

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I NORD-TRØNDELAG

Årsrapport 2009



**Pasient- og
brukerombudet**

Nord-Trøndelag

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag

Telefon: 74 11 14 60

E-post: nordtrondelag@pasientogbrukerombudet.no

Adresse: Fylkets hus, 7735 Steinkjer

www.pasientogbrukerombudet.no

Forord

Fra 01.09.09 ble pasientombudordninga utvida til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester med noen unntak. Samtidig ble navnet endra fra pasientombud til pasient- og brukerombud.

Dette er med andre ord første årsrapport fra Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. For tidsrommet 1997-2008 ble det levert årsrapporter fra Pasientombudet i Nord-Trøndelag.

Årets rapport er annerledes enn tidligere. Det er laga en mal til bruk for alle landets pasient- og brukerombud. Det er denne malen som er fulgt. For øvrig er ulike kapitler skrevet av ulike medarbeidere ved kontoret.

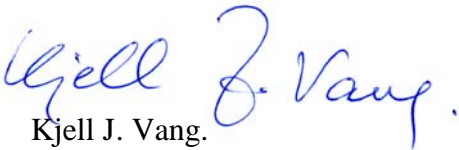
Som følge av at ombudsordninga nå omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester, vil det naturligvis bli mer å rapportere om. Det er likevel ikke mulig å trekke bastante konklusjoner om kommunesektoren etter at området formelt har vært med i ombudets virksomhet kun i fire måneder.

Tidligere år har andelen henvendelser om kommunene ligget på rundt 20 %. For tidsrommet 01.09.-31.12.09 (etter utvidinga) er andelen steget til 30 %. Denne auken er gledelig og tyder på at mange har registrert at kommunale tjenester omfattes av ombudets arbeid.

Kontoret er bemanna med tre personer som i tillegg til undertegnede er førstekonsulent Anne Berit Lundås og rådgiver Inger Rita Hansen.

Vi har denne gangen bedt fylkesmann Inge Ryan om å bidra som gjesteskribent i årsrapporten. Ryan var ikke tungbedt, og vi takker hjertelig for bidraget!

Steinkjer 18.01.10.



Kjell J. Vang.
-pasient- og brukerombud-

Fylkesmann Inge Ryan, gjesteskribent:



Er vi sykere nå enn da jeg var guttunge?

Gikt og problemer med nervene var vanlige ord som ble brukt om folk som sleit med et eller annet. Ja, slik var det i mitt nærmiljø for 40 år siden. I dag er det langt mer finmaskede inndelinger av gikt og nerveproblemer. Det er i dag et langt større fokus på sykdom og behandling enn før. Er vi blitt sykere? Har vi mer fokus på sykdom? Eller er vi blitt et folkeslag som sykeliggjør oss?

Jeg tror svaret på dette er sammensatt, men la meg komme med fem synspunkter:

- Jeg tror dagens arbeidsmarked bidrar til økt sykdom i samfunnet. En rekke av jobbene som fantes før, er borte. Særlig grupper som ikke tar høyere utdanning, er utsatt. Arbeidsledighet over tid fører ofte til mistrivsel som igjen fører til sykdom. Jeg tror det er mye god helse i et godt arbeidsmiljø. Det er viktig å dele matpakken med noen. Derfor håper jeg NAV-reformen har enda sterkere fokus på dette, og særlig viktig er det at unge kommer i aktivitet.

- Tro på seg selv er det viktigste faget i skolen ved siden av lesing. Å oppleve mestring fører til sjøltillit og trivsel. Teoretiseringa av skolen gjør at mange elever ikke opplever mestring. De med gode praktiske evner får ikke utfoldet seg og blir lett tapere i skolen. Mangel på mestring kan være begynnelsen på både psykiske og sosiale problemer som kan være krevende å komme seg ut av. Derfor

mener jeg skolen framover må ta tilbake mer praktisk læring slik at flere opplever å lykkes i skolen. Det er godt forebyggende helsearbeid.

- Terskelen for å være heime fra jobben er, etter min mening, lavere nå en før. Enkelte jeg har møtt, mener det er viktig å bruke opp egenmeldingsdager. Dette er en holdning som på sikt vil undergrave sykelønnsordninga. Jeg mener det er veldig viktig å møte på jobben og gjøre en skikkelig innsats. Det skal være en æressak. Våre fantastiske sosiale ordninger er vårt fremste varemerke på vårt velferdssamfunn. Jeg mener disse ordningene må bestå, men da må de ikke undergraves med misbruk. Det vil true dette byggverket.

- At vi lever lenger, er et tegn på velstand. Det er helt naturlig at sykehusbehov og helseutgifter må øke som følge av dette. Likeså er det stadig nye medisiner og behandlingsmetoder som kan reparere og gjøre oss friske. Dette er bra, men må vi reparere på alt? Er det ikke enkelte ting som helsevesenet kan avstå fra? Jeg mener at med økende behov for helsetjenester, må vi ta en diskusjon om hva vi skal la være å behandle. F.eks snorkeoperasjoner og rynkeoperasjoner går det an å stille spørsmålsteget ved.

