

# PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I NORD-TRØNDELAG

## Årsrapport 2010



## Forord

I Nord-Trøndelag oppretta fylkeskommunen pasientombudordning i 1997. Fra 2003 ble ordninga statlig. Fram til 1.9.2009 omfatta ordninga spesialisthelsetjenesten. Fra da av ble den utvida til også å gjelde for kommunale helse- og sosialtjenester. Navnet ble endra til pasient- og brukerombud.

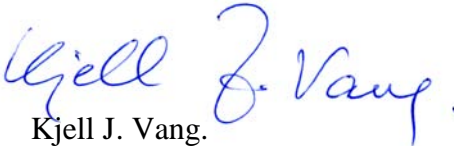
2010 er med andre ord første heile år med pasient- og brukerombudordning for både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester.

Mens andelen henvendelser om forhold i kommunene tidligere år har ligget på 15-20 %, er den i 2010 på 22 %. Auken er mindre enn en kunne forvente. Det kan skyldes at folk er tilfreds med kommunenes hjelp, at de ikke kjenner til ombudordninga og hva Pasient- og brukerombudet kan bistå med, men også at mange kvier seg for å ta opp forhold innafor en sektor som en er avhengig av på mer eller mindre permanent basis. Antakelig er det lettere å ta opp negative erfaringer med tjenester som en bare sporadisk har kontakt med, slik tilfellet ofte er med spesialisthelsetjenesten.

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har i 2010 innretta sitt arbeid både rundt de enkelthenvendelsene vi har mottatt, og mot særskilte fokusområder som er beskrevet i virksomhetsplan. Hvordan planen er fulgt opp, framgår av enkeltkapittel i denne rapporten.

Året har for øvrig vært prega av stor utadretta virksomhet, i særdeleshet mot sentrale kommunale organ. Vi har besøkt kommunestyrer, formannskap og andre politiske fora, men også administrative møteplasser med rådmenn, virksomhetsledere og andre ansatte. Målet har vært å spre informasjon om pasient- og brukerombudordninga etter utvidinga.

Steinkjer 10.1.2011.

  
Kjell J. Vang.  
-pasient- og brukerombud-

# Innholdsregister

	<b>Forord</b>	<b>s. 1</b>
	<b>Innholdsregister</b>	<b>s. 2</b>
<b>1.0</b>	<b>Innledning</b>	<b>s. 3</b>
<b>2.0</b>	<b>Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag</b>	<b>s. 3</b>
2.1	Arbeidsområde	s. 3
2.2	Nord-Trøndelag fylke	s. 3
2.3	Driftsforhold	s. 3
2.4	Henvendelser	s. 3
2.5	Utadretta virksomhet / møtepunkt	s. 4
<b>3.0</b>	<b>Særskilte forhold</b>	<b>s. 4</b>
3.1	Rusfeltet – smertens barn	s. 4
3.2	Bruk av tvang – gammel vane vond å vende	s. 5
3.3	Vern mot spredning av opplysninger – taushetsplikt	s. 6
3.4	Dekning av ledsagers oppholdsutgifter – uklare regler	s. 7
3.5	Lang ventetid – uforsvarlig eller bare plagsomt?	s. 7
3.6	Informasjon, medvirkning og samtykke – sterk auke	s. 8
3.7	Eldreomsorgen – alt på stell?	s. 9
<b>4.0</b>	<b>Spesialisthelsetjenesten</b>	<b>s. 9</b>
4.1	Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste	s. 9
4.2	Spesialisthelsetjenesten – henvendelsesgrunner	s. 10
<b>5.0</b>	<b>Kommunale helse- og sosialtjenester</b>	<b>s. 11</b>
5.1	Kommunehelsetjenesten – områder	s. 12
5.2	Kommunehelsetjenesten – henvendelsesgrunner	s. 12
5.3	Kommunale sosialtjenester	s. 13
<b>6.0</b>	<b>Pasient- og brukerombudets anbefalinger</b>	<b>s. 13</b>
<b>Vedlegg:</b>	<b>Lov om pasientrettigheter</b>	<b>s. 15</b>

## 1.0 Innledning

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Virksomheten er heimla i lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 kapittel 8. Pasient- og brukerombudet utøver sitt faglige virke sjølstendig og uavhengig, men er administrativt knytta til Helsedirektoratet som har det formelle arbeidsgiveransvaret.

## 2.0 Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag

### 2.1 Arbeidsområde

Arbeidsområdet omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester som ytes til befolkninga i Nord-Trøndelag. Med kommunale helse- og sosialtjenester meines tjenester etter lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66, med unntak av lovas kapittel 4a, og tjenester etter lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 nr. 81.

### 2.2 Nord-Trøndelag fylke

Nord-Trøndelag fylke består av 24 kommuner og dekker et areal på 22.396 kvadratkilometer (6,9 % av fastlands-Norge). Fylket har ca. 132.000 innbyggere og 6 byer.

### 2.3 Driftsforhold

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har kontor i Fylkets hus på Steinkjer. I tillegg er det kontordager ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Det er tre heiltidsansatte: Førstekonsulent Anne Berit Lundås, rådgiver Inger Rita Hansen og pasient- og brukerombud Kjell J. Vang.

