



## Dyrøy kommune

*Den lærende kommune*

### Møteinnkalling

---

**Utvalg:** Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne  
**Møtested:** Møterom 1, Kommunehuset Dyrøy  
**Dato:** 31.05.2022  
**Tidspunkt:** 12:00

---

Eventuelt forfall må meldes snarest på tlf. 77 18 92 00.

Vararepresentanter møter etter nærmere beskjed, som gis pr. telefon.

## Saksliste

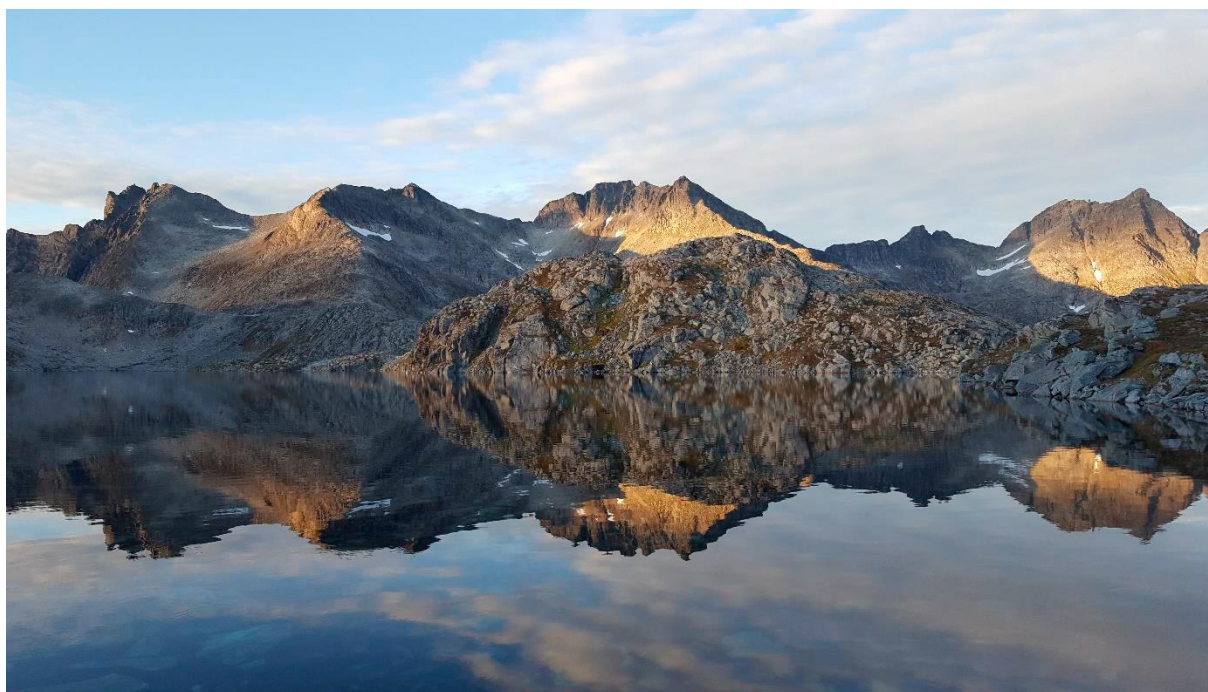
Utvalgs- saksnr	Innhold	Unntatt offentlighet	Arkiv- saksnr
	Saker til behandling		
PS 3/22	Referatsaker		
RS 3/22	Årsmelding 2021 - Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø		2019/216
RS 4/22	Særutskrift Etablering av FACT team i Midt Troms		2022/129
RS 5/22	Påminnelse: Foreslå kandidater til Tilgjengelighetsprisen 2022 i Troms og Finnmark		2019/721
RS 6/22	Kommunens rutiner for tildeling av sykehjemsplass - Oppsummering av undersøkelse		2020/672
	Saker til behandling		
PS 4/22	Møteplan for 2022		2019/721
PS 5/22	Svømmebasseng - mulighet for midlertidig drift		2019/721

Roger Tronstad

**PS 3/22 Referatsaker**

# ÅRSMELDING 2021

## PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS OG FINNMARK, KONTOR TROMSØ



Pasient- og brukerombudet

## **Pasient- og brukerombudsordningen**

Pasient- og brukerombudets mandat følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 8. Ombudet skal arbeide for å ivareta pasienters og brukeres behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og den offentlige tannhelsetjenesten. Ombudet skal arbeide for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig. Pasient- og brukerombudet i Vestland, kontor Bergen, har funksjon som nasjonalt koordinerende pasient- og brukerombud. Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet.

