssystemet hvor antall døgn er registrert.

Når pasienten blir taperen

Prestisjereformen som skulle redde helsevesenet, har skapt nye problemer.

NYHETENE

Siden samhandlingsreformen ble innført, har sykehusene fakturert norske kommuner 1,4 milliarder kroner for utskrivningsklare pasienter de ikke klarer å ta imot. VG har tidligere skrevet om eldre pasienter som er blitt sendt hjem fra sykehuset midt på natten. Det fortelles opprørende historier om døende som blir sendt tilbake til hjemkommunen for å frigi en seng. Fra utsiden kan det se ut som et svarteperspill mellom sykehus og kommuner der syke pasienter blir taperne. Det var nettopp dette reformen var tenkt å løse.

Kongstanken var at skulle

helsevesenet klare å stå imot både eldrebølge og økt press, må oppgavene løses på en smartere måte. Pasientene skulle ikke lenger være kasteballer i en fragmentert helsetjeneste. Heller enn å bruke alle ressurser på å reparere sykdom, skulle mer innsats vris over på forebygging. I stedet for å bruke helsekronene på dyre sykehustjenester, skulle kommunene settes i stand til å behandle flere pasienter. Alt høres fint og fornuftig ut på papiret, men syv år etter at reformen ble vedtatt, er det slett ikke alt som går på skinner.

Før reformen var det et

stort problem at ferdigbehandlede pasienter ble liggende lenge på sykehuset. Det er en kostbar og lite hensiktsmessig bruk av ressursene. Etter at kommunene ble «straffet» økonomisk dersom de ikke tok imot sine egne pasienter, ble tallene kraftig redusert. I begynnelsen var kommunene svært motivert, men de siste årene ser vi at utbetalingene til helseforetaket har skutt i været.

Skyldes dette grådige helseforetak som fraskriver seg ansvar? Eller tvert imot slappe kommuner som ikke tar ansvar? Det kjedelige svaret er nok at bildet er mer sammensatt.

At flere pasienter skrives

ut tidligere, er åpenbart fornuftig. Spørsmålet er om man har gått for langt. Økonomiske virkemidler har en tendens til å virke, ikke sjelden virker de litt for godt. Alt tyder på at pasientene ikke bare skrives ut tidligere, men også er sykere enn de var for noen år siden. Mange vil mene at noen

pasienter hadde hatt godt av å ligge et par dager ekstra.

Sannsynligvis har eldrebølgen slått

sterkere inn i helsevesenet enn man har vært forberedt på. Kommunene opplever at de ikke har kapasitet til å ta imot pasientene, og har ikke annet valg enn å betale helseforetaket. Samtidig er det stor variasjon. Det finnes også kommuner som klarer å gi et godt nok tilbud, uavhengig av størrelse. Lett er det ikke, men slett ikke umulig. Et vesentlig poeng er at kompetansen på eldre mennesker med sammensatte lidelser er altfor dårlig. Det er ikke bare mangel på ressurser, det er også den kjente historien om ressursene som ikke finner hverandre.

Et vesentlig poeng er at helsevesenet er lite fleksibelt. Ikke sjelden er det flest pasienter om vinteren, som er høysesong for influensa og beinbrudd. Disse toppene er hverken kommuner eller sykehus rigget for. I tidligere tider var det i det minste korridor pasienter kunne ligge på.

Reformen skulle bidra til

bedre samhandling. Likevel opplever kommunene at det er sykehuslegene som bestemmer, og at kommunene bare må innrette seg. Det beskrives en asymmetri mellom sykehus og kommuner som slett ikke er optimal for å løse oppgavene sammen.

Sannsynligvis er det ikke

tanken bak samhandlingsreformen det er noe galt med, men det er urealistiske forventninger om hva den kan løse. Verktøykassa er slunken, og redskapene er sløve. Unntaket er «dagbøtene», som ser ut til å virke litt for godt. Dessverre fremstår det nå som en måte å skyve ansvar for syke pasienter over på kommunene.



Tone Sofie Aglen

tone.sofie.aglen@vg.no

BEHANDLES

HJEMME –

MIDT PÅ

NATTEN

Slik er pasientreformen i praksis

Av SHAZIA MAJID, ANNE STINE SÆTHER, ADRIAN F. STEINBAKK og GISLE ODDSTAD (FOTO)

Her får Torveig (80) intravenøs behandling hjemme i stua. Før ville dette skjedd på sykehus. Nå har kommunene overtatt ansvaret. Men en rekke kommuner sliter med å ta imot alvorlig syke pasienter.

Natt til mandag denne uken: Sykepleierne Karola Ekeberg og Maria Hatlelid kobler slangen som skal gi Torveig Torbjørnsen intravenøs antibiotika og saltvannssoppløsning.

80-åringen sitter i godstolen hjemme i stua i Fredrikstad, i huset der hun har bodd i siden 1959.

Dette er samhandlingsreformen i praksis.

I fire uker har Torveig hatt besøk av hjemmesykepleien klokken ett om natten.

At stadig flere pasienter nå behandles i egne hjem, er likevel ikke nok.

Dagbot-økning

VG har avslørt hvordan helseforetakene fra 2012 til 2018 har gitt norske kommuner bøter på nærmere 1,4 milliarder kroner – fordi de ikke har klart å ta imot utskrivingsklare pasienter fra sykehusene.

I går fortalte VG at Fredrikstad, der Torveig bor, er en av kommunene som sliter mest med å ta imot pasienter.

For hver ekstra dag pasienten må bli på sykehuset, må kommunen betale en dagsbot.

En av fire kommuner har hatt en økning i bøter på over 1000 prosent etter at Samhandlingsreformen ble innført i 2012, viser kartleggingen.

Noen av disse er små kommuner der små endringer gjør store utslag. I flere kommuner utgjør bøkene mange millioner på kommunebudsjettet.

– Tallene er urovekkende både for kommunen, men også for sykehuset. Den økningen vi har opplevd de siste årene, tror vi også vil slå inn i andre kommuner, sier Vibeke Vikse Johnsen, rådmann på Karmøy.

På Karmøy har bøkene økt fra 128

Dette er saken

● VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av Samhandlingsreformen, en av de største helsereformene i nyere tid.

● I juni avdekket VG hvordan gamle, syke mennesker blir kjørt ut fra sykehusene midt på natten, for å frigjøre senger til andre pasienter.

● I august fortalte VG hvordan døende pasienter flyttes rundt mellom forskjellige nivå i helsevesenet.

● I november avdekket VG hvordan kommunene har blitt ilagt dagbøter for 1,4 milliarder kroner fra helseforetakene - fordi de ikke har klart å ta imot utskrivingsklare pasienter.

000 kroner i 2012, til 5,4 millioner kroner i fjor.

Kortere liggetid

VG har snakket med ledere i



dem som sørger for at Torveig Torbjørnsen til faste tider får viktige dråper



HESTEKUR: Når du skal ha antibiotika intravenøst fire ganger hver dag i seks uker, er det fint å kunne få behandlingen hjemme. Sykepleier Maria Hatlelid jobber fast i nattstilling og er en av rett i blodåren.

«Å behandle folk hjemme er bra for alle.»

Anne-Britt Gustavsen Sande, avdelingsleder i Helsevakten i Fredrikstad.



KOMMUNEN TAR OVER: Før samhandlingsreformen kom i 2012, ble det meste av intravenøs behandling gitt på sykehus. Det er en oppgave som overtatt av kommunehelsetjenesten. Torveig Torbjørnsen har en veneflon lagt inn i åren. Slangene kobles til når hjemmesykepleien er innom for å gi henne medisin fire ganger daglig. Sykepleier Karola Ekeberg kobler til medisinen.

50 av kommunene med størst økning i bøter.

De trekker frem en rekke forklaringer. Denne beskrivelsen går oftest igjen:

● Pasientene ligger kortere på sykehuset.

● Pasientene sendes til kommunen til alle døgnets tider – og kommunene opplever at de ikke kan påvirke situasjonen

Disse pasientene er ofte mye sykere enn kommunene har vært vant til. De trenger omfattende og langvarig hjelp, noe som krever store ressurser, oppgir kommunene.

– For eksempel er liggetiden i spesialisthelsetjenesten for et lårbrudd redusert dramatisk de siste årene. Nå blir denne gruppen utskrevet umiddelbart etter operasjon ofte allerede dagen etter, sier Guro Winsvold, kommunalsjef for helse og omsorg i Larvik kommune.

Dette rammer særlig de eldste, påpeker hun.

En kommune forteller at mange blir meldt klare for utskrivning alle-

rede i akuttmottaket – før sykehuset har ordentlig oversikt.

Personell-mangel

De fleste kommunene oppgir likevel at de har et godt samarbeid med sykehusene, og uttrykker stor forståelse for presset sykehusene er under.

Flere kommuner roper varsku om mangel på kvalifisert personell.

Nærmest samtlige kommuner VG har snakket med, trekker frem mangel på sykepleiere som en stor utfordring. Flere melder at de har utlyst stillinger uten at noen har søkt på dem.

I går fortalte kommuneledelsen i Fredrikstad om et voldsomt press på sengeplassene ved korttidssenteret i kommunen. Situasjonen har til tider vært så prekær at pasienter er blitt sendt til nabokommuner.

Men Trygghetspatroljen i byen, som gir behandling hjemme, har god bemanning av sykepleiere om natten.

Å behandle folk hjemme er bra

for alle, mener Anne-Britt Gustavsen Sande, avdelingsleder i Helsevakten i Fredrikstad.

– Vi har til enhver tid en eller flere pasienter som får intravenøs antibiotikabehandling hjemme. Det kommer ofte i «bølger», sier hun.

– Dette er helt klart et ansvar som har kommet med Samhandlingsreformen. Antibiotikabehandling hjemme forekom sjelden før 2012.

Gir hjemmebehandling

Kommuner VG har snakket med, forteller at de i stadig større grad gjør som Fredrikstad og behandler de syke hjemme hos seg selv.

Men noen har ikke kapasitet til det:

– Vi kan ikke gi intravenøs behandling på natten, og kunne ikke tatt imot pasienter med det behovet, sier tillitsvalgt Heidi Smedstad Hvaal i Kongsberg kommune.

Selv om flere behandles hjemme, sliter enkeltkommuner med å få tømt sengene ofte nok, slik at de kan ta inn nye pasienter.



VG i går

– Har ikke kommunen på plass et forsvarlig tilbud, må pasienten bli overlagt og «taksometeret» går, sier Sture Jacobsen, kommunalsjef for helse og omsorg i Sortland kommune.

VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av Samhandlingsreformen, en av de største helsereformene i nyere tid,

– Underfinansiert

I 2012 fikk kommunene utbetalt en øremerket engangssum på cirka 560 millioner kroner for å ruste opp tilbudet for å ta imot utskriv-

ningsklare pasienter.

De pengene er brukt opp for lenge siden.

Flere mener at reformen er underfinansiert.

– Det fører til større press på både økonomi og personell i kommunen, sier Ragnhild Bendiksen, kommunalsjef for helse og omsorg i Vennesla kommune til VG.

I enkelte kommuner fører de stramme rammene til kamp om hvert døgn sykehuset fakturerer.

– Vi bruker mye tid på å «krangle» om feilfaktureringer og brudd på samhandlingsavtalen, sier Anne-Marit Sylthe, leder for tildelingsenheten i Averøy.

I Fredrikstad er Torveig (80) forhåpentligvis frisk om to uker, etter en seks uker lang kur:

Fire ganger i døgnet har hun fått behandling i sin egen stue.

Også midt på natten.

SIGNERINGSTURNÉ

MED PONDUS, TEGNEHANNE OG LUNCH

BERGEN	28. NOV	Norli, Bergen Storsenter	14.00 – 14.45
		ARK Beyer	15.00 – 15.45
		Outland Bergen	16.30 – 17.00
		Norli Lagunen	18.00 – 18.45
OSLO	29. NOV	Norli Storo	12.00 – 12.45
		Norli, Nye Sandvika	14.00 – 15.00
		Tanum, Oslo City	16.00 – 16.45
		Outland, Kirkegata	17.15 – 18.00
STAVANGER	30. NOV	ARK, Kilden	11.45 – 12.30
		Norli, Nygata	13.00 – 13.45
		Norli, Kvadrat	14.30 – 15.15



Strand
FORLAG

KAGGE
FORLAG

SP: – Regjeringen – ikke kommunene – bør få dagbøter

Helseminister Bent Høie (H) har sviktet oppfølgingen av samhandlingsreformen, mener Senterpartiet, etter VG-avsløringen om at kommuner har betalt milliardbøter.

