

ÅRSMELDING 2016

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS



Pasient- og brukerombudsordningen

Pasient- og brukerombudets mandat og oppgaver følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8.

Ombudet skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Ombudet skal også arbeide for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke.

Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgiveransvaret. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig.

Pasient- og brukeombudet i Troms

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert i Fylkeshuset i Tromsø, og har per 31.12.16 4 ansatte:

Kari Olufsen Finnset, konsulent
Hege Pedersen, rådgiver
Eli Åsgård, seniorrådgiver
Odd Arvid Ryan, pasient- og brukerombud

Troms fylke

Troms har per 31.12.16 et innbyggertall på om lag 165 000. Det er 24 kommuner i fylket. Fylket har tre bykommuner: Tromsø, Harstad og Lenvik. Om lag halvparten av befolkningen bor i og rundt Tromsø. Mange av fylkets kommuner har innbyggertall på mellom 1000-3000. Kommunene samarbeider om helse- og omsorgstjenester på enkelte områder. Dette omfatter blant annet interkommunal legevakt i Midt-Troms og Senjalegen.

Spesialisthelsetjenestene i fylket dekkes fortrinnsvis av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF), som har avdelinger i Tromsø, Harstad og Narvik, samt i Longyearbyen. Helseforetaket har fire distriktpsikiatriske sentra. UNN HF er universitetssykehus for nordområdene og har i tillegg funksjon som lokalsykehus.

Fylket har distriktsmedisinske sentra i Nordreisa og Lenvik, med både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Innhold	Side
Forord	4
1. Henvendelser og problemstillinger i 2016	5
1.1. Tjenestesteder	5
1.2. Årsaker	5
2. Spesialisthelsetjenesten	6
2.1. Om henvendelsene. Generelle inntrykk	6
2.3. Spesielle forhold	8
2.4. Anbefalinger	11
3. Kommunale helse- og omsorgstjenester	12
3.1. Om henvendelsene. Generelle inntrykk	12
3.2. Spesielle forhold	13
3.3. Anbefalinger	15
4. Norsk pasientskadeerstatning	15
5. Kontorets utadrettede virksomhet	16

Forord

Pasient- og brukerombudets årsmelding er en rapport til Helsedirektoratet, men er samtidig et innspill til kvalitets- og forbedringsarbeidet i helse- og omsorgstjenestene.

Årsmeldingen formidler brukererfaringer og pasientopplevelser, samt utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten som vi har merket oss gjennom året som har gått.

Kontoret hadde omfattende utadrettet virksomhet i 2016. Vi hadde nyttige møter med flere kommuner, hvor både ledere og ansatte i helse- og omsorgstjenesten deltok. Dialogen med Universitetssykehuset Nord-Norge HF ble videreutviklet. Vi hadde i snitt ett møte per måned på ledelses-, klinikk- og avdelingsnivå.

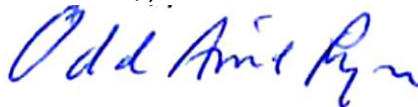
Disse dialogpunktene er verdifulle for oss, da god kunnskap om situasjonen i kommuner og helseforetak gjør oss bedre i stand til å informere og veilede pasienter og brukere i enkeltsaker.

Vårt økte ekstrene fokus ser ikke ut til å ha gått på bekostning av tilgjengeligheten. Vi hadde en økning i mottatte henvendelser på om lag 10 % sammenlignet med de siste tre årene.

Det er vårt håp at årsmeldingen kan være et bidrag i arbeidet med å styrke kvaliteten i tjenestene og bedre samhandlingen med pasienter og brukere.

Vi vil også vise til Pasient- og brukerombudenes felles årsmelding for 2016:
<https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/arsrapporter>.