## **Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø**

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert i Fylkeshuset i Tromsø. Kontoret hadde 3 ansatte per 31.12.2021:

Kristin Jenssen, seniorrådgiver  
Odd Arvid Ryan, pasient- og brukerombud  
Eli Åsgård, seniorrådgiver

## **Kontorets geografiske virkeområde**

Det geografiske virkeområdet for Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø, omfatter kommunene i det tidligere Troms fylke og Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN HF).

UNN HF har avdelinger i Tromsø, Harstad og Narvik, samt Longyearbyen. Helseforetaket har fire distriktpsikiatriske sentra. UNN HF er universitetssykehus og har i tillegg funksjon som lokalsykehus. Det er etablert distriktsmedisinske sentra i Nordreisa og Senja, med både kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

De 21 kommunene i området består av tre bykommuner, Tromsø, Harstad og Senja. De øvrige 18 kommunene har mellom 1000-6000 innbyggere, og har et ruralt preg. Flere kommuner har etablert ulike interkommunale samarbeidsordninger innenfor helse- og omsorgstjenestene.

Den offentlige tannhelsetjenesten dekkes av Troms og Finnmark fylkeskommune. Tannhelsetjenesten utgjør totalt 44 klinikker, hvorav 26 er lokalisert i Troms. Tjenesten omfatter 8 universitetsklinikker.

Foto forside: Tverrfjellvannet, Tromsø. Odd Arvid Ryan.

## FORORD

Årsmeldingen formidler brukererfaringer, pasientopplevelser og utviklingstrekk i helse- og omsorgstjenesten som vi har merket oss i året som har gått. Den omhandler svakheter og forbedringspotensial i tjenestene, men kan ikke leses som en tilstandsrapport. Vi håper meldingen kan være et bidrag i arbeidet med å styrke kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene og sikre at pasient- og brukerrettighetene blir ivaretatt.

Foreliggende årsmelding innledes med en oversikt over hva vi ble kontaktet om i 2021. Deretter presenterer vi pasient- og brukererfaringer fra den statlige spesialisthelsetjenesten den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten Avslutningsvis følger en kort oversikt over utadrettet virksomhet i 2021.

Landets Pasient- og brukerombud leverer felles årsmelding med et nasjonalt perspektiv. Felles årsmelding for 2021 og årsmeldinger fra de fylkesvise kontorene finner du på [www.pobo.no](http://www.pobo.no).

Pasienterfaringer og kunnskap om helse- og omsorgstjenestene er grunnlaget for vår virksomhet. Det er viktig at vi kan møte pasienter, brukere, tjenestesteder og brukerorganisasjoner der de er. For Pasient- og brukerombudene har kostnader ved digitalisering økt betydelig uten at dette er kompensert. Ved inngangen til 2022 må vi planlegge for redusert drift og aktivitet, noe som betyr mindre utadrettet virksomhet. Vi har et mandat som innebærer at vi skal ha rimelig balanse mellom kvalitetsarbeid/utadrettet virksomhet og arbeid med klientsaker. Redusert drift vil med andre ord bety redusert tilgjengelighet overfor pasienter, brukere og pårørende. Dette bekymrer oss i en tid hvor antall henvendelser fra pasienter og brukere øker for hvert år.

Tromsø, 28.2.2022



Odd Arvid Ryan  
pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

<b>INNHold</b>	<b>SIDE</b>
<b>Hva ble vi kontaktet om i 2021? Statistikk</b>	<b>5-8</b>
<b>Pasienterfaringer. Utviklingstrekk og utfordringer</b>	<b>9</b>
<i>Covid-19</i>	<b>9</b>
<i>Spesialisthelsetjenesten</i>	<b>9-15</b>
<i>Kommunale helse- og omsorgstjenester</i>	<b>16-20</b>
<i>Offentlig tannhelsetjeneste</i>	<b>20</b>
<b>Anbefalinger</b>	<b>20</b>
<b>Utadrettet virksomhet</b>	<b>21</b>