Opposisjonspolitikere mener helse-

ministeren slipper for billig unna.

– Det er han som stort sett har vært minister siden samhandlingsreformen ble innført, og det er han som har sviktet oppfølgingen, sier Kjersti Toppe (Sp), stortingsrepresentant og første nestleder i helse- og omsorgskomiteen.

– At betalingsbyrden for kommuner har økt så kraftig etter 2012-2013, burde fått Høie til å reagere for lengst, ikke bare når VG forteller at det er slik det er.

At Høie vil ta bort betalingsplikten, er nye toner, ifølge stortingsrepresentanten fra Senterpartiet.

Høie har tidligere vært imot forslaget om å fjerne betalingsplikten for de eldste, forteller Toppe.

– Normalt skulle vi forventet at færre og færre av kommunene skulle måtte betale bøter, om samhandlingsreformen hadde virket. Her har faktisk ikke Høie gjort job-

ben sin, sier hun.

Senterpartiet får følge av Sosialistisk venstreparti i sin kritikk av helseministeren.

– Det er regjeringen og ikke kommunene som bør få bøter hvis pasienter ikke får omsorg og pleie, sier Karin Andersen i SV.

Av SHAZIA MAJID, ANNE STINE SÆTHER og EIRIK MOSVEEN

Helseminister Bent Høie (H) fryser nå satsen på dagbøter til kommuner som ikke klarer å ta imot pasienter fra sykehusene. Høie vil på sikt avskaffe bøkene.

– Jeg fryser den ordningen som er nå, setter i gang helsefelleskapene, og når det er oppe og går håper jeg å avskaffe hele ordningen med bøkene og få kommunene og sykehusene til å jobbe godt sammen.

Det sier helseminister Bent Høie etter at VG onsdag denne uken avslørte hvordan helseforetakene fra 2012 til 2018 har gitt norske kommuner bøter på nærmere 1,4 milliarder kroner – fordi de ikke har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene.

For hver ekstra dag pasienten må bli på sykehuset, må kommunen betale en dagsbot som i dag er på 4 885 kroner – til sykehuset. Denne summen har økt fra 4000 kroner i 2012, da reformen ble innført.

– Det er ikke gjennom bøter og betaling vi skal gi den beste behandlingen til pasienten. Det er feil å tro at det lønner seg for den ene parten å drive og skyve pasientene frem og tilbake, sier Høie til VG.

En av fire kommuner har hatt mer enn 1000 prosent økning i bøketeutgiftene etter at Samhandlingsreformen ble innført i 2012, viser kartleggingen.

Vil ikke avsi dom

Kommunene som er hardest rammet forteller at pasientene ligger kortere på sykehus, de sendes til kommunen til alle døgnets tider, og at kommunene opplever at de ikke kan påvirke situasjonen.

– Den betalingsordningen var virkemiddelet vi brukte for å få kommunen og sykehusene til å samarbeide. Men vi ser at det noen ganger har ført til mer oppmerksomhet om pengene, og mindre oppmerksomhet om pasientene, sier Høie.

I 2012 fikk kommunene utbetalt en øremerket engangssum på cirka 560 millioner kroner for å ta imot utskrivningsklare pasienter. I tillegg fikk de 5,6 milliarder kroner fra sykehusbudsjettene for å ruste seg opp til samhandlingsreformen.

De pengene er brukt opp for lenge siden, forteller flere kommuner til VG.

– Reformen er etter vår erfaring sterkt underfinansiert, noe som fører til større press på både økonomi og personell i kommunen, sier Ragnhild Bendiksen, kommunalsjef for helse og omsorg i Vennesla.

Høie ser annerledes på det.

– Alle kommunene fikk store beløp fra sykehusene da reformen ble igangsatt. Dette handler ikke om penger, det handler om hvordan en klarer å organisere tjenestene sine bedre, sier helseministeren.

Terje P. Hagen, professor og leder



MER SAMARBEID: Helseminister Bent Høie (H) skal løse problemene i samhandlingsreformen med mer samhandling.
Foto: FRODE HANSEN

– HÅPER Å AVSKAFFE DAGBØTER

for Institutt for helseøkonomi ved Universitetet i Oslo, har tidligere uttalt til VG at kommunene i dag vurderer om det er billigere å betale fem tusen kroner per døgn opp mot kostnaden ved å ta pasienten hjem.

– Kommuner som mener det er enklere å betale boten, enn å

ta imot pasienten, har et helt feil perspektiv, sier Høie.

– Mer samarbeid

Derfor har han tro på enda mer samarbeid mellom sykehus og kommuner, hvor de setter seg ned og i fellesskap bestemmer blant annet

hvilke pasienter som skal skrives ut og når.

– Vi lar helsefelleskapene gjøre jobben sin, og så vurderer vi at dette fungerer så godt, at det ikke lenger er pengene som styrer dette, da avskaffer vi bøkene.

Tror du det kommer til å skje?

– Vi er nødt til å komme dit at det blir slutt på den silo-tenkningen når det gjelder penger, sier Høie.

shazia.majid@vg.no
anne.stine.sæther@vg.no
eirik.mosveen@vg.no

Reformen

● Samhandlingsreformen ble innført 1.1. 2012.

● Bakgrunnen var at nordmenn lever lenger, og medisinske fremskritt gjør at mange flere kan behandles for sykdommer.

● Kombinasjonen er kostbar, og vil bli stadig dyrere, jo flere eldre vi får.

● Helsevesenet var ikke rustet, og myndighetene ville komme problemene i forkjøpet.

● Den økonomiske og organisatoriske byrden skulle fordeles mellom sykehusene og kommunene.

● Hensikten var å frigjøre plass i sykehusene, slik at flere kunne behandles, hurtigere og billigere.

● Reformen innebærer at de som trenger å være på sykehus, skal være på sykehus, men ikke lenger enn absolutt nødvendig.

● Behandling som ikke må gjøres på sykehus, skal utføres i kommunen.

● Ved innføring av reformen, ble 5,6 milliarder kroner tatt fra sykehusbudsjettene og gitt til kommunene slik at de kunne tilrettelegge for reformen.

Se også leder på side 2-3

MANGLET PA FIKK MILLIO

Av EIRIK MOSVEEN, SHAZIA MAJID og ANNE STINE SÆTHER

Over flere år har sykehusene skrevet ut pasienter til kommunene uten samtidig å gi informasjon om behandlingen. Det øker faren for svikt i behandlingen videre, mener kommuneoverlege.

Når en pasient skrives ut til hjemkommunen uten en såkalt epikrise, vet ikke kommunen hvilken behandling pasienten har fått på sykehuset – eller hvordan gi best hjelp etter hjemkomsten.

I 2016 var situasjonen så ille i Molde at kommuneoverlegen fryktet for pasientsikkerheten:

Nødvendig og lovpålagt

Dette året ble hele 79 prosent av pasientene som kommunen plikter å ta imot fra de tre sykehusene i fylket, utskrevet uten at nødvendige og lovpålagte helseopplysninger fulgte dem, viser detaljerte oversikter VG har fått fra Molde kommune.

VG har avslørt hvordan norske kommuner har betalt nærmere 1,4 milliarder kroner for pasienter de ikke klarer å ta imot, slik samhandlingsreformen la opp til. Ett ekstra sykehusdøgn koster i underkant av 5000 kroner for kommunen.

På grunn av den manglende pasientinformasjonen, forlangte Molde kommune tilbakebetaling for bøter de hadde betalt sykehusene og brakte saken inn for Nasjonal tvisteløsningsnemnd for helse- og omsorgssektoren.

Helse Møre og Romsdal innrømmer feilene sine, men mente at dette ikke hadde noe å si for kommunenes dagbøter.

Kommunen fikk medhold

Men tvisteløsningsnemnda ga kommunen medhold: Sykehusene hadde brutt samhandlingsavtalen.

Avgjørelsen førte til at Helse Møre og Romsdal tidligere i år ble tvunget til betale tilbake hele 17,6 millioner kroner til Molde og fem andre kommuner i fylket: Ålesund, Kristiansund, Sykkylven, Rauma og Giske.



SLO ALARM: Etter at kommuneoverlege i Molde, Cato Innerdal, slo alarm om manglende pasientinformasjon fra utskrivende sykehus i 2016, kom samhandlingsavtalen opp i tvisteløsningsnemnda. Det førte til at Helse Møre og Romsdal tidligere i år ble tvunget til betale tilbake hele 17,6 millioner kroner til Molde og fem andre kommuner i fylket. Molde sykehus på det store bildet. Foto: ROMSDALS BUDSTIKKE og PER TORMOD NIILSEN



Mens kun 21 prosent av pasientene fikk med seg en epikrise da de ble skrevet ut fra sykehus i 2016, har andelen steget til 75 prosent så langt i 2019 – etter avgjørelsen i tvisteløsningsnemnda.

Det var kommuneoverlegen i Molde, Cato Innerdal, som, gjennom en bekymringsmelding til

Fylkesmannen i 2016, slo alarm om den manglende pasientinformasjonen i 2016.

– Løper som piska skinn

– Manglende informasjon om pasienten øker sannsynligheten for svikt. Samtidig brukes det også mye tid på å lete opp informasjon når

denne mangler. Dette tar bort tid fra selve pasientbehandlingen, sier Cato Innerdal til VG.

Overlegen er ikke i tvil om at avgjørelsen i tvisteløsningsnemnda var en lykkelig hendelse for pasientene. Men han vil ikke rette kritikk mot leger og sykepleiere i sykehusene.

– Tvert imot, for også de gjør sitt beste og «løper som piska skinn». Her må ledelsen legge til rette for at de ansatte i sykehusene faktisk har mulighet til å gjøre denne oppgaven. Og da kreves det mer enn å lage en prosedyre om at epikrisen skal sendes ut på utskrivingspunktet, fastslår Innerdal.

SIENNTINNO – NER I RETUR



del, både for tvisteløsningsnemnda og samfunnet for øvrig, om disse tingene var gjort klart i forskrift og øvrig lovverk – slik at man ikke var avhengig av hva som står i de forskjellige samarbeidsavtalene?

– Som leder av tvisteløsningsnemnda, skal jeg jo bare tolke forskriftene og samarbeidsavtalene. Men jeg kan si at nemnda i drøftinger har lagt vekt på det viktige i at epikriser oversendes i tide for gode pasientforløp og god samhandling. Så kan du tolke det som du vil.

– Det får være opp til Helsedepartementet og Stortinget å finne ut hvilke virkemidler som bør brukes. Men at det er behov for bedre virkemidler enn man har i dag, det tenker jeg at jeg kan tillate meg å si, sier Harlem.

Endret prosedyre

Helse Møre og Romsdal har i etterkant av saken endret prosedyrene for hvordan de håndterer pasientinformasjon.

– De aller fleste epikrisene som blir sendt ut elektronisk, blir sendt ut samme dag som pasienten skrives ut. Vi ser likevel en utfordring knyttet til pasienter som blir skrevet ut sent på dagen, og hvor vi ikke klarer å få elektroniske epikriser klare i tide, sier helseforetakets samhandlingssjef Lena Waage til VG.

– Etter saken i tvisteløsningsnemnda, har også foretaket skjerpet det interne arbeidet for å sikre at fakturagrunnlaget er riktig. Vi tilstreber en praksis der det ikke blir sendt faktura til kommunene for betalingsdøgn i pasientsaker hvor vi ikke leverer i henhold til dokumentasjonskravet, fortsetter hun.

– Hvorfor klarer ikke et av foretakenes sykehus å få plass at det følger epikrise med 100 prosent av pasientene som skrives ut?