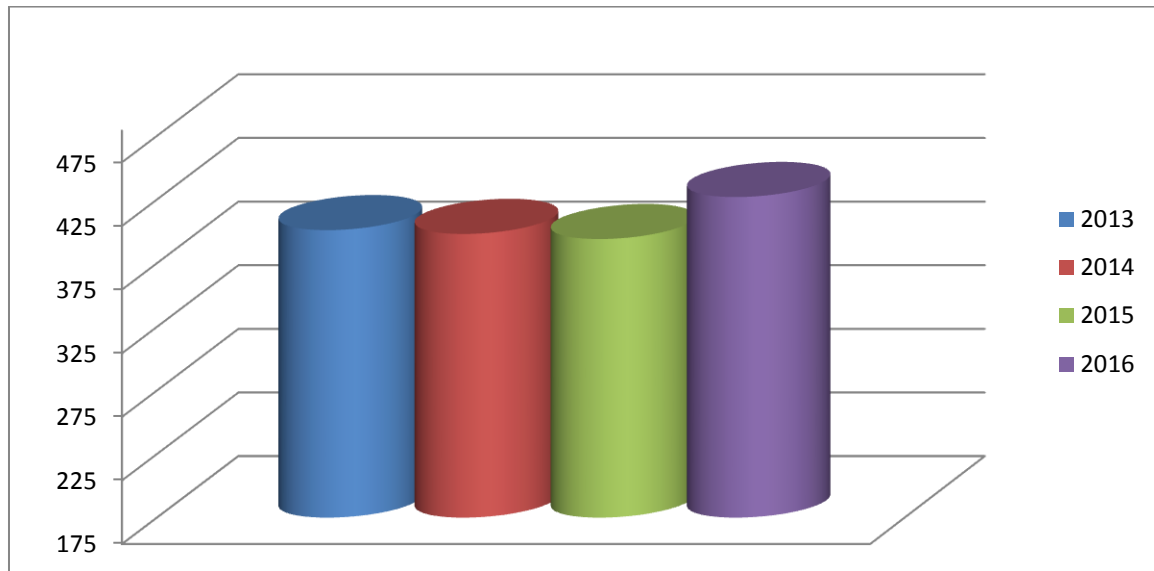
Tromsø, 28. februar 2017



Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud i Troms

1. Henvendelser og problemstillinger i 2016 - Oversikt

I 2016 mottok vi 427 henvendelser, mot 394 i 2015. Dette var en økning på om lag 10 %. Henvendelsene omfattet 308 klagesaker og 93 forespørsler. *Forespørsler* omhandler spørsmål om tjenester og rettigheter som besvares uten ytterligere oppfølging. 26 henvendelser falt utenfor vårt saksområde.



Henvendelser 2013 -2016

1.1. Tjenestested og problemstillinger

En klagesak kan omfatte flere problemstillinger, tjenester eller tjenestenivå. Klagesakene i 2016 omfattet til sammen 355 problemstillinger, mot 321 i 2015. Vårt mandat omfatter den statlige spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Problemstillingene fordelte seg slik mellom tjenestene:

242 problemstillinger omfattet spesialisthelsetjenester. Av disse var 220 rettet mot Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF), noe som var en økning på 19 fra 2015.

Det var en økning i antall problemstillinger som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester, fra 91 i 2015 til 97 i 2016.

1.2. Årsaker

Den hyppigste grunnen til at vi ble kontaktet var problemstillinger knyttet til behandlingstiltak, som blant annet omfatter saker om feilbehandling, komplikasjon og pasientskade. Andre fremtredende forhold var oppfølging (manglende innkalling til kontroll og behandlingsforløp som ikke følger planen), ventetid og diagnostisering. Vi registrerte en klar nedgang i saker om diagnostisering.

For øvrig ser vi at kommunikasjon mellom tjenesteytere og pasienter, brukere og pårørende inngår i større eller mindre grad som et problem i de fleste av sakene.



Årsaker til henvendelsene 2016

2. Spesialisthelsetjenesten

2.1. Nærmere om henvendelsene. Generelle inntrykk

Saker om spesialisthelsetjenester var i all hovedsak rettet mot UNN HF. Dette omfattet 220 saker, og disse fordelte seg slik avdelingsvis: UNN HF Tromsø med 169, UNN HF Harstad med 28 og UNN HF Narvik med 8. De øvrige 15 sakene var rettet mot systemer og rutiner ved UNN HF.

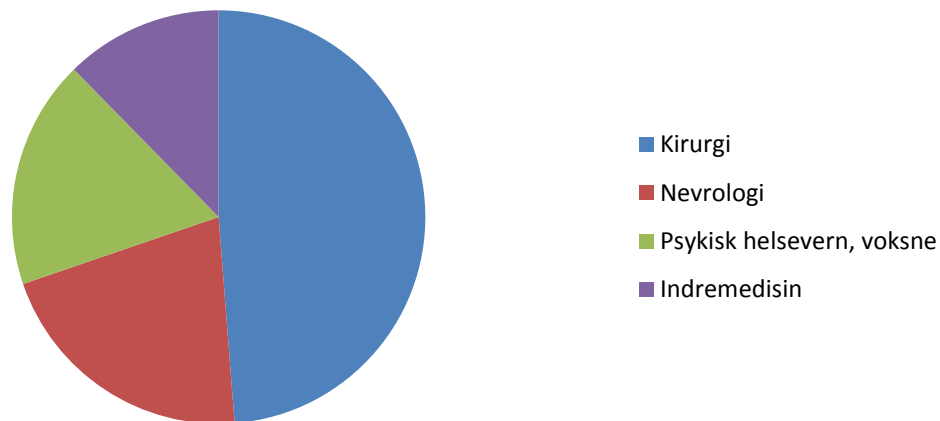
De største fagområdene var ortopedisk kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, nevrologi og psykisk helsevern.

Vi registrerte en økning i antall saker vedrørende **nevrologi**, fra 12 i 2015 til 34 i 2016. Sakene omfattet i første rekke nevrologisk avdeling på UNN HF Tromsø. Spørsmål knyttet til vurderinger og oppfølging var fremtredende, men samlet sett kan vi ikke peke på spesielle utviklingstrekk. Økningen i seg selv innebærer imidlertid at vi vil følge med på om dette representerer en tendens eller er en tilfeldig svingning.