- Filosofen Arne Næss var en mangfoldig fyr. Han snakket mye om livsstil. Er vår livsstil helsebringende? Jeg tror for mange fanges av en travel hverdag med kjøring hit og dit, med løping på kjøpesenter i stedet for i skogen, der livet flyr av gårde. Det snakkes ofte om tidsklemma. Jeg tror det er viktig at vi ikke lar oss rive for mye med, men selv tar styring over tidsbruken. God helse får man når man trives. Derfor er det viktig å trives med det man gjør, og å ta individuelle valg som fører til trivsel.

Norge er kåret til verdens beste land å bo i flere ganger. Da er det et tankekors at sykehusutgiftene eksploderer og behovet for rus- og psykiatribehandling bare øker. Er vi på rett vei, eller trenger vi en kursendring i prioriteringer og livsstil?

Innholdsregister

	Forord	s. 1
	Gjesteskribenten: Er vi sikere nå enn da jeg var guttunge? Av fylkesmann Inge Ryan	s. 2
	Innholdsregister	s. 3
1.0	Innledning	s. 4
2.0	Arbeidsområde, plassering og drift	s. 4
2.1	Arbeidsområde	s. 4
2.2	Om Nord-Trøndelag fylke	s. 4
2.3	Driftsforhold	s. 4
3.0	Spesialisthelsetjenesten	s. 5
3.1	Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste	s. 5
3.2	Henvendelser om spesialisthelsetjenesten	s. 5
3.3	Hovedtrender ved henvendelsesgrunner	s. 6
3.4	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 7
4.0	Kommunale tjenester, helse	s. 7
4.1	Kommunehelsetjenesten	s. 7
4.2	Hovedtrender ved henvendelsesgrunner	s. 7
4.3	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 9
5.0	Kommunale tjenester, sosial	s. 9
5.1	Kommunenes ansvar for sosialtjenesten etter sosialtjenestelova § 2-1	s. 9
5.2	Hovedtrender ved henvendelsesgrunner	s. 9
5.3	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 9
6.0	Særskilte forhold	s. 9
	Samhandling	s. 9
	Mangelfull kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning	s. 10
	B-tilbud til ruspasienter?	s. 10
	Henvendelser om onkologi	s. 11
	Henvendelser om sjuketransport / Lenes bussreiser	s. 11
	Henvendelser om revmatologi	s. 12
	Å ta faren for suicid på alvor	s. 12
	Forhold ved kommunal saksbehandling	s. 13
	Læring av feil og svikt	s. 14
6.1	Hovedtrend	s. 14
6.2	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 15
7.0	Samla anbefaling	s. 15

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.

Ombudets arbeid er heimla i pasientrettighetslova av 2. juli 1999 kapittel 8.

Pasient- og brukerombudet er administrativt en del av Helsedirektoratet, men utøver sitt faglige virke på uavhengig grunnlag. Helsedirektoratet har det formelle arbeidsgiveransvaret for ombudsordninga.

2.0 Arbeidsområde, plassering og drift

2.1 Arbeidsområde

Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester. Med kommunale helse- og sosialtjenester meines helsetjenester etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, med unntak av lovas kapittel 4a, og sosialtjenester etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., med unntak av lovas kapitler 5 og 5A.

2.2 Om 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 hovedkontor i Fylkets hus på Steinkjer. I tillegg er det utekontordager ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.

Kontoret har tre heiltidsansatte: Rådgiver Inger Rita Hansen, førstekonsulent Anne Berit Lundås og pasient- og brukerombud Kjell J. Vang.

Budsjett og reknskap for de siste tre åra har vært slik:

	2007	2008	2009
Budsjett	1.145.000	1.163.000	1.431.000
Reknskap	1.096.367	1.125.892	1.419.345

Auken i budsjett og reknskap for 2009 skyldes i hovedsak ny 100 % stillingsheimel for rådgiver samt aukt stillingsandel på 20 % for førstekonsulent, begge fra 01.09.09.

Det er i 2009 mottatt 462 nye henvendelser (363 i 2008 og 398 i 2007). Auken skyldes både utvidinga med kommunale tjenester fra 01.01.09, men også en generelt større pågang gjennom heile året.

3.0 Spesialisthelsetjenesten

3.1 Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste

Staten har overordna ansvar for at befolkninga gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har i hovedsak mottatt henvendelser slik de siste tre åra:

	2007	2008	2009
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger	130	116	162
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos	66	70	83
St. Olavs Hospital HF	49	33	40
Privat spesialisthelsetjeneste	17	23	8

Sykehuset Levanger omfatter også DMS Stjørdal og DPS Stjørdal. DPS Kolvereid er inkludert i Sykehuset Namsos. Sjukehusa ligger i Nord-Trøndelag, og begge tilhører Helse Nord-Trøndelag HF.