– Alle sykehusene i helseforetaket har hatt fokus på ferdigstilling av epikrise for utskrivning av pasienter, men vi har fremdeles en jobb foran oss før vi er fornøyde. Ansatte har fokus på å få skrevet ut pasienter med kommunale tjenester tidligere på dagen slik at man får ferdigstilt epikrisen i tide, sier Lena Waage.

eirik.mosveen.@vg.no
shazia.majid@vg.no
anne.stine.sather@vg.no

Han påpeker at pasientene som kommer til kommunene er vesentlig sykere i dag enn før.

– Dette gjør at riktig informasjon til rett tid er enda viktigere enn før, sier Innerdal.

– Ikke plikt

Leder for Nasjonal Tvisteløs-

ningsnemnd, tidligere justisminister Hanne Harlem, kommenterer avgjørelsen slik:

– Kommunen hadde ikke betalingsplikt hvis epikrise ikke ble sendt i tide. Det skyldtes den konkrete utformingen av samarbeidsavtalen mellom helseforetaket og kommunene, sier Harlem til VG.

– Det betyr med andre ord at i helt tilsvarende saker andre steder, hvor dette ikke er like eksplisitt i samarbeidsavtalen, så ville dere kommet til motsatt konklusjon?

– Da ville vi kunne komme til den motsatte konklusjonen, det ville bero på en tolkning av den

konkrete avtalen. Og hvis avtalen ikke gir noen ytterligere regulering enn det som følger av forskriftene, så har vår fortolkning av forskriften vært at betalingsplikten ikke bortfaller selv om helseforetaket ikke oversender de nødvendige dokumentene i tide.

– Hadde det ikke vært en for-

KOMMUNE BETALER SYKEHUSDØGN

Av ANNE STINE SÆTHER, SHAZIA MAJID, EIRIK MOSVEEN og FRODE HANSEN (foto)

SANDVIKA (VG)
Bærum kommune har budsjettet med at alvorlig syke innbyggere kan bli liggende på sykehus etter at de er definert som utskrivningsklare. Det betaler kommunen 4885 kroner per døgn i «bot» for.

Denne ordningen har Bærum kommune hatt siden samhandlingsreformen ble innført i 2012.

– Mange av disse pasientene er døende eller i livets siste fase. Hvis sykehuset mener at de kan dø i morgen eller i ambulansen fra sykehuset til sykehjemmet, da flytter vi dem ikke, med mindre de selv eller pårørende ønsker det. Vi lar dem bli på sykehuset og betaler for det, sier Morten Svarverud, kommunalsjef for pleie- og omsorg.

To millioner på bøter
 – Dere bruker opp mot 2 millioner kroner på bøter for å kunne gi pasienten ekstra liggetid på sykehus. Er det et tegn på at for syke pasienter skrives ut fra sykehus til kommunen?

– Det kan i noen tilfeller tyde på det, når vi legger til grunn at Bærum betaler for en rekke pasienter som vi mener har best av å bli liggende på sykehuset, sier Torbjørn Espelien (Frp), leder for hovedutvalget for bistand og omsorg.

Samhandlingssjef Christine Furuholmen i Vestre Viken HF kjenner seg ikke igjen i uttalelsene fra kommunen:

– At en pasient reiser først dagen etter at hun/han er meldt utskrivningsklar, kan det være flere grunner til. Det kan for eksempel være at en egnet korttids plass er tilgjengelig neste dag, eller at kommunen trenger noen timer på å gjøre alt klart for at pasienten kan reise til eget hjem. Vi har ingen indikasjoner på at utreise dagen etter at pasienten er meldt utskrivningsklar, har sammenheng med at kommunen mener pasientene er for syke, skriver Furuholmen i en e-post til VG.

5000,- per døgn

VG har avslørt at kommunene etter innføringen av samhandlingsreformen, har betalt nesten 1,4 mil-



liarder kroner i bøter for pasienter de ikke greier å ta i mot. Et ekstra sykehusdøgn etter at pasienten er erklært utskrivningsklar, koster kommunen nesten 5000 kroner i døgnbot.

Ved utgangen av september i år hadde en av landets rikeste kommuner betalt for 307 ekstra døgn

på sykehus for utskrivningsklare pasienter i år. Blir 2019 et normalår, ender kommunen med rundt 365 ekstra sykehusdøgn til nesten 1,8 millioner kroner.

– Dette er det tverrpolitisk enighet om. De siste årene har dette kostet oss omtrent det vi har budsjettet med, sier Torbjørn Espelien.

– Bortsett fra i fjor. Da slet vi og sykehuset med alvorlig norovirus i flere måneder. Da endte vi på 466 ekstra liggedøgn på sykehus, legger kommunalsjef Svarverud til.

– Har fungert
– Hva tenker kommuneledelsen om at norske kommuner har be-

talt nesten 1,4 milliarder i bøter til sykehusene?

– Samhandlingsreformen var stor og omfattende, og krevde mye forberedelser. Vi tror at de kommunene som startet planleggingen tidlig, har kommet bedre ut – og har betalt for færre liggedøgn. Det ga et handlingsrom som kommu-

PLER FOR FOR EKSTRA FOR DE SYKESTE

«Mange av disse pasientene er døende eller i livets siste fase. Hvis sykehuset mener at de kan dø i morgen eller i ambulansen fra sykehuset til sykehjemmet, da flytter vi dem ikke, med mindre de selv eller pårørende ønsker det. Vi lar dem bli på sykehuset og betaler for det.»

Dette er saken

● VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av Samhandlingsreformen, en av de største helsereformene i nyere tid-

● I juni avdekket VG hvordan gamle, syke mennesker blir kjørt ut fra sykehusene midt på natten, for å frigjøre senger til andre pasienter.

● I august fortalte VG hvordan døende pasienter flyttes rundt mellom forskjellige nivå i helsevesenet.

● I november avdekket VG hvordan kommunene har blitt ilagt dagbøter for 1,4 milliarder kroner fra helseforetakene - fordi de ikke har klart å ta imot utskrivingsklare pasienter.

omsorgsnivå pasienten trenger i kommunen.

- Disse plassene opprettet vi før kommunene ble pålagt å opprette de akutte døgnplassene i 2014. Vi jobbet godt i forkant av reformen, for å kunne ta imot pasientene på en god måte. Vi har også beholdt en samhandlingskoordinator som gjør at vi har en tett og god dialog med sykehuset og god oversikt over pasientene, sier Torbjørn Espelien.

- Ser Bærum kommune noen etiske eller moralske problemer med å legge beslag på en seng på sykehuset til en pasient som sykehuset mener er utskrivningsklar?

- Nei. Det handler om verdighet og god dialog mellom sykehuset, pasient/pårørende og kommune, sier Torbjørn Espelien.

- Endret fullstendig

Samhandlingssjef Christine Furuholmen i Vestre Viken helseforetak skriver i en e-post til VG at størrelsen på bøkene må sees i forhold til antall pasienter hjemmehørende i kommunen.

- Før samhandlingsreformen var det et problem at pasienter ble liggende på sykehus i påvente av et egnet tilbud i kommunen. Dette var verken bra for den enkelte pasient eller for det samlede belegget på sykehuset. Vår erfaring er at overføring av midler til kommunene fra sykehus, kompetanseøkning og nye kommunale tilbud, har endret denne situasjonen fullstendig, sier Furuholmen.

eirik.mosveen@vg.no
anne.stine.sather@vg.no
shazia.majid@vg.no

nene kunne benytte blant annet til å la verdighet og omsorg være førende for mottak av pasienter, sier Espelien.

- Er bøter et riktig virkemiddel for å stimulere kommunene til å ta imot pasienter?

- Det var alt for mange pasienter som ble liggende for lenge på

sykehusene før reformen, og det tyder på at dagens virkemiddel har fungert ganske godt etter intensjonen, sier Espelien.

- Var godt forberedt

Uttransportering av helt marginale pasienter på sen kveld eller natt, unngår Bærum kommune i

det lengste.

- Vi kan ikke si at det aldri skjer hos oss. Situasjoner kan oppstå som gjør at sykehuset ber oss om å ta pasienter hjem sent på kvelden. Men hvis våre innbyggere blir meldt utskrivningsklare og det ikke er ledig ambulanseløp langt på kveld, da sier vi at de skal ligge

til neste dag - og betaler for det, sier Morten Svarverud.

Mottaksplasser

Da samhandlingsreformen ble innført, opprettet Bærum mottaksplasser. Der blir de sykeste pasientene som kommer fra sykehus vurdert før det blir avgjort hvilket



HOLDER BUDSJETTET: Kommunalsjef Morten Svarerud i Bærum regner med at antall ekstra pasientdøgn på sykehus blir omtrent som budsjettet i år.



FORNØYD POLITIKER: Vi jobbet godt i forkant av reformen, for å kunne ta imot pasientene på en god måte, sier Torbjørn Espelien (FrP) som leder helse- og omsorgskomiteen i Bærum.

SVIKKET MOT

Av SOFIE AMALIE HOFF FRASER, ANNE STINE SÆTHER, SHAZIA MAJID, EIRIK MOSVEEN og OLA HARAM

Feilmedisinering. Livsviktige helseopplysninger kommer ikke frem. Gamle mennesker tilgriset av avføring. VG har kartlagt 5000 avviksmeldinger som avslører hvordan pasientene betaler prisen for den største helsereformen i nyere tid.

Ut av taxien hjelpes en mager, alvorlig syk mann – kun iført nattskjorte.

Eigil Sigvartsen (79) mangler bukse og sko. På føttene har han blå plastovertrekk.

Urinposen henger og slenger mot den nakne leggen.

Det er null grader i luften og sur vind fra sørvest.

17. januar 2018, på ettermiddagen, har Eigil nettopp kommet frem til Ellingsrudhjemmet sykehjem i Oslo.

Inne på et kontor har en sykepleier lett i journalsystemet på en PC. Akershus universitetssykehus (Ahus) har varslet om at den gamle, syke mannen er på vei.

Hun leter etter dokumentene hans.

Hvor er medisinlisten? Og epikrisen, som skal fortelle sykehjemmet i detalj hva slags behandling Eigil har fått på sykehuset?

PC-en gir ikke et eneste svar.

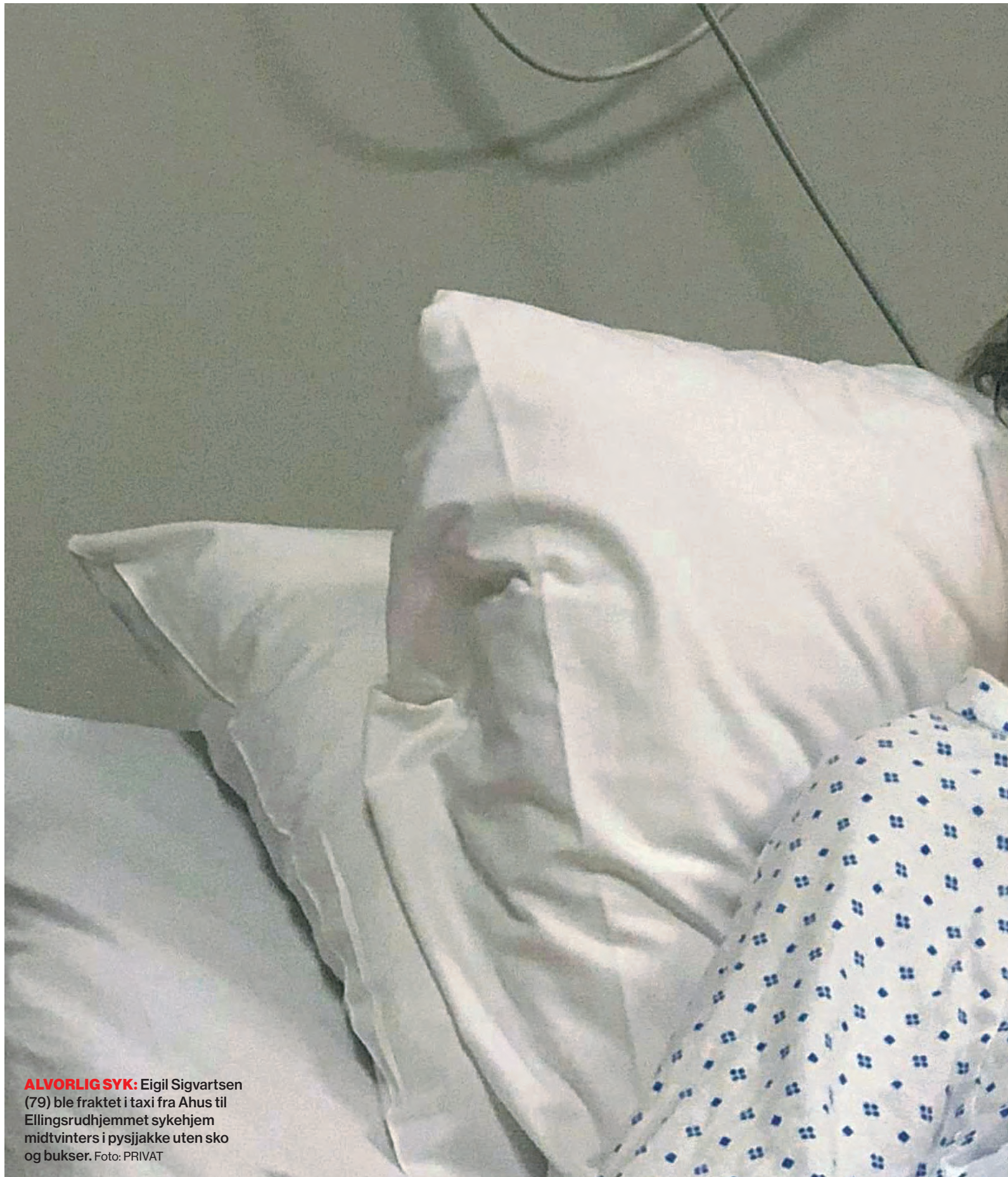
Store mørketall

Eigils historie handler om Samhandlingsreformen, som ble innført i 2012. Den gang måtte alle kommuner inngå en avtale med sitt sykehus om hvordan de sammen skulle gi innbyggerne den helsehjelpen de trenger.

