

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS  
**Årsmelding 2010**

## FORORD

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i Lov om pasientrettigheter, av 2. juli 1999, kapittel 8. Ombudet skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Unntatt fra arbeidsområdet er miljørettet helsevern og økonomisk sosialhjelp.

Frem til 1.9.2009 omfattet ordningen kun spesialisthelsetjenesten. Fra det tidspunktet ble ordningen utvidet til også å gjelde den kommunale helse- og sosialtjenesten. Navnet ble endret fra pasientombud til pasient- og brukerombud.

Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgiveransvaret for ombudsordningen. Ombudet utøver sitt faglige virke selvstendig og uavhengig.

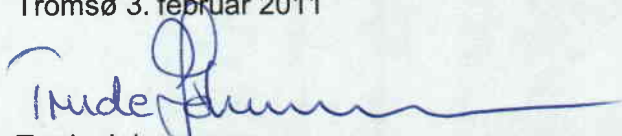
Kontoret i Troms ble etablert 1. januar 2003, samtidig med at pasientombudsordningen gikk over fra å være fylkeskommunal til å bli statlig.

Pasientombudet leier lokaler i Fylkeshuset i Tromsø. Kontoret er per 31.12.10, bemannet med fire personer i 3,5 stillingshjemler.

Årsmeldinga avgis til pasientombudets arbeidsgiver, Helsedirektoratet. Meldinga er også en tilbakemelding til spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, der den forhåpentligvis kan benyttes i kvalitetssikringsarbeid.

Pasient- og brukerombudet tar gjerne imot tilbakemeldinger og synspunkter på meldinga.

Tromsø 3. februar 2011

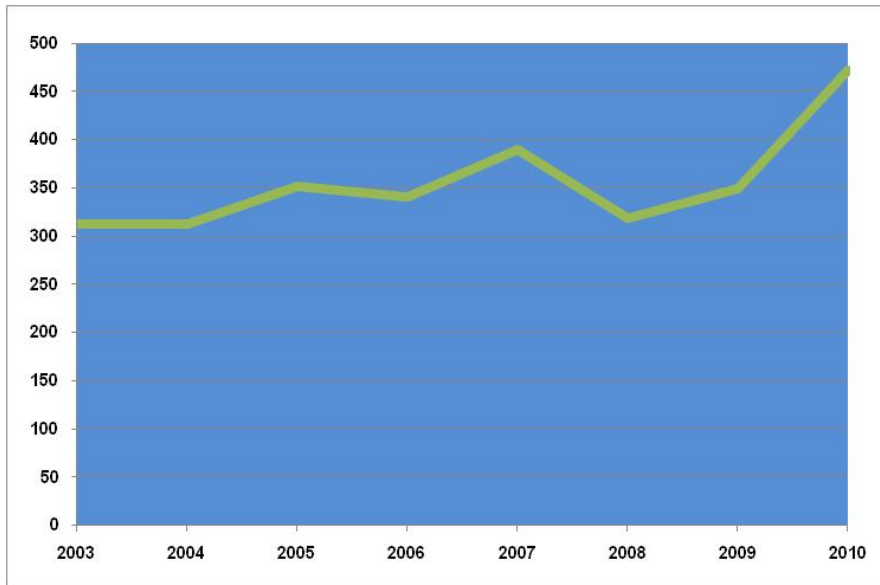


Trude Johannessen  
Pasient- og brukerombud

<b>1. INNLEDNING</b>	<b>4</b>
<b>2. OM PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS</b>	<b>5</b>
2.1 OM FYLKET	5
2.2 DRIFTSFORHOLD	5
2.3 UTADRETTET VIRKSOMHET OG MØTEAKTIVITET I 2010	6
2.4 BUDSJETT	7
<b>3. SPESIALISTHELSETJENESTEN</b>	<b>7</b>
3.1 HELSEFORETAK OG ANDRE SPESIALSYKEHUS	7
3.2 HENVENDELSER FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN	9
3.3 HOVEDTREND - SPESIALISTHELSETJENESTEN	10
3.3.1 PASIENTSKADE/KOMPLIKASJON	11
3.3.2 RETT TIL HELSEHJELP	11
3.3.3 RETT TIL MEDVIRKNING OG INFORMASJON	14
3.3.4 PSYKISK HELSEVERN	14
<b>4.0 KOMMUNALE HELSE- OG SOSIALTJENESTER</b>	<b>16</b>
4.1 KOMMUNHELSETJENESTEN	16
4.1.2 HOVEDTRENDER	17
4.2 KOMMUNALE SOSIALTJENESTER	18
<b>5.0 SAKER BEHANDLET VED NORSK PASIENTSKADEERSTATNING</b>	<b>19</b>
<b>6.0 KONKRETE FORSLAG TIL FORBEDRINGER</b>	<b>19</b>
6.1 SPESIALISTHELSETJENESTEN	19
6.2 KOMMUNALE HELSE- OG SOSIALTJENESTER	20

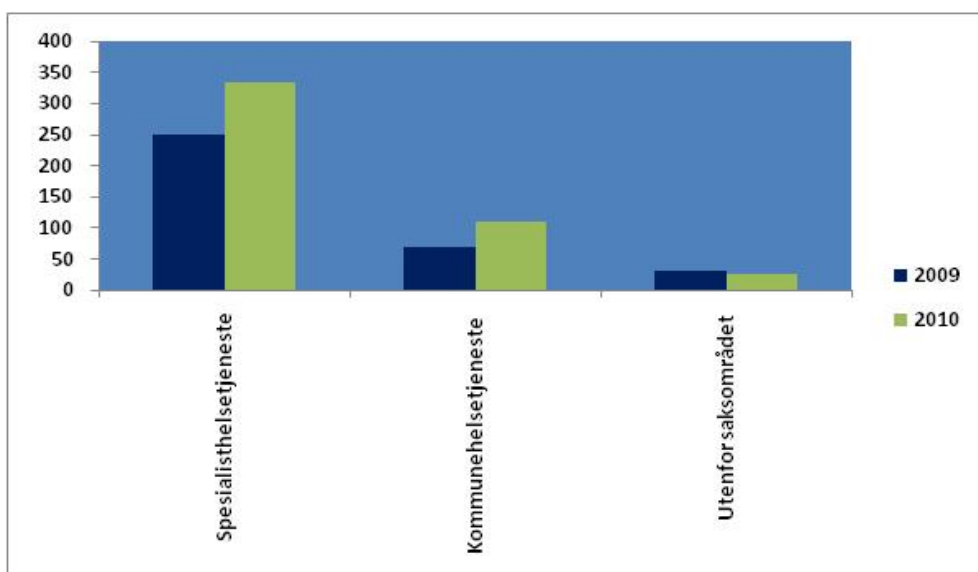
# 1. INNLEDNING

Pasient- og brukerombudet mottok 472 nye henvendelser i 2010, mot 349 i 2009. Dette er en økning på 35%. En henvendelse kan innebære alt fra en telefonsamtale til flere møter og omfattende skriftlig korrespondanse. Den skriftlige korrespondansen har økt betydelig de siste årene. I 2007 hadde vi til sammen 566 innkommende og utgående brev, i 2010 var antallet steget til 1179.