St. Olavs Hospital HF omfatter sjukehus i Sør-Trøndelag. St. Olavs Hospital i Trondheim har status som region- og universitetssjukehus og rekrutterer som sådan en god del pasienter fra Nord-Trøndelag. I tillegg velger mange pasienter seg til St. Olavs Hospital. Det er derfor naturlig at dette sjukehuset omfattes av statistikken ovafor.

3.2 Henvendelser om spesialisthelsetjenesten

Tabellen nedafor gir en oversikt over antall henvendelser fordelt på områder i spesialisthelsetjenesten. For sammenlikningas skyld gis tall for de siste tre åra. Tabellen rangerer etter forekomst siste år. Områder som ikke framgår av lista, har små tall.

	2007	2008	2009
Ortopedi	60	48	75
Medisin	34	32	42
Kirurgi	53	38	33
Psykisk helsevern voksne	38	29	30
Revmatologi	6	11	26
Gynekologi / føde	23	16	18
Onkologi	21	12	14
Rus og avhengighet	3	15	12
Barn	9	10	8
Radiologi	3	4	7
Rehabilitering	6	7	5
Øre-nese-hals	8	8	3
Psykisk helsevern barn/unge	7	3	3

Sjøl om det er en auke i henvendelsene om *ortopedi*, tyder talla fra åra før på at dette kan skyldes tilfeldige svingninger. *Annen kirurgi* fortsetter imidlertid en flerårig trend med lavere forekomst.

Det er grunn til å merke seg at antall henvendelser om *revmatologi* har steget. Dette kommenteres i kap. 6.0 Særskilte forhold.

3.3 Hovedtrender ved henvendelsesgrunner

Når det gjelder grunner folk oppgir for å ta kontakt, kommer disse fram av tabellene nedafor. Det deles inn i to tabeller, én for lovbestemte rettigheter og én for andre typer henvendelser. Det registreres ofte flere grunner for hver henvendelse. Talla viser ikke faktiske brudd på rettigheter eller faktisk svikt for øvrig, men hva folk har oppfatta som brudd eller svikt.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2007	2008	2009
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	16	39	34
Individuell behandlingsfrist (§ 2-1)	16	17	9
Vurdering / fornya vurd. (§§ 2-2 og 2-3)	13	5	9
Valg av sjukehus (§ 2-4)	14	17	11
Individuell plan (§ 2-5)	1	4	2
Sjuketransport (§ 2-6)	6	8	45
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	71	76	43
Journal (kap. 5)	19	16	21
Barns rettigheter (kap. 6)	0	1	0

I tabellen ovafor merker en seg auken i henvendelser om *sjuketransport*. Dette omtales spesielt i kap. 6.0 Særskilte forhold. Videre ser en at antall henvendelser om *informasjon, medvirkning og samtykke* er redusert fra tidligere år. Det er umulig å si om dette skyldes forbedringer eller om det dreier seg om tilfeldige svingninger.

I tabellen over andre henvendelsesgrunner er det foretatt rangering etter forekomst siste året. Forhold med ubetydelige tall er ikke tatt med.

Andre henvendelsesgrunner	2007	2008	2009
Pasientskade / komplikasjon	87	69	84
Forsinka / feil diagnose	48	42	47
Omsorgsfull hjelp	42	43	39
Medisinering	18	25	37
Forsinka / feil behandling	Ikke reg.	Ikke reg.	35
System / samarbeid	41	53	31
Utskrivning / oppfølging	11	17	21
Anna (uspesifiserte grunner)	37	16	20
Ventetid	Ikke reg.	Ikke reg.	18
Helsepersonells oppførsel	19	15	15
Henvising	42	43	12
Infeksjon / hygiene	22	20	9
Taushetsplikt	13	10	9
Egenandeler	11	11	9
Tvang	8	4	5

Henvendelser om *medisinering* viser en auke. Flere av disse gjelder revmatologi, se omtale under kap. 6.0 Særlige forhold.

Etter at henvendelsene om forhold ved *system* og *samarbeid* i helsetjenesten har aukt år for år, viser 2009 en nedgang. For øvrig framkommer reduksjon i antallet henvendelser om *henvisning* og *infeksjon / hygiene*. Endringene inviterer ikke til klare konklusjoner.

3.4 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet

- Spesialisthelsetjenesten bør, til beste for pasientene, samhandle bedre innafor egen virksomhet, med andre spesialisthelsetjenester og med tjenesteytere på andre nivå.
- Institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør ha offentlig godkjenning.
- Det bør iverksettes tiltak for ytterligere å minske muligheter for forsinkelser og feil i diagnostisering og behandling, særlig når det dreier seg om alvorlige tilstander med mulighet for fatal utgang.
- Det bør legges enda større vekt på god informasjon til pasienter, i særdeleshet når det gjelder ny informasjon eller informasjon om endringer i diagnoser og behandling.
- Det bør vurderes om system og redskap for vurdering av sjølmordsfare er gode nok ved psykiatriske avdelinger og institusjoner.
- Helsepersonell må få kunnskap nok om Norsk Pasientskadeerstatning til å oppfylle informasjonsplikten overfor pasienter.