Videre var det en økning i antall saker på området **psykisk helsevern voksne** fra 17 i 2015 til 29 i 2016. Også her var det ulike årsaker til at pasienter og pårørende kontaktet oss. Området blir prioritert i 2017, og vi tar blant annet sikte på å styrke dialogen med tjenestestedene.

Kapasitetsproblemene ved **Radiologisk avdeling på UNN** ser ut til å vedvare. Vi får fortsatt tilbakemeldinger fra pasienter om lang ventetid på tolkning og beskrivelse av prøver, noe som kan medføre forsinket diagnose og behandling. Vi er kjent med at styret og ledelsen på UNN gir arbeidet med å løse problemene ved avdelingen høy prioritet. Vi vil fortsatt følge utviklingen på dette området.

Fagområder, spesialisthelsetjenesten



Fagområder spesialisthelsetjenesten (2016)

Positiv utvikling i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet ved UNN HF. Vi har de siste årene påpekt mangler og svakheter på systemnivå på UNN HF. Helseforetaket har ikke fremstått som en enhetlig virksomhet når det gjelder praktiseringen av egne rutiner og nasjonale retningslinjer. Bruk av meldinger og rapporteringer internt og eksternt har til dels hatt et tilfeldig preg og både Pasient- og brukerombudet og Fylkesmannen har opplevd at UNN HF ikke besvarer henvendelser. Videre har koordinering mellom avdelinger i pasientsaker fremstått som en utfordring for helseforetaket. Vi har også i 2016 mottatt henvendelser som bærer preg av denne type problemer.

I løpet av året merket vi oss positive utviklingstrekk ved UNN HFs arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet. Vi vil først fremheve at dialogen mellom UNN HF og vårt kontor har utviklet seg i positiv retning. I 2016 hadde vi i snitt ett møte per måned med UNN HF på leder-, klinikk- eller avdelingsnivå. Slike møter åpner for informasjons- og erfaringsutveksling som gir både helseforetaket og oss nyttig kunnskap om status og utviklingstrekk.

UNN HF foretok i 2016 en gjennomgang av sine systemer for behandling av avviksmeldinger med tanke på forbedring, og vi registrerte et generelt økt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet ved helseforetaket. Både Kvalitesavdelingen og Pasientsikkerhetsutvalget er revitalisert og ulike avdelinger kan vise til prosjekter og tiltak som har bidratt til å forbedre pasientsikkerheten. I etterkant av Sivilombudsmannens besøksrapport om rutiner og praksis på enkelte avdelinger ved UNN HF Åsgård, har helseforetaket utarbeidet en langsiktig handlingsplan med tanke på forbedring av rutiner og økt kompetanse.

2.2. Spesielle forhold

Avviksmeldinger kan bidra til redusert bruk av tvang

Sivilombudsmannens rapport etter besøk på UNN HF Åsgård i april 2016 fikk med rette mye oppmerksomhet. Besøket avdekket urovekkende opplysninger om tvangsbruk ved enkelte avdelinger. I besøksrapporten ble det påpekt at ledelsen ved UNN HF Åsgård ikke var tilstrekkelig kjent med omfanget og innholdet av tvangsbruken ved de aktuelle avdelingene. Hovedårsaken var svikt i den interne informasjonsflyten.

Tvangsbruk skal være underlagt kontroll og må synliggjøres. Dette er vesentlige betingelser for ivaretagelse av rettssikkerhet, bygging av tillit til tjenestene og forsvarlig helsehjelp. Men mangler i intern rapportering fører også til at helseforetaket ikke får utnyttet avviksmeldinger og lignende rapporter i arbeidet med risikoanalyse og forbedring av tjenestene.

Virksomheter innen psykisk helsevern har som uttalt mål å redusere bruk av tvang. Arbeidet med å redusere tvangsbruk må starte med et fokus på forebyggende tiltak, det vil si fremgangsmåter for å unngå tvangsbruk. Opplysninger om faktisk tvangsbruk i egen virksomhet er en svært verdifull og praktisk anvendbar informasjonskilde i den forbindelse. På dette grunnlaget kan man analysere faktiske opplysninger om tid, sted, hyppighet og type tiltak, samt situasjonen før, under og etter tvangsbruken. Er rapporteringen mangelfull og informasjonsflyten ufullstendig, går helseforetaket glipp av vesentlig fagkunnskap. Meldinger og rapporter har med andre ord en verdi ut over hensynet til kontroll og tilsyn.

Åpenhet internt og overfor tilsynsmyndigheter om tvangsbruk underbygger rettssikkerheten og bidrar til økt kvalitet i tjenestene. Det motsatte fører til utvikling av uheldige kulturer, ulovlig praksis og svekket pasient – og rettssikkerhet.