Figur 1. Antall henvendelser fra og med 2003 til og med 2010.

Av de 472 henvendelsene, omhandlet 335 spesialisthelstjenesten og 110 kommunehelstjenesten. 27 gjaldt forhold utenfor saksområdet (NAV, hjelpevergeproblematikk, barnevern, voldsoffererstatning, førerkortsaker, helsehjelp i utlandet mv.). 2010 har vært det første hele året der den kommunale helse- og sosialtjenesten har vært en del av mandatet. Dette kan være forklaringen på den store økningen i antall henvendelser på dette området. Når det gjelder den store økningen av antall henvendelser fra spesialisthelsetjenesten, er det vanskelig å gi en entydig forklaring.



Figur 2. Antall henvendelser fordelt på spesialist- og kommunehelstjenesten, samt utenfor området

	2009	2010
<b>Spesialisthelsetjeneste</b>	249	335
<b>Kommunehelsetjeneste</b>	69	110
<b>Utenfor saksområdet</b>	31	27
<b>Totalt</b>	349	472

De fleste som henvender seg til pasientombudet tar kontakt per telefon. Noen henvender seg per brev eller e-post. Særlig er henvendelser per e-post økende. Det hender imidlertid svært ofte at saksforhold blir tatt opp av pårørende. Også andre nærstående personer eller helsepersonell henvender seg til ombudet, men da i samarbeid med den det gjelder. Dette gjaldt 176 av henvendelsene i 2010, som betyr at 37 % kom fra andre personer enn klienten selv.

## 2. OM PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS

### 2.1 Om fylket

Troms fylke har 25 kommuner, dekker et areal på 25 848 m<sup>2</sup>, og har ca 155 000 innbyggere.

Omtrent halvparten av fylkets befolkning bor i og rundt Tromsø, og har kort reisevei til spesialisthelsetjenesten og Universtietssykehuset Nord-Norge (UNN), avdeling Tromsø. Videre benytter befolkningen i Sør-Troms seg for en stor del av UNN, Harstad og av UNN Narvik. UNN Narvik ligger i Nordland fylke og faller således inn under arbeidsområdet til pasient- og brukerombudet i Nordland. På grunn at fylkets forholdsvis store areal, er det for deler av befolkningen forholdsvis lange avstander fra bosted til spesialisthelsetjeneste.

Det er også flere asylmottak i Troms. Vi får også av denne grunn henvendelser fra personer som verken behersker norsk eller engelsk språk. Pasient- og brukerombudet har derfor i noen tilfeller måttet benytte tolk i møter på kontoret og på behandlingssted.

### 2.2 Driftsforhold

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert i Fylkeshuset i Tromsø og leier lokaler hos Fylkesmannen i Troms. Kontoret har 3,5 årsverk fordelt på 4 ansatte.

Kontoret er per 31.12.2010, bemannet med pasient- og brukerombud Trude Johannessen (100% stilling), seniorrådgiver Odd Arvid Ryan (100% stilling), førstekonsulent Hege Pedersen (80% stilling) og rådgiver Marius Storvik (60% stilling), til sammen 3,4 årsverk. Tre av de ansatte er jurister, hvorav en også er utdannet spesialsykepleier. Den fjerde ansatte har en cand.mag grad i tillegg til helseerettsutdanning. Kontoret synes å ha ansatte med god og relevant utdanning og kompetanse i forhold til etterspørselen og mandatet.

Da pasient- og brukerombudet i Finnmark ble sykemeldt og fratrådte ombudsfunksjonen 26. oktober 2009, ble pasient- og brukerombudet i Troms konstituert i ombudsstillingen i Finnmark. Konstitueringen vedvarte til juni 2010, da nytt ombud var på plass i Finnmark. Situasjonen førte til en forholdsvis stor arbeidsbelastning for alle ansatte, både i Troms og i Finnmark, i tillegg til økt reiseaktivitet til Finnmark. Pasient- og brukerombudet i Troms har også bistått i prosessen med ansettelse av ombud i Finnmark samt stått for ansettelse av seniorrådgiver i Finnmark. Det har også blitt ansatt ny rådgiver i Troms.

Kontoret var i 2010 åpent for henvendelser mandag til fredag fra 09:00 – 15:00. I tillegg har pasient- og brukerombudet hatt kontordager i Harstad. Disse har vært annonsert og det har vært gjort forhåndsavtaler med klienter. Det har også vært klientmøter i Finnmark, og ved institusjoner i Troms. Dette har særlig vært i tilfeller der det har vært hensiktsmessig fordi helsepersonell har vært til stede ved møtene, og i tilfeller der det har vært lite hensiktsmessig eller umulig for pasienten å forlate institusjonen.

## 2.3 Utadrettet virksomhet og møteaktivitet i 2010

Pasient- og brukerombudet har hatt en rekke møter med eksterne etater i løpet av 2010. Det har vært avholdt felles møte mellom ledelsen i Helse Nord RHF og ombudene i tre nordligste fylkene. Undertegnede har også gitt tilbakemeldinger og erfaringer gjennom foredrag på seminar for styrene i de ulike foretakene i Region Nord. I tillegg har det vært flere møter med UNN og representanter derfra, blant annet møte med Kvalitetsutvalget ved UNN. Det har også vært møter med representanter fra ulike kommuner. Disse møtene har i stor grad omhandlet del to av mandatet, jf pasientrettighetsloven § 7-8 annet ledd, og har vært en tilbakemelding til helsetjenesten.

Det har vært et godt samarbeid med Helsetilsynet i fylket, og vi har hatt flere møter om aktuelle saker og problemstillinger. Pasient- og brukerombudskollegiet har også hatt sitt årlige gjensidige informasjonsmøte med Statens Helsetilsyn.

Pasient- og brukerombudene har videre vært i møter med Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og har også hatt møte med Helse- og sosialkomiteen på Stortinget, hvor undertegnede holdt et innlegg om manglende klageadgang/partsrettigheter på Helsetilsynets vedtak mv. Det er fremmet et lovforslag for å endre på den manglende "to instans"-behandlingen og for å gi pasienter partsrettigheter i slike saker. Det har også vært avholdt møte med Forbrukerrådet.

Pasient- og brukerombudet har gjennom møter og foredrag informert om ordningen, utvidelsen av arbeidsområdet, og pasientrettigheter i ulike fora. Det har vært avholdt foredrag på sykepleierutdanningen ved Institutt for helse- og omsorgsfag på Universitetet i Tromsø, og i brukerorganisasjoner. Det har også vært avholdt møte med Gatejuristen i Tromsø.

