

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS
Årsmelding 2011

FORORD

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999. I lovens kapittel 8 er det bestemt at ombudet skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudet skal også arbeide for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Frem til 1.9.2009 var ombudsordningen begrenset til å omfatte spesialisthelsetjenesten. Fra dette tidspunktet ble ordningen utvidet til å gjelde den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 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 1.1.2003, samtidig med at pasientombudsordningen gikk over fra å være fylkeskommunal til å bli statlig.

Pasient- og brukerombudet leier lokaler i Fylkeshuset i Tromsø. Kontoret er per 31.12.11 bemannet med fire personer i 3,5 stillingshjemler.

Årsmeldingen avgis til pasient- og brukerombudets arbeidsgiver, Helsedirektoratet. Meldingen er også en tilbakemelding til helseforetakene og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det er vårt håp at den kan komme til nytte i kvalitetsarbeidet som disse tjenestene utfører.

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

Tromsø 1. februar 2011

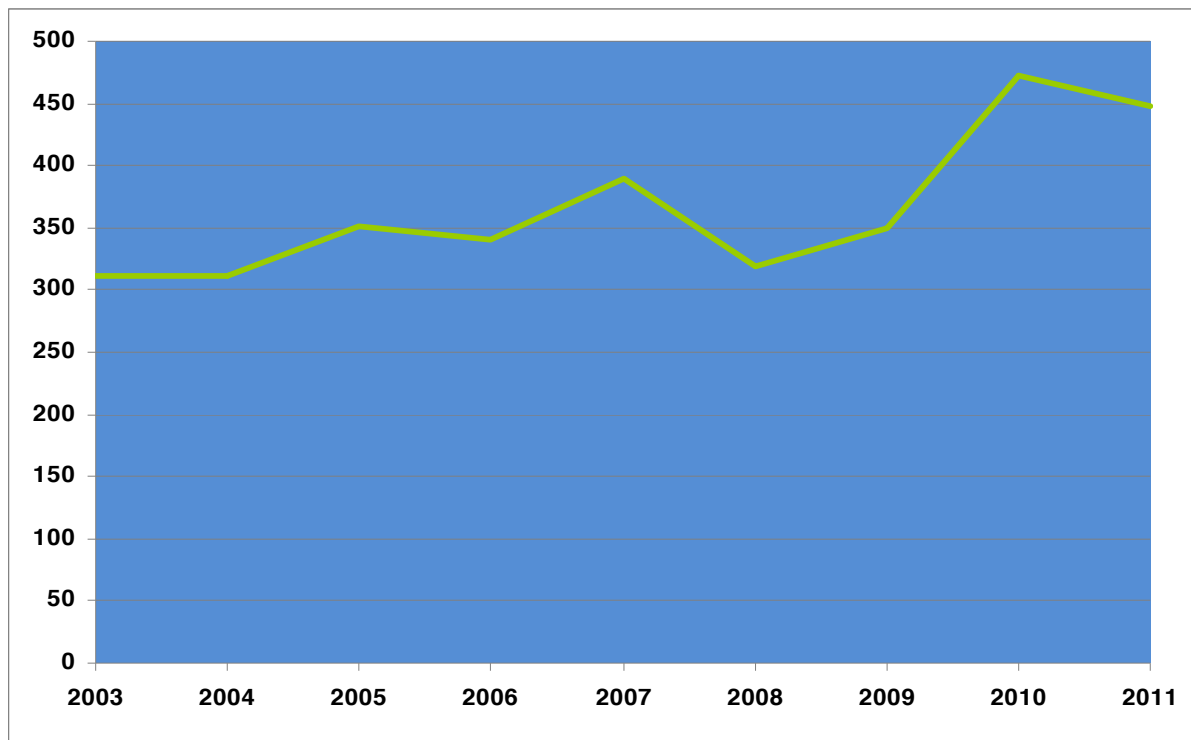
Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud

Innhold

1.	INNLEDNING	4
2.	OM PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS	6
2.1	Om fylket	6
2.2	Driftsforhold	6
2.3	Utadrettet virksomhet og møteaktivitet i 2011	7
2.4	Budsjett	7
3.	SPESIALISTHELSETJENESTEN	8
3.1	Helseforetak og andre spesialsykehus	8
3.2	Henvendelser fra spesialisthelsetjenesten	9
3.3	Hovedtrend – spesialisthelsetjenesten	11
3.3.1	Pasientskade/komplikasjon	12
3.3.2	Rett til helsehjelp	12
3.3.3	Rett til medvirkning og informasjon	13
3.3.4	Behandling av pasienter med rusavhengighet	13
3.3.5	Pasientreiser – et komplisert regelverk	15
3.3.6	Andre tema	16
4.	KOMMUNALE TJENESTER	17
4.1	Kommunehelsetjenesten	17
4.2	Hovedtrender	18
4.3	Sosialtjenester	20
5.	SAKER BEHANDLET VED NORSK PASIENTSKADEERSTATNING	20
6.	FORSLAG TIL FORBEDRINGER	21
6.1	Spesialisthelsetjenesten	
6.2	Kommunale helse- og omsorgstjenester	22

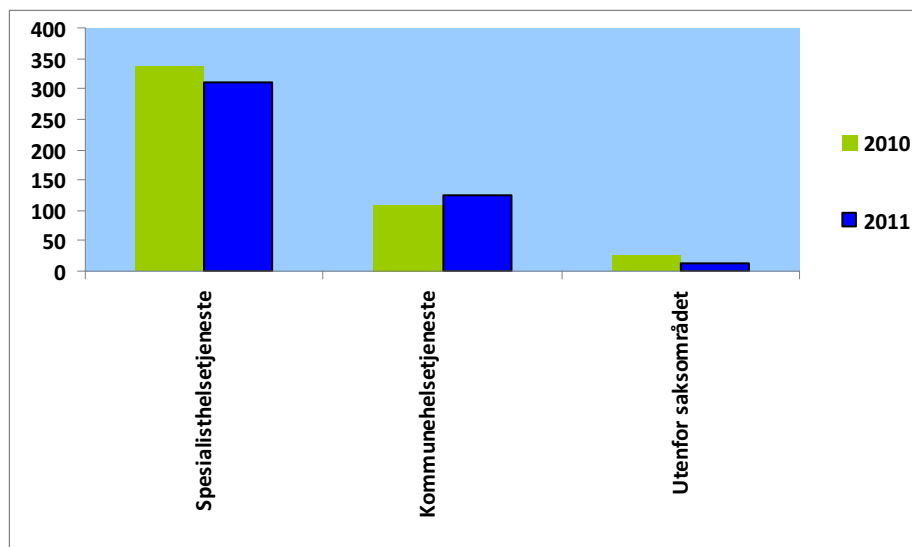
1. INNLEDNING

Pasient- og brukerombudet mottok 448 nye henvendelser i 2011, mot 472 i 2010. Dette er en nedgang på 5%. 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 2011 var antallet steget til 1222.