Informerte pasienter gir effektive helsetjenester

Pasienters rett til informasjon og medvirkning følger av pasient- og brukerrettighetsloven. God informasjon til pasienter og pårørende har betydning for kvaliteten på helsehjelpen og bidrar samtidig til å bygge tillit mellom pasienten og helsetjenesten. Dårlig informasjon og kommunikasjon kan også undergrave effektivitet i helsetjenesten. Ett eksempel illustrerer den siste problemstillingen:

Pasienter må enkelte ganger akseptere røykekutt i forbindelse med kirurgiske inngrep for å redusere risikoen for komplikasjoner. Pasienten må naturlig nok informeres om dette på forhånd. En pasient som kontaktet oss ble ikke informert om dette og hadde dermed fortsatt å røke frem til operasjonsdato. Ved oppmøte for operasjon og rutinemessig samtale med kirurg (ikke samme lege som ved første konsultasjon) forutsatte kirurgen at pasienten var røykfri. Da pasienten fortalte at det ikke var tilfelle måtte operasjonen utsettes, til ulempe for både pasient og sykehus. Sykehuset konkluderte med rutinesvikt. (Spørsmålet om røykekutt var ikke kontroversielt).

Skriftlig kommunikasjon kan også være utfordrende. Standardbrev fra UNN HF og andre helseforetak i Helse Nord om pasientens rettighetsstatus kan være kompliserte og vanskelige å forstå. Slik vi har oppfattet det, bruker avdelinger ved helseforetakene unødvendig mye tid på å forklare pasienter innholdet i slike informasjonsbrev.

Pasienter har lovfestet krav på informasjon dersom de påføres skade eller alvorlig komplikasjon i forbindelse med behandling. Retten følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Ansvar for å gi informasjon til pasient/pårørende kan lett pulveriseres når flere helsepersonell har vært involvert i en hendelse. Dette informasjonsansvaret er derfor lagt til systemnivå. Stikkprøver som vi har foretatt viser at helsepersonell i varierende grad kjenner til dette ansvaret, og det ser ikke ut til at dette er tilstrekkelig forankret på systemnivå.

Pasienters og brukeres rett til informasjon - Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 fjerde ledd

Dersom pasienten eller brukeren blir påført skade eller alvorlige komplikasjoner, skal pasienten eller brukeren informeres om dette. Det skal samtidig informeres om adgangen til å søke erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, til å henvende seg til Pasient- og brukerombudet og adgangen til å anmode tilsynsmyndigheten om vurdering av eventuelt pliktbrudd etter pasient- og brukerrettighetsloven § 7-4.

Samarbeid mellom avdelinger. Kontaktlege og koordinator.

Samarbeid og koordinering av tjenester mellom avdelinger er en utfordring for UNN HF. Sviktende informasjonsflyt og manglende kontinuitet er medvirkende årsaker til at ikke alle pasientforløp fungerer godt. Vi har påpekt disse problemene i flere årsmeldinger.

Men UNN HF er ikke enestående. Dette er et fremtredende problem ved mange helseforetak, og denne erkjennelsen har ført til en lovendring som skal sikre bedre oppfølging av den enkelte pasient.

I 2016 ble det innført en ny pasientrettighet; retten til å få oppnevnt **kontaktlege** for pasienter som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. En viktig målsetning med kontaktlegeordningen er at pasienten skal kunne ha en bestemt lege å forholde seg til når det gjelder medisinske spørsmål. Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten og skal bidra til at pasientforløpet går som planlagt. Videre skal kontaktlegen ta kontakt med aktuelt personell eller behandlingsenhet dersom det er utfordringer i pasientforløpet, og skal i den forbindelse også informere pasient og pårørende.

Det skal fremgå av pasientjournalen hvem som er utpekt som kontaktlege og pasienten skal orienteres om hvilket ansvar og hvilke oppgaver kontaktlegen har.

For pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester etter spesialisthelsetjenesteloven, skal det tilbys **koordinator**. Spesialisthelsetjenesten har en plikt til å tilby koordinator for pasienter som oppfyller vilkårene. Koordinator skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient, sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med

institusjonsopphold og overfor andre tjenesteytere. Koordinator skal også sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Vi har over tid hatt fokus på ordningen med koordinator, og etter vår oppfatning fungerer ikke ordningen etter intensjonen. Ved UNN HF får pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester i liten grad tilbud om koordinator. Vi har også merket oss at pasienter som opplever manglende informasjonsflyt ofte er i målgruppen for koordinatorordningen.

UNN HF har så langt ikke utarbeidet rutiner som sikrer at aktuelle pasienter får vurdert om de har rett til kontaktlege. Vi har fått opplyst at det arbeides med dette. UNN HF har videre opplyst at man er i ferd med å utarbeide rutiner for koordinator i forbindelse med innføring av kontaktlegeordningen. UNN HF må gi arbeidet med å utvikle slike rutiner nødvendig fremdrift og prioritet slik at helseforetaket snarlig får på plass et tilfredsstillende tilbud om kontaktlege og koordinator.