Pasient- og brukerombudskollegiet har hatt flere møter i 2010. Det har vært arbeidet med en rekke felles eksterne prosjekter, som felles årsmelding, felles høringsuttalelser og felles brev til overordnede myndigheter. Av felles høringsuttalelser som er avgitt, kan nevnes Stoltenberg utvalget - rapport om narkotika, Paulsrud-utvalget – tvang i psykisk helsevern og Forslag til samleforskrift om psykisk helsevern. Den sistnevnte er ført i pennen av Troms kontoret. Det samme gjelder et omfattende arbeid med høringsutkastet "Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester", som avgis i 2011. Det har også fra ombudskollegiet blitt skrevet kronikker og tatt opp

problemstillinger med så vel myndigheter som foretak. Eksempelvis kan nevnes etterlysning av NAV-ombud og manglende behandlingstilbud for enkelte pasientgrupper. Undertegnede sitter i arbeidsutvalget for pasient- og brukerombudskollegiet, noe som har medført ekstra møte- og reisevirksomhet.

Det er et godt samarbeid mellom ombudskontorene i regionen og det har vært avholdt flere møter som har inkludert alle ansatte.

## 2.4 Budsjett

Som det fremgår av regnskapet for 2010, ble det et underskudd i 2010. Dette selv om kontoret har mottatt kr 100 000,- i lønnsutgifter fra Finnmark i forbindelse med at undertegnede også fungerte som ombud i Finnmark i 8 måneder. Hovedårsaken til budsjettoverskridelsene er en dobling av husleiekostnader etter utvidelse av pasient- og brukerombudsordningen i september 2009. For ordens skyld gjøres det oppmerksom på at ombudet er leietaker hos Fylkesmannen i Troms med Entra som utleier. Husleien var i 2008 kr 155 910,-. I 2009 var den på kr. 221 312,- mens den i 2010 har økt til kr 328 153,- uten at dette er økonomisk kompensert. Budsjetterte driftsutgifter var før utvidelsen kr 487 000,-, mens de i 2010 kun var økt til kr 519 000,-. Budsjett og regnskap for de tre siste årene er vist i tabell nedenfor.

	2008	2009	2010
<b>Budsjett</b>	1 567 000,-	1 851 000,-	2 384 000,-
<b>Regnskap</b>	1 581 490,-	1 861 659,-	2 429 203,-

## 3. SPESIALISTHELSETJENESTEN

### 3.1 Helseforetak og andre spesialsykehus

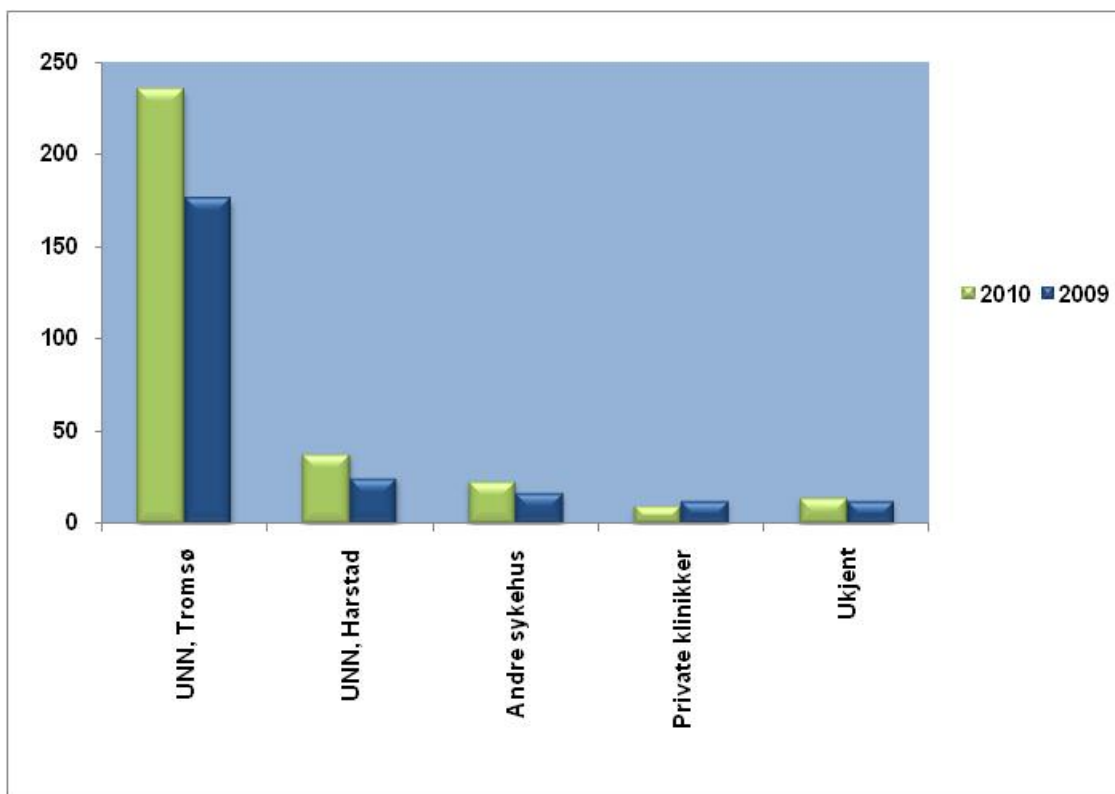
Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene er utøverleddet og har et "sørge for"-ansvar overfor befolkningen.

I hovedsak mottar vi henvendelser som gjelder følgende helseforetak:

- Universitetssykehuset Nord-Norge, avdeling Tromsø
- Universitetssykehuset Nord-Norge, avdeling Harstad

Under Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) inngår ulike distriktspyskiatriske sentra. I tillegg kommer Troms militære sykehus og Longyearbyen sykehus.

Vi mottar også henvendelser som gjelder institusjoner i Nordland og Finnmark, samt i resten av landet. Dette er en følge av at mange pasienter fra Nord-Norge blir behandlet ved UNN, og derfor tar kontakt med ombudet i Troms i forbindelse med behandlingen. I tillegg er det mange innbyggere i Troms som lar seg behandle ved andre institusjoner, enten på bakgrunn av retten til fornyet vurdering (second opinion) eller gjennom fritt sykehusvalg. Vi har også noen henvendelser fra private institusjoner.



Figur 3. Henvendelser fordelt på institusjoner. Troms Fylke 2010 sammenlignet med 2009

Tabellen nedenfor gir et bilde av omfanget av henvendelser fra spesialisthelsetjenesten, hvilke institusjoner henvendelsene kommer fra, samt utviklingen i antall henvendelser fra de ulike institusjoner fra oppstart i 2003 til 2010. TkNN står for Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge.

Som det fremgår av tabellen er det en forholdsvis stor økning i antall henvendelser fra UNN fra 2009 til 2010. UNN Tromsø har en økning på 33,5% og UNN Harstad har en økning på 52%. Den samlede økningen på antall henvendelser fra UNN er 36%. Ved UNN Tromsø er økningen særlig høy ved Medisinsk-, Kirurgisk- og Urologisk avdeling. Ved UNN Harstad sees økningen ved Ortopedisk avdeling.

