



Møteinnkalling

Utvalg:	Nordreisa råd for funksjonshemmede
Møtested:	Formannskapssalen, Rådhuset
Dato:	29.05.2018
Tidspunkt:	11:00

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 58 80 15, eller til postmottak@nordreisa.kommune.no – ved forfallsmelding på e-post er vil dere motta en bekreftelse på at den er registrert, dersom dere ikke mottar en slik bekreftelse MÅ dere ta kontakt pr. telefon.

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed.

Saksliste

Utv.saksnr	Sakstittel	U.Off	Arkivsaksnr
PS 3/18	Referatsaker		
RS 3/18	Årsmelding for 2017 fra Pasient- og brukerombudet i Troms		2015/846

PS 3/18 Referatsaker

Fra: Odd Arvid Ryan (Odd.Arvid.Ryan@pasientogbrukerombudet.no)

Sendt: 01.03.2018 14.40.02

Til: 'post@balsfjord.kommune.no'; 'postmottak@bardu.kommune.no'; 'postmottak@berg.kommune.no'; 'postmottak@dyroy.kommune.no'; 'postmottak@gratangen.kommune.no'; 'postmottak@harstad.kommune.no'; 'postmottak@ibestad.kommune.no'; 'postmottak@karlsoy.kommune.no'; 'postmottak@kvafjord.kommune.no'; Post Kvæningen; Post Kafjord; 'post@lavangen.kommune.no'; 'postmottak@lenvik.kommune.no'; 'post@lyngen.kommune.no'; 'postmottak@malselv.kommune.no'; Nordreisa Kommune; 'postmottak@salangen.kommune.no'; Post Skjervoy; 'post@skanland.kommune.no'; Post Storfjord; 'postmottak@sorreisa.kommune.no'; 'postmottak@torsken.kommune.no'; 'postmottak@tranoy.kommune.no'; 'postmottak@tromso.kommune.no'

Kopi:

Emne: Årsmelding for 2017 fra Pasient- og brukerombudet i Troms

Vedlegg: Årsmelding 2017 POBO Troms.pdf

Vedlagt følger årsmelding for 2017 fra Pasient- og brukerombudet i Troms.

Vi ber om at denne blir videreformidlet til aktuelle ledere og avdelinger innenfor kommunens helse- og omsorgstjeneste. Vi ber spesielt om at Eldrerådet og Råd for funksjonshemmede får rapporten via kommunens postmottak.

Vi håper meldingen kan være et bidrag til kommunenes arbeid med å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten.

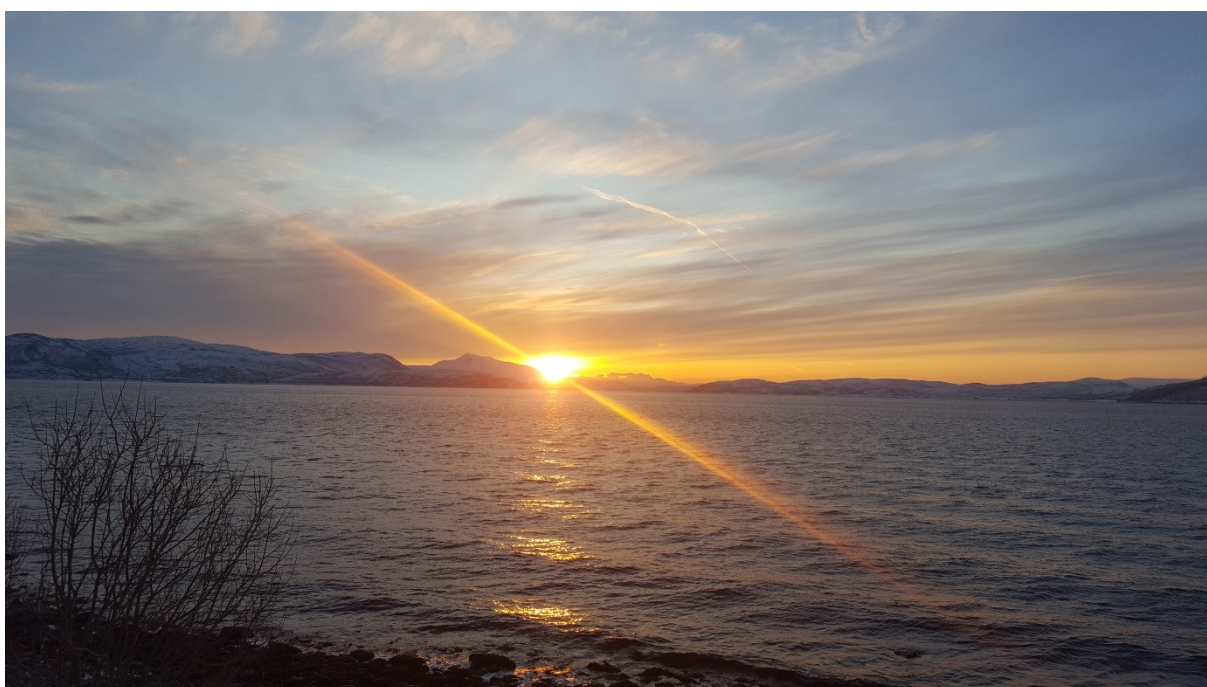
Med vennlig hilsen

Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud i Troms

Telefon 77 75 10 00

ÅRSMELDING 2017

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. Kontoret hadde 4 ansatte per 31.12.17:

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

Troms

Troms hadde per 31.12.17 166 499 innbyggere. 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, som for eksempel interkommunal legevaktordning i Midt-Troms og fastlegesamarbeidet «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 distriktpsykiatriske sentra. UNN HF er universitetssykehus og har i tillegg funksjon som lokalsykehus.

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

Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
1. Henvendelser og problemstillinger	5
2. Noen utviklingstrekk	6
3. Spesialisthelsetjenesten	7
3.1 Generelle inntrykk	7
3.2 Spesielle forhold	8
3.3 Anbefalinger - Spesialisthelsetjenesten	13
4. Kommunale helse- og omsorgstjenester	13
4.1 Generelle inntrykk	13
4.2 Spesielle forhold	15
4.3 Anbefalinger – Kommunale helse- og omsorgstjenester	17
5. Kontorets utadrettede virksomhet	18

Forord

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

Vår årsmelding formidler brukererfaringer, pasientopplevelser og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten som vi har merket oss gjennom året som har gått. Det er vårt håp at meldingen kan bidra i arbeidet med å styrke kvaliteten i tjenestene og medvirke til at pasienters og brukeres rettigheter blir ivaretatt.

Kommunene i Troms og UNN HF leverer gode helse- og omsorgstjenester, men dessverre ikke for alle og ikke til enhver tid. Enkeltmennesker forteller at nettopp deres pasientforløp ikke gikk etter planen, og andre opplever at de faller mellom to stoler i overgangen mellom tjenesteder eller avdelinger. I perioder kan både kvalitet og kapasitet enkelte steder falle under grensen for hva som er forsvarlig og omsorgsfull hjelp.