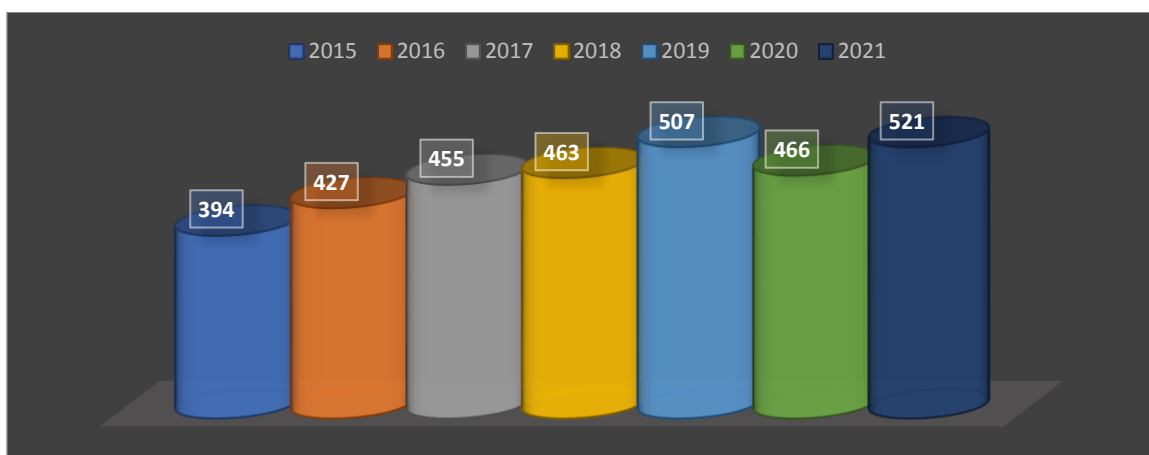
## Hva ble vi kontaktet om i 2021?

I 2021 mottok vi 521 nye henvendelser. Det er høyeste antall henvendelser noensinne i løpet av et år.

Vi registrerer alle henvendelser i tre kategorier avhengig hva de gjelder:

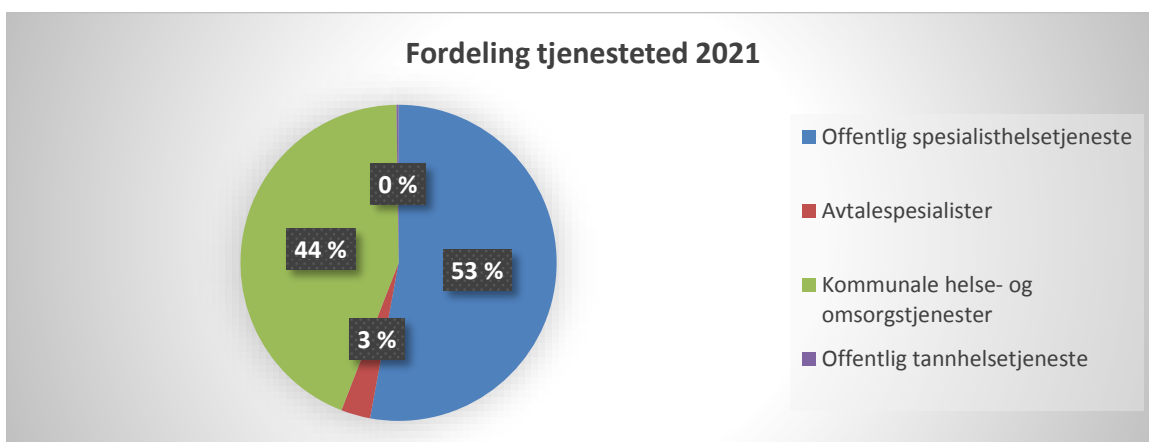
- 78 % av henvendelsene våre gjaldt klage på tjenestene (klagesaker)
- 16 % av henvendelsene gjaldt spørsmål om rettigheter
- 6 % var om forhold utenfor vårt arbeidsområde

I klagesakene registrerer vi også hvilke problemstillinger som tas opp av den som tar kontakt. En klagesak kan omfatte flere forhold eller flere tjenestesteder som må følges opp på ulike måter. Mye av grunnlaget for statistikken i årsmeldingen bygger derfor på de registrerte problemstillingene.