4.0 Kommunale tjenester, helse

4.1 Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten ble innlemma i Pasient- og brukerombudets virke fra 01.09.09. Vi har likevel fått henvendelser på dette feltet også tidligere år. Nedafor følger tabell som viser antall henvendelser på områder i kommunehelsetjenesten. Tabellen gjengis kun for de to siste åra idet de fleste kategoriene ikke var med i registreringssystemet tidligere. Noen områder er utelatt fordi de viser ubetydelige tall. Tabellen er rangert etter forekomst det siste året.

	2008	2009
Allmennlegetjeneste	39	51
Heildøgns boform / institusjon	4	22
Legevakt	14	7
Psykisk helsearbeid	5	5
Helsestasjon / jordmor / skolehelsetjeneste	1	5
Kommunal rehabilitering	4	3
Heimesjukepleie	3	3

Det er lite å hente fra tabellen. Vi ser dog at antallet henvendelser om *allmennlegetjeneste* og *heildøgns boform / institusjon* representerer en auke. Dette er naturlige utslag av at kommunene nå er blitt med i ombudets arbeidsfelt.

4.2 Hovedtrender ved henvendelsesgrunner

Nedafor gjengis to tabeller med henvendelsesgrunner: Lovbestemte rettigheter og andre henvendelsesgrunner. Tabellene viser tall fra de tre siste åra. Det kan være registrert flere

henvendelsesgrunner for hver henvendelse. Dette dreier seg ikke om faktisk forekomst av rettighetsbrudd og annen svikt, men om folks oppfatning om hva som er skjedd.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2007	2008	2009
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	7	14	12
Valg av sjukehus (§ 2-4)	1	0	4
Individuell plan (§ 2-5)	2	4	5
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	8	10	22
Journal (kap. 5)	4	6	5

Øvrige rettigheter er utelatt på grunn av ubetydelige tall eller fordi de har liten relevans i kommunehelsetjenesten. Talla i tabellen er så små at de ikke gir grunnlag for å trekke konklusjoner. Det kan imidlertid bli verdt å følge med på om tallet for *informasjon / medvirkning / samtykke* vil fortsette å stige. I alle fall samsvarer auken i 2009 med en nokså generell oppfatning om at det fins et forbedringspotensial på området.

I tabellen nedafor er henvendelsesgrunnene rangert etter forekomsten det siste året. Henvendelsesgrunner med ubetydelige tall er utelatt.

Andre henvendelsesgrunner	2007	2008	2009
Omsorgsfull hjelp	15	17	23
Forsinka / feil diagnose	12	18	21
Henvising	20	22	17
Medisinering	16	10	17
System / samarbeid	9	5	13
Pasientskade / komplikasjon	8	9	6
Anna (uspesifiserte grunner)	3	6	6
Egenandeler	3	3	6
Taushetsplikt	0	2	6
Forsinka / feil behandling	0	1	6
Helsepersonells oppførsel	8	7	4

På de fleste henvendelsesgrunnene er det en viss auke i 2009, antakelig som en følge av utvida ansvarsområde for Pasient- og brukerombudet. Talla er imidlertid beskjedne. Det kan være grunn til å merke seg at kategorien *pasientskade / komplikasjon* kun forekommer som en sjelden grunn til kontakt om kommunehelsetjenesten mens den troner suverent på toppen av tabellen for andre henvendelsesgrunner i spesialisthelsetjenesten.

Vi mottar henvendelser der det påstås *forsinka / feil diagnose* av både alvorlige og mindre alvorlige sykdommer. Det klages også over sein *henvising* fra kommunehelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste. Disse henvendelsesgrunnene er rangert høgt på tabellen.

Også forhold ved *saksbehandling* i kommunene registreres som henvendelsesgrunner, men omfattes ikke av tabellen fordi forekomsten av slike henvendelser er så lav at det ikke gir mening å rapportere på tall. Uavhengig av henvendelser der det klages på saksbehandlinga, ser imidlertid Pasient- og brukerombudet en del pussige forhold. Vi har derfor valgt å skrive om kommuners saksbehandling under kap. 6 Særlige forhold.

4.3 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet.

- Kommunene bør, til beste for pasienter og brukere, fokusere enda sterkere på samhandling internt og med andre tjenesteytende instanser.
- Også kommunehelsetjenesten bør iverksette tiltak for ytterligere å minske muligheter for forsinkelser og feil i diagnostisering og behandling, særlig når det dreier seg om alvorlige tilstander med mulighet for fatal utgang.
- Det bør iverksettes tiltak for i større grad å innfri pasienters og brukeres rett til informasjon, medvirkning, forhandsdrøfting og innflytelse på beslutninger.
- Det bør iverksettes tiltak for å etterleve basal forvaltningsskikk. Brudd på forvaltningsreglement innvirker negativt på generell tillit til vurderinger og beslutninger.
- Det må påses at vedtak / endringsvedtak som gjelder én pasient / bruker, begrunnes i vedkommendes egne behov, og ikke i andre pasienters / brukeres behov.
- Det bør vurderes om fastlegers og kommunale legevakters system og redskap for vurdering av sjølmordsfare er gode nok.
- Også i kommunene bør helsepersonells kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning oppgraderes for at pasienter og brukere skal kunne få innfridd sin lovbestemte rett til slik informasjon.