Liggetiden på sykehusene skulle ned. Kommunene skulle rustes til å ta imot sykere pasienter.

VG har hentet inn og analysert de 5230 samhandlingsavvikene som i fjor ble meldt inn av helsepersonell i saker der dette samarbeidet sviktet.

Avvikene forteller historier om gamle mennesker som



ALVORLIG SYK: Eigil Sigvartsen (79) ble fraktet i taxi fra Ahus til Ellingsrudhjemmet sykehjem midtvinters i pysjakk uten sko og bukser. Foto: PRIVAT

Her kan du lese en rekke andre eksempler hva norske pasienter er blitt utsatt for. Alle er hentet fra VGs omfattende kartlegging av avviksmeldinger fra 2018.

● **Pasient lå over 16 timer hjelpeløs i klær fulle av oppkast**

● **Melder: Ukjent**

Pasienten lå på rommet sitt på sykehjemmet, på et blått helseteppe som ambulansetjenesten bruker. Det luktet oppkast

på rommet og av pasienten. Pasienten var bevisstløs og reagerte ikke på smerte eller tilrop. Pasienten hadde på seg en ulltrøye med gammelt, illelukkende oppkast på. Pasienten var akutt, alvorlig syk og ble sendt til

sykehuset med ambulanse. Pasienten hadde ligget slik siden han ble avlevert kvelden før. Han hadde kastet opp på sykehuset før han ble sendt hjem. I over 16 timer hadde pasienten ligget i klær fulle av oppkast, uten tilsyn fra noen på sykehjemmet. Helseteppeet var det samme pasienten ble fraktet på i ambulansen, pasienten hadde

med andre ord ikke rørt seg siden kvelden før.

● **Sendt ut av sykehuset med blødende fot etter amputasjon**
● **Melder: Sykehuset**

En pasient ble utskrevet fra sykehuset etter å ha amputert en tå. Pasienten ble sendt tilbake til omsorgsbolig med en blødende fot og ingen informasjon fra sykehuset. Pasienten sa

selv at han skal starte på antibiotikakur. Sykepleieren på omsorgsboligen hadde før utskrivelsen snakket med sykehuset om at det ville vært lurt med et opphold på korttidsavdeling før hjemreise på grunn av amputasjonen. Dette hørte man ikke på. Pasienten ble etter dette lagt inn på korttidsavdelingen på et øyeblikkelig hjelp-opphold. Det forelå ingen epikrise fra sykehuset.

DE SVAKESTE



Slik har VG jobbet med avvikene

● VG har bedt om innsyn i alle samhandlingsavvik som ble meldt inn til helseforetakene i 2018. Totalt har VG fått tilsendt 5230 avvik.

● Alle kommuner har en avtale med sitt helseforetak/sykehus om hvordan de skal samarbeide. Avvikene VG har fått innsyn i omhandler brudd på denne avtalen.

● Avvikene er utlevert i en rekke ulike formater. Noen har VG fått i excel-ark, andre er sykehusenes egne lister. VG har også fått rapporter med utfyllende beskrivelser av avviket eller håndskrevne rapporter.

● VG har digitalisert alle avvikene og samlet dem i en database. Samhandlingsavvikene er kategorisert av VG etter følgende kategorier: epikrise, medisin, transport, død, utskrivelse, innleggelse og reinnleggelse. Mange av avvikene er omfattet av flere kategorier.

● Noen avvik har vært sladdet i så stor grad at det har vært vanskelig å tyde dem, og andre har inneholdt så lite informasjon at de ikke kan kategoriseres.

● VGs oversikt er minstetall. Det er grunn til å tro at mørketallene er store, fordi mange ikke fører avvik etter samhandlingsavtalene.

● **Ikke opplysninger om implantat**
● **Melder: Sykehuset**

Henvissende lege hadde krysset av på at pasienten ikke hadde operert inn implantat. Da pasienten kom til undersøkelsen, fortalte hun selv at hun hadde operert inn et implantat i øret

● **Pasient med bakteriell superinfeksjon i sår**
● **Melder: Sykehuset**

Pasient med helvetesild ble lagt inn på sykehuset på grunn av besvimelse. Pasienten ble utskrevet til sykehjem, men lagt inn igjen fem dager senere på grunn av bakteriell «superinfeksjon» i sårene. Pasienten ble liggende på sykehus med antibiotikabehandling. Da såret ble sjekket en uke etter innleggelse, ble det avdekket en vesentlig større utbredelse av sår og infeksjon enn det

som var beskrevet. Håret og huden bar preg av manglende stell.

● **Hadde med en annen pasients medisiner**

● **Melder: Ukjent**
Pasient skrevet ut med kateter som ifølge sykepleierdokumentasjonen var fjernet. Pasienten hadde med seg både epikrise og medisiner til en annen pasient.

● **Mannlig pasient forvekslet med kvinnelig pasient**

● **Melder: Sykehuset**
I innleggelsesrapporten som skulle handle om en mannlig pasient, ble en kvinnelig pasient, med helt andre symptomer og plager enn mannen beskrevet.

● **Ikke hjelp til mat og medisiner**
● **Melder: Ukjent**

To dager etter utskrivelse ble pasienten lagt inn igjen fordi hun ikke ble fulgt opp hjemme med nødvendig pleie og assistanse knyttet til mat, medisiner og aktiviteter. Dette skjedde etter at kommunen sa at pasienten ville bli ivaretatt hjemme. Legevaktlegen kritiserer nevrologisk avdeling på sykehuset og påstår at avdelingen har sendt pasienten hjem uten å ha gitt beskjed til hjemmetjenesten.



STORESØSTER: Eigil Sigvartsen var åtte år yngre enn sin spreke søster Margot. Her er hun på besøk på sykehjemmet. Et veldig koselig besøk, sier Eigils datter Gunn. Foto: PRIVAT



FULGTE PAPPA TETT: Gunn Sigvartsen og broren Roy besøkte pappa Eigil så ofte de kunne. Det var godt for dem å se at han trivdes på sykehjemmet. Foto: CICILIE S. ANDERSEN

← sendes med klær gjennomtrukt av egen urin, pasienter som dør uten at hjemkommunene blir varslet – eller som reiser til eller fra sykehus uten protese og smertelindring.

VG kan i dag avsløre at minst 3163 av avvikene gjaldt saker der det ved flytting av pasienter manglet helt avgjørende helseinformasjon, medisiner, medisinsk utstyr og resepter.

Minst 2168 av avvikene dokumenterer hvordan kommunene og sykehusene ikke klarer å samarbeide hverken når pasienter skal legges inn eller skrives ut fra sykehus.

I flere tilfeller er pasienter blitt sluppet av i en taxi utenfor hjemmene sine, uten at de kom seg inn.

Da sykepleier Linn Maria Sundfør forsto hvilken elendig forfatning Eigil var i da han kom til Ellingsrudhjemmet, ble hun sint. Fryktelig uverdlig, tenkte hun. Nok er nok.

– Jeg skrev avvik. Det har jeg

ofte latt være, fordi jeg føler at jeg kjemper mot et system som er mye større enn det jeg får gjort noe med, sier hun til VG.

Mørketallene er store. Mange avvik meldes aldri inn, erkjente helseminister Bent Høie da VG i juni avdekket hvordan døende pasienter flyttes mellom ulike nivåer i helsevesenet.

Ingen helsemyndigheter har kunnet gi VG en samlet oversikt av avvikene som er registrert etter at den største helsereformen i nyere tid trådte i kraft for snart åtte år siden.

Tilbake uten epikrise

Det er ettermiddag da Eigil Sigvartsen ankommer sykehjemmet.

Han får på seg klær og legges i en seng.

Den tidligere ingeniøren fra Torp utenfor Fredrikstad var en mann som gikk i dressbukse med bukse-

– Han var opptatt av hvordan han så ut. Det gjør situasjonen enda verre, sier kontaktsykepleier Linn Maria Sundfør.

Da taxien kom, håpet de ansatte på sykehjemmet at sykehuset hadde sendt med papirutskrift av dokumentene hans. Men den gamle mannen hadde ingenting i hånden.

På kontoret starter sykepleieren jakten på de livsviktige opplysningene. Utover kvelden og neste dag blir både sykehjemslege, fagsykepleier og sykepleier involvert. De ringer rundt. Det har vært vaktskifte på sykehuset. De som har jobbet med Eigil, har gått hjem.

Sykehjemmet har ikke annet valg enn å gi ham de samme medisinene som før han dro til sykehuset.

Hva betyr det at Eigil kommer tilbake til sykehjemmet uten epikrise?

– Dette dokumentet skal beskrive hvilke undersøkelser og funn som ble gjort da Eigil var på sykehuset.

● Pasient sendt hjem i minusgrader med én sko

● Melder: Sykehuset

Pasient ble svært hoven, rød og varm fot. Pasient ble ikke meldt utskrevet til hjemmetjeneste, nattpatrulje eller til pårørende i løpet av kvelden, men kom likevel hjem klokken 01.00 med kun én sko. Ute var det i 10 minusgrader. Pasienten ble satt av utenfor egen bolig, og

dersom han hadde falt før han kom seg opp i 2. etasje der han bor, kunne han ha frosset i hjel, skrev den som meldte avviket.

● Pasient sa han ikke fikk middag på fem dager

● Melder: Sykehuset

Pasienten hadde trolig vært utskrevet i fem dager, uten at hjemkommunen ble varslet elektronisk.

Kommunen hadde heller ikke fått beskjed om innleggelsen. Pasienten oppga at han ikke hadde fått middag på fem dager.

● Sendt hjem med stigende CRP

● Melder: Kommunen

Pasient ble sendt hjem med stigende CRP. Det ble gitt klart uttrykk fra avdelingen at pasienten ikke kunne være hjemme fordi infeksjonen had-

de ført til nedsatt funksjon i armen. Likevel ble pasienten sendt hjem med nyoppstartet antibiotikakur som man ikke hadde forventet effekten av. Samme kveld steg CRP og temperatur. Pasienten ble innlagt på sykehus igjen. Avviksmelder skriver at opplevelsen førte til at pasienten var totalt utmattet og redd – og familien var skeptisk til ivaretagelsen av et så sykt familiemedlem.