Totalt antall henvendelser per år 2015 – 2021

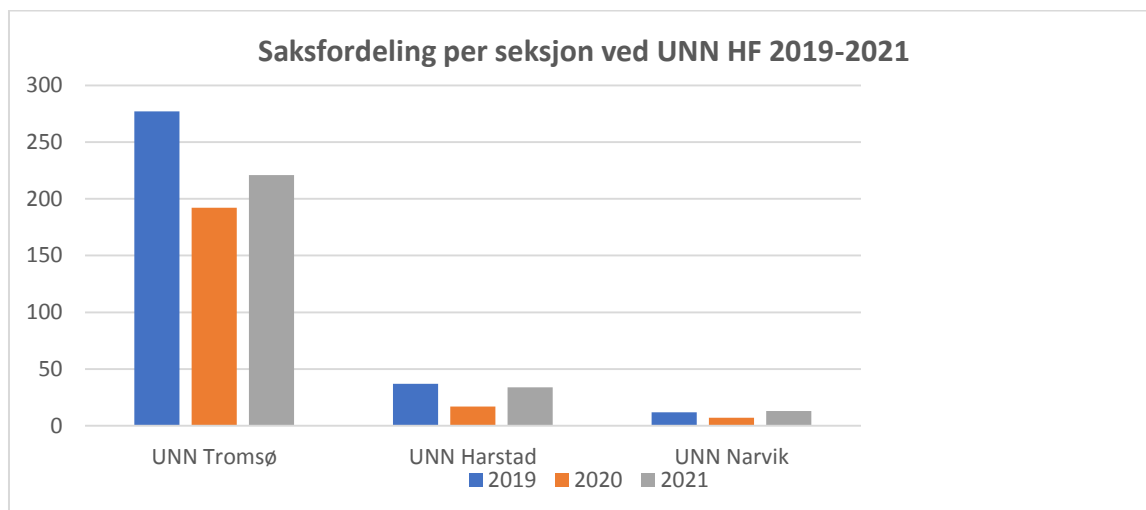
I 2021 handlet 56% av henvendelsene om spesialisthelsetjenester og 44% om kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingen viser en jevn økning av henvendelser. Økningen har i første rekke skjedd innen kommunale helse- og omsorgstjenester. For spesialisthelsetjenesten har antall henvendelser vært stabilt, med unntak av en nedgang i 2020. Dette skyldtes trolig pandemien og konsekvensene den fikk for aktiviteten i spesialisthelsetjenesten.