Figur 1. Antall henvendelser fra og med 2003 til og med 2011.

Av de 448 henvendelsene omhandlet 311 spesialisthelstjenesten og 124 den kommunale helse- og omsorgstjenesten. 13 gjaldt forhold utenfor saksområdet (NAV, hjelpevergeproblematikk, barnevern, voldsoffererstatning, førerkortsaker, helsehjelp i utlandet, privat tannhelsetjeneste). Endringene fra 2010 til 2011 er relativt beskjedne, og innebærer mindre forskyvninger.



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

	2010	2011
Spesialisthelsetjeneste	335	311
Kommunehelsetjeneste	110	124
Utenfor saksområdet	27	13
Totalt	472	448

De fleste som henvender seg til pasient- og brukerombudet tar kontakt per telefon. Noen henvender seg per brev eller e-post. Særlig er henvendelser per e-post økende. Det hender 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 158 av henvendelsene i 2011. Med andre ord kommer 35 % av henvendelsene fra andre personer enn pasienten/brukeren selv.

Pasienter, brukere og pårørende kan henvende seg anonymt til pasient- og brukerombudet, og enkelte benytter seg av denne adgangen. Dette betyr at vi ved noen henvendelser ikke mottar fullstendig informasjon om for eksempel institusjon, kommune eller medisinsk spesialitet. Dette gjenspeiles også i "Annet"-rubrikkene i våre tabeller.

2. OM PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS

2.1 Om fylket

Troms fylke har 25 kommuner, dekker et areal på 25 848 m² og har ca 155 000 innbyggere.

Om lag halvparten av fylkets befolkning bor i og rundt Tromsø, og har kort reisevei til spesialisthelsetjenesten og Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF Tromsø. Videre benytter befolkningen i Sør-Troms seg for en stor del av UNN HF Harstad og av UNN HF Narvik. På grunn av fylkets størrelse er det for deler av befolkningen forholdsvis lange avstander fra bosted til spesialisthelsetjeneste.

Fylket preges for øvrig av mange småkommuner med innbyggertall mellom 1000-3000. Det kan nevnes at det er etablert noe interkommunalt samarbeid om kommunale helse- og omsorgstjenester, blant annet allmennlegetjenester. Fylket har tre lokalmedisinske sentra som er lokalisert i Nordreisa og Lenvik, i tillegg til at Troms militære sykehus i Bardu også har lokalmedisinsk funksjon. Sentrene er bemannet med kommunalt personell og personell fra UNN.

2.2 Driftsforhold

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

Kontoret er per 31.12.2011 bemannet med pasient- og brukerombud Odd Arvid Ryan (100% stilling), rådgiver Sigrid Selheim Huglen (100% stilling), førstekonsulent Hege Pedersen (80% stilling) og rådgiver Marius Storvik (60% stilling), til sammen 3,4 årsverk. To ansatte er jurister og en er sykepleier. Den fjerde ansatte har cand.mag grad i tillegg til helserettsutdanning. Kontoret har samlet sett ansatte med god og relevant kompetanse i forhold til både mandat og etterspørsel.

Kontoret har i løpet av 2011 gjennomgått forholdsvis store personellmessige endringer. Trude Johannessen, som har innehatt ombudsfunksjonen i Troms fra kontorets oppstart 1.1.2003, sluttet i stillingen med virkning fra 1.9.2011. Odd Arvid Ryan, tidligere seniorrådgiver ved kontoret, etterfulgte henne som pasient- og brukerombud fra samme dato. På samme tidspunkt tiltrådte Sigrid Selheim Huglen stilling som rådgiver. Hun er utdannet sykepleier. Overgangen har gått relativt smidig, blant annet fordi prosessen ble gjennomført på en planmessig måte og med innsats fra alle ansatte.

Kontoret var i 2011 åpent for henvendelser mandag til fredag fra 09:00 – 15:00. I tillegg har pasient- og brukerombudet hatt kontordager i Harstad. Disse ble annonsert i dagspressen, og det ble gjort forhåndsavtale med den enkelte pasient, bruker og pårørende om møtetidspunkt.

Det har også vært pasientmøter ved institusjoner i Troms, enten fordi det har vært ønskelig med helsepersonell til stede ved møtene, eller som følge av at det har vært umulig for pasienten å forlate institusjonen.

2.3 Utadrettet virksomhet og møteaktivitet i 2011

Pasient- og brukerombudet har hatt flere møter med eksterne etater i løpet av 2011. Det har vært avholdt felles møte mellom ledelsen i Helse Nord RHF og ombudene i de tre nordligste fylkene.

Pasient- og brukerombudet har gjennom møter og foredrag informert om ordningen, utvidelsen av arbeidsområdet og pasientrettigheter i ulike fora. Det er holdt foredrag på sykepleierutdanningen ved Universitetet i Tromsø, på distriktpspsykiatriske sentra og overfor brukere ved rusinstitusjoner, samt i brukerorganisasjoner.

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

Videre er det etablert et godt faglig samarbeid mellom ombudskontorene i Helse Nord-regionen, og det er holdt flere møter kontorene imellom som har inkludert alle ansatte. Dette har også omfattet videokonferanse.

Pasient- og brukerombudskollegiet har hatt flere møter i 2011. Det har blant annet vært arbeidet med felles høringsuttalelser og felles brev til Helsedirektoratet og HOD. Av felles høringsuttalelser som er avgitt kan nevnes felles høringsuttalelse til forslag til kommunal helse- og omsorgstjenestelov, samt forslaget til forskrifter til samme lov. Undertegnede har ført i pennen vesentlige deler av disse høringsuttalelsene. Landets pasient- og brukerombud har videre vært i møter med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Ombudskollegiet har også skrevet kronikker og tatt opp problemstillinger med så vel myndigheter som helseforetak.