Rett til kontaktlege følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5a (se også Helsedirektoratets veileder IS-2466).

Plikten til å tilby koordinator er regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 2-5a

Fritt behandlingsvalg – en rettighet på papiret?

I 2015 ble *fritt behandlingsvalg* innført. Ordningen erstattet og utvidet *fritt sykehusvalg*. Fritt behandlingsvalg gir pasienter mulighet til å velge behandlingssted når de skal til behandling i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være offentlig behandlingssted eller godkjent privat virksomhet. Målene med ordningen er kortere ventetider og raskere behandling, og dermed effektiv utnyttelse av helsetjenestene.

Fritt behandlingsvalg bygger på at pasienter skal prioriteres likt uavhengig av bosted. Dette følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-4. Bestemmelsen regulerer både pasientenes rett til å velge hvor henvisningen skal sendes og hvor helsehjelpen skal finne sted.

Mange pasienter som benytter seg av denne retten får avslag under henvisning til at det aktuelle sykehuset ikke har kapasitet til å ta seg av pasienter fra andre helseregioner. Denne begunnelsen er relevant dersom helseforetaket står i fare for å ikke kunne oppfylle sitt sørge-for-ansvar overfor befolkningen i egen region. Forutsetningen er at sykehuset kan dokumentere begrunnelsen, men i praksis inneholder avslagene en kort og standardisert begrunnelse om at helseforetaket har ansvar for pasienter i egen helseregion.

Fritt behandlingsvalg gir pasienter forventninger om rett til behandling i andre helseregioner enn der de geografisk hører til. Disse forventningene blir i mange tilfeller ikke innfridd, og ordningen fremstår i stor grad som en rettighet på papiret. En annen konsekvens er at samfunnet ikke får utnyttet de samlede ressursene i helsevesenet på en effektiv måte.

Pasientreiser

Pasientreiser er reiser til og fra offentlig godkjent behandling. De regionale helseforetakene har ansvaret for pasientreiser gjennom de lokale helseforetakene og Pasientreiser ANS (fra 2017 Pasientreiser HF).

I 2016 mottok vi flere henvendelser om pasienter med behov for tilrettelagt transport, som eldre og funksjonshemmede. Pasientene opplevde store praktiske vansker i forbindelse med transporten og uklare ansvarsforhold mellom de ulike aktørene, som fastlege, transportør og Pasientreiser. Vi merket oss blant annet at det var ulike oppfatninger av hvilken vekt fastlegens uttalelse skal ha i saker om behov for tilrettelagt transport. Enkelte pasienter meldte også fra om dårlig informasjon og uhøflig atferd fra ansatte i Pasientreiser.

I tillegg til at pasienter opplevde unødvendige bekymringer og praktiske problemer knyttet til syketransporten, gikk dette også ut over selve helsehjelpen for enkelte, da transporten enten ble utsatt eller fordi transporten i seg selv ble en stor belastning.

Vi hadde møte med Pasientreiser i mai 2016 om disse utfordringene. Vi fikk vi opplyst at problemene særlig var knyttet til drosjetransport i Midt-Troms og kommunikasjonsproblemer mellom transportører og pasienter. Pasientreiser opplyste at det ble arbeidet med å legge til rette for bedre kommunikasjon mellom de ulike aktørene. Videre fikk vi opplyst at det jobbes målrettet mot fastleger med informasjon om regelverk rundt pasienttransport og hvilken rolle fastlegene har når det gjelder dokumentasjon av pasienters behov overfor Pasientreiser.

2.3. Anbefalinger - spesialisthelsetjenesten

- ✓ UNN HF må bedre det interne samarbeidet og koordineringen av tjenester mellom avdelinger. I den forbindelse må helseforetaket sikre at pasienter som trenger det får koordinator eller kontaktlege.
- ✓ Pasientrettede tiltak om informasjon, kommunikasjon og medvirkning må inngå som en prioritert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet på UNN HF.
- ✓ UNN HF må sikre at informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter til kommunene er forsvarlig. Denne må inneholde dokumentasjon som er nødvendig for at kommunen skal kunne ivareta sitt oppfølgingsansvar.
- ✓ Arbeidet med UNN HF Åsgårds handlingsplan for oppfølging av Sivilombudsmannens anbefalinger må gis nødvendig prioritet og fremdrift.