Budsjett og reknskap vises i tabellen. Auken skyldes i hovedsak mer bemanning fra 1.9.2009.

<b>Økonomi</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Budsjett	1.163.000	1.431.000	2.001.000
Reknskap	1.125.892	1.419.345	1.897.161

### 2.4 Henvendelser

Tabellen viser utviklinga i antall henvendelser. Noe av auken i 2009 skyldes utvidinga med kommunale tjenester fra 1.9.2009. Dette har ikke fortsatt tilsvarende i 2010

<b>Henvendelser</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Antall	363	462	480

## 2.5 Utadretta virksomhet / møtepunkt

Det er i 2010 lagt vekt på kontakt med kommuner i henhold til virksomhetsplan. De fleste er besøkt, og noen har ønska flere møter med ulike målgrupper. Politiske og administrative fora har fått informasjon og mulighet til dialog. Møtene hadde rammer på fra 45 minutt til 2 timer.

Det er god kontakt mellom ombudet og Helse Nord-Trøndelag HF både gjennom møter på ulike nivå og når det ellers er nødvendig.

Pasient- og brukerombudet har halvårlige møter med Helsetilsynet / Fylkesmannen i fylket i tillegg til ad-hoc-kontakt. På bakgrunn av erfaringer med svikt i kommunal saksbehandling arrangerte Pasient- og brukerombudet og Fylkesmannen i fellesskap to dialogsamlinger med saksbehandlere på helse- og sosialsektorene. Hensikten var å bidra til bedre kvalitet på saksbehandlinga. Tiltaket var velkomment, og det er uttrykt ønske om videreføring.

Ombuda i Midt-Norge har hatt felles møte med helsetilsyna i de midtnorske fylka. Det holdes to møter årlig med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF. Rusbehandling Midt-Norge HF, LAR-Midt og pasient- og brukerombuda i Sør- og Nord-Trøndelag har møttes to ganger.

Ombudkontora i regionen treffes regelmessig, landets pasient- og brukerombud møtes jamnlig, og det arrangeres fagsamlinger for alle ansatte. To møter med Helsedirektoratet og ett møte med henholdsvis Helse- og omsorgsdepartementet, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning er gjennomført i 2010.

Ved de fleste anledningene drøftes forhold av betydning for forbedring av tjenestene. Videre formidles synspunkt og tilbakemeldinger til tjenester og virksomhetsledelser på bakgrunn av henvendelsene fra pasienter og brukere.

Pasient- og brukerombudet har omtalt aktuelle problemstillinger i kronikker og avisinnlegg og har dessuten avgitt kommentarer til ulike forhold som er framme i mediebildet. Vi prøver å holde nettstedet (<http://www.pasientombudet.no/fylke/9/NordTrondelag/>) oppdatert i størst mulig grad. Sida er mye besøkt, både av folk som ønsker å ta kontakt, og av andre som vil følge med på innholdet som legges ut.

Vi er invitert til mange pasient-, bruker- og interessegrupper. Det er holdt foredrag ved kurs og konferanser, og vi har undervisning i videregående skoler og på høgskole- og fagskolenivå.

## 3.0 Særskilte forhold

### 3.1 Rusfeltet – smertens barn

Rus og rusrelatert psykiatri var i virksomhetsplanen for 2010 et hovedfokusområde. Det skyldes ikke et stort antall henvendelser, men at feltet representerer stor smerte. I tillegg til arbeidet med henvendelsene har vi drevet oppsøkende virksomhet overfor brukergupper og tjenesteytende instanser. Vi har også deltatt i pårørendefora og ulike konferanser.

I løpet av året har vi hatt to møter med Rusbehandling Midt-Norge HF og LAR-Midt der fokus var pasienters opplevelse av et rigid regime innafor LAR (legemiddelassistert

rehabilitering). Seinere er det igangsatt endringsarbeid på sektoren, og det tas sikte på videre kontakt for ytterligere bedring av tjenestene. Pasient- og brukerombudet merker seg at en del av rusmiddelavhengiges negative erfaringer med LAR i Midt-Norge har sammenheng med at det i praksis er umulig å velge behandlingssted. Det fins bare én LAR-instans i regionen, og LAR-behandlinga preges følgelig av en monopolsituasjon.

Rusmiddelavhengiges erfaringer resulterte i kronikker i Adresseavisen 9.4.2010 ("En gang avhengig, alltid avhengig", <http://www.adressa.no/meninger/article1467782.ece>) og 5.11.2010 ("Lar, makt og monopol", <http://www.adressa.no/meninger/article1548468.ece>), den siste sammen med pasient- og brukerombuda i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Innlegget "Uverdige ventetid før rusbehandling" ble gjengitt i Trønder-Avisa 26.10.2010 og var del av en serie oppslag om kapasitet og køer. Pasient- og brukerombudet er intervjuet i tidsskriftet Rus & samfunn nr. 5/2010 under tittelen "Human rusbehandling".