2.4 Budsjett

Budsjett og regnskap for de tre siste årene:

	2009	2010	2011
Budsjett	1 851 000,-	2 384 000,-	2 513 000,-
Regnskap	1 861 659,-	2 429 203,-	2 511 852,-

Som det fremgår av regnskapet for 2011, gikk kontoret med et lite overskudd. Dette innebærer i realiteten en regnskapsmessig balanse. Vi fikk økte og uforutsette utgifter, særlig i forbindelse med stillingsutlysninger og nyansettelser i to stillinger i 2011. Driften ble på denne bakgrunn justert siste halvdel av året for å

unngå underskudd. Dette har gått noe ut over vår utadrettede virksomhet i samme tidsrom.

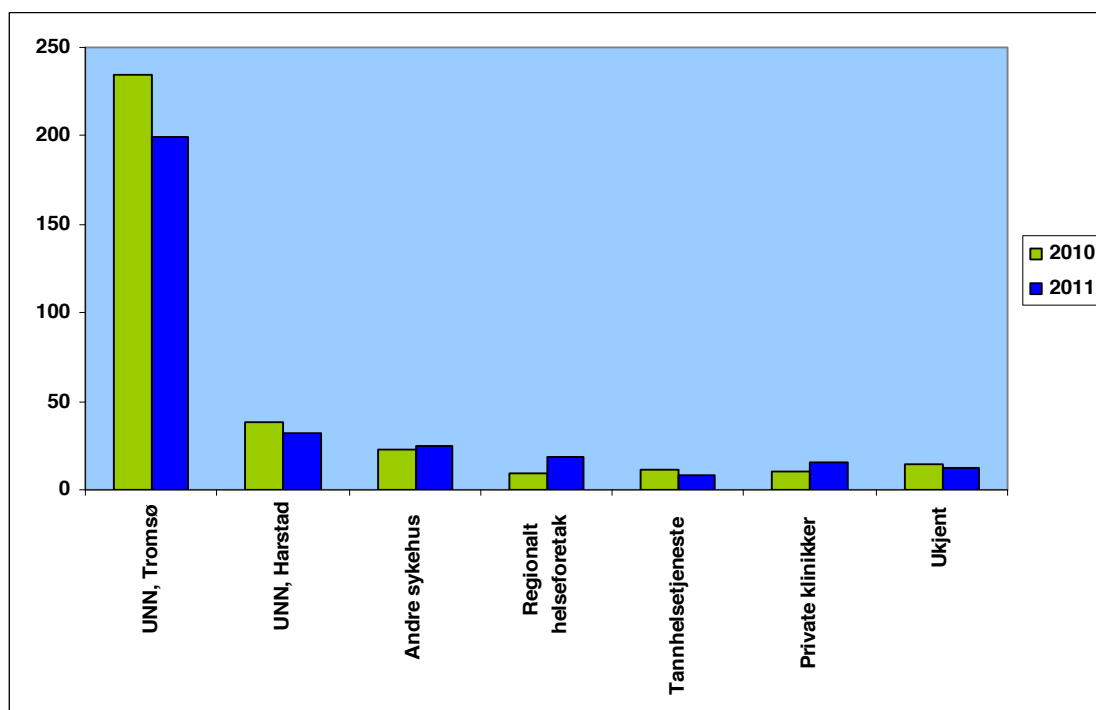
3. SPESIALISTHELSETJENESTEN

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 Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF Tromsø og UNN HF Harstad. UNN HF omfatter også UNN HF Narvik, ulike distriktpsikiatriske sentra, samt Troms millitære sykehus og Longyearbyen sykehus.

Vi mottar også henvendelser fra pasienter og institusjoner i Nordland og Finnmark. Dette er blant annet en følge av at mange pasienter i Helse Nord-regionen blir behandlet ved UNN HF Tromsø. De finner det derfor naturlig å ta kontakt med ombudet i Troms i forbindelse med behandling eller lignende. Videre er det mange innbyggere i Troms som lar seg behandle ved andre institusjoner, enten på bakgrunn av retten til fornyet vurdering eller ved fritt sykehusvalg. Vi har også en del henvendelser fra private klinikker.



Figur 2. Henvendelser fordelt på institusjoner. Troms Fylke 2011 sammenlignet med 2010

Tabellen nedenfor gir et bilde av omfanget av henvendelser fra spesialisthelsetjenesten, hvilke institusjoner henvendelsene kommer fra, samt utviklingen i antall henvendelser fra de ulike institusjonene fra 2010 til 2011. (TkNN = Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Nord-Norge).

Som det fremgår av tabellen er det en nedgang i antall henvendelser fra UNN fra 2010 til 2011. UNN HF Tromsø har en reduksjon på 15%. UNN HF Harstad har en tilsvarende nedgang. Den samlede nedgangen på henvendelser fra UNN er dermed på 15%. Ved UNN HF Tromsø ses nedgangen særlig ved Urologisk avdeling.

Kategorien "ukjent" omfatter henvendelser fra spesialisthelsetjenesten der institusjonens navn ikke ble oppgitt.

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

	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>
UNN Tromsø	176	235	199
UNN Harstad	25	38	32
Andre sykehus	17	23	25
Private klinikker	13	10	16
TkNN		4	8
Regionalt helseforetak	-	9	19
Ukjent	13	14	12

3.2 Henvendelser fra spesialisthelsetjenesten

Tabellen nedenfor viser antall henvendelser knyttet til områder/spesialiteter fra 2009 til 2011. I kategorien "Annet/ukjent" inngår blant annet AMK og ambulanse, habilitering, geriatri, nevrokirurgi og reumatologi.