I 2017 fikk vi bekreftet at utviklingen i allmennlegetjenesten er urovekkende. Fastlegene arbeider under høyt press og får stadig nye oppgaver. Dette er symptomer som bekrefter en diagnose vi allerede kjenner. Prognosen er usikker, men krever sterk medisin. Apoteket heter Stortinget og helse- og omsorgsministeren er farmasøyten.

Vi viser også til Pasient- og brukerombudenes felles årsmelding for 2017 <https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/arsrapporter>.

Tromsø, 28. februar 2018



Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud i Troms

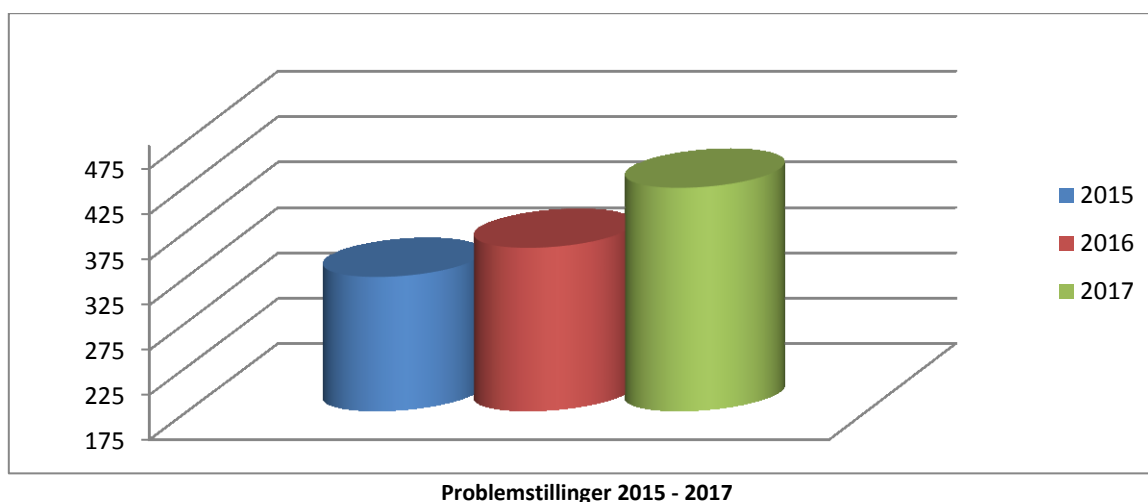
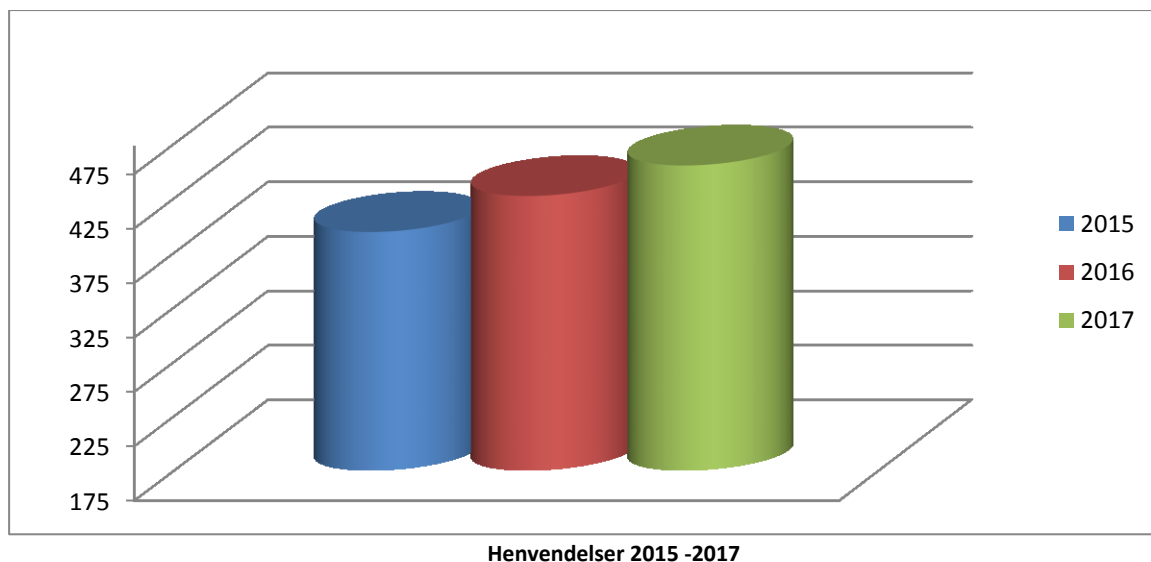
1. Henvendelser og problemstillinger

Vi mottok 455 henvendelser i 2017. Dette var en økning på 28 sammenlignet med 2016. Henvendelsene fordelte seg slik:

POBO Sak	336
Enkle forespørsler	96
Utenfor mandatet	23
SUM	455

Det er viktig å dokumentere det totale innholdet i en henvendelse slik at virksomhetene som dette gjelder kan få et best mulig grunnlag for sitt kvalitetsarbeid. Samtidig gir dette oss et mer helhetlig bilde av henvendelsene. En sak kan omfatte flere tjenestesteder og flere rettighetsspørsmål. I en del saker registrerer vi derfor flere problemstillinger. De 336 henvendelsene som ble registret som POBO Sak omfattet til sammen 422 problemstillinger. Disse vil bli omtalt som saker i det følgende.

I 2017 registrerte vi 422 problemstillinger, mot 355 i 2016.



2. Noen utviklingstrekk

Vårt arbeidsområde omfatter de statlige spesialisthelsetjenestene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Den hyppigste grunnen til at vi ble kontaktet var problemstillinger knyttet til behandlingstiltak, som blant annet omfatter spørsmål om feilbehandling og komplikasjoner. Et annet fremtredende forhold var oppfølging av pasienter, særlig om behandlingsforløp som ikke følger planen og manglende innkalling til kontroll. Spørsmål om informasjon, medvirkning og samtykke var sentrale problemstillinger i flere saker.

269 saker var rettet mot spesialisthelsetjenestene. Av disse omfattet 247 saker forhold ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF). Dette var en økning på 27 saker fra 2016. 196 saker omhandlet UNN HF Tromsø. 27 saker omhandlet UNN HF Harstad, mens 11 omhandlet UNN HF Narvik. 13 saker var rettet mot systemer og rutiner ved UNN HF. Samlet sett er tallene relativt stabile for UNN HF.

146 saker omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester i Troms, mot 97 i 2016. 66 av sakene var rettet mot Tromsø kommune. Dette var mer enn en dobling av antall saker fra 2016, da vi mottok 30 saker fra denne kommunen. Økningen var størst i saker som omhandlet fastleger. Vi viser til kommentarene under punkt 4. For de øvrige kommunene var endringene marginale og sannsynligvis tilfeldige svingninger.