Med bakgrunn i et synlig og tydelig engasjement har vi fra personell i helse- og sosialtjenester fått henvendelser der det gis uttrykk for frustrasjoner på rusmiddelavhengiges vegne. I likhet med pasientene peiker personell på lange ventetider, forhold ved LAR, dårlig samhandling mellom tjenesteytere, ujevn bruk av individuell plan, svakt fungerende ansvarsgrupper og mangelfull ivaretagelse av psykiske og somatiske sidelidelser.

Sammen med Pasient- og brukerombudet i Sør-Trøndelag forfatta ombudet i Nord-Trøndelag høringsuttalelse til Stoltenbergutvalgets rapport om narkotika. Uttalelsen er levert til Helse- og omsorgsdepartementet på vegne av seksten av landets pasient- og brukerombud, og den er gjengitt på <http://www.pasientombudet.no/artikkel/159/>. I likhet med utvalget meiner vi at situasjonen på rusfeltet krever et samfunnsløft.

### 3.2 Bruk av tvang – gammel vane vond å vende

*En psykiatrisk pasient klagde på tvangsmedisinering. Pasient- og brukerombudet sendte saka til Fylkesmannen som fant grunn til å stanse tvangen med øyeblikkelig virkning inntil grunnlag for å fortsette var avklart. Sakkyndig vurdering konkluderte med at slikt grunnlag ikke var til stede, og Fylkesmannen fatta endelig beslutning om opphør av tvangsmedisineringa. Seinere avslørte Pasient- og brukerombudet at tre måneders kontrollundersøkelser for vurdering av videreføring av tvang utafør institusjon ved flere anledninger ikke var gjennomført etter gjeldende bestemmelser idet pasienten ikke var personlig undersøkt av lege. Fylkesmannen erklærte dermed på formelt grunnlag sjukehusets siste videreføringsvedtak for ugyldig. Et anna element av tvang gjaldt pasientens anmodning om å slippe kontakt med bestemt lege på grunn av ødelagt tillit. Sjukehuset sa nei, mens Fylkesmannen påla sjukehuset å legge til rette for bytte av behandler. Etter dette tok det uforholdsmessig lang tid før byttet ble effektivt.*

Pasient- og brukerombudet meiner det er alvorlig når tvangstiltak blir videreført uten at det foreligger tilstrekkelige undersøkelser og vurderinger. Denne gangen svikta det flere ganger rundt samme pasient. Hvis det vi har sett i denne saka, også gjelder andre, handler det om systematisk overkjøring av rettssikkerheten for ei utsatt gruppe pasienter. Det er i så fall skremmende og egna til å skjerpe Pasient- og brukerombudets årvåkenhet i møte med pasienter med tvangsvedtak etter lov om psykisk helsevern. En kan for øvrig spørre seg om Kontrollkommissjonen foretar tilstrekkelig etterprøving når sjukehuset fatter vedtak om videreføring av psykisk helsevern under tvang.

Pårørende forteller om tvangstiltak overfor pasienter i kommunal eldreomsorg. Det dreier seg om låsing av dører, bruk av bevegelsehindrende tiltak og skjult medisinerings uten at det er fatta vedtak etter pasientrettighetslova kapittel 4A. Ofte stiller ikke pårørende spørsmål ved

tvangen fordi de anser den som beskyttelsestiltak. Også helsepersonell i kommuner bekrefter at inngrep iverksettes av gammel vane uten at det foretas samtykkevurdering og forsøkes alternative tiltak uten bruk av tvang.

Kapittel 4A i pasientrettighetslova ble vedtatt for å redusere forekomsten av tvang og for å få nødvendig tvangsbruk inn i legale former. Helsetilsynet melder om relativt få innkomne tvangsvedtak og store variasjoner mellom kommunene. Erfaringene antyder at personell og virksomheter ikke i tilstrekkelig grad har tatt inn over seg pasientenes krav på rettsvern mot mer eller mindre tilfeldige påfunn som kan bli til overgrep. Det er en lederoppgave å påse at gjeldende regelverk implementeres og brukes slik det er meint, også overfor personer som ikke sjøl er i stand til å protestere eller dra nytte av aktuelle klageordninger.

### **3.3 Vern mot spredning av opplysninger - taushetsplikt**

Pasientrettighetslova § 3-6 verner pasienter mot spredning av opplysninger om seg. Vernet speiles av helsepersonellovas bestemmelser om helsepersonells taushetsplikt (§§ 21 ff.).

Pasientens samtykke opphever taushetsplikten. Når helsepersonells opplysningsplikt fører til viderefremming av taushetsbelagte opplysninger, skal pasienten som regel informeres.

At sensitive opplysninger spres mellom helsepersonell og -institusjoner, oppleves ofte som svært krenkende av den opplysningene gjelder. Helsetjenesten er stedet for sårbarhet og nakenhet, og taushetsbrudd virker forsterkende.

*Pasienten ble av fastlegen henvist til sjukehus. Ved konsultasjon informerte sjukehuslegen om at det stod "vel mye" i henvisninga. Det var opplyst om tidligere psykiatriske diagnoser og behandling, og forhold ved slektninger var omtalt. Opplysningene var ikke relevante for henvisninga. Pasient- og brukerombudet bistod med å påklage fastlegen til Helsetilsynet som konkluderte med at det forelå brudd på taushetsplikten.*

Vi har flere saker der fastlege i henvisning omtaler irrelevante forhold om pasienten og nærstående. Slikt innhold gjenfinnes dessuten i legers oversending av journaldokumentasjon til forsikringsselskap.