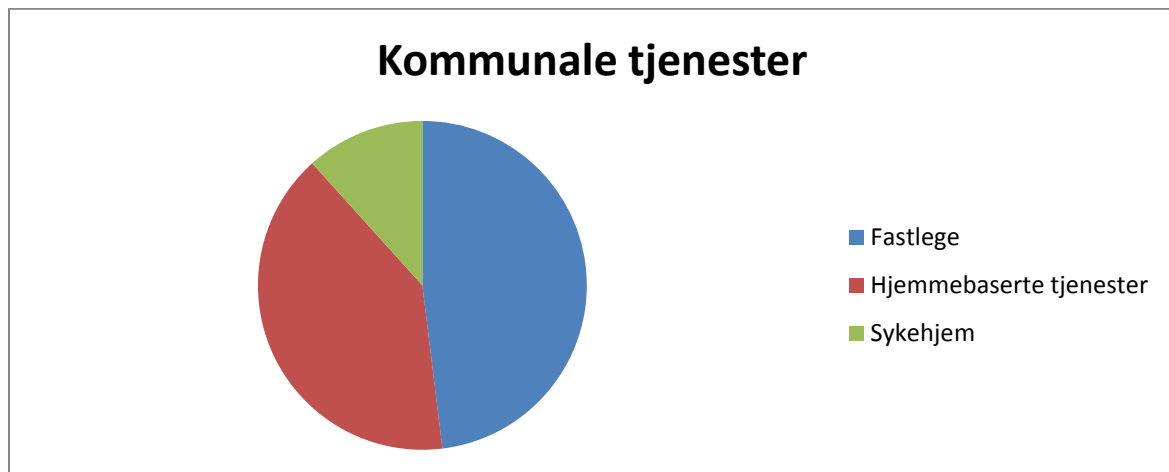
3. Kommunale helse- og omsorgstjenester

3.1. Nærmere om henvendelsene. Generelle inntrykk

Kommunene skal sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, og forvalter et vidt spekter av tjenester. En generell tendens er at kommunene får et stadig større ansvar for pasienter med omfattende og komplekse behov for helsehjelp.

Vi mottok 97 henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette var en liten økning fra 2015, da vi mottok 91 henvendelser. Disse var i hovedsak rettet mot tjenesteområdene fastlege (37) og hjemmebaserte tjenester (31).

68 henvendelser (70 %) var rettet mot bykommunene Tromsø (30), Harstad (26) og Lenvik (12). Vi finner at denne fordelingen er representativ, men likevel noe lavere enn forventet for Tromsø kommune. I Harstad kommune var det en økning i antall saker fra 13 til 26, noe som i første rekke skyldes at antall saker om fastleger økte fra 3 til 10. Dette ser ut til å være en tilfeldig svingning.



Tjenesteområder, kommunale helse- og omsorgstjenester (2016)

Fastlegeordningen er en vesentlig del av kommunehelsetjenesten, og er bindeledd mellom pasient/primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Dette forklarer den høyere andelen henvendelser på dette området. Henvendelsene som vi mottar fra pasientene gjelder ulike problematikker. 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 har vi mottatt henvendelser om alvorligere forhold, som blant annet forsinket eller feil diagnose, med påfølgende pasientskade. Vi har imidlertid ikke registrert entydige utviklingstrekk når det gjelder fastlegeordningen.

Det har vært en økning i antall henvendelser om **hjemmebaserte tjenester**, fra 18 i 2015 til 31 i 2016. Samtidig fortsatte nedgangen i saker om **sykehjem**. I 2016 mottok vi 9 henvendelser, mot 17 i 2015. Dette underbygger vårt inntrykk av at det skjer en dreining i den kommunale eldreomsorgen, fra institusjoner til hjemmebaserte tjenester. I møter med flere kommuner i 2016 fikk vi ytterligere

bekreftelse på dette utviklingstrekket. Det er blitt noe reduksjon i kapasiteten, og terskelen for å få sykehjems plass ser ut til å ha blitt høyere.

Det er viktig og riktig at eldre pasienter og brukere får bo hjemme med bistand så lenge den enkelte kan og vil det. Men man må ha for øye eldre pasienter med omfattende hjelpebehov. Mange av dem kan kun få forsvarlig hjelp på sykehjem. Dette understreker betydningen av at kommunene planlegger og organiserer tjenestene slik at det samlede tilbudet til eldre pasienter og brukere er fleksibelt og har tilstrekkelig kapasitet.

Nedgangen i antall saker om sykehjem fra 2013, da vi mottok 40 henvendelser, kan også forklares med at det store fokuset som er satt på kvaliteten på sykehjemstjenester de siste årene, har hatt effekt.

3.2. Spesielle forhold

Kommunebesøk

Pasient- og brukerombudet har hatt en utvidet satsning på kommunale helse- og omsorgstjenester i 2016. Seks kommuner i Troms fikk besøk fra oss; Harstad, Skånland, Målselv, Lenvik, Nordreisa og Kåfjord. Vi har blitt bedre kjent med helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene, og vi har samtidig nådd ut med informasjon om pasient- og brukerrettigheter samt pasient- og brukerombudsordningen.

I møter med ledere og andre ansatte i helse- og omsorgstjenesten fikk vi informasjon om tjenestetilbudet i kommunene og et innblikk i hvilke utfordringer og muligheter kommunene står overfor. God kunnskap om situasjonen i kommunene gjør oss bedre i stand til å informere og veilede pasienter og brukere i enkeltsaker.