Kategorien "ukjent" har tidligere år vært slått sammen med "ukjent/utenfor saksområdet". Dette var i hovedsak henvendelser fra kommunehelsetjenesten og NAV, samt henvendelser der institusjonens navn ikke ble oppgitt. Da den kommunale helse- og sosialtjenesten nå hører inn under saksområdet, inneholder "ukjent" kun henvendelser fra spesialisthelsetjenesten der man ikke kjenner institusjonens navn.

Henvendelsene under "Regionalt helseforetak" omhandler i stor grad problemstillinger vedrørende dekning av utgifter for pasienter og pårørende i forbindelse med reiser og behandling/rehabilitering.

	2008	2009	2010
UNN Tromsø	175	176	235
UNN Harstad	20	25	38
Andre sykehus	28	17	23
Private klinikker	7	13	10
TkNN			4
Regionalt helseforetak			9
Ukjent		13	14



## 3.2 Henvendelser fra spesialisthelsetjenesten

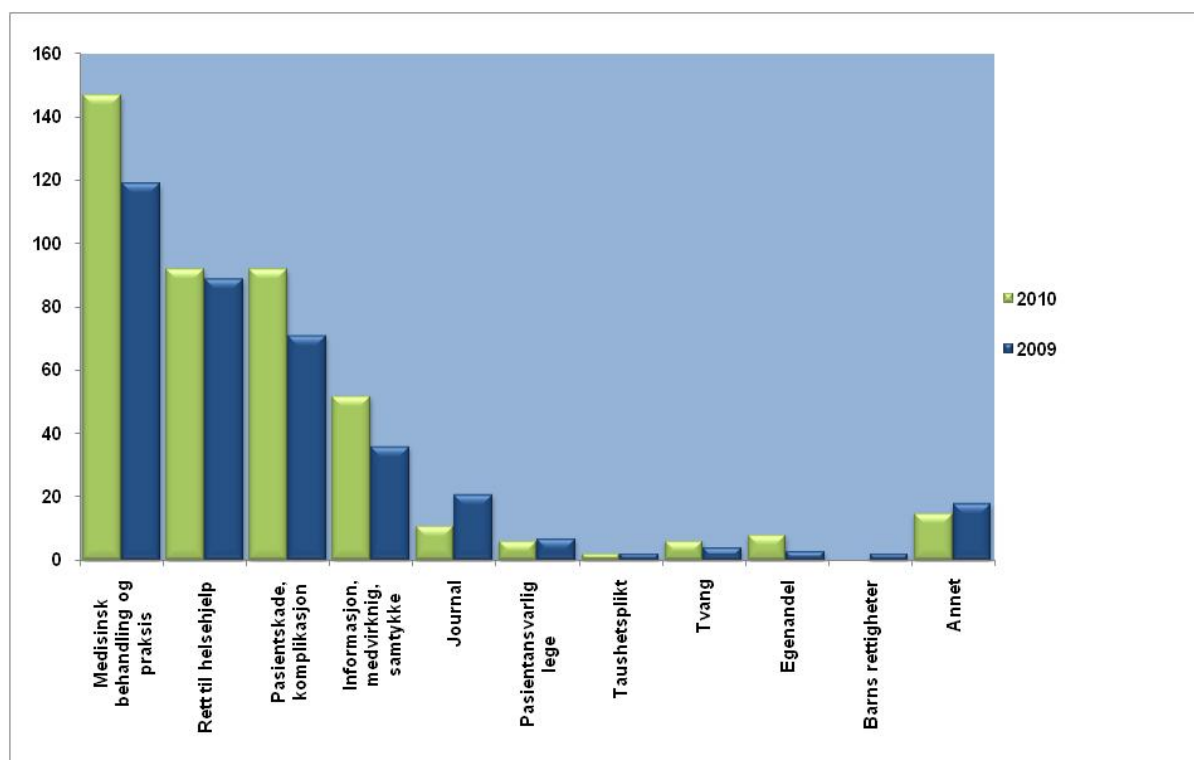
Tabellen nedenfor viser antall henvendelser knyttet til områder/spesialitet fra 2008 til 2010. Det er kun inntatt områder som har fem eller flere henvendelser. I kategorien "annet/ukjent" inngår blant annet: AMK og ambulanse, habilitering, geriatri, nevrokirurgi og reumatologi.

Som det går frem av tabellen kommer de fleste henvendelsene fra områdene kirurgi/ortopedi. Økningen gjelder både UNN Tromsø og UNN Harstad. Særlig stor er økningen av ortopedisaker fra UNN Harstad. Her var antall henvendelser 2 i 2009 mot 12 i 2010. Henvendelsene på områdene gynekologi/føde og Øre/Nese/Hals har i stor grad sammenheng med kirurgiske inngrep. Grunnen til at urologi ikke fremkommer på tabellen fra tidligere år, er at det har vært registrert svært få henvendelser fra området. I 2009 hadde vi 3 henvendelser fra Urologisk avdeling, mot 31 i 2010. I hovedsak kommer disse fra UNN Tromsø. Hva disse henvendelsene har omfattet, vil vi komme tilbake til på side 13 i årsmeldingen.

Hovedtyngden av henvendelsene er fra somatikken. Vi mottok 29 henvendelser som omhandlet psykisk helsevern og 9 fra rusfeltet i 2010. Det vil si at det ikke er vesentlige endringer på disse områdene.

	2008	2009	2010
<b>Kirurgi</b>	59	51	55
<b>Ortopedi</b>	23	31	49
<b>Medisin</b>	12	16	25
<b>Psykisk helsevern</b>	37	25	29
<b>Gynekologi/føde</b>	19	16	14
<b>Onkologi</b>	13	20	17
<b>ØNH</b>	4	6	5
<b>Radiologi</b>	4	6	7
<b>Nevrologi</b>	7	7	6
<b>Rus</b>	9	6	9
<b>Plastisk kirurgi</b>	4	6	6
<b>Øye</b>	2	4	7
<b>Rehabilitering</b>	5	4	8
<b>Barn</b>	6	5	11
<b>Urologi</b>		3	31
<b>Annet/ukjent</b>	39	57	45

### 3.3 Hovedtrend - spesialisthelsetjenesten



Figur 4. Henvendelsesgrunner. Troms fylke 2010 sammenlignet med 2009.

Av tabellen nedenfor fremgår mer spesifikke henvendelsesgrunner som har hatt mer enn 10 registreringer de siste to årene. Det har vært en økning på de fleste områder, særlig i antall henvendelser vedrørende pasientskader, oppfølging, forsinket/feil behandling, og forsinket/feil diagnose. Den største prosentvise økningen har imidlertid vært henvendelser som har omhandlet informasjon og medvirkning. Her har økningen vært på 47%.