Taushetsplikten brytes også når sensitive opplysninger gis til pårørende uten samtykke eller lovheimel, når resept sendes med feil pasient, og når informasjon gis til annen helsetjeneste etter at pasienten uttrykkelig har motsatt seg utlevering.

Særlig St. Olavs hospital har videresendt mottatte henvisninger til pasientens nærmeste sjukehus uten at det foreligger samtykke. Praksisen er brudd både på taushetsbestemmelsene og på retten til valg av sjukehus. Forholdet er tatt opp med enkeltavdelinger, kvalitetsutvalg og sjukehusledelsen som har iverksatt tiltak for å hindre at liknende skjer igjen.

Taushetsplikten er generelt langt framme i helsepersonells bevissthet. Likevel skjer det betydelige og unødvendige glipper som er klare lovbrudd, mange ganger på grunn av ubetenksomhet, men også fordi en ikke godt nok har satt seg inn i hva taushetsplikten egentlig innebærer. Helsepersonell bør i langt sterkere grad skaffe seg og friske opp kunnskap om taushetsbestemmelsene. Virksomhetsledere har ansvar for å sørge for at ansattes plikter og pasienters rettigheter etterleves.

Helsedirektoratet har gitt ut rundskriv om helsepersonells taushetsplikt (IS-6/2010). Rundskrivet kan bestilles som papirhefte eller lastes ned fra denne lenka:

[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/helsepersonells\\_tausketsplikt\\_vern\\_av\\_pasientens\\_integritet\\_i\\_helsepersonells\\_samtaler\\_med\\_pasienten\\_734784](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rundskriv/helsepersonells_tausketsplikt_vern_av_pasientens_integritet_i_helsepersonells_samtaler_med_pasienten_734784).

### 3.4 Dekning av ledsagers oppholdsutgifter – uklare regler

*Pasienten måtte til behandling ved sjukehus et anna sted i landet. På grunn av pasientens tilstand og sjukdommens art ble det ansett som nødvendig at nærmeste pårørende var til stede. Etter oppholdet ble ledsageren presentert for ei rekning på flere tusen kroner for hybelleie. Pasient- og brukerombudet tok opp saka med sjukehuset. Leger var enige i at ledsagers tilstedeværelse var nødvendig, og oppholdsutgiftene ble refundert.*

I den tidligere folketrygdlova var det særskilt heimel for dekning av denne typen kostnader. Da sjuketransportreglene ble flytta til pasientrettighetslova og tilhørende forskrift, forsvant regelen. Stortingets sosialkomité understrekte imidlertid at det ikke måtte skje svekking av rettigheter gjennom denne endringa.

Henvendelser tyder på at nødvendig ledsager ikke får dekt opphold når pasienten er innlagt i institusjon, og at utgiftsdekning gis tilfeldig med ulik praksis. Pasient- og brukerombudet henvendte seg derfor til Helse- og omsorgsdepartementet i september 2010 og ba om ei vurdering av forholdet, herunder av hvorvidt det er grunn til å foreta presisering i lov / forskrift. Departementet har angitt at det vil foreligge svar ved utgangen av januar 2011.

### 3.5 Lang ventetid – uforsvarlig eller bare plagsomt?

Før jul 2010 ble det proklamert betydelig reduksjon i fristbrudd ved landets sjukehus. Det ble vist til størst nedgang i Midt-Norge. Helse Midt-Norge RHF satte som mål at det ikke skulle forekomme fristbrudd ved årsskiftet, og det skal fokuseres på det samme videre framover.

Nedgangen er gledelig sjøl om noe av den for Midt-Norges del skyldes at færre enn før vurderes å ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Det er de som innvilges denne retten som får fastsatt behandlingsfrist og som kan bli utsatt for fristbrudd. Også målsettinga om null fristbrudd framover er svært positiv.

Pasient- og brukerombudet mottar få klager på fristbrudd. Det kan bety at pasienter som utsettes for dette, får behandling kort tid etter utløpt frist, at de godtar at fristen overskrides, eller at de på eget initiativ kontakter Helfo pasientformidling for å få et alternativt tilbud.

Derimot registrerer vi auke i henvendelser om ventetider og forsinka behandling uten at det dreier seg om fristbrudd. Mange meiner de må vente for lenge på videre behandling og oppfølging etter at de har hatt sin første kontakt med sjukehuset.

*Pasienten ble henvist til sjukehus som innvilga rett til nødvendig helsehjelp og fastsatte en behandlingsfrist. Konsultasjon ble gjennomført før utløpet av fristen, og det ble konstatert kreftsjukdom. Operasjon var nødvendig, men kunne først gjennomføres minst fire måneder seinere på grunn av ferieavvikling. Pasienten fikk stigende kreftmarkører og skaffa behandling et anna sted. Det ble reist spørsmål om hvorvidt ventetida var forsvarelig.*

Saker som omhandler ventetider i behandlingsforløpet, får oss til å undres over om fristsystemet er keiserens nye klær. Det hjelper lite at en frist fastsatt på grunnlag av

forsvarlighetsvurdering overholdes hvis det videre behandlingsforløpet byr på ventetider og forsinkelser som reiser spørsmål om hvorvidt forsvarligheten ivaretas.