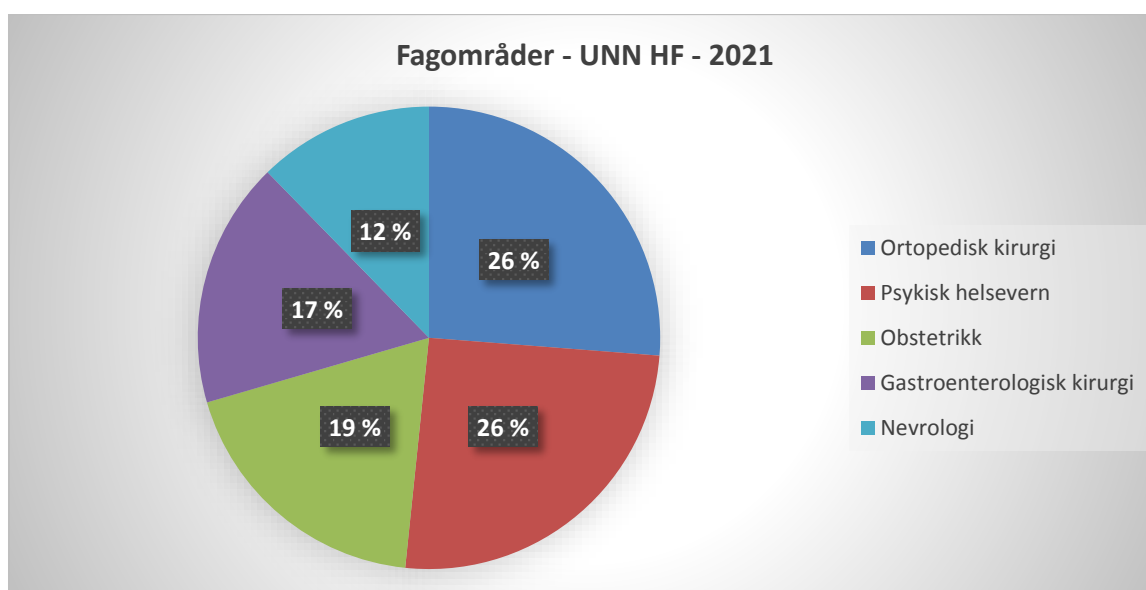
## Spesialisthelsetjenesten

Henvendelser som vi mottar om spesialisthelsetjenester gjelder i første rekke UNN HF, seksjonene Tromsø, Harstad og Narvik. Totalt mottok vi 299 saker på området spesialisthelsetjenester. 269 omhandlet UNN HF, og et klart flertall av disse gjaldt UNN HF Tromsø.



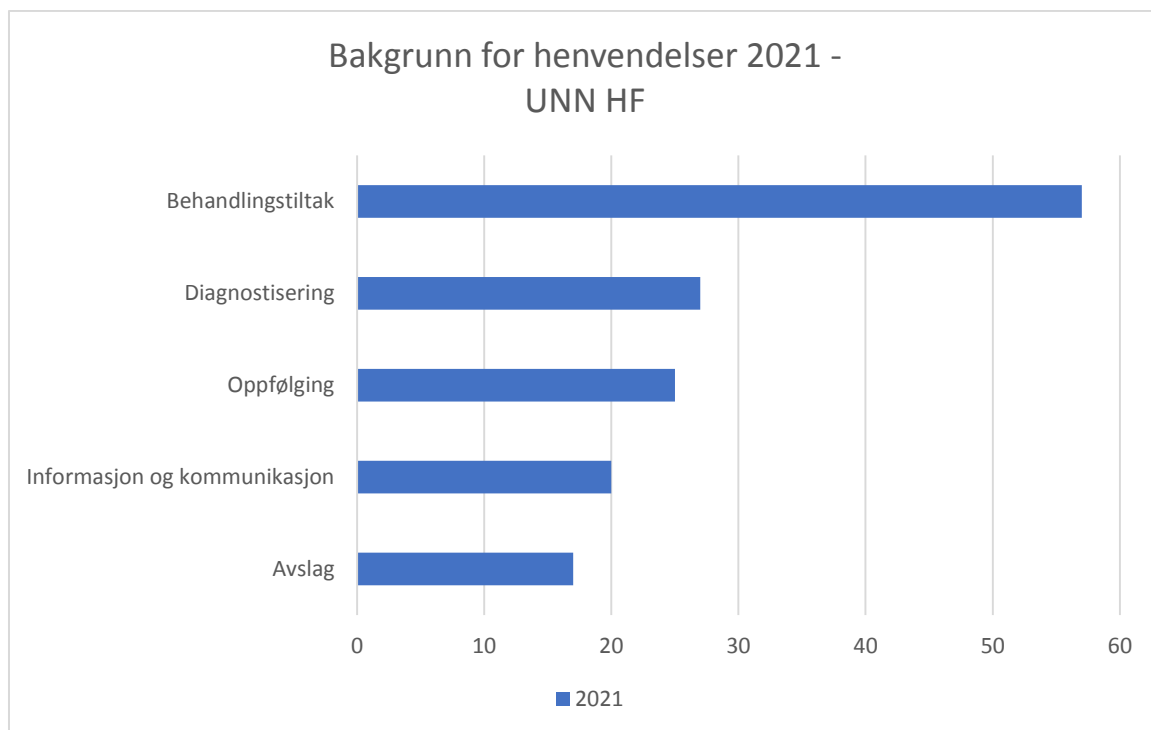
Flest problemstillinger gjaldt kirurgi og psykisk helsevern. Sektordiagrammet under viser de fem områdene vi fikk flest henvendelser om i 2021. Trenden for 2021 viste en nedgang i saker som gjelder psykisk helsevern. Det var en klar oppgang i saker om føde/barsel (obstetrikk) og en liten oppgang innen kirurgi. For de andre områdene var det relativt stabile tall.