	2009	2010
Pasientskade/komplikasjon	71	92
Informasjon/medvirkning/samtykke	36	52
Nødvendig helsehjelp	29	34
Forsinket/feil diagnose	23	33
Journal	21	11
Omsorgsfull hjelp	19	20
Ventetid	17	20
Forsinket/feil behandling	15	29
Medisinering, utstyr	15	15
Individuell behandlingsfrist	12	18
Fornytt vurdering	12	6
Oppførsel	11	10
Utskrivning/oppfølging/manglende henvisning	22	27
Mangelfulle rutiner/systemsvikt	11	9
Valg av sykehus	7	16

### 3.3.1 Pasientskade/komplikasjon

Pasient- og brukerombudet mottar stadig flere henvendelser som omhandler pasientskader. Det kan være skader som følger direkte av en behandling, da særlig kirurgisk behandling, eller skader som følger av forsinket/manglende undersøkelse eller behandling. Vi har også hatt en del henvendelser der røntgenfunn eller prøvesvar ikke er fulgt opp, eller at pasienten ikke er fulgt opp og alvorlig sykdom har fått utvikle seg. Videre er det henvendelser angående fødselskader og infeksjoner som følge av kirurgisk behandling.

Økningen i antall henvendelser kommer fra ulike avdelinger, men særlig fra Ortopedisk- og Urologisk avdeling.

### 3.3.2 Rett til helsehjelp

#### Generelt

Omtrent 90 av alle henvendelsene til pasient- og brukerombudet omhandler rett til helsehjelp. Under "rett til helsehjelp" registreres henvendelser vedrørende manglende nødvendig helsehjelp, individuell behandlingsfrist, vurdering av henvisninger, ventetid og fritt sykehusvalg.

#### Vurdering av henvisninger

Alle som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til å få sin helsetilstand vurdert innen 30 (virke)dager. Det vil si at det skal vurderes om det er nødvendig med helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Man skal innenfor denne fristen få informasjon når undersøkelsen/behandlingen kan forventes å bli gitt. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har man rett til raskere vurdering – innen 15 dager i følge forarbeidene til loven. Formålet med denne bestemmelsen er i likhet med rettighetsvurderingen, å sikre at pasienter med de alvorligste sykdommene skal bli behandlet først. Vurderingen skal baseres på henvisningen. Dersom denne ikke gir tilstrekkelig informasjon, er det spesialisthelsetjenestens plikt å innhente nødvendige opplysninger, eller eventuelt undersøke pasienten innen 30 virkedager for å vurdere om det er nødvendig med helsehjelp.

Vi har mottatt følgende henvendelser som omhandler vurderinger:

1. Vurdering av henvisninger blir ikke foretatt i henhold til lovbestemte krav om tidsfrister.
2. Manglende svar på henvisninger, både til fastlege og pasient.
3. Henvisninger blir avvist eller returnert fordi de ikke inneholder nødvendige opplysninger, i stedet for at nødvendige opplysninger innhentes eller pasienten innkalles til undersøkelse. Praksisen er ikke i tråd med regelverket og er med på å forsinke et eventuelt behandlingsforløp.
4. Manglende felles forståelse og praksis blant leger som foretar vurderinger av henvisninger mht. hvordan man vurderer disse.

### Individuell behandlingsfrist

Henvendelser fra pasienter har omhandlet følgende problemstillinger:

1. Manglende vurdering av rettighetsstatus.  
Dette gjelder primært pasienter som har vært henvist til Urologisk avdeling ved UNN. Vi har også erfart dette for pasienter som er henvist til såkalte fedmeoperasjoner, pasienter som henvises til ablasjonsbehandling og innen psykisk helsevern.
2. Pasienter med alvorlige diagnoser har ikke blitt vurdert som rettighetspasienter og har derfor ikke fått en behandlingsfrist. Dette har også i all hovedsak omhandlet Urologisk avdeling. Pasienter med eksempelvis prostatacancer har gitt tilbakemelding om at de ikke er blitt vurdert som rettighetspasienter.
3. Ulik rettighetsprioritering ved samme type problemstillinger. Noen pasienter har blitt vurdert som rettighetspasienter og andre ikke, ved samme diagnose. I tillegg har det syntes som om den individuelle vurderinga noen ganger har måttet vike i forhold til hva som er satt som "maksimal behandlingsfrist" i Nasjonale prioriteringsveiledere.
4. Forskjøvet behandlingstidspunkt for rettighetspasienter, dvs endring av frister i pasientenes disfavør.
5. Pasienter er fratatt rettighetsstatus, uten at det har vært endring av pasientens tilstand eller diagnose.

Ovennevnte erfaringer viser så vel manglende, som dårlige rutiner med hensyn til rettighetsvurderinger/individuell behandlingsfrist. I tillegg viser henvendelsene grove avvik fra pasientrettighetslovens bestemmelser.

### Oppfølging/ventetid

Vi har erfart at pasienter som ikke er vurdert som rettighetspasienter noen ganger venter i måneder og år før de får tilbud om undersøkelse/behandling. Sykehuset oppgir ofte en estimert ventetid. Når det aktuelle tidspunktet inntreffer, hender det at pasientene enten ikke hører noe fra sykehuset eller at tidspunktet blir skjøvet frem i tid. Vi har erfart at dette gjøres uten at man vurderer forsvarligheten av den lange ventetida, eller tar saken opp til ny vurdering etter en viss tid.

*Som eksempel kan nevnes en kvinne som har en genetisk disposisjon for brystkreft. Mor og nært familiemedlem døde av sykdommen. Hun ble sterkt anbefalt å fjerne brystene så snart som mulig. Da man ønsket å foreta en operasjon der man fjernet brystene samtidig som man bygde opp nye, krevde operasjonen en samordning mellom to avdelinger. Det er nå gått to år siden operasjonen skulle vært foretatt. Så vidt vi har erfart, er det ikke foretatt noen forsvarlighetsvurdering mht. denne lange ventetida.*

### Fritt sykehusvalg

Stadig flere henvendelser til ombudet omhandler fritt sykehusvalg. Pasienter som må vente lenger enn estimert ventetid, opplyser at de føler seg lurt til å vente på behandlingen. De uttrykker at dersom de hadde hatt kunnskap om reell ventetid, ville de valgt et annet sykehus.

Mange som kontakter ombudet angående problemstillingen fritt sykehusvalg, har hatt negative erfaringer i forbindelse med tidligere undersøkelser eller behandling ved det

aktuelle behandlingsstedet. De har ikke lenger tillit til behandlingsstedet/behandlende helsepersonell og ønsker informasjon om fremgangsmåte ved valg av annet sykehus.

Pasient- og brukerombudet har også blitt kontaktet av personer som er henvist til UNN Tromsø, men som får tilbud om behandling ved UNN Harstad eller UNN Narvik. Pasienter har også blitt avvist fra UNN Tromsø med den begrunnelse at de må behandles der de har vært behandlet tidligere (i disse tilfellene Harstad).

Vi har også hatt henvendelser fra personer som har vært pasienter ved UNN Tromsø, men som har følt seg presset til å bytte sykehus i behandlingsforløpet. Vi vil minne om at retten til fritt sykehusvalg gjelder under hele behandlingsforløpet.