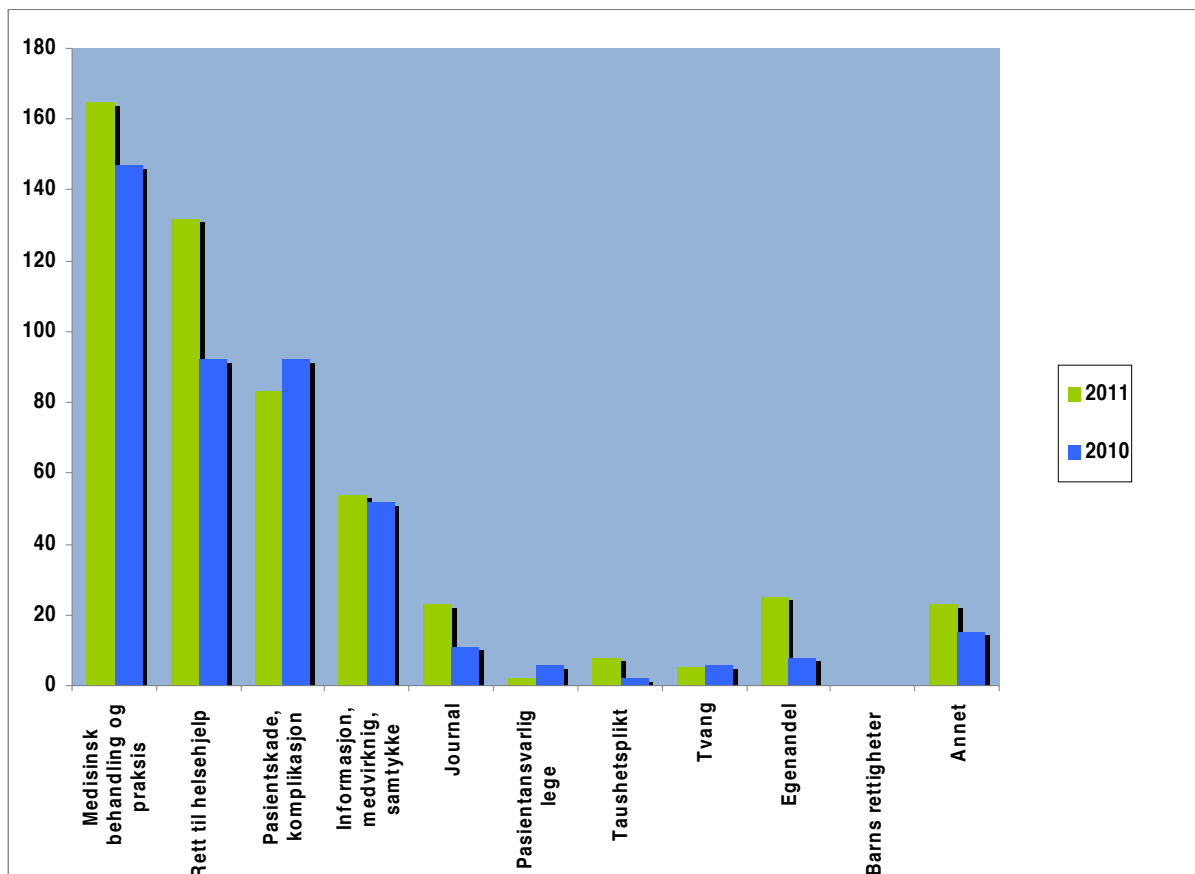
Som det går frem av tabellen kommer de fleste henvendelsene fra områdene kirurgi og ortopedi. Det er stor nedgang i saker fra Urologisk avdeling ved UNN HF Tromsø, noe som etter alt å dømme har sammenheng med at vi i 2010 mottok spesielt mange saker knyttet til systematiske og alvorlige svikt ved denne avdelingen. Dette er omtalt i forrige årsmelding. På området "Medisin" er det en økning i antall henvendelser fra 25 i 2010 til 37 i 2011. Dette omfatter medisinsk behandling og praksis, utstyr og lignende. 30 av disse henvendelsene er fra UNN HF Tromsø. Vi har ikke funnet utviklingstrekk som gir grunnlag for nærmere kommentarer i den forbindelse. Henvendelsene på områdene gynekologi/føde og Øre/Nese/Hals har i stor grad sammenheng med kirurgiske inngrep.

Hovedtyngden av henvendelsene er fra somatikken. Vi mottok 29 henvendelser som omhandlet psykisk helsevern og 11 fra rusfeltet i 2011. Det er

ikke vesentlige tallmessige endringer på disse områdene. Vi har imidlertid merket oss at henvendelsene fra rusavhengige blir stadig mer omfattende og arbeidskrevende. Enkelte observasjoner som vi har gjort ved behandlingen av disse sakene er omtalt i pkt. 3.3.4.

	2009	2010	2011
Kirurgi	51	55	55
Ortopedi	31	49	44
Medisin	16	25	37
Psykisk helsevern	25	29	29
Gynekologi/føde	16	14	15
Onkologi	20	17	14
ØNH	6	5	5
Radiologi	6	7	-
Nevrologi	7	6	8
Rus	6	9	11
Plastisk kirurgi	6	6	7
Øye	4	7	6
Rehabilitering	4	8	5
Barn	5	11	10
Urologi	3	31	8
Annet/ukjent	57	45	48

3.3 Hovedtrend - spesialisthelsetjenesten



Figur 3. Henvendelsesgrunner. Troms fylke 2011 sammenlignet med 2010.

Av tabellene over og nedenfor fremgår mer spesifikke henvendelsesgrunner som har hatt mer enn 10 registreringer de siste to årene. Tendensene er noe varierende. Det har vært en økning i antall henvendelser som omhandler rett til helsehjelp, herunder forsinket/feil behandling, ventetid og fornyet vurdering. I kategorien rett til helsehjelp er det samtidig registrert en nedgang i henvendelser om individuell behandlingsfrist og forsinket/feil diagnose. Det er også nedgang i henvendelser vedrørende pasientskader/komplikasjoner.

Antall henvendelser som har omhandlet informasjon og medvirkning er fortsatt mange, og dette blir ofte tatt opp som tilleggsmoment til andre henvendelsesgrunner.