● Bakteriell superinfeksjon i sår

● Melder: Sykehuset

Pasient med helvetesild ble lagt inn på sykehuset på grunn av besvimelse. Pasienten ble utskrevet til sykehjem, men lagt inn igjen fem dager senere på grunn av bakteriell «superinfeksjon» i sårene. Pasienten ble liggende på sykehus med antibiotikabehandling. Da såret ble sjekket en uke etter innleggelse, ble



MELDTE AVVIK: Eigils kontaktsykepleier Linn Maria Sundfør (t.h) og Connie Basmo, institusjonssjef ved Ellingsrudhjemmet, mener mye sviktet da Eigil Sigvartsen ble overført fra sykehus til sykehjem. Foto: JANNE MØLLER-HANSEN

«Pappa klaget ikke. Han ville spare oss.

Men han syntes det var en uverdigg transport»

Gunn Sigvartsen

Uten epikrise vet ikke sykehjemmet hvordan de skal følge ham opp. Denne informasjonen skal følge pasienten, ifølge helsepersonelloven. Hva betyr det at Eigil kommer tilbake uten en oppdatert medisinsliste?

Eigil bruker flere typer medikamenter for hjertesvikt og psykisk sykdom. Disse medisinene endres og finjusteres utfra hans helsetilstand. Når medisinslisten mangler, vet ingen på sykehjemmet om medisineren skal endres. Dette kan få svært alvorlige konsekvenser for Eigil, som er alvorlig syk.

Det blir natt, uten at sykepleierne har fått informasjonen de trenger. De ansatte på vakt er opprørte. I avviket, som sendes helseforetaket Ahus dagen etter, skriver Sundfør:

«Det har vært forvirring rundt beboers medikasjon. Lege, fagsykepleier og sykepleier har brukt mye tid på å ringe og etterlyse epikrise.

Denne er ennå ikke ankommet sykehjemmet».

«Beboer har også brukket en hofte for en tid tilbake, og er avhengig av prekestol for å gå. Beboer har også kateter. Det er svært uverdigg at han da blir sendt i drosje iført kun en nattskjorte».

Store konsekvenser

Hele livet har Eigil slitt med helsen. Den 195 centimeter høye mannen har en alvorlig hjertesvikt, en utposning på hovedpulsåren, og får vandrivende medisiner. I mange år har han også vært medisinert for en psykisk sykdom.

Gjennom åtte år som sykehjemspasient er han blitt stadig svakere. Flere ganger er han lagt inn på sykehus. En forferdelig prosess, tenker kontaktsykepleieren etterpå. Det siste sykehusbesøket er verst:

– Han ble skjøvet ut døra igjen så fort det var mulig. Reformen er

sånn. Det er sikkert ikke bedre for ansatte på sykehuset å sende ham ut. Men han hadde fortjent bedre, sier Linn Maria Sundfør.

Da hun sender avviksmeldingen, har hun liten tro på at den vil føre til noe.

VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av Samhandlingsreformen. Pasientene ligger stadig kortere på norske sykehus. For de eldste og sykeste pasientene får dette store følger.

I juni avdekket VG hvordan gamle, syke mennesker blir kjørt ut fra sykehusene midt på natten, for å frigjøre senger til andre pasienter.

I august fortalte VG hvordan døende pasienter flyttes rundt mellom forskjellige institusjoner i helsevesenet. En av dem var Karen Anna Nilsen, som ble flyttet tre ganger på 26 timer – kun få døgn før hun gikk bort.

I november kunne VG avsløre at helseforetakene mellom 2012 og

2018 ga kommunene bøter over 300.000 ganger for pasienter de ikke klarte å ta imot, totalt for nærmere 1,4 milliarder kroner.

De to voksne barna får etter kort tid vite hvordan faren ble transportert. Eigil selv forteller det til sønnen Roy.

– Pappa klaget ikke. Han ville spare oss. Men han syntes det var en uverdigg transport, sier datteren Gunn Sigvartsen.

– Starten på slutten

Eigil elsket klassisk musikk og friluftsliv. Etter at han utdannet seg til sivilingeniør i kjemi ved Norges Tekniske Høyskole i Trondheim, ble han en av de første norske ingeniørene som jobbet med miljø og forurensning.

70-årsdagen feiret han på Grand Hotel. Familien fikk servert samme meny som Al Gore hadde fått året før, da han var i Oslo for å motta Nobels fredspris for sitt miljøarbeid.

Da mamma døde i 1997, falt pappa sammen, forteller datteren. Huset de hadde delt på Ulstrup, ble solgt. Eigil flyttet inn i en fin leilighet på Tveita, før han fikk sykehjemsplass i 2010. Da fant han både ro og trygghet.

– Vi fikk pappa tilbake, sier Gunn. Men sykdomsbildet til Eigil Sigvartsen ble mer og mer alvorlig.

22. februar 2018 døde han, nesten fem uker etter taxituren fra Ahus.

Datteren Gunn er selv en erfaren sykepleier. Hun er rystet over at en gammel mann kan bli behandlet så dårlig på et norsk sykehus, både som datter og fagperson.

Hun tror hendelsen kan ha påvirket det som skjedde med faren de siste fem ukene.

– Han var helt avhengig av anti-psykotika. Det fikk han ikke ved første innleggelse i januar. Det var også usikkerhet rundt hjertemedisinene. Skulle han ha dem eller var de avsluttet? sier datteren.

Også kontaktsykepleieren mener at hendelsen kan ha spilt en rolle i sykdomsforløpet.

– Han var veldig, veldig syk. Det var starten på slutten, sier Linn Maria Sundfør.

– Beklager

27. mars 2018, over en måned etter Eigil Sigvartsens død, skriver Avdeling for hjertesykdom-

det avdekket en vesentlig større utbredelse av sår og infeksjon enn det som var beskrevet. Håret og huden bar preg av manglende stell.

● Innlagt uten benprotese eller ytterklær

● Melder: Sykehuset

En pasient ble innlagt fra et kommunalt bofellesskap til sykehus uten benprotese eller ytterklær. Dette re-

sulterte i en vanskelig utskrivelse der pasienten trengte ambulans, fordi det var vanskelig for pasienten å bevege seg uten protesen. Avviksmelder påpeker også at det er nedverdiggende for pasienten å ta drosje hjem kun iført bukse, genser og innesko, årstiden tatt i betraktning. Med protese og ytterklær kunne pasienten mest sannsynlig ha tatt en drosje.

● Gikk ned 7,2 kilo på sykehuset

● Melder: Kommunen

Pasient kom tilbake til avdelingen med et vekttap på 7,2 kilo etter innleggelse på sykehus. Det ble opplyst at pasienten trengte hjelp med mat, men avdelingen ble ikke kontaktet før pasient reiste fra sykehuset. Pasienten var også ustelt og skjeggete da han kom tilbake til avdelingen sin.

● Fikk vite at pasient var død etter 17 dager

● Melder: Ukjent

Pasient som hadde hjemmetjeneste ble innlagt på sykehus og døde to timer etter innleggelse. Kommunen fikk aldri melding om at pasienten ble innlagt, heller ikke at pasienten var død. På grunn av en rekke uheldige omstendigheter ble det først oppdaget da ansatt i kommunen

tok kontakt med pasientens datter 17 dager etter at pasienten døde.

● Forvekslet pasientopplysninger

● Melder: Sykehuset

En pasient skulle legges inn på sykehus, men i innleggingsrapporten fra kommunene var pasientopplysningene til vedkommende blandet med opplysninger om en annen pasient.

«Skal man vente på ambulansetransport til rutineoppdrag, risikerer man at den kommer sent»

Erik Borge Skei



STØTTESPILLEREN: Eigil traff Johanne Marie da han studerte i Trondheim. Hun døde i 1997. Det var tungt for Eigil å leve videre som enkemann. Foto: PRIVAT

← mer på Ahus et svar: «Vi beklager at avdelingen ikke fulgte rutinen med å medsende opplysninger i form av epikrise med pasienten, og at dette medførte bryderi og ekstraarbeid for personalet på Ellingsrudhjemmet».

Hvis epikrisen ikke er klar til å sendes med pasienten, bør lege eller sykepleier ringe inn opplysninger, for eksempel om medisineringsen, står det i svaret.

«Transport i taxi ut fra medisinsk tilstand var ansett som forsvarlig, men var ikke bra ut fra den beskrevne bekledningen pasienten var iført», skriver avdelingsleder Torhild Pynten Ugelstad ved Avdeling for hjertesykdommer.

Direktør ved Medisinsk divisjon Erik Borge Skei ved Ahus mener det ble gjort to helt klare feil i behandlingen av Eigil Sigvartsen:

– Transporten skjedde ikke på en god nok måte. Det er en selvfølge at pasienter skal ha på seg klær og sko når de transporteres fra sykehuset. Den andre feilen er at nøkkelinformasjon om pasienten ikke kom frem til sykehjemmet. Det beklager vi, sier Borge Skei.

Han mener den medisinske behandlingen av Eigil Sigvartsen var god.

– Pasienten ble bedre under oppholdet hos oss, og fikk også undersøkt en utposning på hovedpulsåren. Han ønsket ikke operasjon. Utskrivende lege har vurdert tilstanden hans. Pasienten var stabil og det var forsvarlig å overføre ham til sykehjemmet, sier Borge Skei.

Han er helt klar på at det ikke var greit å sende pasienten hjem uten klær og sko.

– Vi har gått inn i saken, men ikke klart å finne ut hvorfor påkledningen ble sånn. Det var ikke spesielt travelt. Vi har undersøkt

belegget på avdelingen, som ikke var spesielt høyt.

Vanlig å bruke taxi

Skei sier han har forståelse for at de pårørende opplever usikkerhet rundt dette, men har etter ny gjennomgang av sykehusoppholdet ikke noen grunn til å tro at feilene påvirket sykdomsforløpet til Eigil.

Han sier det er all grunn til å beklage måten transporten skjedde på og at nøkkelinformasjon om pasienten ikke kom fram til sykehjemmet, samt at antipsykotika ikke ble gitt under sykehusoppholdet.

– Vi tar de pårørendes usikkerhet på alvor, og vil derfor invitere dem til en felles gjennomgang av pasientens opphold på Ahus, sier han.

– **Hva er konsekvensen for den som sendte ham avgårde på denne måten?**

– Det vanlige er at vi snakker med vedkommende. Er det noe i systemet som gjør at dette skjer? I dette tilfellet har det vært en samtale mellom leder og den ansatte.

– Eigil Sigvartsens kontaktsykepleier mener han var så syk at han burde blitt transportert i ambulans. Hvorfor ble det taxi?

– Når noen er stabile, bruker man gjerne taxi. Skal man vente på ambulansetransport til rutineoppdrag, risikerer man at den kommer sent. Det er en avveining. Her ble det gjort en vurdering av transportmiddel og kom til at det var akseptabelt å velge rullestol.

Hverken sykehus eller sykehjem kan dokumentere om Eigil Sigvartsen ble kjørt i rullestol eller vanlig taxi. VG har gjort egne undersøkelser, uten å finne svar. Sykehjemmet sier taxi. Sykehuset sier de bestilte en rullestol, der pasienten rulles inn sittende i en rullestol.



SJEF: Erik Borge Skei er direktør ved Medisinsk divisjon, Akershus Universitetssykehus.

● Suicidal pasient måtte vente

● **Melder: Sykehuset**
Legevaktslege kontaktet ambulanseteam for å diskutere en pasient som hadde truet med å ta livet sitt. Legen ønsket tips om behandlingsoalternativer før han snakket med pasienten. Da han kontaktet oppfølgingsteamet som pasienten var tilknyttet, fikk han beskjed om at de ville være på jobb først neste dag.

● Pasient var klar for utskrivning i 113 døgn.

● **Melder: Sykehuset**
Pasienten var klar for å bli skrevet ut fra sykehuset, men det oppsto en uenighet om hvilken bolig pasienten hadde behov for. Pasienten sto også på venteliste til bolig. Da avviket ble skrevet hadde pasienten stått utskrivningsklar i 113 døgn.

● Sendte ut pasient som var nær å dø

● **Melder: Sykehuset**
Pasient som ble oppfattet å være i sluttstadiet av livet ble fraktet til sykehjem. Avviksmelder skriver at de nesten daglig har problemstillinger knyttet til døende pasienter og hvorvidt de kan flyttes til sykehjem. «Vår politikk er krystallklar på at man ikke skal sende pasienter som er

døden nært til sykehjem», skriver avviksmelder.