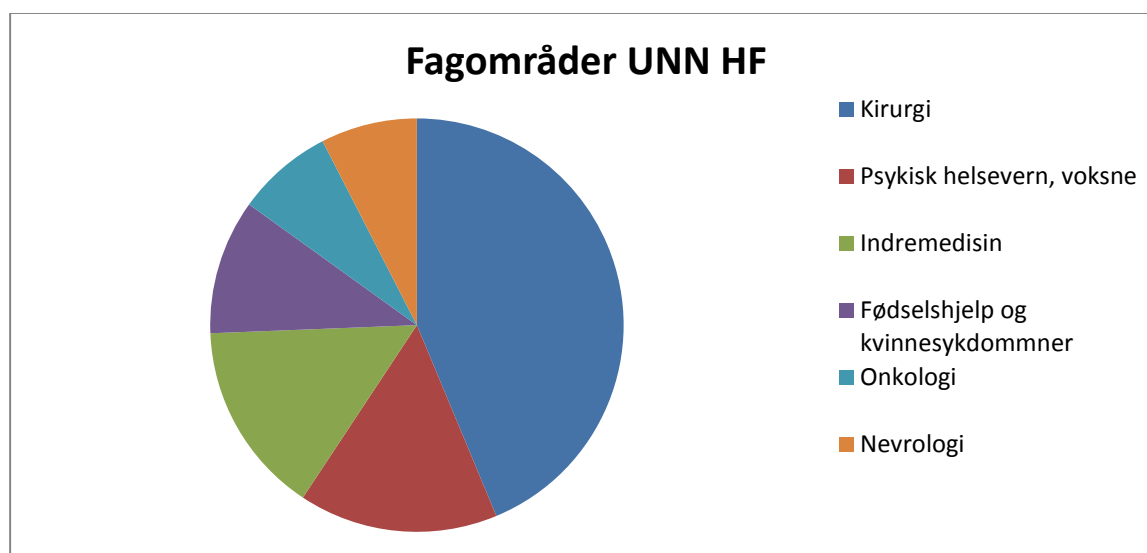
Vi har hatt som mål å øke andelen saker om kommunale helse- og omsorgstjenester. I 2017 utgjorde kommunale saker 35 % av totalt antall mottatte saker, mot 28 % i 2016.



3. Spesialisthelsetjenesten

3.1 Generelle inntrykk

Det var en liten økning i antall saker rettet mot UNN HF. De største fagområdene var ortopedisk kirurgi, gastrokirurgi, psykisk helsevern og indremedisin (hjerte- og lungesykdommer, fødøysessykdommer, endokrinologi).



Fagområder spesialisthelsetjenesten (2017)

Vi merket oss at arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet fortsatt har fremdrift på UNN HF. Helseforetaket har stadig forbedringsområder, og noen av disse kan nå beskrives som gjengangere. Vi tenker her på problemer knyttet til **samarbeid mellom avdelinger**, koordinering av tjenester og **kommunikasjon med pasienter og pårørende**.

Kommunikasjonen med pasienter har mangler i forbindelse med de formelle prosessene, blant annet ved innkallinger. Under behandlingsforløp kan det svikte i tilbakemeldinger om funn og videre forløp. For dem som er avhengige av langvarig og koordinert behandling kan det oppstå usikkerhet og alvorlige misforståelser på grunn av informasjonssvikt.

Kontaktlegeordningen og koordinatorfunksjonen skal bidra til å sikre koordinerte pasientforløp og god kommunikasjon. Disse ordningene er ennå ikke fullt ut ivreksatt på UNN HF.

Når det gjelder **samhandling** om utskrivning av pasienter til kommunene, får vi tilbakemeldinger fra kommunene om at UNN HF fortsatt ikke har sikret at epikrise og legemiddelliste blir oversendt til kommunens hjemmetjeneste. Hjemmetjenesten er avhengig av 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.

UNN HF har hatt et betydelig og nødvendig fokus på meldeordninger de siste årene. Alvorlige hendelser skal meldes til tilsynsmyndighetene og avvik skal behandles internt. Mye tyder på at praksis er bedret. **Samtidig ser vi at pasientens behov for informasjon og omsorgsfull hjelp kan bli**

glemt i slike prosesser. Pasientenes rett til informasjon om sine rettigheter, om hva som har skjedd og om eventuelle forbedringstiltak som blir iverksatt, må vektlegges på lik linje med oppfølging av avviksmeldinger og meldinger til tilsynsmyndighetene.

Vi gir råd og veiledning om erstatningsordningen som forvaltes av **Norsk pasientskadeerstatning (NPE)**. Det er viktig å være oppmerksom på at tallene fra NPE ikke uten videre kan sammenlignes fra år til år, da en innsendt sak ikke nødvendigvis får vedtak samme år som den ble mottatt. Vi følger utviklingen på området over tid.

I følge tall fra NPE kom det 227 søknader hvor UNN HF var behandlingssted. Det ble truffet 44 vedtak om medhold, mens 112 saker ble avslått. Samlet erstatningssum for 2017 utgjorde kr 64 825 961. Tallene gir ikke grunnlag for nærmere kommentarer. Vi har imidlertid merket oss at helsepersonell på UNN HF i **større grad informerer om NPE i enkeltsaker**. Dette er positivt. Informasjon fra helsepersonell er et viktig bidrag til at pasienter får brukt sin rett til å søke erstatning dersom svikt i helsehjelpen har ført til pasientskade.

For øvrig har vi hatt flere møter med enkeltavdelinger på UNN HF i 2017. Slike møter har vist seg å være effektive og hensiktsmessige, da de gir oss mulighet til å ta opp og avklare konkrete problemstillinger med aktuell avdeling, samtidig som vi får nyttig kunnskap som gjør oss bedre i stand til å gi pasienter råd og veiledning.

3.2 Spesielle forhold

Informasjon til pasienter og pårørende

God og effektiv helsehjelp forutsetter samhandling og kommunikasjon mellom pasienter og helsetjenesten. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienter skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Informasjonen skal være individuelt tilpasset og pasienten skal kunne avgi samtykke og medvirke på bakgrunn av mottatt informasjon. Helsepersonell skal forsikre seg om at pasienten har forstått viktig informasjon.

Mange av våre saker viser at pasienter ikke mottar tilstrekkelig informasjon og at de derfor ikke får medvirke i tråd med loven. Mangel på informasjon fører til usikkerhet og engstelse og undergraver tilliten til behandlingsapparatet. God informasjon til pasienter og pårørende har betydning for kvaliteten på helsehjelpen.

**Informerte pasienter
gir effektive
helsetjenester**

Helsepersonell skal sørge for at relevant informasjon blir gitt i alle faser av et pasientforløp. Vi ser imidlertid at dette kan svikte i flere ledd; I forbindelse med vurdering av henvisninger, i innkallinger til undersøkelse og behandling, under behandlingsforløp og ved utskrivning. Dette omfatter

- Pasienter som har fått time til behandling, men som ikke vet hva behandlingen skal gå ut på.
- Pasienter som kommer til behandling, men som ikke får tilstrekkelig informasjon om behandlingen de skal gjennomgå og behandlingsalternativer. Dette kan føre til at pasienten

trekker seg fra behandlingen, for eksempel fordi den er mer smertefull enn forventet, eller at de underlegger seg mer omfattende behandling enn nødvendig.