Noen henvendelser spør om ventetida kan ha forspilt behandlingsmuligheter eller ført til merskade. I slike tilfeller anbefaler vi pasient eller pårørende å sende saka til helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning. Av og til gis medhold i at aktuell venting har vært uakseptabel.

Andre tar opp langtekkelige utredninger prega av dårlig flyt og logistikk, sein iverksetting av kommunale tjenester etter utskrivning fra sjukehus, strykninger av operasjoner på grunn av hendinger eller kapasitetsproblem, forsinkelser før henvisninger sendes til mer kompetent instans, og manglende innkallinger til kontroller som er forespeilt innfor et angitt tidsrom.

Pasient- og brukerombudet ser at det iblant kan være grunn til bekymring over ventetid før behandling igangsettes. Bekymringa knyttes ikke til fastsetting og overholding av individuelle frister. Vi meiner at fristfastsetting som lovbestemt pasientrettighet er et gode. Imidlertid vil vi advare mot at innfriing av individuell behandlingsfrist blir ei sovepute som fører til mindre aktpågivenhet overfor unødvendig og uforsvarlig venting i det videre behandlingsforløpet.

### **3.6 Informasjon, medvirkning og samtykke – sterk auke**

Fra 2009 til 2010 var det for spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester en auke på 50 % i henvendelser om svikt ved informasjon, brudd på medvirkningsrett og manglende overholding av samtykkebestemmelser. Auken i spesialisthelsetjenesten aleine var på 80 %.

*En pasient ble lovt informasjon i løpet av få dager etter at legen hadde fått diskutert tilstanden med annen lege, men fikk aldri noen beskjed. En annen ble overflytta fra et sjukehus til et anna uten at nærmeste pårørende ble informert. I et tredje tilfelle ble det gitt informasjon til pasient om to diagnoser først fem år etter at diagnosene ble stilt. Flere pasienter hevder at retten til medvirkning er brutt fordi leger avslår anmodning om å henvise videre, f. eks. til bildediagnostikk. En av dem gjennomgikk vanlig røntgen uten funn og ble avskåret fra mer avanserte undersøkelser. Først da pasienten kontakta privat helsetjeneste, ble det konstatert omfattende skade i ankelen. Et anna eksempel gjelder en pasient med hofteprotese og smerter. Pasientens egen oppfatning av at det var noe galt med protesen, og gjentatte anmodninger om grundigere undersøkelse ble avfeid. Etter lang tid og mye mas ble pasienten omsider henvist til sjukehus som avklarte behov for ny operasjon. Andre pasienter klager på ikke å ha fått medvirke til utforming av egen individuell plan.*

Pasientrettighetslova regulerer pasients rett til informasjon, medvirkning og samtykke. Vi ser hyppig svikt på disse områda. Mangelfull informasjon fører til henvendelser og klager som ikke ville ha kommet dersom elementær og nødvendig informasjon var gitt. Et eksempel er unnlåtelsen av å informere om Norsk pasientskadeerstatning når det foreligger skade og komplikasjoner som følge av undersøkelse eller behandling. Helsepersonells plikt til å gi slik informasjon følger av bestemmelsen i pasientrettighetslova § 3-2 fjerde ledd.

Det samme gjelder medvirkning og samtykke. Pasienter opplever at de ikke blir hørt, lytta til og tatt med på beslutningsprosesser vedrørende helsehjelpa. Noen ganger føler de seg satt på sidelinja i den grad at det oppfattes som integritetskrenkende.

Regelverket er klart. Rutiner og prosedyrer fins det også mange av. Problemet synes å være etterlevelsen. Kanskje handler det om behov for klarere ryggmargsrefleks hos helsepersonell, om forståelse for pasientens perspektiv og om bevissthet på at svikt er lovbrudd.

Det må tilføyes at vi møter pasienter som er tilfredse med kommunikasjonen og involveringa rundt egen helsetilstand og behandling. Men auken i henvendelser med negativt fortegn gjør at Pasient- og brukerombudet vil se nærmere på dette for evt. å avdekke systematisk svikt.

### 3.7 Eldreomsorgen – alt på stell?

Pasient- og brukerombudets virksomhetsplan for 2010 fokuserte på kommunal eldreomsorg. Vi har prøvd å oppfylle målet om å bidra til aukt verdighet og rettssikkerhet på området gjennom informasjonsvirksomhet, blant anna ved besøk i eldreinstitusjoner. Dette arbeidet fortsetter i 2011.