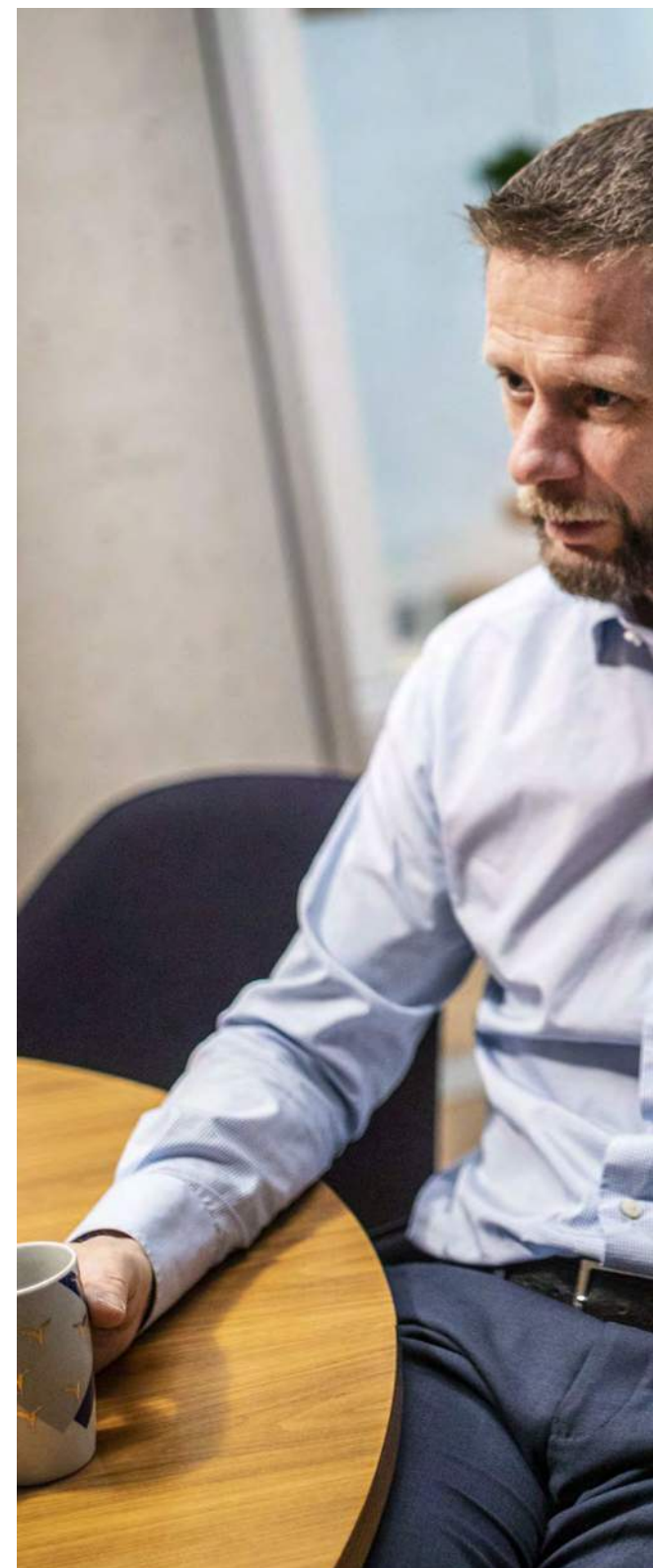
● Ambulansepersonell «gadd» ikke kjøre pasient med pågående hjerteinfarkt

● **Melder: Kommunen**
Pasienten hadde et pågående hjerteinfarkt og måtte fraktes til sykehuset. En av personene i ambulansen sa han ikke «gadd» å kjøre

pasienten til sykehuset fordi vekten hans var ferdig og han skulle hjem. Dette sa han mens pasienten var til stede og hørte alt sammen.

● Sendt til sykehus i trusebleie

● **Melder: Kommunen**
Pasient med moderat brannskade ble sendt hjem mens skaden var under utvikling, uten noen plan for videre oppfølging.



MISFORNØYD: Bent Høie (H) ble Norges helseminister i 2013. I dette intervjuet med VG poengterer han at han var motstander av Samhandlingsreformen, som ble vedtatt i 2009.

– JEG BLIR VELD

Helseminister Bent Høye slakter pasientreform

Av EIRIK MOSVEEN, ANNE STINE SÆTHER, SHAZIA MAJID, SOFIE FRASER og THOMAS ANDREASSEN (foto)

Helseminister Bent Høie (H) feller en knusende dom over Samhandlingsreformen: – Sykehusene og kommunene ikke har lyktes med å få til et godt, tett samarbeid rundt den enkelte pasient, fastslår statsråden.

I år er det 10 år siden Stortinget vedtok den dyptgripende reformen,

som ble iverksatt 1. januar 2012.

VG har det siste året avslørt utstrakt bruk av nattkjøring av eldre fra sykehus, omfattende flytting av døende pasienter, tydelig økning i botelegging av kommuner som ikke klarer å ta imot pasienter - og analyser av 5230 såkalte samhandlingsavvik.

Statsråd Høie fastslår i dette intervjuet at VGs funn samsvarer med inntrykket departementets har hatt med seg inn i arbeidet med den helt ferske Nasjonal helse- og sykehusplan.

Uforberedt

– Vi har for mange situasjoner der pasienter både sendes tilbake til kommunen uten at det er godt nok forberedt mottakelse - og situasjoner der pasienter sendes

unødvendig på sykehuset, der pasienten for eksempel får en veldig stresset avslutning på livet. Eller kommer på sykehuset og i realiteten får en forverret situasjon, sier Høie.

Han fastslår at for mange skrøpelige eldre, som gjerne også har demens, fører ofte det å flyttes rundt til tap av helse, livsmot og verdighet.

– Det er jo det som er bildet dere tegner, med veldig sterke enkelt historier som jeg tror jeg og alle andre blir veldig opprørte av. Jeg tror ikke det er noen som jobber i helsevesenet som ønsker å skape disse situasjonene, så dette er rett og slett fordi man ikke får til samarbeidet godt nok, sier Bent Høie.

Sterke historier

– Det er ikke bare enkelthistorier,

er det en historie om et system som svikter?

– Ja. Tallene er én ting. En annen ting er de sterke historiene som dere formidler, sier han.

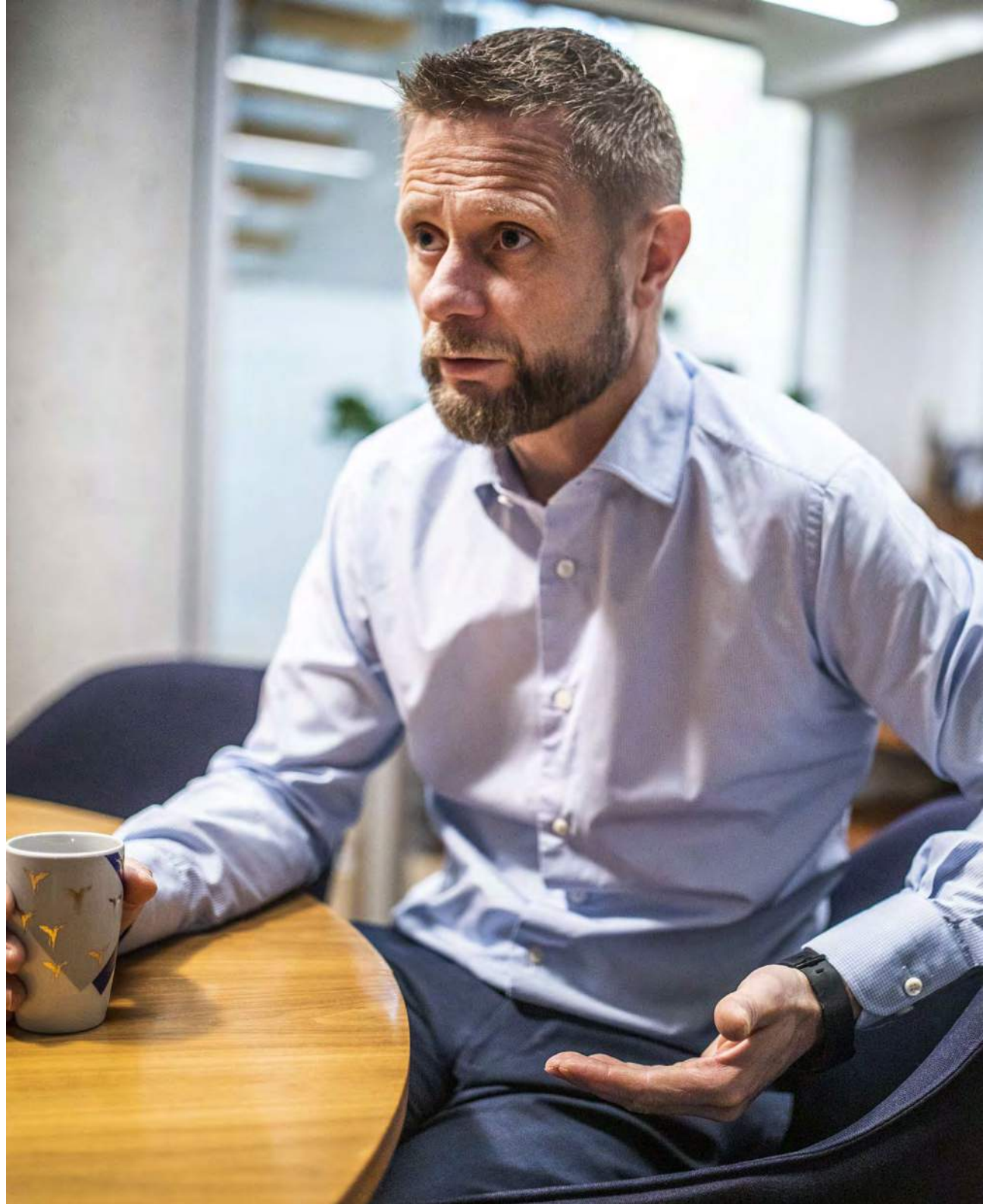
– **Historien om Eigil som ble kjørt hjem kun iført pysjakk i januar, er den siste av VGs hovedsaker. Du kjenner helsevesenet godt. Hva mener du er grunnen til at denne hendelsen skjedde?**

– Det er vanskelig for meg å svare på. Det som skjer er at i noen tilfeller så sender sykehusene ut pasientene for tidlig, og uten at de kan være trygge nok på at det er et mottak. Men andre ganger er det også mottak i kommunen som svikter. Det er ikke sann at det er en fordel for disse pasientene å ligge lenge på sykehuset. Det er det veldig viktig for meg å si. Det er fort gjort å

tro at hvis bare folk blir liggende lenge nok på sykehus, så ville dette ha løst seg. Nei, dette var også et problem den gang folk lå lenge på sykehuset, før reformen.

– **Veldig beklagelig – I samme sak forteller VG også detaljert om 30 eksempler på avvik knyttet til samhandling som er svært alvorlige. Hva har du som ansvarlig statsråd å si til disse pasientene og deres pårørende?**

– Jeg synes at det de har opplevd er veldig beklagelig. De skulle ikke ha opplevd det. Vi har nå endret loven slik at alvorlig svikt i kommunene skal rapporteres til Statens Helsetilsyn. Tidligere var det en lokal sak. Vi har også endret loven slik at pasienter og pårørende selv kan melde alvorlig svikt til Fylkeslegen



DIG OPPRØRT

og Helsetilsynet. Også fordi vi burde få flere alvorlige lokale hendelser inn i det nasjonale systemet.

– Du har tidligere sagt at det er mange avvik som ikke skrives, altså at det er betydelige mørketall. Hva tenker du om det når du ser de drøye 5000 avvikene VG har skrevet om, at det reelle tallet er langt høyere?

– Vi vet at det er ganske mange avvik som ikke meldes. Det betyr at det er flere situasjoner der ting ikke har fungert, der det har gått utover pasienten. Når man snakker med folk, venner og familie, så vet en jo at dette er noe som skjer ganske ofte.

– Sett i ettertid, 10 år etter Stortingets beslutning, var det riktig eller galt å vedta Samhandlingsreformen?