5.0 Kommunale tjenester, sosial

5.1 Kommunenes ansvar for sosialtjenesten etter sosialtjenestelova § 2-1

Pasient- og brukerombudet har kun mottatt sju henvendelser på dette området i 2009. Tre av dem gjelder *barnebolig / omsorgsbolig*.

5.2 Hovedtrender ved henvendelsesgrunner

Fordi antallet henvendelser på området er så lavt, er følgelig også henvendelsesgrunnene uten særlig betydning.

5.3 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet.

Pasient- og brukerombudet har ingen særlige anbefalinger på dette feltet.

6.0 Særskilte forhold

Samhandling

Samhandlingsreformen legger føringer for at pasienter og brukere i større grad skal ta del i eget pasientforløp, ikke minst for å kunne påvirke egen situasjon, spesielt når flere og koordinerte tjenester er nødvendig. Det er behov for heilhetlig tenkning og samhandling på

tvers av nivå og tjenester til beste for pasient og bruker. Forebygging, medvirkning og koordinering er derfor i stor grad vektlagt.

Pasient- og brukerombudet får stadig henvendelser som viser svikt i samhandlinga. Med bedre koordinering av og sammenheng mellom tjenester vil sannsynligvis mange klager kunne unngås.

Av henvendelser vi har mottatt, ser vi at pasienter og brukere som trenger tjenester fra flere hold, får mangelfull og til dels motstridende informasjon om helsetilstand og helsehjelp. Noen opplever at de er fratatt muligheten til å medvirke. Andre forteller at når de trenger å bli henvist til annen spesialitet i samme sjukehus, får de beskjed om å gå omvegen om fastlegen for å bli henvist i stedet for at henvisninga sendes fra den ene sjukehusavdelinga til den andre. Fortsatt etterspør kommunehelsetjenesten epikriser etter sjukehusopphold fordi sjukehuset oversender dem for lang tid etterpå. Pasienter sier fastleger glømmer å sende henvisning til sjukehus, og det hender at henvisninger rett og slett forsvinner. Vi har også eksempel på at mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike deler av helsetjenesten har ført til uforsvarlig helsehjelp.

For pasient og brukere resulterer disse erfaringene i frustrasjoner og mistillit til tjenestene. Pasient- og brukerombudet har store forventninger til at samhandlingsreformen skal kunne bidra til kvalitetsheving og redusert mulighet til svikt.

Mangelfull kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning

Helsepersonells kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er varierende. I mange tilfeller gis ikke pasienter informasjon om adgangen til å søke erstatning for svikt og påført skade i helsetjenesten. Det hersker også usikkerhet om vilkår for erstatning. Av og til forteller pasienter at legen har lovt erstatning. Noen har fått informasjon om at Pasient- og brukerombudet sørger for erstatning.

Pasienters rett til informasjon om NPE er regulert av pasientrettighetslova § 3-2 fjerde ledd. Informasjonen bør omfatte vilkår for erstatning og opplysning om hva som kan dekkes.

Som et minimumskrav bør NPEs brosjyre og skademeldingsskjema være tilgjengelige der helsehjelp gis. Ansatte bør kunne forklare pasienter om ordninga og evt. henwise videre til NPE direkte eller til Pasient- og brukerombudet om nødvendig.

B-tilbud til ruspasienter?

I årsrapport for 2008 omtalte vi rusinstitusjoner som HELFO Pasientformidling har avtaler med og som skal gi tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Institusjonene benyttes når det foreligger brudd på individuell behandlingsfrist.

Pasient- og brukerombudet mottok flere henvendelser fra pasienter ved slik institusjon i Nord-Trøndelag. Pasientene meinte de ikke fikk innfridd rett til nødvendig helsehjelp, at de var utsatt for mangelfull informasjon, og at behandlingstilbudet ikke var forsvarlig, bl. a. når det gjelder medisiner og personells kvalifikasjoner.

Det ble sendt klager til Helsetilsynet i fylket, og det ble stilt prinsipielle spørsmål omkring hvilke krav som må være oppfylt for at en institusjon skal kunne sies å yte tverrfaglig

spesialisert rusbehandling. Det ble peikt på mulig mangel på kompetent hjelp for sammensatte problem (rus / psykiatri), og det ble stilt spørsmål ved medisinerer.