Fritt sykehusvalg er av Helse- og omsorgsdepartementet tolket til ikke å gjelde for pasienter utenfor "eget" helseforetak, når det er snakk om "knapphetsgoder" for foretakets egne rettighetspasienter, altså når rettighetspasienter i egen region prioriteres. Som eksempel kan nevnes at det ikke har vært tilbud om ablasjonsbehandling i Nord-Norge. Disse pasientene (som heller ikke har fått vurdert rettighetsstatus) har blitt avvist fra å få behandling ved andre sykehus i Norge som utfører behandlingen. Avvisningen har skjedd på bakgrunn av at kapasiteten har vært så lav, at foretakene har hatt problemer med å operere rettighetspasienter fra egen region. I et tilfelle som her, prioriterer man altså ikke å behandle de sykeste i Norge, men de sykeste pasientene i det aktuelle foretakets ansvarsområde. Pasienter fra Nord-Norge har i den grad vi har erfart, reist til Danmark og betalt for denne type behandling av egen lomme. Det samme har vi også sett på andre områder, eksempelvis når det gjelder fedmekirurgi. Vi har fått opplyst fra Helse Nord at kapasiteten i regionen skal økes på de aktuelle områdene.

#### Urologisk avdeling ved UNN

Problemstillingene som har vært tatt opp under punktet "Rett til helsehjelp" har vært gjengangere i de sakene vi har hatt fra Urologisk avdeling ved UNN i 2010. For å illustrere problematikken vil vi gjengi en av sakene:

*Mann i 60-årene med forhøyet PSA, smerteproblematikk, samt funn av papabel tumor på prostata, henvises Urologisk avdeling fra en annen avdeling på UNN. Vedkommende blir ikke definert som rettighetspasient og det settes derfor ingen frist for når behandling skal finne sted. Han får imidlertid estimert behandlingstidspunkt fire måneder etter vurdering av henvisningen. Vedkommende er ikke informert om at det er gjort funn av tumor og at hans symptomer kan tyde på at han har prostatakreft. Etter fem, seks måneder tar vedkommende kontakt med avdelingen og etterspør time. Hans symptomer er nå mer uttalte og smertene har øket på. Han blir da informert om at han ikke er prioritert og at man ikke vet når han vil få time. Det går ytterligere noen uker og vedkommende tar på nytt kontakt med avdelingen fordi han nå føler seg enda dårligere. En legesekretær ordner pasienten time og han kommer til behandling nesten ett år etter at henvisningen ble sendt. Mannen får da diagnostisert en inoperabel prostatakreft.*

Pasient- og brukerombudet har hatt en stor økning i antall henvendelser fra personer som har hatt negative erfaringer med Urologisk avdeling. Henvendelsene har kommet inn i løpet av hele 2010. Problemstillingen har vært tatt opp med UNN i flere omganger. Først gjennom møte med kvalitetsutvalget 2. mai 2010, samt gjennom brev i enkeltsaker. Problemstillingen har også vært diskutert med direktøren ved UNN, ledelsen i Helse Nord og med Helsetilsynet. I brev av 8.10.10 skrev vi en utførlig bekymringsmelding til UNN, der vi ga tilbakemelding om forhold vi har sett ikke har

fungert. Helsetilsynet avholdt tilsyn med Urologisk avdeling ved UNN 25.-29. oktober 2010. De avvik som er beskrevet i tilsynsrapport av 1.11.2010 er identiske med de problemstillingene vi har erfart og beskrevet i våre tilbakemeldinger til UNN.

Pasient- og brukerombudet ser svært alvorlig på disse sakene og vil understreke at vi ikke har sett systematiske feil av en slik karakter og et slikt omfang som her. Flere av sakene fra Urologisk avdeling fra 2010 er oversendt Helsetilsynet og Norsk pasientskadeerstatning.

Avvikene ved Urologisk avdeling, skal i følge UNN være lukket, og rutiner i henhold til regelverket skal være på plass.

### **3.3.3 Rett til medvirkning og informasjon**

Vi har hatt en økning i antall henvendelser som gjelder informasjon og medvirkning. Det kan være alt fra manglende informasjon om de mest kjente komplikasjoner ved kirurgiske inngrep til manglende informasjon om hvilke funn som er gjort ved undersøkelser, hvilke behandlingsplaner man har osv. Henvendelser om manglende informasjon og medvirkning kommer fra pasienter selv, men også fra pasienters nærmeste pårørende.

Mange pasienter benytter sin rett til å få innsyn i journalen, ofte for å få nødvendig informasjon om de undersøkelser og den behandling som er foretatt. Vi ser at det i noen sammenhenger også er en manglende journalføring, eksempelvis at man ikke nedtegner de vurderinger som er foretatt. Manglende bruk av standardbrev som er utarbeidet av Helsedirektoratet og Helse Nord bidrar heller ikke til å gi pasienter informasjon om eksempelvis rettigheter.

#### Manglende informasjon og medvirkning i forbindelse med livets slutt.

Pasient- og brukerombudet i Troms har i de siste månedene i 2010 mottatt flere henvendelser fra pårørende til døende pasienter ved ulike avdelinger ved UNN. Sakene dreier seg enten om at pasienten settes på HLR - (hjerte-lunge-redning, minus), eller at ernæring og væske seponeres. Felles for sakene er at beslutningen om å iverksette tiltaket ikke har vært drøftet verken med pasienten eller pårørende, og at de således heller ikke har vært informert om beslutningen. Da de pårørende er i en sorgprosess, og av den grunn ikke har ønsket å gå videre med sakene, har kun en sak vært skriftlig behandlet. Denne saken er ikke ferdigbehandlet. Den praksis vi har sett i disse sakene er i strid med Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrensnig av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende (IS-1691).

Ved å ta beslutningsprosessene i den nasjonale veilederen på alvor, vil man bedre samspillet mellom helsepersonell, pasienter og pårørende og få en mer verdig avslutning av livet til den døende, samtidig som de pårørende vil få en mer naturlig sorgprosess.

### **3.3.4 Psykisk helsevern**

I 2010 har 29 henvendelser kommet fra området psykisk helsevern. Dette utgjør 7% av henvendelsene til ombudet. I tillegg har 9 saker dreid seg om kategorien rus/avhengighet. Da flere av sakene om rus/avhengighet dreier seg om dobbeldiagnoser er tallet fra psykisk helsevern noe høyere enn 29.

I overkant av 20% av henvendelsene innen psykisk helsevern har enten dreid seg om problemstillinger vedrørende journal eller at slike spørsmål har inngått som en vesentlig del av saken. Dette dreier seg enten om problemstillinger ved journalføring eller vanskeligheter med å få utlevert journal.

De fleste henvendelsene innen psykisk helsevern omhandler imidlertid brukermedvirkning. Hele 60 % av sakene dreier seg om at pasientene på ulike måter opplever at de ikke får medvirke i ønsket grad. Problemstillingene i disse sakene er flere. Det har dreid seg om fritt sykehusvalg, valg av behandler, uenigheter knyttet til medisinerer eller diagnostisering, behandlingsmetodikk og måten pasienter har blitt møtt av behandler og ansatte.