Av 106 henvendelser om kommunale tjenester er det bare knapt tjue som omhandler Eldres kår i kommunene. Vi mottar likevel tilbakemeldinger fra eldreråd og pårørendeforeninger som tyder på at ikke alt fungerer som det skal. Vi hører også at eldre unnlater å ta opp spørsmål og klager av frykt for at det i neste omgang skal slå tilbake på dem sjøl. De er rett og slett redde for konsekvensene og for ødelagt forhold til instanser og tjenesteytere de er totalt avhengige av. Mange er for øvrig ikke i stand til å ta opp egen sak.

Noen av henvendelsene vi får, kan karakteriseres som alvorlige. Særlig gjelder dette når det i ettertid fastslås at tilstander som burde ha ført til undersøkelse og diagnostisering, er bagatellisert.

*En person med tilsyn fra heimesjukepleien blir funnet på golvet heime. Personen får pute og teppe og blir forlatt. Dagen etter ligger vedkommende på samme sted, og først nå rekvireres ambulansse og informeres pårørende. Det viser seg at det foreligger alvorlig skade etter fall. En sjukeheimsbeboer har redusert allmenntilstand over lengre tid uten at situasjonen avklares. Omsider sendes beboeren til sjukehus, og alvorlig infeksjon identifiseres. En annen pasient i sjukeheim kjenner seg dårlig over tid, men problemstillinga avfeies med "dårlige dager". Etter flere måneder konstateres kreftsjukdom som ikke kan behandles, og pasienten dør raskt.*

Også eldre har krav på forsvarlig diagnostisering og behandling når helsetilstanden forverres. Dette gjelder sjøl om det ikke alltid er mulig å bøte på situasjonen med kurativ behandling. Avklaring av status vil i mange tilfeller kunne utløse tiltak som i det minste kan bidra til å opprettholde eller heve livskvaliteten.

## 4.0 Spesialisthelsetjenesten

### 4.1 Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste

Staten har det overordna ansvaret for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkninga. I Nord-Trøndelag har Pasient- og brukerombudet mottatt følgende henvendelser:

<b>Sjukehus / helseforetak / private</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger	116	162	155
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos	70	83	93
St. Olavs hospital HF	33	40	52
Andre helseforetak (heile landet)	12	15	25
Privat spesialisthelsetjeneste	23	8	11

Sykehuset Levanger omfatter også DMS Stjørdal og DPS Stjørdal. DPS Kolvereid er en del av Sykehuset Namsos. Alle ligger i Nord-Trøndelag og tilhører Helse Nord-Trøndelag HF.

St. Olavs hospital HF rekrutterer pasienter fra Nord-Trøndelag. Noen velger seg dit på lokalsjukesnivå, andre henvises på grunn av region- og universitetssjukeskompetansen.

Tabellen nedafor gir oversikt over henvendelser fordelt på områder i spesialisthelsetjenesten. Områder som ikke framgår av lista, har små tall.

Områder i spesialisthelsetjenesten	2008	2009	2010
Ortopedi	48	75	77
Kirurgi	38	33	43
Psykisk helsevern voksne	29	30	43
Medisin	32	42	34
Onkologi	12	14	23
Revmatologi	11	26	19
Rus og avhengighet	15	12	12
Gynekologi / føde	16	18	11
Akuttmottak	3	3	8
Nevrokirurgi	0	3	8
Nevrologi	9	6	8
Øre-nese-hals	8	3	8
Psykisk helsevern barn/unge	3	3	7

Det er grunn til å merke seg auken ved *psykisk helsevern voksne* og *onkologi*. Når en likevel ser flere år tilbake, ser en relativt store svingninger på disse områda. Tallet for *revmatologi* har gått ned etter at 2009 var et spesielt år med særskilt omtale i forrige årsrapport. Vi registrerer med tilfredshet at Helse Nord-Trøndelag HF har lagt ned omfattende innsats for å bedre de forholda som da ble påpekt.

## 4.2 Spesialisthelsetjenesten - henvendelsesgrunner

Tabellene nedafor gjengir folks grunner til å ta kontakt med Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. Vi viser to tabeller, en for lovbestemte rettigheter (pasientrettighetslova) og en for andre henvendelser. Det registreres ofte flere grunner for hver henvendelse. Talla viser ikke faktisk svikt, men hva de som henvender seg, har oppfatta som svikt.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2008	2009	2010
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	39	34	38
Individuell behandlingsfrist (§ 2-1)	17	9	12
Vurdering / fornya vurd. (§§ 2-2 og 2-3)	5	9	8
Valg av sjukehus (§ 2-4)	17	11	19
Individuell plan (§ 2-5)	4	2	5
Sjuketransport (§ 2-6)	8	45	15
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	76	43	74
Journal (kap. 5)	16	21	26
Barns rettigheter (kap. 6)	1	0	0

Etter at henvendelsene om *informasjon / medvirkning / samtykke* i 2009 nesten ble halvert sammenlikna med året før, har 2010 bragt oss tilbake til 2008-nivået. Pasient- og brukerombudet ser, også ut fra henvendelser der det ikke direkte klages på disse forholda, at spesialisthelsetjenesten har mye å gå på før en kan si at tilstanden er god på dette feltet. Grundigere informasjon og bedre ivaretagning av pasientens medvirkerrolle vil i mange tilfeller kunne avverge unødige klager. Forholdet omtales særskilt i rapportens pkt. 3.6.