Vi merker oss at trenden med nedgang på området psykisk helsevern og oppgang i saker innen kirurgi, viser en motsatt utvikling av den man ser på landsbasis. Vi kjenner så langt ikke årsakene.



Årsakene til henvendelsene innen spesialisthelsetjenesten er mange og varierte slik diagrammet under viser. Diagrammet viser de fem mest registrerte årsakene til henvendelser som handler om

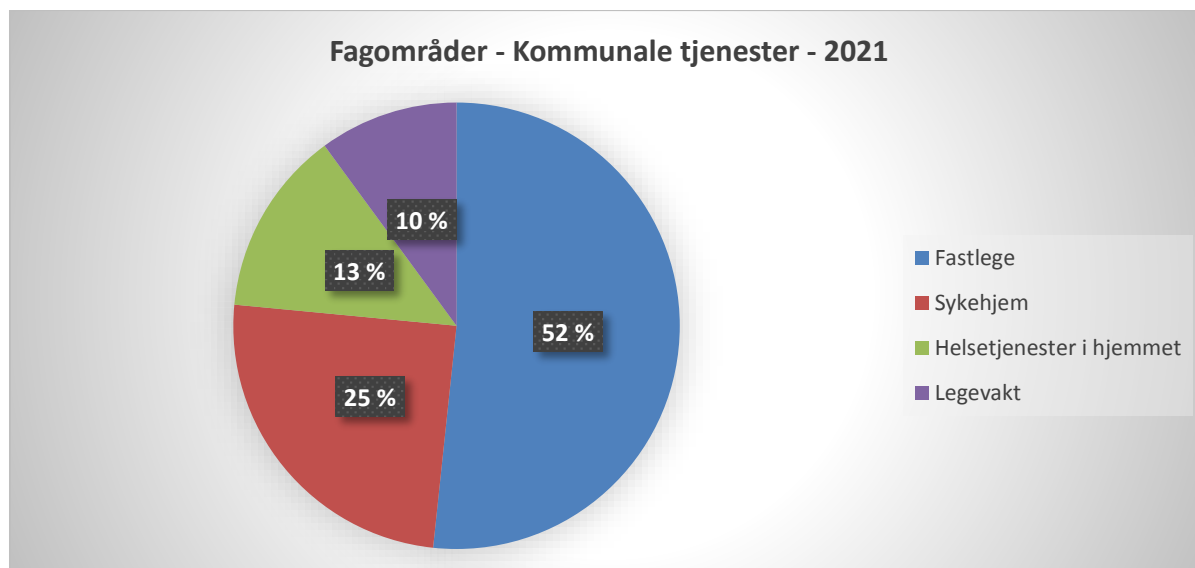
spesialisthelsetjenesten. Mulig svikt i behandlingstiltak er det flest oppgir som årsak til at de kontakter oss. Behandlingstiltak kan forklares som opplevd pasientskade, feil behandling, ikke oppnådd forventet resultat o.l. Andre fremtredende årsaker er diagnostisering, oppfølging, informasjon og avslag på behandling.