Klagene er grundig gjennomgått av Helsetilsynet i Nord-Trøndelag som har videresendt dem til Statens helsetilsyn på grunn av vesentlige uavklarte spørsmål. I oversendingsbrev ber Helsetilsynet Statens helsetilsyn vurdere om institusjonen er spesialisthelsetjeneste (hvilket den skal være), og om tjenestene er forsvarlige.

Pasient- og brukerombudet er kjent med at også andre HELFO-institusjoner er påklagd til lokale helsetilsyn. For i alle fall én av institusjonene er det konkludert med at det ikke er gitt forsvarlig helsetjeneste.

Pasient- og brukerombudet meiner at det må kreves særskilt godkjenning for institusjoner som skal gi tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Slikt krav eksisterer ikke i dag.

Henvendelser om onkologi

Pasient- og brukerombudet har ikke fått mange henvendelser om svikt i kreftbehandling. Noen av dem er desto mer alvorlige. Klagene handler om mangelfull og forsinka diagnose, forsinkelser i behandling og svikt i oppfølging.

Saker som dreier seg om kreft, blir gjerne særlig alvorlige fordi det dreier seg om liv eller død. Det er ekstra bittert å oppleve seg utsatt for svikt som er avgjørende for livslengde, mental tilstand og livskvalitet.

Vi har hatt saker der Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning har konstatert svikt ved diagnostisering, behandling og oppfølging. Også mangelfull kommunikasjon av pasientopplysninger mellom sjukehus, helsepersonell og nivåer i helsetjenesten har bidratt til svikt og forsinkelser.

På noen områder i helsetjenesten trengs rigide rutiner og petimeteraktig overholding av rutinene. Noen ganger er svikt mer dramatisk enn ellers. Ett slikt område er onkologien.

Henvendelser om sjuketransport / Lenes bussreiser

Starten på 2009 ble prega av henvendelser om ny sjuketransportordning i deler av fylket. Pasienter var fortvilte. Noen klagde på lange bussturer både før og etter konsultasjoner i helsetjenesten, andre fortalte at de rett og slett var avglømt og i det heile tatt ikke kom seg til timeavtalen. Det ble klagd på dårlig tilrettelagte kjøretøy, ventetider, skifte fra ett kjøretøy til et anna underveis, sjåførers opptreden og mangelfull service og bistand.

Pasient- og brukerombudet gjorde avtale om at alle henvendelser om transport skulle kanaliseres til direktøren i Helse Nord-Trøndelag HF. Det ble også avholdt møte mellom ombudet og transportør. Etter hvert ble tiltak iverksatt for å bøte på det som i starten av året var en transporttjeneste med mangler.

Saka fikk stor oppmerksomhet i media idet flere pasienter sjøl fronta egne erfaringer. Først da halve året var gått, ebba klagestrømmen ut. Det er grunn til å tru at langt flere enn de som henvendte seg, hadde dårlig erfaring med sjuketransporten.

Henvendelser om revmatologi

Antall henvendelser om revmatologi i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) har aukt, se tabell i kap. 3.2. Også representanter for interesseorganisasjon og helsepersonell har tatt kontakt for å formidle erfaringer fra pasienter de har hatt med å gjøre. Henvendelsene har noen fellestrekk.

Flere beklager seg over at de er fratatt diagnoser og medisiner de har hatt lenge. Resultatet blir aukte smerter og redusert funksjon og livskvalitet. Når forverring inntreffer etter seponering av medisin, er det naturlig at pasienter kan oppleve at det er feil å fjerne medisinene.

Pasienter rapporterer et underskott på relevant informasjon. Mange skjønner rett og slett ikke grunnlaget for endring i diagnose og fjerning av legemiddel. Historiene reiser også spørsmål om hvorvidt helsetjenesten har vært tilstrekkelig opptatt av å gi alternative tilbud som kan bidra til tilfredsstillende livskvalitet og smerteregulering.

En del pasienter klager over måten de møtes på. Noen forteller at de føler seg overkjørt og møtt uten nødvendig empati. Enkelte har konkludert med at de ikke ønsker kontakt med revmatologien i HNT. Disse har vi henvist til å benytte retten til valg av sjukehus.

Som en følge av at pasienter velger St. Olavs Hospital (SOH) i stedet for HNT, så vi at SOH avviste dem på grunn av mangel på kapasitet. Det er ulovlig. Retten til valg av sjukehus i egen helseregion er uten betingelser når sjukehuset har tilbud på det nivået som pasienten trenger. Vi tok opp forholdet, og SOH endra praksis. Samtidig ble det sagt at de så på pasientlekkasjen fra Nord-Trøndelag som et problem som bl. a. medførte lengre ventetider ved SOH.

Henvendelser bidro også til å avdekke at revmatologien i HNT lot være å vurdere nye henvisninger i flere måneder i 2009. Dette er brudd på pasientrettighetslova § 2-2 som gir rett til vurdering innen 30 virkedager. Kontakt med sjukehusledelsen endra på forholdet.

Forholda er tatt opp på ulikt vis. I tillegg til at enkeltsaker er sendt til Helsetilsynet eller til HNT for avklaring, har det vært kontakt mellom Pasient- og brukerombudet og ledelsen i HNT på et mer generelt og overordna plan.