Mens *sjuketransport* hadde høye tall året før, er de redusert til et mer normalt nivå i 2010. De høge 2009-talla skyldtes en del svikt etter overgangen til nytt transportregime i fylket.

I tabellen over andre henvendelsesgrunner er det rangert etter forekomst i 2010.

<b>Andre henvendelsesgrunner</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Pasientskade / komplikasjon	69	84	81
Utskriving / oppfølging	17	21	47
Medisinering	25	37	43
Forsinka / feil behandling	Ikke reg.	35	38
Forsinka / feil diagnose	42	47	35
System / samarbeid	53	31	33
Ventetid	Ikke reg.	18	29
Omsorgsfull hjelp	43	39	28
Helsepersonells oppførsel	15	15	25
Infeksjon / hygiene	20	9	22
Egenandeler	11	9	15
Henvisning	43	12	13
Tvang	4	5	12
Taushetsplikt	10	9	8

*Utskriving / oppfølging* viser sterk auke og gjelder i hovedsak to forhold: Dårlig samhandling i form av rask utskrivning fra spesialisthelsetjeneste kombinert med mangelfull tilrettelegging i kommunen, og manglende overholdning av forespeilte kontrollintervall. Revmatologi og tverrfaglig spesialisert rusbehandling inklusive legemiddelassistert rehabilitering ser ut til å være overrepresentert.

Henvendelser om *medisinering* viser en aukende tendens i spesialisthelsetjenesten så vel som i kommunehelsetjenesten mens kategoriene *forsinka / feil diagnose* og *omsorgsfull hjelp* viser synkende tall, for øvrig også i likhet med det som er tilfellet i kommunehelsetjenesten.

*Tvang, taushetsplikt* og *ventetid* har fått særlige omtaler i rapportens pkt. 3.2, 3.3 og 3.5.

## 5.0 Kommunale helse- og sosialtjenester

Kommunale helse- og sosialtjenester ble innlemma i Pasient- og brukerombudets virksomhet fra 1.9.2009. 2010 var altså første heile år med kommunene i porteføljen. Det framgår av tabellen at vi har mottatt henvendelser om kommunale tjenester også tidligere år.

<b>Kommunale helse- og sosialtjenester</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Antall henvendelser	73	108	106

I 2010 utgjorde andelen henvendelser på kommunesektoren 22 % av samtlige henvendelser. Tallet er lavere enn en kunne forvente, men korresponderer antakelig med oppfatninga som også Fylkesmannen har, av at det til dels klages for lite på kommunenes tjenestetilbud og vedtak. Dette kan det være mange grunner til, jmf. forordet til denne rapporten.

65 av henvendelsene om kommunene (61 %) gjelder fylkets fem største kommuner (24 totalt). For tre kommuner var det ingen henvendelser i 2010.

Pasient- og brukerombudet har i 2010 prioritert informasjon, både gjennom media og i direkte kontakt med og besøk i kommunene. Det har vært lagt vekt på dialog med styrende organ og tjenesteytere. I 2011 vil informasjonsvirksomheten rettes mer mot befolknings-, bruker- og pårørende grupper i kommunene.

## 5.1 Kommunehelsetjenesten - områder

Kommunene skal tilby nødvendige helsetjenester til alle som bor eller oppholder seg der. Tabellen viser antall henvendelser på områder i kommunehelsetjenesten.

<b>Kommunale helsetjenester</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Allmennlegetjeneste	39	51	58
Heildøgns boform /institusjon	4	22	12
Legevakt	14	7	9
Heimesjukepleie	3	3	5
Kommunal habilitering / rehabilitering	4	3	5

Andre områder som *fysioterapitjeneste, helsestasjon, jordmortjeneste, skolehelsetjeneste og psykisk helsearbeid* er nesten ikke representert og følgelig ikke tatt med i tabellen. På toppen ligger *allmennlegetjeneste* med en andel på 55 % av alle henvendelsene på kommunal sektor. Forklaringa kan være at opplevelse av svikt hos fastlegen er relativt dramatisk. Her dreier henvendelsene seg om manglende viderehenvisning, forsinka diagnostisering, ikke oppfylt rett til nødvendig helsehjelp og feil ved medisinerings.

## 5.2 Kommunehelsetjenesten - henvendelsesgrunner

Nedfor gjengis to tabeller med henvendelsesgrunner. I den første framstilles pasienters oppfatning av brudd på lovbestemte rettigheter mens den andre viser andre grunner til å ta kontakt med Pasient- og brukerombudet.

<b>Pasientrettighetslovas rettigheter</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	14	12	23
Valg av sjukehus (§ 2-4)	0	4	1
Individuell plan (§ 2-5)	4	5	4
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	10	22	23
Journal (kap. 5)	6	5	8

Øvrige rettigheter har ubetydelige tall eller er lite relevante i kommunehelsetjenesten. Flere enn før meiner de ikke har fått innfridd retten til *nødvendig helsehjelp* fra legevakt og

fastlege. Også talla for *informasjon / medvirkning / samtykke* antyder et forbedringspotensial, jmf. særskilt omtale i rapportens pkt. 3.6.