Omtrent halvparten av sakene om brukermedvirkning har elementer av tvang i seg. En gjennomgående problemstilling i tvangssakene er at pasienten opplever å miste all medvirkningsrett når et tvangsvedtak fattes. Disse sakene kan dreie seg om bruk av tvang, forhold i forbindelse med medisinerer, fritt sykehusvalg eller valg av behandler.

Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) peker på at brukermedvirkning er et overordnet mål innen helse- og sosialtjenestene og at dette også gjelder innen psykisk helsevern. I opptrappingsplan for psykiatrien (St.prpr. nr. 63 (1997-98) sies det at "Brukermedvirkning tar utgangspunkt i respekten for det enkelte menneske og er i vårt samfunn et gode i seg selv."

## 4.0 KOMMUNALE HELSE- OG SOSIALTJENESTER

Kommunale helse- og sosialtjenester ble inntatt i pasient- og brukerombudets mandat ved lovendring 1.9.2009. Disse omfatter tjenester og tiltak etter henholdsvis lov om helsetjenesten i kommunen av 19.11.1982 nr. 66, unntatt kapittel 4A om miljørettet helsevern, og lov om sosiale tjenester av 13.12.1991 nr. 81.

Vi mottok til sammen 110 henvendelser i 2010 fra kommunesektoren, mot 69 i 2009. Sammenligningsgrunnlaget er for begrenset til at det kan trekkes klare konklusjoner av tallene.

I 2010 utgjorde andelen henvendelser fra kommunesektoren 23 % av samtlige henvendelser.

### 4.1 Kommunehelsetjenesten

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Sakene vi mottar innenfor dette området, omhandler:

- Allmennlegetjeneste
- Fengselshelsetjeneste
- Fysioterapitjeneste
- Heldøgns boform/Institusjon
- Helsestasjon jordmor skolehelsetjeneste
- Hjemmesykepleie
- Kommunal habilitering
- Kommunal rehabilitering
- Legevakt
- Psykisk helsearbeid

Vi mottok 104 henvendelser rettet mot kommunehelsetjenesten 2010. Henvendelsene var fordelt slik:

Allmennlegetjeneste	57
Heldøgns omsorg, institusjon	27
Fengselshelsetjeneste	1
Fysioterapitjeneste	2
Helsestasjon, jordmor, skolehelsetjeneste	1
Hjemmesykepleie	4
Kommunal habilitering	1
Kommunal rehabilitering	2
Legevakt	5
Psykisk helsearbeid	2
Annet	2

Majoriteten av henvendelsene var knyttet til områdene allmennlegetjeneste (57) og sykehjem/boform for heldøgns pleie og omsorg (27).



Når det gjelder henvendelsesgrunner, var disse fordelt slik:

<b>Omsorgsfull hjelp</b>	18
<b>Nødvendig helsehjelp</b>	17
<b>Pasientskade/komplikasjon</b>	17
<b>Saksbehandlingstid, underretning, klage og gjennomføring av vedtak</b>	16
<b>Medisinering</b>	11
<b>Forsinket/feil diagnose</b>	10
<b>Journal</b>	7
<b>Annet</b>	8

## 4.1.2 Hovedtrender

### Allmennlegetjenester (fastlege)

Over 50% av de totale henvendelsene var rettet mot allmennlegetjenesten. Denne er organisert gjennom fastlegeordningen i den enkelte kommune. Fastlegeordningen er en omfattende del av kommunehelsetjenesten, noe som forklarer den høye andelen henvendelser på området.

Henvendelsene gjelder ulike problematikker, og gir ingen klare tendenser. Mange henvendelser har utspring i pasienters behov for informasjon om ulike sider ved fastlegeordningen, uten at dette nødvendigvis har direkte sammenheng med fastlegens praksis. På den annen side har vi mottatt en flere henvendelser om alvorlige forhold, som blant annet forsinket eller feil diagnose, pasientskader, feilmedisinering og brudd på retten til nødvendig helsehjelp. Samlet sett er det likevel ikke avdekket trender som kan fremheves spesielt.

### Sykehjem/Boform for heldøgns pleie og omsorg

27 henvendelser har omhandlet sykehjemstilbud og – tjenester. Disse har i det vesentlige kommet fra pårørende. Denne institusjonsomsorgen utgjør en betydelig del av den kommunale helsetjenesten, og det er derfor som forventet at det er forholdsvis mange henvendelser på dette området. Det er for øvrig ingen kommuner som peker seg spesielt ut.

18 henvendelser omfattet manglende ivaretagelse av beboerens grunnleggende behov, det vil si pasientenes behov for drikke og ernæring, hygiene, medisinsk oppfølging, søvn, personlig trygghet og forutsigbarhet. Videre har vi registrert saker der det ikke var utarbeidet pleieplaner eller lignende for å sikre at pasienter med særlige behov ble fulgt opp på en regelmessig og systematisk måte. Dette har blant annet omfattet pasienter med behov for forebyggende tiltak for å unngå dehydrering eller underernæring. Videre har vi i noen tilfeller merket oss at den medisinske oppfølgingen ikke er journalført. I enkelte saker har ikke institusjonen vært i stand til å løse konflikter mellom beboere, herunder problematikker knyttet til pasienter som opptrer utagerende overfor andre beboere.

Når det gjelder den medisinske oppfølgingen, har vi registrert at det ofte er pårørende som er de første til å observere endringer i pasientens helsetilstand. Dette har dreid seg om helseplager hvor behandlingsbehovet er påtrengende, som for eksempel sårddannelser, urinvegsinfeksjon og dehydrering.

Sykehjem i Troms drives selvsagt ikke uten mål og plan, men det kan synes som om det legges stor vekt på planer for å organisere og drive institusjonen som sådan, i forhold til planarbeid som retter seg mot ivaretagelse av den enkeltes behov for pleie, omsorg og oppfølging. Vårt generelle inntrykk er at institusjonene ikke i tilstrekkelig grad foretar individuelle behovsvurderinger.

Pårørende forteller ofte om problemer med hensyn til informasjon og kommunikasjon med institusjonen. Dette gjelder særlig informasjon om pasientens helsetilstand og – utvikling, men også i forhold til den generelle oppfølgingen av pasienten, samt spørsmål om innsyn i pleieplaner og pasientjournal.

Pårørende har ikke ubetinget krav på detaljert informasjon om en pasient, noe vi også informerer om i enkeltsaker. Vi har imidlertid merket oss at det ofte oppstår kommunikasjonsproblemer som følge av at institusjonen ikke har lagt til rette for informasjonsutveksling med nærmeste pårørende. Institusjonene mangler klare rutiner for å håndtere slike spørsmål. Rutiner for å avklare hvem som er nærmeste pårørende, hvordan krav om journalinnsyn skal behandles, hvilken informasjon som kan gis, og hvordan den skal gis, kan bidra til at man unngår unødvendige og ressurskrevende konfliktsituasjoner.