- Alvorlig syke pasienter som ikke får med seg all informasjon. Dette har omfattet uheldig kreftsyke som ikke har oppfattet at de kun får palliativ behandling.
- Pasienter som møter ulike leger under forløpet må gjenta informasjon, da legene ikke sørger for videreformidling av denne. En konsekvens er at pasienten kan få ulik informasjon fra de enkelte legene, i tillegg til at viktig pasientinformasjon ikke blir videreformidlet mellom leger eller avdelinger.
- Standardbrev fra UNN HF om pasienters rettighetsstatus kan være kompliserte og vanskelige å forstå.

Pasienter har lovfestet krav på informasjon dersom de påføres skade eller alvorlig komplikasjon i forbindelse med behandling. Ansvar for å gi slik informasjon er lagt på systemnivå. Vår erfaring er at denne informasjonsplikten ivaretas i svært varierende grad. Det ser ikke ut til at dette ansvaret er forankret godt nok.

Vi har merket oss at praktiseringen av melde- og avviksordninger er tillagt betydelig vekt ved UNN HF de siste årene, noe som er positivt. Samtidig kan det se ut til at plikten til å følge opp pasienter og pårørende ved alvorlige hendelser er mindre prioritert. Dette er likeverdige regler som må håndteres parallelt. Det handler om å gjøre to ting på en gang.

Ved alvorlige hendelser, som skade, komplikasjoner og dødsfall, ser helsepersonell ut til å kunne få et pliktmessig «tunnelsyn», med ensidig fokus på meldeplikt og tilsynsregler. Pasient og pårørende blir glemt, og noen ganger kan systemet lukke seg helt når det blir opprettet tilsynssak. UNN HF blir utilgjengelig. Ved slike hendelser er det særlig viktig å følge opp pasient og pårørende ut fra omsorgshensyn og det informasjonsbehovet som helt naturlig oppstår i etterkant. Det dreier seg om å få vite hva som har skjedd, hva som kan gjøres for å rette opp eventuell skade og hva helseforetaket gjør for å hindre at andre skal oppleve det samme. Mange pasienter og pårørende erfarer at de må mase for å få opplysninger om hva som er skjedd og om eventuelt videre forløp.

For noen pasienter kan det være avgjørende å få opplysninger om egen helsetilstand etter en slik hendelse, og vi har sett saker der pasienter har tatt uheldige behandlingsvalg som følge av manglende informasjon om egen helsetilstand.

Vi anbefaler at rett til medvirkning og informasjon til pasienter bør inngå som en prioritert del av kvalitets- og forbedringsarbeidet på UNN HF. UNN HF bør videre etablere arenaer der helsepersonell kan diskutere og utveksle erfaringer, særlig vedrørende kommunikasjon med pasienter.

Ut fra tilbakemeldinger fra helsepersonell bør det også legges praktisk til rette for at informasjonsplikten skal kunne ivaretas på en forsvarlig måte. **Det må være tid og rom for pasientsamtaler.**

Samarbeid internt. Kontaktleger og koordinator

Samarbeid og koordinering av tjenester mellom avdelinger er fortsatt en utfordring for UNN HF. Sviktende informasjonsflyt og manglende kontinuitet er medvirkende årsaker til at ikke alle pasientforløp fungerer. Dette rammer pasienter som har behov for tett og koordinert oppfølging fra to eller flere avdelinger på UNN HF.

Pasienter som trenger tverrfaglig helsehjelp erfarer at oppfølgingen er lite koordinert, og andre pasienter opplever at overganger mellom avdelinger blir en unødvendig belastning. Ansvarsforholdene fremstår som uklare, og enkelte avdelinger erkjenner at det er «skott» mellom dem og andre avdelinger.

Manglende informasjonsflyt og kontinuitet kan føre til dårlige pasientforløp og svikt. Det finnes virkemidler som kan bidra til bedre forløp og redusert fare for svikt, forutsatt at de tas i bruk.

I 2016 ble det innført en ny pasientrettighet: Retten til å få oppnevnt **kontaktlege** for pasienter som har alvorlig sykdom og som trenger behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten over en viss tid. Pasienten skal ha en bestemt lege å forholde seg til i medisinske spørsmål. Formålet er å sikre tilrettelagte og forutsigbare pasientforløp til beste for både pasienten, pårørende og legene.

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.

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. I så måte er ordningen et viktig ledd i UNN HFs samarbeid med kommunene.

Konsekvensen av svikt på dette området har blant annet vært manglende fremdrift og utsettelse av nødvendige utredninger av barn med kronisk sykdom. Videre kan pasienter og pårørende som er i en vanskelig situasjon bli påført tilleggsbelastninger i form av usikkerhet og frustrasjon dersom tjenestene er dårlig koordinert og man samtidig ikke har et kontaktpunkt inn i tjenestene.

UNN HF har ennå ikke iverksatt en fungerende kontaktlege- og koordinatorfunksjon. Det er flere årsaker til dette. Det tar uforholdsmessig lang tid å implementere nye rutiner og enkelte leger ut til å mangle kunnskap om hva ordningen innebærer. Dette er systemutfordringer. Vi har dessuten merket oss at registreringen i det pasientadministrative datasystemet DIPS ser ut til å være en utfordring i denne forbindelse, og det er mye som tyder på at dette er et gjennomgående problem for flere helseforetak innenfor Helse Nord.

Vi vil på denne bakgrunn anbefale at Helse Nord iverksetter tiltak på overordnet nivå for å sikre at kontaktlegeordningen og koordinatorfunksjonen fungerer i tråd med loven innenfor helseregionen.

Vurdering av rett til helsehjelp

Pasienters rett til vurdering fra spesialisthelsetjenesten praktiseres ikke alltid i tråd med gjeldende regelverk. Pasienter får blant annet ikke informasjon om hvorvidt de har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten innen fristen på 10 virkedager. Andre forteller at spesialisthelsetjenesten gir time til et annet tidspunkt (i en annen uke) enn det var informert om i første brev.

En kjent problemstilling er at pasienter får foreløpig informasjon fra UNN HF om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang, med et tidsintervall på en uke. Senere sendes det brev med informasjon om dato og klokkeslett for oppmøte. Flere pasienter har erfart at spesialisthelsetjenesten endrer tidspunkt for time til en annen uke enn det som først ble oppgitt.

Et eksempel på dette gjaldt et barn på 4 år hvor foreldrene hadde fått informasjon om at barnet ville få time til operasjon i uke 35. Familien forholdt seg til fristen og bestilte ferie i uke 33 og 34. Like før ferien kom innkalling til operasjon i uke 34, det vil si en uke tidligere enn oppgitt i første brev. Da far ba om å få flyttet timen fikk han beskjed om at det var uvisst når ny time kunne gis. Videre fikk han opplyst at barnet ikke hadde rett til prioritert helsehjelp innen den fastsatte fristen hvis oppsatt time ikke ble benyttet.