Pasient- og brukerombudet sammenfatter situasjonen i revmatologien i HNT slik:

- Der annen kompetent instans har sett på de faglige vurderingene ved endring av diagnose og seponering av medisiner, er de i de fleste tilfella bedømt som korrekte.
- Revmatologien i HNT bør forbedre sitt bidrag til å etablere behandlingsalternativ når medisin seponeres etter lengre tids bruk og helsetilstanden dermed forverres.
- Det synes å foreligge et forbedringspotensial når det gjelder å innfri pasienters rett til informasjon.
- Ut fra pasienters beskrivelser kan det se ut til å være potensial for forbedring av hvordan pasienter blir møtt og handtert i revmatologien i HNT.
- At henvisninger ikke ble vurdert i HNT i henhold til lovbestemmelser, er det rydda opp i. Det samme gjelder SOHs praksis med å avvise pasienter som ønska å benytte retten til valg av sjukehus.

Å ta faren for suicid på alvor

Iblant formidler media fortellinger om sjølmord. Noen ganger står etterlatte fram, andre ganger er det representanter for interesseorganisasjonen LEVE som gir ansikt til temaet.

Pasient- og brukerombudet blir involvert i noen saker. Når etterlatte henvender seg, er det fordi de har oppfatninger om at helsetjenesten ikke gjorde det den skulle. Vi blir fortalt at både pårørende og pasienten sjøl har trygla helsetjenesten om hjelp. Men de ble avvist. Vi kjenner også til personer som ble innlagt etter sjølmordsforsøk, gjerne flere ganger, men som ble utskrevet igjen etter en dag eller to. Så lyktes forsøket.

Både Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandler slike saker. Helsetilsynet vurderer forsvarligheten ved helsetjenestens befatning med den som tok livet sitt, i tida før suicidet. NPE utreder hvorvidt helsetjenestens handlinger er svikt som utløser erstatning.

Noen ganger konkluderer Helsetilsynet med at helsetjenesten opptrådte uforsvarlig og begikk brudd på helselovgevinga. Andre ganger er konklusjonen at det som skjedde, ikke var lovbrudd eller uforsvarlig, men at vurdering og behandling ikke var optimal. En tredje variant er når Helsetilsynet meiner at helsetjenesten opptrådte korrekt. Vi har også hatt saker i NPE som endte med positivt vedtak: Etterlatte har krav på erstatning for svikt i forkant av sjølmordet.

Å vurdere sjølmordsfare er vanskelig, også for helsepersonell. Noen ganger viser sakene at vurderingene ikke har vært gode nok. Vi har også sett at grunnlaget for ei god vurdering forsvant underveis fordi formidlinga av informasjon om den suicidales tilstand gikk gjennom flere personer før den nådde legen som skulle beslutte om det var behov for tiltak.

Pasient- og brukerombudets budskap er dette: Heller ikke et suicidalt liv er et liv å miste. Den som erfarer suicid hos en nær og kjær, blir aldri ferdig med det. Helsepersonell må derfor i enda større grad ta alvorlig meldinger fra pasient eller omgivelser som frykter fare for liv. Dette gjelder både når sjølmordskandidaten ikke tidligere har vært i kontakt med helsetjenesten, og når vedkommende er en kjent psykisk sjuk som utallige ganger har trua med og forsøkt å ta eget liv.

Forhold ved kommunal saksbehandling

Både ved konkrete klager, gjennom pasienters og brukeres fortellinger ellers, og i Pasient- og brukerombudets egen kontakt med kommuner ser vi mangler i saksbehandlinga. Vi registrerer brudd på basal forvaltningsskikk, f. eks. ved at kommunen unnlater å avgi svar eller foreløpig svar innen frister fastsatt i forvaltningslova § 11a. Videre ser vi manglende overholding av pasienters / brukeres / pårørendes rett til informasjon og medvirkning. Det gis heller ikke alltid forhandsvarsel når dette er påkrevd før vedtak fattes.

Vi ser mangelfulle vedtak og tynne begrunnelser. Noen ganger kan det synes som vedtak er summariske uten tilstrekkelig holdepunkt i behova til den vedtaket gjelder. Et eksempel er avslag på søknad om omsorgslønn. Vedtaket ble omgjort da kommunen fikk informasjon om at det ville bli påklagd. Det forelå ingen nye moment, bare beskjed om at argumentasjon for klagen ville bli ettersendt fra Pasient- og brukerombudet. Dette var nok til at kommunen likevel innvilga omsorgslønn.

Et eksempel der begrunnelsen for vedtak er av tvilsom art, er når kommunen beslutter å flytte en dement som har bodd lenge i tilpassa demensavdeling, til annen avdeling som ikke er særskilt tilrettelagt, og flyttinga begrunnes i at en annen har mer behov for plassen. Vedtak

om plass eller tjenester for én pasient / bruker og som innebærer vesentlig endring, kan ikke begrunnes i annen pasients / brukers behov.