Kommunene fikk også tilbud om inntil 3 timer undervisning for ansatte i helse- og omsorgstjenesten om pasient- og brukerrettigheter. Samtlige kommuner benyttet seg av tilbudet, og til sammen var det om lag 160 ansatte som deltok. Vi har fått tilbakemeldinger om at det har vært nyttig informasjon som vil være med på sikre at lovfestede pasient- og brukerrettigheter blir ivaretatt. Vil fortsette med kommunemøter og undervisningstilbud i årene fremover.

Samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

Det er betydelige utfordringer knyttet til å gi pasienter og brukere et sikkert, helhetlig, koordinert og sømløst tilbud av forsvarlige tjenester, spesielt når pasienten forflytter seg mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Jo flere tjenester som skal samhandle, jo større er faren for svikt.

Da samhandlingsreformen trådte i kraft ble det innført en ny oppgavefordeling som skulle endre og forebygge risiko for svikt ved overføring av pasienter mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Et av samhandlingsreformens formål er å få til mer helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, og at større deler av helse- og omsorgstjenesten skal utføres i kommunene.

Fylkesmannen i Troms gjennomførte i 2015 tilsyn med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ved UNN HF. I tilsynsrapporten etter tilsynet går det fram at UNN HF ikke systematisk sender ut epikrise eller legemiddelliste til kommunens hjemmetjeneste.

Kommunens hjemmetjeneste er avhengig av å ha oppdatert informasjon om helsehjelpen og endringer som er gjort på sykehuset for å sikre at pasientene får riktig oppfølging. Når oppdatert legemiddelliste mangler ved utskrivning fra sykehuset utgjør dette en betydelig fare for svikt.

I forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter § 12 andre ledd er det presisert at sykehuset skal sende med epikrise eller tilsvarende informasjon ved utskrivning slik at det helsepersonellet som skal motta pasienten i kommunen kan gi pasienten forsvarlig oppfølging. Dette går også fram av journalforskriften § 9.

I forbindelse med ombudets besøk i seks av fylkets kommuner har vi blant annet hatt samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen som tema. Tilbakemeldingen fra samtlige kommuner er at de fremdeles bruker store ressurser på å sikre seg oppdaterte og nødvendige opplysninger om pasienten etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Hjemmetjenesten får ikke alltid tilsendt epikrise til tross for at de trenger opplysningene for å kunne gi pasienten forsvarlig oppfølging.

Tilbakemelding fra kommunene kan dermed tyde på at selv om avvikene fra tilsynene er lukket, så er ikke nye og endrede rutiner implementert i hele UNN-organisasjonen.

Egenbetaling for kommunale tjenester/forbruksmateriell utenfor institusjon

Vi har det siste året fått henvendelser fra pasienter og pårørende som kan tyde på at enkelte kommuner tar betalt for forbruksmateriell som brukes for å yte forsvarlig hjemmesykepleie. Vi ønsker derfor å minne om at hjemmesykepleie og tjenester til personlig stell og egenomsorg er gratis.

Helse- og omsorgstjenesteloven slår fast at kommunen har en plikt til å sikre pasienter og brukeres rettigheter til nødvendige helsetjenester i hjemmet jf. § 3-2 nr. 6 bokstav a. Det følger av samme lov § 11-2 første ledd at kommunen kan kreve vederlag av pasient og bruker for kommunale helse- og omsorgstjenester når det er hjemmel i lov eller forskrift.

Kommunene kan kreve betaling for hjemmehjelpstjenester som ytes i pasienter og brukeres hjem som hjelp til rengjøring, klesvask og annet praktisk arbeid i forbindelse med husholdningen.

Det er ikke hjemmel i lov for å kreve vederlag for helsetjenester i hjemmet. Kommunene kan dermed ikke ta betalt for hjemmesykepleie, og det kan heller ikke kreves vederlag for forbruksmateriell som er en forutsetning for å tilby nødvendige og forsvarlige helsetjenester i hjemmet.

3.3. Anbefalinger – kommunale helse- og omsorgstjenester

- ✓ Kommunene må ha et fleksibelt tilbud om helse- og omsorgstjenester til eldre pasienter og brukere, slik at det kan tilpasses den enkeltes behov og individuelle forutsetninger.
- ✓ Pasienter som bruker flere legemidler må alltid få med seg en oppdatert legemiddelliste etter konsultasjon hos fastlege.
- ✓ Kommunene må i større grad informere pasienter og brukere om adgangen til å kontakte Pasient- og brukerombudet.

4. Norsk pasientskadeerstatning

Pasient- og brukerombudet gir bistand til pasienter i saker som gjelder pasientskadeerstatning. Ordningen forvaltes av Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Vår bistand omfatter råd og veiledning om erstatningsordningen, hjelp til utforming av søknad samt innspill til sakkyndige erklæringer og til uttalelser fra behandlingsstedet. I 2016 ga vi slik bistand i 37 saker.