Tabellen med andre henvendelsesgrunner rangerer etter forekomst i 2010.

<b>Andre henvendelsesgrunner</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Saksbehandling	Ikke reg.	17	20
Medisinering	10	17	19
System / samarbeid	5	13	16
Henvising	22	17	15
Omsorgsfull hjelp	17	23	13
Egenandeler	3	6	12
Forsinka / feil diagnose	18	21	10
Forsinka / feil behandling	1	6	10
Helsepersonells oppførsel	7	4	8
Oppfølging	2	3	5
Pasientskade / komplikasjon	9	6	5
Taushetsplikt	2	6	5

Kategorien *saksbehandling* omfatter både helsetjeneste og sosialtjeneste, men de fleste henvendelsene gjelder tildeling og endring av tjenester etter kommunehelsetjenestelova. På bakgrunn av tidligere erfaringer arrangerte Pasient- og brukerombudet sammen med Fylkesmannen to dialogkonferanser høsten 2010 der saksbehandlere fra alle kommunene deltok. Tiltaket vil bli fulgt opp med tanke på ytterligere forbedring av den kommunale saksbehandlinga.

For øvrig ser vi at flere tar kontakt om *medisinering* (samme tendens som i spesialisthelsetjenesten) og om *system / samarbeid* i og mellom tjenester. Vi har mottatt færre klager på *forsinka / feil diagnose*, men til gjengjeld flere på *forsinka / feil behandling*.

### 5.3 Kommunale sosialtjenester

Kommunene er ansvarlige for oppgaver etter sosialtjenestelova og som ikke ivaretas av statlige organ. Blant anna dreier dette seg om tjenester etter lovas kapittel 4.

I Nord-Trøndelag har Pasient- og brukerombudet kun mottatt 12 slike henvendelser i 2010 (7 i 2009). To av dem omhandler avlasting, seks barne- / omsorgsbolig og fire brukerstyrt personlig assistent. Tallet er så lavt at det ikke gir grunnlag for ytterligere kommentarer.

## 6.0 Pasient- og brukerombudets anbefalinger

Pasientrettighetslova § 8-7 tredje ledd gir følgende bestemmelse: ”*Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer.*”

Nedfor følger anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. Anbefalingene er ikke uttømmende og utelukker ikke at det kan være behov for andre tiltak overfor forhold

som ellers er påpeikt i denne rapporten. Rekkefølgen nedafor er tilfeldig og gir ikke uttrykk for prioritering.

- **Klarere etterlevelse av pasienters rett til informasjon, medvirkning og samtykke.**
- **Mer vekt på humanitet og rettssikkerhet i rusbehandling og rusomsorg.**
- **Evaluering og vurdering av LAR-monopolet i Midt-Norge.**
- **Klarere etterlevelse av bestemmelsene om tvang i psykisk helsevernlova, spesielt ved videreføring av tvang og tvangsmedisinering.**
- **Bedre opplæring i kommunale virksomheter i bestemmelsene om tvang i pasientrettighetslova kapittel 4A i den hensikt å redusere tvangsbruk generelt og fjerne ulovlig tvangsbruk spesielt.**
- **Aukt innsats for å fjerne uverdige og uforsvarlige ventetider under behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten.**
- **Bedre opplæring i og aukt bevissthet rundt helsepersonells taushetsplikt og pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger.**
- **Sterkere fokus på adekvat diagnostisering og behandling ved forverra helsetilstand hos eldre som omfattes av kommunal eldreomsorg.**

**Vedlegg:****Lov om pasientrettigheter kapittel 8. Pasient- og brukerombud***§ 8-1. Formål*

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

*§ 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen*

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester. Med kommunale helse- og sosialtjenester menes i dette kapitlet helsetjenester etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, med unntak av lovens kapittel 4a, og sosialtjenester etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

*§ 8-3. Rett til å henvende seg til pasient- og brukerombudet*

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet, har rett til å være anonym.

*§ 8-4. Behandling av henvendelser*

Pasient- og brukerombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta opp saken til behandling. Dersom pasient- og brukerombudet ikke tar saken opp til behandling, skal den som har henvendt seg gis underretning og en kort begrunnelse for dette.

*§ 8-5. Pasient- og brukerombudets rett til å få opplysninger.*

Offentlige myndigheter og andre organer som utfører tjenester for forvaltningen, skal gi ombudet de opplysninger som trengs for å utføre ombudets oppgaver. Reglene i tvisteloven kapittel 22 får tilsvarende anvendelse for ombudets rett til å kreve opplysninger.

*§ 8-6. Pasient- og brukerombudets adgang til helsetjenestens lokaler.*

Pasient- og brukerombudet skal ha fri adgang til alle lokaler hvor det ytes statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester.

*§ 8-7. Pasient- og brukerombudets oppgaver.*

Pasient- og brukerombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasient- og brukerombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasient- og brukerombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasient- og brukerombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

*§ 8-8. Forskrifter*

Departementet kan gi forskrifter til gjennomføring og utfylling av bestemmelsene om pasient- og brukerombud.