Kommunale vedtak følges ikke alltid opp, f. eks. når det innvilges støttekontakt uten at støttekontakt etterpå blir skaffa.

Vi observerer også ulikheter i klagebehandlinga. I enkelte tilfeller ser det ut som om kommunal klagenemnd mangler idet klagen blir behandla av samme saksbehandler som i utgangspunktet har fatta vedtaket.

Pasient- og brukerombudet har ingen oversikt over omfanget av forhold som er nevnt ovafor. Vi spør oss likevel om det vi har sett, har et visst systematisk tilsnitt. Hvis det er tilfellet, trengs det tiltak for å gi saksbehandlinga bedre kvalitet.

Læring av feil og svikt

Når brudd på pasienters rettigheter og helsepersonells plikter avdekkes og når feil og svikt i helsetjenesten opptrer, er inntrykket at det oftest ryddes opp i det enkelte konkrete tilfellet. Dessverre ser vi likevel at helsetjenesten i for liten grad evner å innfri pasienters uttrykte ønske om at andre må slippe å oppleve det samme.

Ting gjentar seg. Vi ser at helsetjenesten ikke er god nok til å omsette enkelttilfeller i generell læring. Det ser videre ut til at læringsspredning er mangelvare, også ved alvorlige feil.

Det er et problem når helsepersonell uttrykker at svikt og feil ikke kan unngås, nærmest som et repeterende mantra. Språk skaper virkelighet. På andre samfunnsområder som luftfart og petroleumsvirksomhet er visjonen at svikt ikke skal skje, og system og prosedyrer er innretta mot å støtte opp under visjonen. Når noe skjer som ikke skal skje, blir forholdet raskt gjenstand for verdensomspennende læring. Til og med vegtrafikken opererer med nullvisjonsstrekninger for dødsulykker.

Pasient- og brukerombudet er bekymra for manglende læringsgenerering og læringsspredning i helsetjenesten. Vi er kjent med at også Statens helsetilsyn har fokus på dette forholdet.

6.1 Hovedtrend

Det lar seg vanskelig gjøre å trekke noen hovedtrend ut av forholda ovafor. En vil likevel kunne se at samhandling, kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning, vurdering av suicidfare og læring av feil og svikt utfordrer både kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Mangelfullt tilbud til ruspasienter, henvendelser om onkologi og erfaringer med revmatologi i fylket handler om spesialisthelsetjenesten, mens det først og fremst er kommuner som ikke har god nok hand om saksbehandlinga.

Utfordringer ved samhandling hører også heime på nasjonalt plan, og Pasient- og brukerombudet imøteser det videre arbeidet med samhandlingsreformen. Også Pasient- og brukerombudets anbefaling om innføring av godkjenningsordning for institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer ei utfordring for sentrale helsemyndigheter.

6.2 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet

Det gis ingen anbefalinger her. Pasient- og brukerombudets anbefalinger er gitt i kap. 3.4 og kap. 4.3 og oppsummeres i kap. 7.

7.0 Samla anbefaling

Her oppsummeres Pasient- og brukerombudets anbefalinger. Instansene nevnt i kursiverte parenteser er de instansene anbefalingene primært rettes mot.

- Også uavhengig av samhandlingsreformen bør det legges vekt på større grad av samhandling, både innafor virksomheter og mellom virksomheter og tjenestenivå. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Det er behov for offentlig godkjenning av institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *(Spesialisthelsetjeneste, sentrale helsemyndigheter)*
- Det bør iverksettes tiltak for ytterligere å minske muligheter for forsinkelser og feil i diagnostisering og behandling, særlig når det dreier seg om alvorlige tilstander med mulighet for fatal utgang. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Det bør legges enda større vekt på god informasjon til pasienter, i særdeleshet når det gjelder ny informasjon eller informasjon om endringer i diagnoser og behandling. *(Spesialisthelsetjeneste)*
- Det bør vurderes om system og redskap for vurdering av sjølmordsfare er gode nok ved psykiatriske avdelinger og institusjoner og hos fastleger og legevakter. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Helsepersonell må få kunnskap nok om Norsk Pasientskadeerstatning til å oppfylle informasjonsplikten overfor pasienter. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Det bør iverksettes tiltak for i større grad å innfri pasienters og brukeres rett til informasjon, medvirkning, forhandsdrøfting og innflytelse på beslutninger. *(Kommuner)*
- Det bør iverksettes tiltak for å etterleve basal forvaltningsskikk. Brudd på forvaltningsreglement innvirker negativt på generell tillit til vurderinger og beslutninger. *(Kommuner)*
- Det må påses at vedtak / endringsvedtak som gjelder én pasient / bruker, begrunnes i vedkommendes egne behov, og ikke i andre pasienters / brukeres behov. *(Kommuner)*
- Det må legges vekt på effektive tiltak for læring og læringsspredning når svikt i helsetjenesten avdekkes. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*