	2010	2011
Pasientskade/komplikasjon	92	68
Informasjon/medvirkning/samtykke	52	49
Nødvendig helsehjelp	34	27
Forsinket/feil diagnose	33	17
Journal	11	17
Omsorgsfull hjelp	20	16
Ventetid	20	32
Forsinket/feil behandling	29	40
Medisinering, utstyr	15	4
Individuell behandlingsfrist	18	11
Fornyhet vurdering	6	9
Oppførsel	10	14
Utskrivning/oppfølging/manglende henvisning	27	21
Mangelfulle rutiner/systemsvikt	9	8
Valg av sykehus	16	12
Egenandel	10	13
Syketransport	10	15

3.3.1 Pasientskade/komplikasjon

Pasient- og brukerombudet har mottatt færre henvendelser som omhandler pasientskader. Dette samsvarer for øvrig med tall fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE) for 2011, hvor det også er registrert en nedgang i antall mottatte søknader. Se for øvrig pkt. 5 nedenfor. Det er for tidlig å trekke konklusjoner med tanke på eventuelle trender. Sammenlignet med tidligere år, er vi tilbake på 2009-nivå, hvor vi mottok 71 henvendelser.

Henvendelsene på dette området 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 henvendelser der røntgenundersøkelser eller prøver ikke er fulgt opp, eller at pasienten ikke er fulgt opp og alvorlig sykdom har fått utvikle seg. Videre har vi mottatt henvendelser om skader i forbindelse med fødsler.

3.3.2 Rett til helsehjelp

Generelt

Om lag 130 av alle henvendelsene til pasient- og brukerombudet omhandler rett til helsehjelp. Under denne rubrikken registreres henvendelser vedrørende manglende nødvendig helsehjelp, individuell behandlingsfrist, vurdering av henvisninger, ventetid og fritt sykehusvalg.

Oppfølging/ventetid

Vi erfarer at pasienter som ikke er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp (behovspasienter) kan vente i lang tid før de får tilbud om undersøkelse eller behandling. Sykehuset oppgir ofte en estimert ventetid overfor denne

pasientgruppa. Når det aktuelle tidspunktet inntreffer, hender det for ofte at pasientene enten ikke hører noe fra sykehuset eller at tidspunktet blir skjøvet frem i tid. Vi har merket oss at dette ikke sjelden gjøres uten at man foretar en medisinsk forsvarlighetsvurdering i forhold til den lange ventetiden. Se også pkt. 3.3.3.

3.3.3 Rett til medvirkning og informasjon

Vi mottar fortsatt mange henvendelser som gjelder informasjon og medvirkning. Dette dreier seg blant annet om manglende informasjon om kjente komplikasjoner ved kirurgiske inngrep, manglende informasjon om hvilke funn som er gjort ved undersøkelser og hvilke behandlingsplaner man har. Tilbakemeldingene om manglende informasjon og medvirkning kommer både fra pasienter og pårørende.

Et eksempel på mangelfull informasjon hadde sammenheng med behandling av sykkelig overvekt. Etter retningslinjer gitt av Helse Nord skal Nordlandssykehuset HF Bodø (NSH) foreta vurderingen av pasientens behov for helsehjelp, samt fastsette individuell behandlingsfrist. Deretter skal pasienten følges opp ved sitt lokalsykehus. Som følge av en misforståelse om rollefordeling og ansvar mellom NSH og øvrige helseforetak, oppsto det fristbrudd i flere saker, noe som heller ikke ble meldt til Helfo Pasientformidling.

På grunn av mangelfull informasjon om blant annet planlagt behandlingsforløp var pasientene i villrede, og enkelte trodde de hadde mistet sin rett til helsehjelp. Flere av pasientene hadde ventet i lang tid på å få sin tilstand og rett til helsehjelp avklart, og opplevde det som svært belastende at det oppsto usikkerhet omkring dette. Ved henvendelse til helseforetakene fikk pasientene inntrykk av at de var avvist med tanke på videre behandling. Etter henvendelse fra pasient- og brukerombudet ble forholdet rettet opp i løpet av våren 2011.

Vi er også opptatt av at pasienter som ikke blir vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp, såkalte behovspasienter, får tilstrekkelig og tydelig informasjon. Dette gjelder informasjon om hva deres status faktisk innebærer, herunder at estimert ventetid for undersøkelser og/eller behandling ikke er bindende for helseforetaket og at det derfor kan forekomme forskyvninger. Videre ser vi at det kan mangle informasjon som er nødvendig for at pasienten skal kunne ivareta sine rettigheter og interesser, som fritt sykehusvalg, adgangen til å be om fornyet vurdering og klagemuligheter. Dette er informasjon som kan bidra til å øke pasientens faktiske mulighet til å oppnå behandling selv om vedkommende ikke er rettighetspasient. Indirekte vil man også redusere faren for at pasienten innretter seg i forhold til at estimert behandlingstidspunkt er bindende.

3.3.4 Behandling av pasienter med rusavhengighet

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk

Pasient- og brukerombudet ser at henvendelser fra rusavhengige ofte utvikler seg til saker som strekker seg over tid, og reiser gjerne prinsipielle spørsmål. Ut fra henvendelsene kan det se ut til at det på systemnivå i Helse Nord er etablert en oppfatning om at de allmenne pasientrettighetene ikke gjelder fullt ut for denne pasientgruppa. Dette har blant annet omfattet spørsmål om fritt sykehusvalg.

Helse- og omsorgsdepartementet har i rundskriv I-8/2004, kapittel 3.6, påpekt at pasienter som skal motta tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB), må gis en reell rett til valg av behandlingssted (fritt sykehusvalg). Valgretten omfatter sykehus, DPS eller private institusjoner som inngår i ordningen. Valgretten gjelder imidlertid ikke nivå på behandlingen, noe som innebærer at fritt sykehusvalg ikke gir rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for.

Innenfor Helse Nord har vi registrert tilfeller der pasienten, gjennom henvisning fra fastlege, har fremsatt anmodning om behandling ved en bestemt institusjon. Vurderingsenheten har imidlertid avslått pasientens valg av behandlingstilbud under henvisning til at innholdet av behandlingstilbudene varierer mellom behandlingsstedene, og at de derfor må betraktes som ulike behandlingsnivå. En slik praksis kan tyde på at man enten vurderer rusavhengige annerledes i forhold til fritt sykehusvalg, eller at man praktiserer fritt sykehusvalg i strid med pasient- og brukerrettighetsloven.