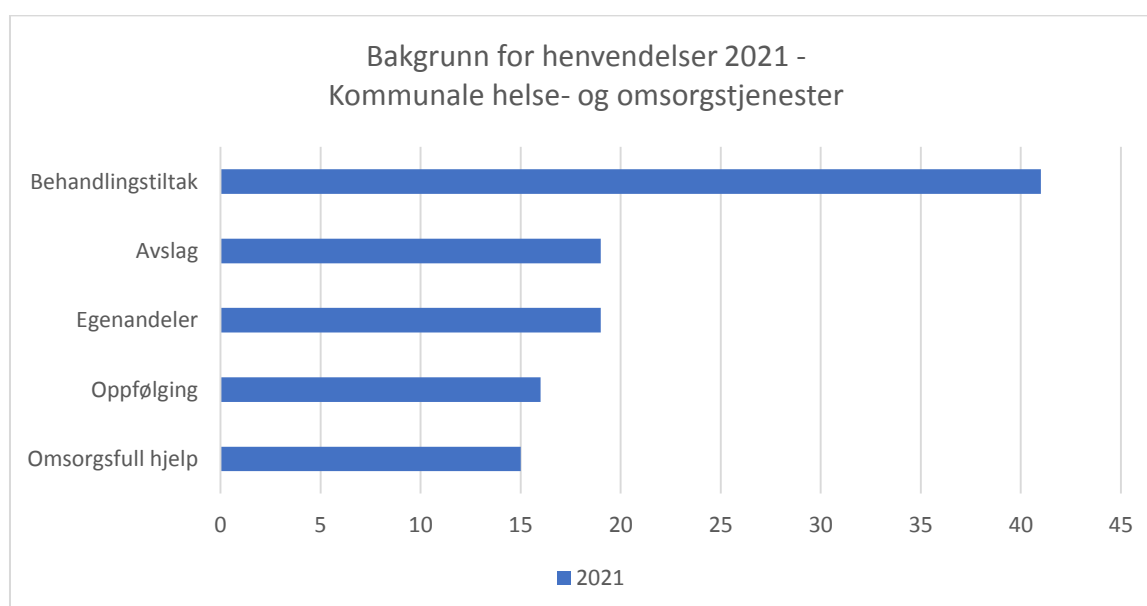
## Kommunale helse- og omsorgstjenester

211 saker omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester i tidligere Troms fylke. De fleste sakene var rettet mot Tromsø kommune, med 116. Fra Harstad kommune mottok vi 32 saker. Fra øvrige kommuner mottok vi til sammen 63 saker, med 9 saker eller mindre per kommune.

Flest problemstillinger gjaldt fastlegeordningen. Sektordiagrammet under viser de fire områdene vi fikk flest henvendelser om i 2021. Dette samsvarer i hovedsak med fordelingen de siste årene.



Årsakene til henvendelsene innen kommunale helse- og omsorgstjenester er også mange og varierte. Diagrammet viser de fem mest registrerte årsakene for henvendelser. Henvendelsene om fastlegeordningen omfattet i hovedsak spørsmål om behandlingstiltak, diagnostisering og egenandeler. På områdene sykehjem og helsetjenester i hjemmet var spørsmål om kvalitet, forsvarlighet og omsorgsfull hjelp mest fremtredende.



## Pasienterfaringer. Utviklingstrekk og utfordringer

### **Covid-19**

Pandemien satte sitt preg også på fjoråret, og helsetjenestene har vært under stort press igjennom hele 2021. Vi er bekymret for konsekvensene det har fått for mange pasienter og brukere. Vi mottok 26 henvendelser som handlet om covid-19 i 2021. Henvendelser rettet mot UNN HF gjaldt særlig begrenset tilstedeværelse for partner under fødsel. For kommunal sektor har det dreid seg mest om besøksrestriksjoner ved institusjoner og generelt om smittevern. Vi har også registrert at mange eldre hadde problemer med digitale kommunikasjonsløsninger, blant annet for bestilling av time for vaksine og i forbindelse med betaling av egenandeler hos fastlege. Det var særlig forutsetningen om at alle har smarttelefon som skapte problemer.

Pasient- og brukerombudenes felles erfaringer viser at det fortsatt er viktig med god dialog og tilpasset informasjon om de stadige endringene som skjer på grunn av pandemien vi fortsatt står i. Økende smitte i samfunnet generelt øker risikoen for at tjenester igjen faller bort, ikke på grunn av smittevernreglement denne gang, men på grunn av at helsepersonell selv er syke. Vi er bekymret over at et økende antall pasienter opplever å ikke få hjelp ved kontakt med helse- og omsorgstjenesten.

### **Spesialisthelsetjenesten**

Henvendelser som vi mottar om spesialisthelsetjenester gjelder i første rekke UNN HF. Flere problemstillinger går igjen. Det gjelder spesielt informasjon og kommunikasjon med pasienter og pårørende, oppfølging av pasienter, samarbeid og koordinering av helsehjelpen. Mange av disse sakene er knyttet til kirurgiske spesialiteter, som ortopedisk kirurgi, gastroenterologisk kirurgi og bryst-/endokrinologisk kirurgi. Disse problemstillingene og utviklingstrekk på enkelte andre områder, blir nærmere omtalt nedenfor.