– Jeg var jo imot den gangen. Ikke at jeg var imot retningen eller en del av virkemidlene i reformen, men min hovedkritikk den gangen var

jo at den daværende regjeringen ikke hadde gjort en god nok jobb med å forberede kommunene på reformen. Og at hele innføringen av Samhandlingsreformen gikk for raskt.

– Hva har gått best, og hva har gått dårligst, med Samhandlingsreformen?

– Det beste har handlet om oppbyggingen av tilbudene i kommunen som går på kommunale akutt-senger, forsterkede enheter som tar seg av de dårligste pasientene. Det bra for pasientene generelt sett at liggetiden på sykehusene er blitt kortere, både for de pasientene som ligger på sykehuset og de som venter på å komme inn, sier Høie.

– Selv om man noen steder har fått til gode samarbeidsrelasjoner, er det når det gjelder samarbeid reformen ikke har fungert etter intensjonen. Og noen steder er det blitt en forverring, i måten partene ser på hverandre på, der man er blitt

mer opptatt av det økonomiske og juridiske, enn av pasienten, sier helseministeren.

Høie understreker at det sviktende samarbeidet som var mellom kommuner og sykehus som er bakgrunnen for at det ble valgt som hovedtema for den fireårige, nasjonale Helse- og sykehusplanen som vi nylig la fram for Stortinget, samt etableringen av Helsefelleskapene fra nyttår.

– Du sier at dersom de 19 helsefelleskapene blir en suksess, er målet ditt å avskaffe den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter. Var det en tabbe å innføre dette?

– Nei, jeg mener at vi ikke kan si det nå. Selv om den har bidratt til at man noen steder er blitt veldig opptatt av pengene, så er det jo andre steder man har klart å samarbeide likevel. Det er viktig å redusere liggetiden, for pasienten. Men kommunene burde ha vært

bedre forberedt.

Full stopp

– Du var raskt ute og krevde full stopp av natttransporter. Hvorfor var det så viktig å stanse det?

– Fordi det rett og slett ikke er noen god grunn til å frakte pasienter hjem midt på natten, med mindre pasienten ønsker det selv. Det er etter min mening uverdigg for pasienter når de ikke ønsker det selv. Det skaper veldig mye uro. Alle som jobber i helsevesenet vet at det er i overgangene at risikoen for å begå feil er størst. Hverken pårørende eller sykehjem er forberedt på å ta imot en pasient midt på natten. Den generelle risikoen er selvsagt mye høyere når den foregår på nattestid, når bemanningen er på det laveste og systemer og rutiner for å ta imot pasienter ikke er slik de er på dagtid. Derfor skal ikke det forekomme.

Dette er saken

● VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av Samhandlingsreformen, en av de største helsereformene i nyere tid-

● I juni avdekket VG hvordan gamle, syke mennesker blir kjørt ut fra sykehusene midt på natten, for å frigjøre senger til andre pasienter.

● I august fortalte VG hvordan døende pasienter flyttes rundt mellom forskjellige nivå i helsevesenet.

● I november avdekket VG hvordan kommunene har blitt ilagt dagbøter for 1,4 milliarder kroner fra helseforetakene - fordi de ikke har klart å ta imot utskrivningsklare pasienter.

● I desember skrev VG om gamle mennesker som sendes ut av sykehuset med klær gjennomtrukket av egen urin, pasienter som dør uten at hjemkommunene blir varslet - eller som reiser til eller fra sykehus uten protese og smertelindring.

BEORDRET FUL NATT-TRANSPORT

VG AVSLØRER

Av SHAZIA MAJID, EIRIK MOSVEEN, ANNE STINE SÆTHER og SOFIE FRASER

I juni avslørte VG at eldre pasienter transporteres ut av norske sykehus – midt på natten. Helseminister Bent Høye beordret umiddelbar stans. Nå kan VG avdekke at natt-transporten har fortsatt.

Stopp-ordren fra helseminister Bent Høye kom etter at VG 16. juni avslørte at gamle, syke mennesker kjøres på natta i ambulanse ut fra norske sykehus – enten hjem, til et sykehjem eller til en annen institusjon.

Høye sa da at han forventet at disse transportene opphørte med øyeblikkelig virkning.

Nå viser tall VG har innhentet og analysert for perioden 16. juni og til og med 15. oktober i år at:

- Det i denne perioden er kjørt **minst 393 turer** hvor eldre over 74 år er blitt lagt i en ambulanse og kjørt ut fra sykehus mellom klokken 22.00 og 07.00.

- Ved minst **113** av disse turene var pasienten **90 år eller eldre**.

- Minst **178** av turene gikk fra sykehuset mellom **midnatt og klokken 05**.

- I hele 2018 ble det kjørt **1546** turer på natta med pasienter i samme aldersgruppe.

– Det man ser her må man slutte med umiddelbart. Dette er bare blitt en praksis som har fått lov til å utvikle seg, sa helseminister Bent Høye til VG i juni.

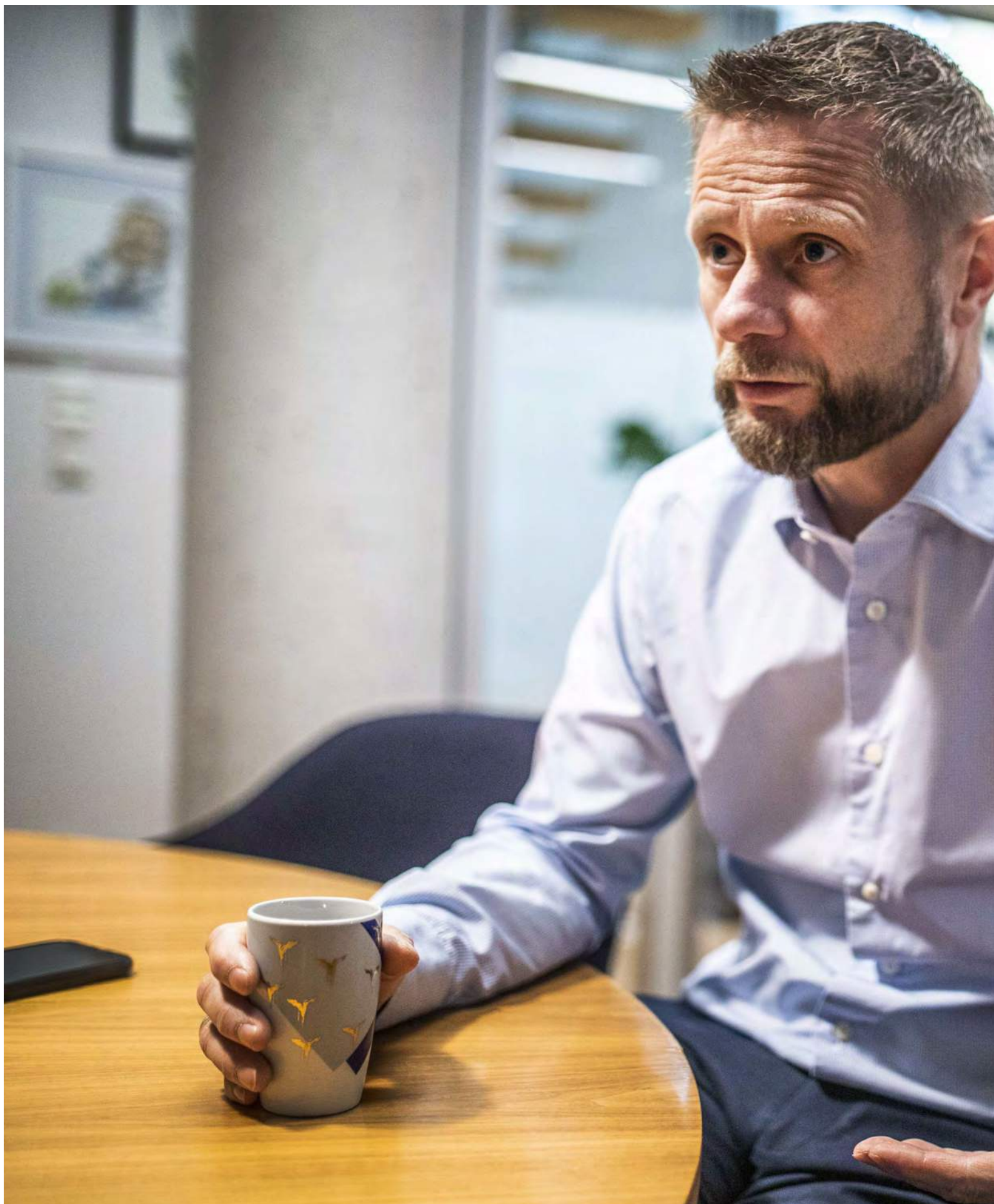
– Ikke akseptabelt

I dag sier Høye til VG:

– Jeg blir sint når jeg ser disse tallene. Det er selvfølgelig sånn at når jeg gir en slik beskjed, så kan en alltid vente at det tar litt tid før en justerer praksisen sin. Men her er det noen som har så høye tall at det tydelig at de ikke har forstått beskjeden. Og det er selvfølgelig ikke akseptabelt.

Høye varsler at han nå vil gi en klar og skriftlig instruks til helseforetakene.

– Når de ikke tar innover seg en



OPPRØRT: Helseminister Bent Høye sier det er uakseptabelt at noen ikke har forstått hans klare beskjed. Foto: THOMAS ANDREASSEN

ALSTOPOPP – MEN ORT FORTSATTE



Dette er saken

- VG har gjennom en rekke artikler omtalt konsekvensene av Samhandlingsreformen, den største helsereformen i nyere tid.
- I juni avdekket VG hvordan gamle, syke mennesker blir kjørt ut fra sykehusene midt på natten, blant annet for å frigjøre senger til andre pasienter.
- I august fortalte VG hvordan døende pasienter flyttes rundt mellom forskjellige nivå i helsevesenet.
- I november avdekket VG hvordan kommunene har blitt ilagt dagbøter for 1,4 milliarder kroner fra helseforetakene - fordi de ikke har klart å ta imot utskrivingsklare pasienter.
- I desember kunne VG gjennom mer enn 5000 avviksmeldinger avdekke hvordan samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene svikter.

så tydelig beskjed som de fikk før sommeren, betyr det at jeg kommer til å være hardere i klypa.

– Når kommer oppdragsdokumentet?

– Det kommer i begynnelsen av januar.

– I juni sa du til VG at du ikke mente det var nødvendig å gjøre det på den måten som du nå vil. Sett i ettertid - var det en tabbe av deg?

– Jeg må innrømme at jeg ikke trodde det var nødvendig, fordi jeg synes at det er så åpenbart at eldre pasienter - som ikke ønsker det selv - ikke skal bli sendt hjem på nattestid, sier Høie.