Vi vil vise til Helsedirektoratets veileder IS-1505, side 21, om vurdering av henvisninger til TSB for personer under 23 år, hvor blant annet følgende er fremholdt: *"Nivåinndelingen er blitt avløst av en nivåforståelse som samsvarer med hva som legges til grunn i de øvrige spesialisthelsetjenesten. Inndelingen blir etter dette poliklinikk, dagbehandling, døgnbehandling, samt LAR og sosialtjenesteloven/tvangsbehandling."*

Ulikheter i behandlingstilbudet innenfor samme kategori innebærer ikke uten videre at ett tilbud er mer spesialisert enn et annet. Et minstekrav må etter vår oppfatning være at Helse Nord foretar en formell avklaring av hvilke institusjoner som anses for å være mer spesialisert enn andre innenfor TSB. Dette vil gi pasientene holdepunkter og forutsigbarhet ved eventuell bruk av fritt sykehusvalg.

Det må avslutningsvis bemerkes at kapasitetshensyn kan begrense en pasients valgmuligheter. Dette er imidlertid ikke angitt som begrunnelse i de tilfellene vi kjenner til. Vi utelukker heller ikke at det i enkeltsaker foreligger faglige begrunnelser som taler mot å etterkomme pasientens ønske om behandlingssted.

Vi har funnet grunn til å bringe dette spørsmålet inn for Helsedirektoratet for å få presisert ovennevnte problemstilling.

Andre forhold

Når det gjelder behandling av rusavhengige pasienter har vi merket oss enkelte andre forhold som må bemerkes:

- Ventetid

I en illustrerende sak ble henvisningen fra fastlege uten rimelig grunn forsinket med 3 måneder. I samme sak fastsatte vurderingsenheten en individuell behandlingsfrist på 3 måneder. Samlet sett ble behandlingsoppstart utsatt med nærmere 6 måneder. For en motivert rusavhengig pasient kan tiden som går fra henvisning til behandling være helt avgjørende for å kunne oppnå behandling, og alle nivå i helsetjenesten må derfor fastsette frister og iverksette tiltak overfor disse uten unødig opphold.

- Kontinuitet

Vel så viktig som rask saksbehandling er kontinuitet i den medisinske behandlingen. Vi har sett tilfeller der en pasient ble avruset på institusjon, men fikk deretter et opphold mellom avrusing og videre behandling. Slike oppholdsperioder er spesielt uheldig for denne pasientgruppa, da faren for at man "sprekker" er overhengende. I ett tilfelle var dette unødvendig, all den tid institusjonen hvor avrusingen var gjennomført, hadde ledig kapasitet i "oppholdsperioden".

- Samarbeid med det kommunale hjelpeapparatet og individuell plan

Et særtrekk ved rusavhengige er at de kan være relativt mobile. Dette har gjerne sammenheng med at de mangler fast bopel. Dersom pasienter og brukere beveger seg mellom kommuner over lengre tid, kan det oppstå problemer med å identifisere hvilken kommune som regnes som ansvarlig for å gi pasienten helse- og omsorgstjenester, samt individuell plan og koordinator.

Uenighet mellom kommuner om ansvar for finansiering av tjenester til pasienter og brukere kan få store negative konsekvenser for den enkelte. Vi har erfart at brukeren i verste fall ikke får oppfylt sin rett til tjenester som følge av uenighet mellom kommuner om ansvarsforhold. Det er vårt grunnleggende syn at oppholdsprinsippet må gjelde med færrest mulige unntak, det vil si at det er faktisk oppholdskommune som har ansvaret for pasienten. Det er grunn til å håpe at Helse- og omsorgsdepartementets forslag til ny forskrift om fordeling av kostnader mellom kommunene kan bidra til at oppholdsprinsippet blir den klare hovedregelen.

3.3.5 Pasientreiser – et komplisert regelverk

Antall henvendelser om pasientreiser har økt de siste to årene. Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 har pasient og eventuell ledsager krav på dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise for å få helsehjelp. Stønad ytes til dekning av reiseutgifter til det nærmeste stedet der behandlingen kan gis. Ordningen er presisert i syketransportforskriften.

Det kan se ut til at deler av regelverket er uklart og komplisert både for pasientene og Pasientreiser ANS, som administrerer ordningen. Regelverket gir

betydelig rom for tolkning, noe som kan ha ført til at det er utviklet en praksis som begrenser pasientenes rett til utgiftsdekning.

I forhold til spørsmålet om hva som er nærmeste sted helsetjenesten kan gis, har vi registrert at Pasientreiser anser grensene mellom helseregionene som en begrensning for rett til reiseoppgjør. Ofte er det mer praktisk, effektivt og mindre belastende for pasienten å benytte tjenester på tvers av regionsgrenser for å få helsehjelp. Når dette i tillegg er nærmeste sted som helsetjenesten kan gis, skal spørsmålet vurderes i forhold til syketransportforskriften. Pasientreiser har tolket dette som fritt sykehusvalg, og med det resultat at pasienten ikke får dekket sine reiseutgifter. Denne praksisen, som er utviklet de siste par årene, er etter vår oppfatning i strid med pasient- og brukerrettighetsloven og syketransportforskriften. Vi har også sett samme resultat i saker som går på tvers av kommunegrenser, for eksempel hvor nærmeste fysioterapeut har tilhold i en annen kommune.

Spørsmålet ble i fjor sommer tatt opp med Helse- og omsorgsdepartementet, som har bekreftet at problemstillingen skal underlegges vurdering.

Videre har vi registrert problemer knyttet til den praktiske gjennomføringen av ledsagerordningen og en noe rigid holdning med hensyn til dokumentasjon ved behov for særskilt transportmiddel. Det er også stilt krav til dokumentasjon som etter vår oppfatning er særlig tyngende for pasientene. Blant annet er pasienter pålagt å fremskaffe dokumentasjon for at hjemkommunen og nabokommunene ikke kan gi den helsehjelpen som pasienten trenger innen 6 måneder. Det er selvsagt at pasienter og brukere har dokumentasjonsplikt om egne forhold, men det er like selvsagt at det er det offentlige som i første rekke må dokumentere forhold omkring kapasitet i den offentlige helsetjenesten

3.3.6 Andre tema

- Dekning av kompresjonsstrømper og støttebandasjer til pasienter med lymfødem etter brystkreftbehandling.