Det er urimelig at en pasient mister retten til behandling innen den juridisk bindende fristen som er satt, når timen må endres på grunn av at spesialisthelsetjenesten har gitt feil eller upresis informasjon om tidspunkt for time.

I følge pasient- og brukerrettighetsloven skal spesialisthelsetjenesten innen 10 virkedager etter henvisning er mottatt, sende informasjon til pasienten om hvorvidt han eller hun har fått rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Hvis pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp, skal det i svarbrevet informeres om juridisk frist for oppstart av helsehjelp. Det skal informeres om pasienten får frist for start utredning eller start behandling. Som utgangspunkt bør pasienten få oppgitt dato og klokkeslett for oppmøte. Der dette ikke er mulig bør tidspunktet det informeres om ikke overskride et tidsintervall på en uke. Helsedirektoratet har presisert at dersom den juridiske fristen er kortere enn fire måneder, bør oppmøtetidspunktet alltid angis som en dato og klokkeslett. Dersom fristen er lengre enn fire måneder fram i tid, kan oppmøtetidspunktet gis innenfor et ukeintervall.

Vi vil presisere at forsvarlighetskravet også gjelder når pasienten ønsker å endre tidspunkt for tildelt time. Når det skjer må det gis relevant informasjon til pasienten, hvor det må fremgå at tilbudet om behandling er basert på en vurdering av hva som er faglig forsvarlig ut fra pasientens behov for helsehjelp.

Psykisk helsevern – Informasjon, tvang og samtykkekompetanse

I 2017 hadde vi et samarbeid med UNN HF Åsgård, der vi blant annet holdt fire kurs om pasientrettigheter for ansatte ved de distriktpspsykiatriske sentrene. I tillegg deltok ansatte fra den kommunale rus- og psykiatritjenesten. Kursene samlet omkring 100 deltakere. Vi la vekt på rettigheter med særlig betydning for relasjonen mellom helsepersonell og pasient: Medvirkning, informasjon og samtykke.

Vi hadde stort utbytte av dialogen med kursdeltakerne, noe vi har grunn til å tro var gjensidig. Helsepersonellet fikk en arena for diskusjon og erfaringsutveksling og det var særlig interesse for spørsmål om samtykke og samtykkekompetanse. Dette hadde nok sammenheng med nye regler som kom i lov om psykisk helsevern 2017, om økt selvbestemmelse for pasienter.

På bakgrunn av regler som trådte i kraft i 2017, vil hovedtyngden av pasienter i tvungent psykisk helsevern være vurdert til å mangle samtykkekompetanse. Det er derfor viktig at det foretas reelle

samtykkevurderinger av hensyn til pasientenes rettssikkerhet. Det blir tilsvarende viktig å følge med på praksis i saker som gjelder tvungent psykisk helsevern.

Når det gjelder henvendelsene som vi mottok i 2017, fremholdt mange pasienter at de ikke får dekket sitt informasjonsbehov i forbindelse med behandling i det psykiske helsevernet. Dette gjaldt spørsmål om rettigheter ved bruk av tvang, særlig klageadgangen. Pasientene har stort behov for informasjon om oppfølging under behandlingsopphold, samarbeid internt mellom avdelinger og om utskriving. Mange pasienter forteller at kommunikasjonen og dialogen med helsepersonell kan være uklar og at helsepersonell kan fremstå som unnnvikende i slike sammenhenger.

Våre observasjoner samsvarer med en brukererfaringsundersøkelse som Folkehelseinstituttet gjennomførte høsten 2016 blant 1683 døgnpasienter ved alle institusjonene innen psykisk helsevern. Denne viste at institusjonene kommer dårligst ut på spørsmålene om informasjon.

Vi anbefaler at UNN HF etablerer arenaer der helsepersonell kan diskutere og utveksle erfaringer om vurdering av samtykkekompetanse, medvirkning og kommunikasjon med pasienter.

Radiologisk avdeling – Forsinkede prøvesvar

Radiologisk avdeling ved UNN HF har fremdeles kapasitetsutfordringer og det tar tid før resultater etter røntgenundersøkelser foreligger. Vi har blant annet flere eksempler på at resultater av CT-undersøkelser ikke foreligger når pasienter kommer til planlagte poliklinisk kontroller. En slik praksis medfører fare for svikt, og kan være en medvirkende årsak til at patologiske resultater senere ikke blir fanget opp. For en av våre klienter fikk dette alvorlige konsekvenser.

Pasienten hadde fått behandling for rectumcancer og ble senere fulgt opp med kontroller i tråd med gjeldende retningslinjer. I journalen er det tre eksempler på at han ble innkalt til CT-undersøkelser om lag en til halvannen uke før kontrolltime på poliklinikken. Røntgensvar forelå ikke noen av gangene når pasienten kom til kontroll.

Pasienten kom til sin tredje kontroll høsten 2015. Det forelå heller ikke denne gangen svar på CT-undersøkelsen. Dette kom 38 dager etter undersøkelsen. Det ble gjort funn forenlig med levermetastaser (spredning) og det ble anbefalt videre undersøkelser med MR av signerende røntgenlege. Dette svaret ble verken fanget opp av legen som bestilte CT eller av legen som var ansvarlig for kontrollen på poliklinikken. Det ble først fanget opp etter ett år, da pasienten skulle innkalles til ny kontroll. Konsekvensen var at videre undersøkelser og behandling ble forsinket med over ett år. Det ble da avdekket metastaser i lever som ikke lengre var mulig å operere, samt at pasienten hadde spredning til flere organer. Han tilbys i dag palliativ og lindrende behandling.

Vi har fått opplyst fra Gastrokirurgisk avdeling ved UNN HF at en lege i spesialisering i snitt har ansvaret for poliklinikk en dag per uke. Det tilsier at legen har mange konsultasjoner i løpet av en slik dag. Når resultatet av CT-undersøkelser ikke foreligger når pasienten kommer til poliklinisk kontroll, vil den enkelte lege få oppfølgingsansvar for mange pasienter i etterkant. Her er det fare for svikt.

Vi anbefaler at svar på røntgenundersøkelser må være beskrevet før pasienten kommer til undersøkelse eller kontroll. Videre må alvorlige funn ved røntgenundersøkelser formidles til mottaker slik at den som mottar svar må kvittere for at svaret er mottatt og forstått. Hvis «kvittering» ikke mottas, må det komme opp en elektronisk melding om dette til avsender.