I følge tall fra NPE ble det ble innsendt 276 saker fra Troms til NPE i 2016. Dette er en nedgang fra 2015. 207 saker var rettet mot UNN HF. 44 saker gjaldt erstatningskrav mot kommunehelsetjenesten.

67 pasienter fikk medhold i sine erstatningskrav mot UNN HF. De fleste medholdssakene gjaldt ortopedisk kirurgi og kreftsykdommer. 9 pasienter fikk medhold i krav rettet mot kommunehelsetjenesten. De kommunale sakene omfatter i første rekke allmennlegetjenesten.

Samlet erstatningsutbetaling var på kr 51 358 655 (inkludert private helsetjenester og offentlig tannhelsetjeneste). I 2015 var total erstatningsutbetaling på kr 43 966 231.

Tallene fra NPE er ikke uten videre sammenlignbare. En innsendt sak får ikke nødvendigvis vedtak samme år som de ble mottatt hos NPE. Det samme gjelder forholdet mellom vedtak om medhold og erstatningsutbetalingen. NPE publiserer jevnlig analyser på utvalgte områder som belyser og forklarer utviklingstrekk i pasientskadeerstatningsordningen. Det vises til www.npe.no.

Erstatningskrav NPE – Troms*	2014	2015	2016
Totalt antall krav fra Troms	214	293	276
Kommunehelsetjenesten			
Krav	32	43	44
Medhold	2	8	9
Erstatningsutbetaling	kr 838 135	kr 4 160 377	kr 4 761 000
Spesialisthelsetjenesten (UNN)			
Krav	164	220	207
Medhold	77	41	67
Erstatningsutbetaling	kr 51 108 810	kr 37 292 054	kr 46 145 606

*Tall fra Norsk pasientskadeerstatning per 3.1.2017

5. Kontorets utadrettede virksomhet

Pasient- og brukerombudet gir bistand til pasienter og brukere, og skal gjennom sitt arbeid også bidra til å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Det er viktig å nå ut med informasjon om ombudsordningen og om pasient- og brukerrettigheter. I 2016 har vi informert om ordningen og våre erfaringer i ulike fora. Her følger en oversikt over vår utadrettede virksomhet i 2016:

Møter o.l. med UNN 2016	Dato
Gastrokirurgisk avdeling (innlegg)	10.2
Onsdagsmøte UNN HF (innlegg)	2.3
Samhandlingsavdelingen	17.3
Kvalitetsavdelingen - om utvikling av avvikssystem	15.4
Brukerutvalget	20.4
Fagdag Barne- og ungdomsklinikken (foredrag)	21.4 og 22.4
Pasientreiser	27.5
Journalarkivet	29.9
Klinikkledelse UNN HF Åsgård	21.10
KE-samling, Rehabiliteringavdelingen/Koordinerende enhet (foredrag)	26.10
Pasientsikkerhetsutvalget	30.11
Kvalitetsutvalget	21.12

Kommunemøter	Dato
Tildelingskontoret, Tromsø kommune	13.4
Skånland kommune, ledere helse- og omsorgstjenesten (m.fl.)	27.4
Harstad kommune, ledere helse- og omsorgstjenesten	28.4
Målselv kommune, ledere helse- og omsorgstjenesten (m.fl.)	1.6
Lenvik kommune, ledere helse- og omsorgstjenesten	2.6
Nordreisa kommune, ledere helse- og omsorgstjenesten	14.9
Kåfjord kommune, ledere helse- og omsorgstjenesten	15.9
Koordinerende enhet, Harstad kommune	10.10

Informasjon og foredrag om pasient- og brukerrettigheter	Dato
UIT Campus Tromsø, sykepleierutdanningen (foredrag)	13.1
Turnuskurs for fysioterapeuter og leger (foredrag)	19.4
I forbindelse med kommunemøtene har vi holdt 6 kurs for om lag 160 ansatte i hjemmetjenesten	27.4 – 15.9
Brevika videregående skole, helsefag (foredrag)	10.5.16
UIT Campus Harstad, videreutdanning for tværfaglige helsearbeidere (foredrag)	11.10
Turnuskurs for fysioterapeuter og leger (foredrag)	17.11
DokHelse-prosjekt Troms (foredrag)	23.11

Tabellen fortsetter på neste side.

Møter med brukerorganisasjoner	Dato
Kreftforeningen (foredrag)	2.4
Finnsnes og omegn revmatikerforening (informasjonsmøte)	25.8
Blærekreftforeningen Tromsø (informasjonsmøte)	14.9
Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) Tromsø (medlemsmøte)	1.11

Møter med samarbeidsparter/Andre	Dato
Høring, Stortingets helse- og omsorgskomite om Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet	28.1.16
Fylkesmannen i Troms (samarbeidsmøte)	2.3.16
Fremskrittpartiets programkomité (innlegg)	2.9.16



Pasient- og brukerombudet i Troms
Postboks 6603, 9296 Tromsø

Telefon 77 75 10 00

troms@pobo.no

www.pasientogbrukerombudet.no