Vi mottok i 2010 og 2011 henvendelser fra brystkreftererte som opplyste at de måtte betale for kompresjonsstrømper og støttebandasjer, selv om spesialist hadde slått fast at de hadde behandlingsmessig behov for slike hjelpemidler. Disse er relativt kostbare.

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev av 11.5.2010 slått fast at disse hjelpemidlene er å anse som behandlingshjelpemidler, og at utgiftene til disse dermed skal dekkes av de regionale helseforetakene. Dette forholdet ble derfor tatt opp skriftlig med UNN HF Tromsø, som var den institusjonen som problemstillingen var reist overfor. I brev av 9.11.2011 fra Helse Nord ble det bekreftet at det er helseforetakene som har betalingsansvaret for kompresjonsstrømper og støttebandasjer til pasienter med lymfødem etter brystkreftbehandling. De pasientene som hadde fått avslag, fikk dekket eller refundert sine utlegg.

- Klager og erstatningskrav fra hofteopererte pasienter ved UNN HF Harstad.

Under arbeidet med fjorårets årsmelding, fant vi at flere hoftepasienter hadde fått store plager etter at de hadde fått innsatt totalprotese ved UNN HF Harstad. Dette gjaldt operasjoner i tidsrommet 2008-2009. Vi fant at disse sakene måtte undersøkes nærmere, og i samråd med pasientene ble det oversendt klage til Helsetilsynet i Troms (nå: Fylkesmannen i Troms). Fylkesmannen har iverksatt tilsynssak, og denne pågår fortsatt. Videre har vi i samråd med enkelte av pasientene oversendt erstatningskrav til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) på samme grunnlag. Også NPE-sakene er under behandling.

4. KOMMUNALE TJENESTER

Kommunale helse- og sosialtjenester ble inntatt i pasient- og brukerombudets mandat ved lovendring 1.9.2009. Disse omfattet tjenester og tiltak etter henholdsvis lov om helsetjenesten i kommunene av 19.11.1982 nr. 66, unntatt kapittel 4A om miljørettet helsevern, og lov om sosiale tjenester av 13.12.1991 nr. 81. Ved lovendring er ovennevnte lover opphevet. De er erstattet av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som trådte i kraft 1.1.2012.

I 2011 mottok vi 124 henvendelser fra kommunesektoren, mot 110 i 2010. Dette er en liten økning. Henvendelsene fra kommunesektoren utgjør 27% av alle henvendelser som vi mottok i 2011.

4.1 Kommunehelsetjenesten

Kommunene skal sørge for nødvendige helsetjenester for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen. Vi mottok 112 henvendelser rettet mot kommunehelsetjenesten 2011. Henvendelsene var fordelt slik:

	2010	2011
Allmennlegetjeneste	57	74
Heldøgns omsorg, institusjon	27	16
Fengselshelsetjeneste	1	0
Fysioterapitjeneste	2	2
Helsestasjon, jordmor, skolehelsetjeneste	1	2
Hjemmesykepleie	4	3
Kommunal habilitering	1	0
Kommunal rehabilitering	2	2
Legevakt	5	10
Psykisk helsearbeid	2	3
Annet	2	-

Majoriteten av henvendelsene var knyttet til områdene allmennlegetjeneste (74) og sykehjem/boform for heldøgns pleie og omsorg (16). Disse områdene var også i 2011 de klart største innenfor kommunesektoren.

Tabellen nedenfor viser mer spesifikke henvendelsesgrunner og hvordan disse var fordelt. Som det fremgår er det små variasjoner fra 2010 til 2011, bortsett fra kategoriene "Henvisninger" og "Annet". I sist nevnte kategori inngår 13 henvendelser om egenandeler.

Antall henvendelser i 2011 om henvisning fra fastlege utgjør 11, mot ingen foregående år. Disse har blant annet omfattet tilfeller der fastlegen har funnet det medisinsk nødvendig å henvise pasienten til spesialisthelsetjenesten, men hvor dette av ulike grunner ble utsatt eller avglemt.

	2010	2011
Omsorgsfull hjelp	18	14
Nødvendig helsehjelp	17	19
Pasientskade/komplikasjon	17	15
Saksbehandlingstid, underretning, klage og gjennomføring av vedtak	16	16
Medisinering	11	8
Forsinket/feil diagnose	10	8
Journal	7	5
Henvisning	-	11
Annet	8	39

4.2 Hovedtrender

Allmennlegetjenester (fastlege)

Over 60% av henvendelsene fra kommunesektoren var rettet mot allmennlegetjenesten. Denne er organisert gjennom en fastlegeordning i den enkelte kommune. Fastlegeordningen er en vesentlig del av kommunehelsetjenesten, noe som forklarer noe av den høye andelen henvendelser på dette området. Ordningen er dessuten bindeledd mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og henvendelser som gjelder allmennlegetjenester omfatter dermed også forhold som har tilknytning til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder i særlig grad henvisninger og oppfølging under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Henvendelsene som vi mottar fra pasientene gjelder ulik problematikk. Mange henvendelser har utspring i pasienters behov for informasjon om fastlegeordningen, uten at dette nødvendigvis har direkte sammenheng med fastlegens praksis. På den annen side mottar vi også henvendelser om alvorlige forhold, som blant annet forsinket eller feil diagnose, pasientskader, feilmedisinering og brudd på retten til nødvendig helsehjelp.

Vi finner grunn til å fremheve noen av våre observasjoner i lys av samhandlingsreformen, som vil skjerpe kravene som stilles til fastlegens rolle og posisjon mellom det kommunale tjenestetilbudet og spesialisthelsetjenesten.

Vi vil for det første bemerke at vi har mottatt henvendelser fra flere pasienter som opplever at det tar uforholdsmessig lang tid før fastlegen faktisk foretar henvisning til spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder tilfeller der fastlegen har bekreftet overfor pasienten at det er medisinsk grunnlag for slik henvisning.

Videre har vi registrert henvendelser og saker der fastlegen ikke ser ut til å ha rutiner for oppfølging av pasienten under eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Det er også registrert saker der fastlegen ikke har oppfattet vesentlig informasjon som er inntatt i epikrisen vedrørende hvordan pasienten bør følges opp etter undersøkelse og behandling ved sykehus. Det kan se ut til at slik oppfølging er noe personavhengig, og at det ikke foreligger klare rutiner som kan bidra til å forhindre slike glipper. Dette kan få alvorlige følger, noe vi dessverre har sett eksempler på.