3.3 Anbefalinger - spesialisthelsetjenesten

- ✓ Rett til medvirkning og informasjon etter pasient- og brukerrettighetsloven bør inngå som en prioritert del av kvalitets- og forbedringsarbeidet på UNN HF.
- ✓ UNN HF bør etablere arenaer der helsepersonell kan diskutere og utveksle erfaringer om vurdering av samtykkekompetanse, medvirkning og kommunikasjon med pasienter.
- ✓ Helse Nord bør iverksette tiltak på overordnet nivå for å sikre at kontaktlegeordningen og koordinatorfunksjonen blir ivaretatt innenfor helseregionen.
- ✓ Svar på røntgenundersøkelser må være beskrevet før pasienten kommer til undersøkelse eller kontroll. Alvorlige funn ved røntgenundersøkelser må formidles slik at den som mottar svar må kvittere for at dette er mottatt og forstått. Hvis kvittering ikke blir gitt må avsender få elektronisk melding om dette.

4 Kommunale helse- og omsorgstjenester

4.1 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 for å dekke innbyggernes behov for tjenester. Kommunenes tjenestetilbud fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3.

Kommunene får et stadig større ansvar for pasienter med omfattende og komplekse behov for helsehjelp. **Dette skaper utfordringer for kommunene, ikke minst med tanke på kompetanse og kapasitet.** Når vi i tillegg ser at fastlegeordningen viser krisetegn, er det vesentlig at kommunale helse- og omsorgstjenester gis nødvendig prioritet og oppmeksomhet fremover.

35 % av sakene som vi mottok gjaldt kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette sakstilfanget har ligget i snitt på 25-30 % de siste årene. Vi har ansett dette for å være noe lavt i lys av omfanget av tjenester som gis i kommunene. Tross økningen i kommunesaker i 2017, mener vi at det fortsatt er et misforhold i saksfordelingen mellom spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester.

På bakgrunn av denne «skjevfordelingen» innledet vi en **satsing mot kommunale helse- og omsorgstjenester** i 2016, med vekt på møter med ledelsen på sektoren og tilbud om kurs til ansatte om pasient- og brukerrettigheter. I 2017 møtte vi flere seksjoner i Tromsø kommune. Gjennom denne kontakten blir vi bedre kjent med helse- og omsorgstjenestetilbudet i kommunene. Vi når samtidig ut med informasjon om pasient- og brukerrettigheter. I møter med ledere og andre ansatte får vi et innblikk i utfordringer som kommunene har, men også de gode løsningene og den innsatsen som daglig legges ned i forbedringstiltak. God kunnskap om situasjonen i kommunene gjør oss bedre i stand til å informere og veilede pasienter og brukere i enkeltsaker.

66 av 146 saker om kommunale helse- og omsorgstjenester var rettet mot **Tromsø kommune**. For denne kommunen utgjorde økningen en dobling av antall saker. Fagområdet med størst økning var fastlegeordningen. For øvrig var sakene relativt jevnt fordelt på de øvrige områdene.

Når det gjelder utviklingen i fylket, utgjorde 52 % av sakene **fastlegeordningen**. Fastlegeordningen er nærmere omtalt nedenfor. **Hjemmebaserte tjenester** (helsehjelp i hjemmet, praktisk bistand o.l.)

utgjorde 24 %, mens 15 % av sakene gjaldt **sykehjem**. Det har skjedd en dreining i de kommunale tjenestene til eldre. Tjenestene gis i større grad i hjemmet og ikke på institusjon. Dette er ikke nødvendigvis et negativt utviklingstrekk, men vi ser i noen saker at hjemmeboende **eldre må forholde seg til langt flere tjenesteytere med varierende kompetanse**. I tillegg er det en risiko for at hjemmeboende eldre ikke får jevnlig og nødvendig kontakt med fastlegen. Det er ikke gitt at de kommunale tjenestene har rutiner som sikrer at slike behov blir ivaretatt.

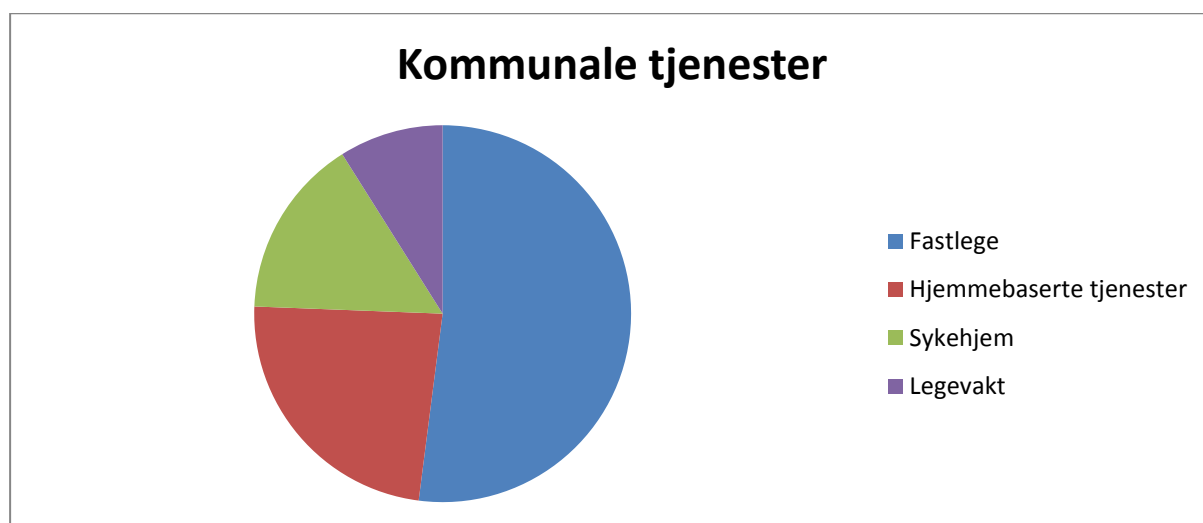
Vi har for øvrig merket oss at kommunenes **informasjonsplikt overfor pasienter og brukere ved alvorlige hendelser**, samt **retten til å søke pasientskadeerstatning** for skader forvoldt i den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør vies mer oppmerksomhet fremover.

Når det gjelder erstatningsordningen som forvaltes av Norsk pasientskadeerstatning (NPE), ble det i 2017 innsendt totalt 31 søknader rettet mot primærhelsetjenesten i Troms. 9 søknader fikk medhold og samlet erstatningssum utgjorde kr 9 353 727. Til sammenligning ble det samme år innsendt 227 søknader som gjaldt UNN HF. Samlet erstatningssum der utgjorde kr 64 825 961.

NPE anslo i 2016 at 14 % av sakene på landsbasis gjelder primærhelsetjenesten. Disse er i hovedsak rettet mot fastleger og legevaktstjenesten. På bakgrunn av omfanget av pasienter og brukere i andre deler av helse- og omsorgstjenesten, er det ikke urimelig å anta at det skjer en underrapportering. Disse tjenestene omfatter helsehjelp i hjemmet, avlastningsiltak og sykehjem, det vil si tjenester med høy risiko for blant annet fallskader, infeksjoner og feilmedisinering.