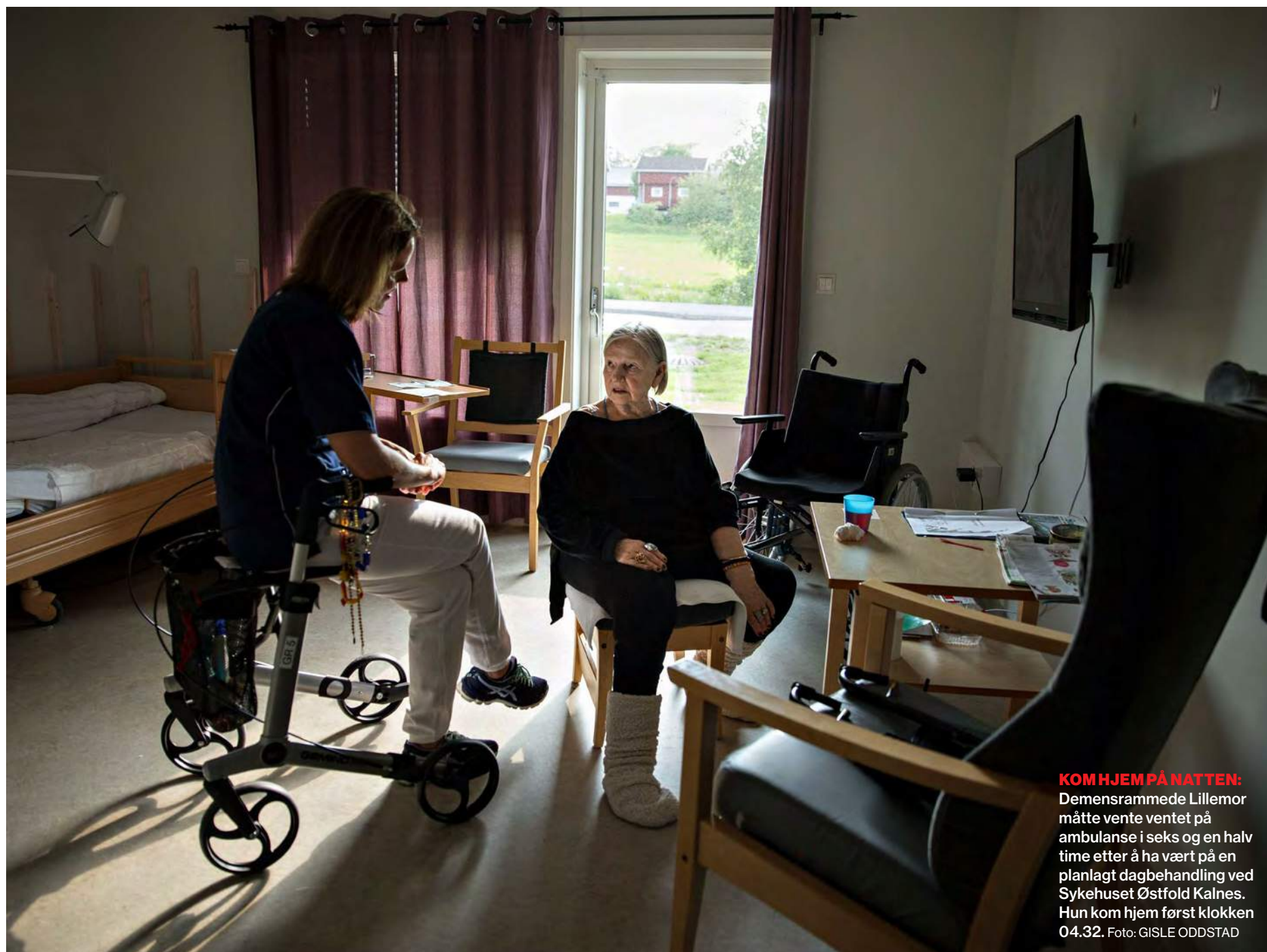
– Jeg ga tydelig beskjed, og trodde at alle sykehusdirektørene ville gjennomføre tiltak som gjorde at dette ikke ville forekomme mer.

Flere av AMK-sentralene opplyser at natt-turene ikke gjelder pasienter som var innlagt på sykehus, men i hovedsak pasienter fra legevakt, røntgen, poliklinikk eller til vurdering i mottak.

Dette var også situasjonen for Lillemor (82) som VG omtalte i juni. Lillemor som lider av demens, hadde vært på en planlagt dagbehandling ved Sykehuset Østfold Kalnes, men kom hjem først klokken 04.32 - etter å ha ventet på ambulanse i seks og en halv time.

En av pasientene som





KOM HJEM PÅ NATTEN: Demensrammede Lillemor måtte vente ventet på ambulanse i seks og en halv time etter å ha vært på en planlagt dagbehandling ved Sykehuset Østfold Kalnes. Hun kom hjem først klokken 04.32. Foto: GISLE ODDSTAD

«Det er uheldig at vi må vekke gamle pasienter.»

Paramedic Helle Vik Martinussen

← ble kjørt hjem på natten fra samme sykehus etter Høies stoppordre var en 79 år gammel kvinne.

Fikk sovemedisiner

– Vi vekket henne klokken 04.15. Hun var kronisk syk og hadde vært inne til sjekk på sykehuset. Pasienten var ferdigbehandlet, skulle hjem og ventet på transport. Hun hadde fått sovemedisiner og vi måtte riste litt i henne for å vekke henne før transporten, sier paramedic Helle Vik Martinussen.

Kvinnen var i dyp søvn da det ble mulig å ta en såkalt «ikke hast»-tur for å få henne hjem.

– Det er uheldig at vi må vekke gamle pasienter. Vi beklaget at vi måtte vekke henne og gjorde det selvfølgelig så hyggelig og skånsomt som vi kunne. Hun tok det pent. Det gjør de fleste. Hun ville hjem. Du kan få de fleste gamle til å være enig i det, sier Martinussen.

Helseminister Bent Høie kaller dette er en uakseptabel praksis.

– De har fått sovemedisiner for å sove. Så blir de vekket opp midt på natten, flyttet over i en ambulanse, de vet ikke helt hvor de er eller hvor de skal. Dette er en stor både psykisk og fysisk belastning for pasientene. Det aksepterer jeg rett og slett ikke.

Liv Marit Sundstøl, klinikkssjef akuttmedisin i Sykehuset Østfold, sier at de ikke kan ha pasienter lig-



KJENNER PÅ PRESSET: Marius Bjørndalen er foretakstillitsvalgt for Fagforbundet ved Sykehuset Østfold. Helle Vik Martinussen er paramedic. – Dette er et utrolig presset system, men at alle som jobber i alle ledd gjør en formidabel jobb innenfor de rammene de har, og at det er derfor det stort sett går bra hver eneste dag, sier hun. Foto: GISLE ODDSTAD

gende i akuttmottaket over natten i påvente av transport, fordi mottaket er veldig overfylt og det ikke er plass.

– For innlagte pasienter som skrives ut, er hovedregelen at de ikke skal hjem på natten, hvis det ikke er avtalt med pasienten. Vi gjør

en helhetsvurdering av hva som er mest belastende for pasienten, sier Sundstøl.

– Noen ganger er det bedre å reise sent hjem i stedet for å bli liggende på gangen gjennom natten. Hvis pasienten skal hjem om natten, må

det være avklart med pasienten selv, pårørende og mottaksapparatet, sier Sundstøl.

Endret retningslinjer

Flere av landets 16 AMK-sentraler opplyser til VG at de har endret ret-

ningslinjer for pasienttransport etter VGs avsløring i juni, og som hovedregel ikke sender ut pasienter på natta. Det understrekes også fra AMK-sentralene at det kan være pasienter som selv ønsker å bli kjørt hjem på natta.

– Vi har felles AMK med Vestfold og vi har endret rutinene her ved Sykehuset Telemark HF til at vi ikke skriver ut pasienter mellom kl 23 og 06. Dette etter initiativ fra administrerende direktør, sier Knut Inge B. Skoland, avdelingsleder for prehospitaltjenester.

Han understreker at endringene ikke gjelder pasienter som er innom akuttmottak for avklaring og som ikke skal legges inn.

Høie presiserer at det er sykehusesenes oppgave å løse problemet med natt-transport av eldre pasienter.

– Men hva sier du til folk i AMK og andre steder i helsevesenet som sier at sykehusene er fulle og at kapasiteten i ambulansen er for dårlig?

– Det er derfor denne beskjednen kommer til å gå til direktørene i helseforetakene. Det er deres ansvar å løse dette, sier helseministeren.

– Selv om det er fullt på et sykehus, så kan det ikke være sånn at man ikke kan gi pasienten en seng over natten. Da får en heller akseptere at en har en pasient liggende på akuttmottaket eller på en korridor. For det er et bedre alternativ enn å vekke folk opp midt på natten.

TRØSSTE

Folkehelseminister Søviknes vil stumpe

Av EILIV FRICH FLYDAL og FRODE HANSEN (foto)

Den nye eldre- og folkehelseministeren Terje Søviknes (Frp) vil rydde opp i samhandlingsreformen og eldreomsorgen, men vet ikke hvordan han skal stumpe røyken.

– Hadde jeg blitt ordfører etter valget, ville jeg forblitt i kommunepolitikken i denne fireårsperioden. Valget sto da mellom politikk og å gjøre noe helt annet. Men jeg føler jeg har mer å utrette og da er det en ære å få lov til å tre inn i eldre- og folkehelseminister, sier Terje Søviknes (Frp) i går kveld.

Slik beskriver den erfarne politikeren valgnederlaget i høst og veien til «trøstepremien»: En plass rundt Erna Solbergs bord og ansvaret for Frps viktigste kampsak etter innvandringsmotstand.

– Hva skal velgerne måle deg på ved stortingsvalget om to år?

– Nå skal regjeringens «Leve hele livet»-reform rulles ut i alle kommuner, med viktige tiltak for blant annet ernæring og aktiviteter for eldre. Vi skal se til at det blir gjort politiske vedtak i den enkelte kommune og vi skal fortsatt være ambisiøse i utbyggingen av sykehjemsplasser, lover Søviknes.

Vil at staten overtar

En annen hjertesak er mer statlig finansiert eldreomsorg, et kontroversielt prøveprosjekt som har vært stemplet som «håpløst» av kritikerne.

– Seks nye kommuner kan

få søke 1. februar. Jeg tror mange opplever at resultatene er så gode at langt flere kommer til å søke denne gangen, sier Søviknes.

– Blir eldreomsorgen dyrere når staten finansierer?

– Det har den ikke.

Vi bruker snittsatser og så får kommunene som er med, et påslag og en rund sum til det som ikke har stykkpris, sier Søviknes og peker på økt brukermidvirkning og kompetanseheving blant ansatte som positive effekter.

Hjemme i Os har Søviknes fått meg seg VGs saker om samhandlingsreformen i høst.

Der kommer det frem at sykehus må skrive ut syke pasienter, mens kommuner som ikke klarer ikke å ta dem imot, får milliardbøter.

– Det er åpenbart at vi har et stykke arbeid å gjøre. Vi må unngå et svarteperspill der pasienter blir sendt fram og tilbake, sier Søviknes.

– Hvilke tiltak vil du iverksette?

– Jeg må få lov å jobbe sammen med helseminister Bent Høie først.

Men vi må få det til å fungere så sømløst at pasientene ikke merker det.

Ny håndtering av avvik

VG har også kartlagt 5000 avviksmeldinger som avslører hvordan pasientene betaler prisen for den største helsereformen i nyere tid. Avvikene viser blant annet:

- Livsviktige helseopplysninger ikke kommer frem
- Feilmedisinering av eldre
- Gamle mennesker ligger tilgriuset av avføring

Hvordan avvik føres varierer sterkt mellom ulike institusjoner og kommuner.

– Vi skal ha god rapportering av avvik og lære av dem. Derfor må vi se om det trengs tydeligere nasjonale regler for føringer av avvik og håndteringen av dem. Der vil jeg gå inn å se på lovverk og forskrifter for å se på tiltak vi kan gjøre, sier Søviknes.

– Vil kutte røyken

Nå som han får ansvaret for folkehelsen i Norge, vil Søviknes begynne med seg selv.

– Skal du slutte å røyke, nå som du er folkehelseminister?

– Ja, det bør være et mål – og så får vi se hvilke virkemidler som må til for å nå målet, sier Søviknes.

– Jeg er ikke glad i moralpoliti. Som folkehelseminister skal jeg spre informasjon slik at alle kan ta sunnere valg om for eksempel ernæring, tobakk og alkohol.

Vi driver med forebygging, men valget skal tas av den enkelte, sier Søviknes.

Taus om ledervervet

De siste årene har det blusset opp til debatt om ledervervet i Frp flere ganger. Sylvi Listhaug ansees som en klar kandidat, men den mer liberale fløyen av partiet ønsker seg annen kandidat. Både samferdselsminister Jon Georg Dale og Ketil Solvik-Olsen er personer som har blitt trukket fram.

– Bør Sylvi Listhaug bli Frps neste leder?

– Vi tar den debatten internt i partiet. Vi har en flott leder i dag og jeg ser ikke noe behov for den debatten nå.



INNE I VARMEN: Sylvi Listhaug (Frp) blir ny olje- og energiminister, mens Terje Søviknes (Frp) blir ny folkehelse-

PSSST!
Terje Søviknes er født i 1969 i Os i Hordaland. Han var olje- og energiminister fra 2016 til 2018. Søviknes var ordfører i Os kommune fra 1999 til 2016 og fra 2018 til 2019.

OPTIKEREN

», «propaganda», «også menneskeskapte»



minister. Statsminister Erna Solberg i midten.