Sykehjem/Boform for heldøgns pleie og omsorg

16 henvendelser har omhandlet sykehjemstilbud, eller mangel på slikt tilbud. Henvendelsene har i det vesentlige kommet fra pårørende. Det er ingen kommuner som peker seg ut.

9 av henvendelsene omfattet nødvendig helsehjelp og omsorgsfull hjelp, og i første rekke spørsmål om ivaretagelse av grunnleggende behov, det vil si pasientenes behov for ernæring, hygiene, medisinsk oppfølging, søvn, personlig trygghet og forutsigbarhet. Dette samsvarer med våre observasjoner i 2010. Selv om det har vært en uventet nedgang i antall henvendelser på dette området, finner vi også i denne årsmeldingen grunn til å understreke nødvendigheten av at pasienter følges opp på en planmessig og systematisk måte.

Kommunehelsetjenesten, og særlig sykehjem, står overfor nye utfordringer gjennom lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne loven stiller klarere krav til tjenestens kvalitet og, ikke minst, til verdigheten i tjenestetilbudet. Disse utfordringene blir desto større dersom man ikke anlegger et individuelt perspektiv når kvalitet og verdighet skal omsettes i praksis. Vi er her inne på forhold som i vesentlig grad styres av den enkelte pasients situasjon og individuelle forutsetninger. Verdighet vil alltid ha en subjektiv side, og selv om det nok kan etableres enkelte generelle normer for tjenesten som er anvendbare for et flertall av pasienter, vil spørsmålet om kvalitet og verdighet til enhver tid måtte måles opp mot den enkeltes opplevelse av tjenestene.

4.3 Sosialtjenester

Kommunene var frem til 31.12.2011 ansvarlige for å utføre de oppgaver og tjenester som fulgte av lov om sosiale tjenester. Disse kommunale oppgavene omfatter forbyggende virksomhet, råd og veiledning overfor kommunens innbyggere. Kommunen skal videre yte omsorgstjenester som praktisk bistand, brukerstyrt personlig assistanse, avlastning og støttekontakt. Kommunen kan også tilby omsorgslønn dersom brukeren mottar praktisk bistand fra nærstående. Videre skal kommunen ivareta rettssikkerheten til personer med utviklingshemning og tilby særlige tiltak overfor rusavhengige og deres pårørende.

De ovennevnte oppgavene videreføres i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Som det fremgår av tabellen nedenfor mottok vi 6 henvendelser på dette området i 2011, noe som tilsvarer tallene fra 2010. Tallene er så lave at de ikke kan danne grunnlag for nærmere kommentarer om trender og utviklingstrekk.

	2010	2011
Brukerstyrt personlig assistanse	2	2
Omsorgslønn	1	1
Praktisk bistand	1	3
Støttekontakt	1	0
Midlertidig husvære	1	0

5. SAKER BEHANDLET VED NORSK PASIENTSKADEERSTATNING

Pasient- og brukerombudet bistår pasienter i saker til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). I 2011 gjaldt dette i 39 saker, mot 37 i 2010. I tillegg til råd og veiledning om ordningen, er vi behjelpelige 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 gjelder 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 218 saker til Norsk pasientskadeerstatning fra Troms i 2011 mot 238 i 2010. Av alle behandlede saker for Troms i 2011, fikk 93 personer

medhold i sine krav om erstatning, mot 70 i 2010. Det ble utbetalt til sammen kr 1 088 000 i forbindelse med svikt i kommunehelsetjenesten, og kr 54 769 400 i forbindelse med svikt i spesialisthelsetjenesten.

	2010	2011
Totalt antall saker fra Troms	238	218
Antall saker fra kommunehelsetjenesten	25	25
Medhold kommunehelsetjenesten	9	10
Utbetaling kommunehelsetjenesten	11 081 640,-	1 088 000,-
Antall saker fra spesialisthelsetjenesten	213	193
Medhold spesialisthelsetjenesten	61	83
Utbetaling spesialisthelsetjenesten	48 365 154,-	54 769 400,-

De fleste medholdssakene kommer fra områdene ortopedisk kirurgi (24 saker) og svulster og kreftsykdommer (21).

6. 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

- I forbindelse med vurdering av henvisninger, må man tilstrebe å gi alle pasienter et faktisk tidspunkt for utredning/behandling, i stedet for informasjon om når dette kanskje vil finne sted, jf. standardbrev som er utarbeidet av Helsedirektoratet.
- Når estimert undersøkelses-/behandlingstidspunkt skyves frem i tid, må det foretas en medisinsk vurdering av om ytterligere ventetid er forsvarlig.
- Det må legges vekt på pasienters rett til medvirkning, samt pasienters og pårørendes rett til informasjon. Dette gjelder både innen somatikken og psykisk helsevern.
- Ved tverretattlig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk må det på alle nivå legges tilstrekkelig vekt på pasientrettighetene. Man må ha fokus på at det ikke utvikles særordninger for rusavhengige som direkte eller indirekte begrenser deres rettigheter.
- Regelverket som omhandler pasientreiser må revideres. Det foreligger behov både for forenklinger og en generell modernisering av reglene.

6.2 Kommunale helse- og omsorgstjenester

- I allmennlegetjenesten må det legges vekt på rutiner som sikrer at det blir foretatt henvisning til spesialisthelsetjenesten uten unødig opphold.
- Pasienter må få tilbud om kopi av epikrise, henvisninger og journalnotat etter konsultasjon.
- Fastleger må avsette mer tid til hver enkelt pasient, og særlig til dem som har behov for langvarig og mer omfattende oppfølging.
- Kommunene må legge til rette for at sykehjem kan foreta individuelle behovsvurderinger. Målsettingen må være at den enkelte pasient følges opp på en planmessig og systematisk måte i praksis. Disse målene er nå forankret i forsvarlighetskravene i ny helse- og omsorgstjenestelov, og er ikke minst av betydning med tanke på samhandlingsreformen, som realiseres fra 1.1.2012.