En vesentlig forutsetning for å benytte erstatningsordningen er at pasienter kjenner til ordningen. I spesialisthelsetjenesten ser vi at helsepersonell er blitt bedre på å gi pasienter informasjon om deres rettigheter dersom det har oppstått skader og komplikasjoner i forbindelse med helsehjelpen. Pasienter har krav på slik informasjon, også de som mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Det har tatt tid å forankre dette ansvaret i spesialisthelsetjenesten. Plikten er viet liten oppmerksomhet når det gjelder kommunale tjenester. Det er grunn til å anta at pasienter og brukere ikke alltid får informasjon om sine rettigheter ved alvorlige hendelser og svikt. Dette er et viktig spørsmål for pasienter og pårørende, og vil bli fulgt opp fra vår side i tiden fremover.



Tjenesteområder, kommunale helse- og omsorgstjenester (2017)

4.2 Spesielle forhold

Fastlegeordningen: Én portner – Stadig flere dører

Fastlegene ivaretar en nødvendig portnerfunksjon gjennom henvisningsplikten, og har en koordinerende og rådgivende funksjon overfor pasienter og kommunal helsetjeneste. Ikke minst yter fastlegene daglig helsetjenester av stor betydning for folkehelsen.

God tilgjengelighet er avgjørende for å oppnå formålene med fastlegeordningen. Kontinuitet, kapasitet og nyrekruttering er viktige forutsetninger for tilgjengeligheten. Vi har lenge sett negative utviklingstrekk som undergraver fastlegeordningens formål og funksjoner. Fastlegene er tillagt flere oppgaver og stilles overfor nye krav og forventninger. Rekrutteringsproblemer har lenge preget allmennlegetjenesten i distriktene. Dette problemet er nå også følbart i byer og sentrale strøk.

Pasient- og brukerombudene har siden 2014 etterlyst en evaluering av fastlegeordningen. Det er nå besluttet at ordningen skal evalueres, noe som ønskes velkommen. I tillegg har Helse- og omsorgskomiteen på Stortinget blitt enige om flere tiltak for å styrke fastlegeordningen, blant annet med mål om flere fastleger og redusert listelengde. Det tas med andre ord nødvendige grep.

Vi har gjennom henvendelsene i 2017 fått bekreftet behovet for nytenkning og strakstiltak for å styrke fastlegeordningen. Flere av sakene bærer preg av at fastlegene har en stadig travlere hverdag, med mindre tid til dialog med pasienter. Mye tyder på at informasjons- og veiledningsoppgaver legges til personell i fastlegekontorets ekspedisjon. Dette kan i utgangspunktet være hensiktsmessig, men da må man sikre både kompetanse og kapasitet, slik at oppgavene utføres etter loven og i tråd med pasientens behov.

Fastlegene har en stadig travlere hverdag

Pasienter etterlyser informasjon og veiledning om sentrale rettigheter, som fritt behandlingsvalg og fornyet vurdering, samt oppfyllelse av rettigheter, som innsyn i egen journal og tilgjengelighet til fastlegen. Når det gjelder tilgjengelighet ser vi at det prøves tiltak for å effektivisere denne, men slike tiltak kan også føre til at terskelen for å kontakte fastlegen blir for høy. Eksempelvis kan pasienter som henvender seg direkte i «luka» på legekontoret for å bestille time bli avvist med beskjed om at dette må gjøres elektronisk.

Det er økende bruk av vikarer i fastlegeordningen. Pasientene må forholde seg til en eller flere vikarer over lang tid, noe som medfører lite kontinuitet og utrygghet blant pasientene. Vikarstafetten fører noen ganger til at vikarene ikke får tid til å sette seg inn i rutiner ved kontoret, om for eksempel oppfølging av prøvesvar. Dette er en betydelig risikofaktor.

Oppsummeringen av noen av våre erfaringer med fastlegeordningen i 2017 er i realiteten symptomer som bekrefter en diagnose vi allerede kjenner: Høyt arbeidspress og stadig flere nye oppgaver. Prognosen er usikker, men det kreves sterk medisin. Apoteket heter Stortinget og farmasøyten er helse- og omsorgsministeren.

Snoking i journal – Er det ulovlig?

Har man tilgang til pasientjournaler kan det være fristende å finne ut mer om sykehistorien til familie, venner, naboer eller andre bekjente. Snoking i pasientjournaler forekommer i enkelte virksomheter. Årsaken til snokingen er ofte at helsepersonell mangler kunnskap om taushetspliktreglene.

Regler om taushetsplikt skal verne om pasientens integritet, sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Den skal også sikre kvalitet i tjenesten. Taushetsplikt skal hindre at noen unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Taushetsplikten skal også bidra til at pasienter vil gi fra seg opplysninger om seg selv og sin helsetilstand som er nødvendige for at helsetjenesten kan gi forsvarlig helsehjelp. Pasienter skal føle seg trygge på at opplysningene ikke benyttes i andre sammenhenger og utleveres til uvedkommende.

Taushetspliktreglene i helsepersonelloven § 21 var ikke tydelige når det gjaldt forbudet mot å søke eller sette seg inn i taushetsbelagte opplysninger uten at man har tjenstlig behov for dem. Det var derfor behov for å sikre et forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger. Da helsepersonelloven § 21 a kom i 2008 ble det forbudt for helsepersonell å snoke i pasientjournaler. Dette betyr at det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i helsepersonelloven § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov. **Det er ikke tillatt å lese i journalen til en pasient man ikke har noe ansvar for å yte helsehjelp til, eller eventuelt administrere slik hjelp til.**

**Journalsnoking
svekker tilliten til
helse- og
omsorgstjenestene**

Pasienter har full innsynsrett i egen pasientjournal. I tillegg har de rett til innsyn i loggen som viser hvem som har gjort oppslag i journalen. Pasienten kan avdekke urettmessig innsyn ved å be om utskrift av logg. Snoking i journal er derfor lett å oppdage og bevisene vil være der til evig tid. **Mange pasienter er ikke kjent med at de kan be om journal- og loginnsyn for å avdekke urettmessig innsyn.** I forskrift om kjernejournal er det lovfestet at pasienten uanmodet skal informeres om oppslag som gjøres på en selv i Nasjonal kjernejournal.

Brytes forbudet mot snoking, kan konsekvensene bli alvorlige for helsepersonell. Statens helsetilsyn legger vekt på at slike pliktbrudd er egnet til å påføre pasienter en betydelig belastning og at det er et alvorlig brudd på den tillit helsepersonellet er gitt av arbeidsgiver og samfunnet. Tilliten til helsetjenesten som sådan svekkes. I de saker Statens helsetilsyn har konkludert med brudd på § 21 a, har helsepersonellet fått en advarsel. Reaksjonen har blitt gitt uavhengig av omfanget av snokingen. I alvorlige tilfeller kan helsepersonellet miste autorisasjonen og de kan bli strafferettslig domfelt og erstatningsansvarlig overfor den som eier journalen det er snoket i.

Det er i dag innført et påbud med elektroniske pasientjournaler. Dermed er muligheten til å snoke i papirjournaler uten å bli oppdaget minimalisert.