## 4.2 Kommunale sosialtjenester

Kommunene er ansvarlige for å utføre de oppgaver og tjenester som følger av lov om sosiale tjenester. Blant oppgavene hører generell forbyggende virksomhet og råd og veiledning overfor kommunens innbyggere. Kommunen skal videre yte tjenester etter sosialtjenestelovens kapittel 4, ivareta rettssikkerheten til personer med utviklingshemning i samsvar med lovens kapittel 4A og tilby særlige tiltak overfor rusmiddelavhengige og deres pårørende etter lovens kapittel 6.

Henvendelser innen dette området kan omhandle:

- Praktisk bistand og opplæring (hjemmehjelp)
- Brukerstyrt personlig assistanse
- Avlastningstiltak
- Støttekontakt
- Barnebolig
- Omsorgslønn
- Bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning
- Tildeling av omsorgsbolig
- Kommunal saksbehandling

I Troms har pasient- og brukerombudet mottatt 6 henvendelser på dette området i 2010. Tallet er så lavt at det ikke gir grunnlag for ytterligere kommentarer.

<b>BPA</b>	2
<b>Omsorgslønn</b>	1
<b>Praktisk bistand</b>	1
<b>Støttekontakt</b>	1
<b>Midlertidig husvære</b>	1

## 5.0 SAKER BEHANDLET VED NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Pasient- og brukerombudet gir ofte informasjon, råd og veiledning om erstatningsordninger, særlig pasientskadeerstatning, og bistår i tillegg pasienter i saker til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). I 2010 gjaldt dette i 37 saker, mot 23 i 2009. Vi er behjelpelig ved utforming av skadebeskrivelser, innspill til mandat og sakkyndige erklæringer og til uttalelser fra behandlingssted. I noen tilfeller bistår vi også ved klage på avslag fra NPE.

Vi registrerer at det er svært lang saksbehandlingstid i NPE. En sak kan ligge i mer enn et halvt år uten at det er bevegelse i den. Dette er utilfredsstillende. Særlig problematisk er dette i saker der det er snakk om alvorlige diagnoser med forventet kort levetid og der inntektssvikt/utgifter på grunn av skaden er betydelige.

### Saker i Troms

Det ble innsendt 238 saker til Norsk pasientskadeerstatning fra Troms i 2010 mot 193 i 2009. Av alle behandlede saker for Troms i 2010, fikk 70 personer medhold i sine krav om erstatning, mot 54 i 2009. Det ble utbetalt til sammen kr 61 480 206,- (kr 11 081 640,- i forbindelse med svikt i primærhelsetjenesten, og kr 50 398 566,- i forbindelse med svikt i spesialisthelsetjenesten).

	2009	2010
<b>Totalt antall saker fra Troms</b>	193	238
<b>Antall saker fra kommunehelsetjenesten</b>	27	25
<b>Medhold kommunehelsetjenesten</b>	3	9
<b>Utbetaling kommunehelsetjenesten</b>	1 360 100,-	11 081 640,-
<b>Antall saker fra spesialisthelsetjenesten</b>	166	213
<b>Medhold spesialisthelsetjenesten</b>	51	61
<b>Utbetaling spesialisthelsetjenesten</b>	53 175 730,-	48 365 154,-

De fleste medholdssakene kommer fra områdene gastroenterologisk kirurgi (11 saker), ortopedisk kirurgi (12 saker) og svulster og kreftsykdommer (14 saker).

## 6.0 KONKRETE FORSLAG TIL FORBEDRINGER

På bakgrunn av de pasienterfaringer vi har formidlet i denne årsmeldingen, ønsker vi å komme med følgende forslag til forbedringer:

### 6.1 Spesialisthelsetjenesten

- Alle pasienter må få vurdert rettighetsstatus, både når de henvises fra fastlege og når de henvises fra en avdeling på UNN til en annen avdeling på UNN (når henvisningen gjelder ny utredning/diagnose).
- UNN må sikre at man har rutiner som sørger for at alle som vurderer henvisninger følger de nasjonale veilederne, og at det i tillegg foretas en individuell vurdering.
- Det må tilstrebes en mest mulig lik praksis og en felles forståelse blant de leger som vurderer henvisninger.

- Alle som vurderer henvisninger må benytte standardbrev som er utarbeidet i Helse Nord, når man sender tilbakemelding til pasienten.
- I forbindelse med vurdering av henvisningen, bør man tilstrebe å gi pasienter som ikke er rettighetspasienter et faktisk tidspunkt for utredning/behandling, i stedet for en informasjon om når dette kanskje vil finne sted, jf. standardbrev som er utarbeidet av Helsedirektoratet.
- Når estimert undersøkelses/behandlingstidspunkt skytes frem i tid, må det foretas en vurdering om ytterligere ventetid er forsvarlig.
- UNN må sørge for at alle avdelinger/klinikker følger reglene om fritt sykehusvalg.
- Det bør legges større vekt på pasienters rett til medvirkning, samt pasienters og pårørendes rett til informasjon. Dette gjelder både innen somatikken og psykisk helsevern.
- For å bedre informasjonen generelt, og som ledd i kvalitetssikringsarbeidet, bør alle avdelinger pålegges å sende ut rutinemessig kopi av epikrise til alle pasienter. Dette er et meget bra tiltak, men rutinen må innskjerpes, da flere avdelinger har sluttet med slik utsendelse.
- Avdelingene bør pålegges å sørge for at ordningen med pasientansvarlig lege fungerer som forutsatt.
- Pasient- og brukerombudet formoder at man ved alle avdelinger ved UNN etablerer gode rutiner ved livets slutt, og sørger for at pasient og pårørende er informert og medvirker som forutsatt i Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende (IS-1691).

## 6.2 Kommunale helse- og sosialtjenester

- Kommunene må legge til rette for at sykehjem/boform for heldøgns omsorg og pleie foretar individuelle behovsvurderinger, samt sørger for at disse danner grunnlag for pleieplaner eller lignende. Målsettingen må være at den enkelte pasient blir fulgt opp på en planmessig og systematisk måte. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten, med tilhørende veileder (IS-1201 fra Sosial- og helsedirektoratet), inneholder både krav og veiledende retningslinjer for den type kvalitetsarbeid som vi her etterlyser.
- Det må legges til rette for nødvendig informasjonsutveksling med pårørende. Institusjonens praksis må samsvare med pasientrettighetslovens bestemmelser om pasienters og pårørendes rettigheter med hensyn til samtykke, medvirkning, informasjon og innsyn.

### **Mottakere av årsmelding:**

Stortinget v/Helse- og sosialkomiteen  
 Helse- og omsorgsdepartementet  
 Helsedirektoratet  
 Statens helsetilsyn  
 Helse Nord  
 Universitetssykehuset Nord-Norge  
 Fylkesmannen i Troms  
 Helsetilsynet i Troms  
 Kommunene (adm. og politisk)  
 Media