Tilgang til helseopplysninger er underlagt streng lovregulering og reglene må følges. Flere helseinstitusjoner har i dag etablert kontroller og tar stikkprøver med gjennomgang av innsynsloggen i pasientjournaler for å sikre at det ikke gjøres urettmessige oppslag. Men mange virksomheter som yter helsehjelp har fremdeles en jobb å gjøre og mange ansatte har tilgang til helseopplysninger om pasienter ut over tjenestebehov.

Tilgangsstyring er et viktig ledd i arbeidet med å sikre opplysningene i journal fra urettmessig innsyn. Kommuner og helseinstitusjoner må i tillegg sikre at ansatte har tilstrekkelig kunnskap om regelverket og at det føres kontroll med at regelverket følges.

Kommunal saksbehandling – Tjenester må gis til rett til og med rett kvalitet

Kvaliteten på saksbehandlingen i kommunene er svært varierende og brukemedvirkning blir ofte tilsidesatt i prosessen. Mange kommuner har i enkelte saker uforholdsmessig lang saksbehandlingstid, både når det gjelder behandling av søknader og klager. Noen kommuner har heller ikke gode systemer for å følge med saksehandlingstiden på de enkelte fagområdene.

Vi er bekymret for det mulige omfanget av saker med lang saksbehandlingstid. Pasienter og brukere erfarer at deres sak blir stående uavklart i lang tid. Dette er i seg selv en unødvendig tilleggsbelastning, og pasienten eller brukeren står i fare for å tape rettigheter. Vi vil fremholde at det i ettertid kan være vanskelig å kompensere for tjenester som er gitt med for dårlig kvalitet eller for lavt omfang.

Det kan bære helt galt av sted dersom saksbehandlingstiden blir for lang: I en sak om støttekontakt tok søknads- og klageprosessen mer enn to år. Da spørsmålet om støttekontakt endelig ble avviklet for brukeren, var hans helse blitt så redusert at han ikke lenger hadde nytte av tjenesten.

For pårørende som utfører tyngende omsorgarbeid kan unødvendig lang ventetid føre til slitasje og stor usikkerhet. Vil de kunne få avlastning? Har de krav på omsorgsstønad? Det er viktig at dette avklares fort, ikke minst for å unngå unødvendig slitasje på pårørende. I denne forbindelse ønsker vi velkommen nye regler om styrket pårørendestøtte i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6. Regelen trådte i kraft 1. oktober 2017 og understeker kommunens ansvar overfor personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Kommunen må i større grad tilby opplæring og nødvendig veiledning til pårørende, i tillegg til avlastningstiltak og omsorgsstønad.

4.3 Anbefalinger – kommunale helse- og omsorgstjenester

- ✓ Kommunene bør gjennom sitt ledelses- og styringsansvar bidra til utvikling av god kvalitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten.
- ✓ Kommunene bør ha tilgangsstyring som sikrer journalopplysninger mot urettmessig innsyn (journalsnoking). Ansatte må ha tilstrekkelig kunnskap om regelverket og det må føres kontroll med at regelverket følges.
- ✓ Kommunen må sikre rask og riktig behandling av søknader om tjenester og av klager. Dette bør følges opp på ledernivå, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

5. Kontorets utadrettede virksomhet

Pasient- og brukerombudet skal gjennom sitt arbeid bidra til å bedre kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. I den forbindelse er det viktig å nå ut med informasjon om ombudsordningen og om pasient- og brukerrettigheter til pasienter, brukere og tjenesteytere.

I 2017 har vi lagt vekt på informasjonstiltak for å øke kunnskapene om pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i psykisk helsevern og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Her følger en oversikt over vår utdannede virksomhet i 2017:

Møter o.l. med UNN	Dato
Presentasjon av årsmelding 2016 for styret, ledelse og ansatte på UNN	8.2
Dialogmøte med ledelsen på UNN, Kvinneklinikken, Føde- og barselsseksjonen	29.8
Presentasjon av ombudsordningen for AMK, UNN HF Tromsø	27.9
Møte med Koordinerende enhet, UNN HF Tromsø	11.10
Deltakelse på KVAM-møte, UNN HF	12.10
Møte med Kvalitetsutvalget på UNN	24.10
Deltakelse på komplikasjonsmøte, Fødeavdelingen på UNN HF Tromsø	7.12

Kommunemøter	Dato
Deltakelse på oppstartsmøte for kommuner i Sør-Troms, prosjekt DokHelse	1.2
Møte med Allmennlegeforum og Helsesekretærforum, Tromsø	7.3
Møte med Ledergruppen Helse/omsorg i Tromsø kommune	3.4
Dialogmøte med Tromsø kommune, Seksjon oppfølgingstjeneste	25.4
Dialogmøte med Tromsø kommune, Seksjon hjemmetjeneste	1.6
Dialogmøte med Koordinerende enhet, Harstad kommune	21.9
Dialogmøte med Tildelingskontoret, Tromsø kommune	8.12

Informasjon og foredrag om pasient- og brukerrettigheter	Dato
Foredrag – Nettverkssamling, prosjekt DokHelse	7.2
Kurs pasientrettigheter: Ansatte DPS Narvik og Narvik kommune	23.3
Informasjonsstand på UNN og handelssenteret Jekta	19.5
Kurs pasientrettigheter: Ansatte UNN HF Åsgård og DPS Nord-Troms	30.5
Kurs i pasientrettigheter for leger i spesialisering	29.8
Kurs i helselovgivningen for sykepleiere på UNN	5.9
Kurs i helselovgivningen for Seksjon hjemmetjeneste, Tromsø kommune	12.9
Kurs i helselovgivningen for Seksjon oppfølgingstjeneste, Tromsø kommune	13.9
Kurs pasientrettigheter: Ansatte DPS Harstad og Harstad kommune	21.9
Kurs i pasient- og brukerrettigheter for Habiliteringstjenesten på UNN	2.10
Foredrag om pasient- og brukerrettigheter for erfaringskonsulenter, Helse Nord	3.10
Kurs i helselovgivningen for Seksjon sykehjem og helse, Tromsø kommune	10.10
Kurs i saksbehandling og tildeling av BPA for ansatte i Skånland kommune	16.11
Kurs i pasientrettigheter for UNN HF Åsgård RPH og Akuttpost sør	29.11

Møter med brukerorganisasjoner	Dato
Møte med styret i ME-foreningen, Troms lokallag	24.4
Møte med ME-foreningen, Troms lokallag	14.9

Møter med samarbeidsparter/Andre	Dato
Regionsamling for ombudene i Nord-Norge. Møter med Sametinget og SANKS.	28-29.3
Regionsamling for ombudene i Nord-Norge. Møter med Helsehuset i Tromsø kommune, Medikamentfritt behandlingstilbud ved UNN HF Åsgård og Kvalitets- og forskningsavdelingen, Helse Nord	20-21.11



Pasient- og brukerombudet i Troms, Postboks 6603, 9296 Tromsø

Telefon 77 75 10 00

troms@pobo.no

<https://helsenorge.no/pasient-og-brukerombudet/troms>



<https://www.facebook.com/?ref=logo>