#### **Informasjon til pasienter og pårørende**

God og effektiv helsehjelp forutsetter samhandling og kommunikasjon mellom pasientene 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. 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.

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 varierende grad. Vi er kjent med at UNN HF har utarbeidet rutiner som skal ivareta dette ansvaret, men det ser ikke ut til at disse er tilstrekkelig forankret.

**Dette har vært problemstillinger som vi har reist i flere år. Vi finner det nødvendig å gjenta vår anbefaling om at rett til informasjon til pasienter må gis høy prioritert i kvalitets- og forbedringsarbeidet på UNN HF.**

## **Kommunikasjonsbarrierer**

Stadig flere pasienter og pårørende tar kontakt med oss fordi de forgiveles har prøvd å få kontakt med behandler eller andre som kan besvare viktige spørsmål om blant annet ventetid og videre behandling. Dette har omfattet pasienter med alvorlig sykdom og som er i et behandlingsforløp.

Tilbakemeldingstelefonen PING er en tjeneste ved UNN som er operativ hver dag til faste tidspunkter. Her kan pasienter og pårørende henvende seg med tilbakemeldinger eller spørsmål. Vi har henvist en del klienter til PING. Det har vist seg å være raskeste veien til målet i tilfeller der pasienten ikke finner andre kontaktpunkter i UNN. Vi informerer klientene om at de kan ta ny kontakt med oss ved behov. Det er svært sjelden at klientene tar ny kontakt. PING fungerer etter sin hensikt. Dette tilbudet bør styrkes.

UNN må etter vår oppfatning bygge ned kommunikasjonsbarrierene. Det er opp til UNN å finne ut hvordan, men vi vil vise til at flere helseforetak har etablert løsninger for sikker digital kommunikasjon med pasienter. Videre må UNNs hjemmeside bli brukervennlig, med en tydelig og tilgjengelig portal med tilgang til alternativer for kommunikasjon med helseforetaket og avdelingene. Avdelingene bør ha felles rutiner for mottak og behandling av henvendelser.

**Vi utfordrer UNN om å få på plass en løsning for sikker digital kommunikasjon med pasienter innen utgangen av 2022.**

## **Samarbeid, koordinering, kvalitetssikring (rutiner)**

De fleste pasienter har gode erfaringer med UNN. Men noen erfarer at helsehjelpen svikter, med de alvorlige utslag dette kan få. De mest alvorlige sakene ved UNN skyldes rutinesvikt og brudd på retningslinjer. Vi kan inndele problemstillingene i tre kategorier:

- Oppfølging og koordinering av pasientforløp, herunder forsinkelser og forglemmelser
- Internt samarbeid, intern kommunikasjon
- Variasjoner mellom avdelinger med hensyn til praksis og rutiner

**Manglende kontinuitet i behandlingen er et gjennomgående tema.** Pasienter og deres pårørende forteller at de må forholde seg til behandlere som ikke snakker sammen. Dette er særlig risikofylt når pasienten må forholde seg til flere avdelinger. Behandlingen kan få et fragmentarisk preg, med fare for forsinkelse. Pasienter får noen ganger motstridende opplysninger om helsetilstand og behandlingsforløp. Etter vår oppfatning er risikoen for svikt i koordineringen av tjenestene, i kommunikasjonen mellom behandlere og i dokumentasjonen av beslutninger og behandlingstiltak for stor. Dette må fungere dersom man skal sikre trygge og kvalitativt gode behandlingsforløp.

I en sak som førte til forsinkelse i behandling var tre avdelinger involvert. Dette gjaldt en kreftpasient og behandlingen var fastsatt i samsvar med aktuelt pakkeforløp. Pasienten responderte imidlertid dårlig på cellegiftbehandling og det var dermed behov for revurdering av forløpet. Det tverrfaglige samarbeidet sviktet imidlertid, da ikke alle avdelinger ble informert samtidig. Resultatet ble utsettelse i videre behandling samt prognosetap.

UNN HF benytter seg ikke av kontaktlege og koordinator i tilstrekkelig grad for å sikre samhandling internt og kommunikasjonen med pasienter og pårørende. Kontaktlege ble rettighetsfestet i 2016.

Stortinget vedtok 11.6.21 att ny § 2-5b i pasient- og brukerrettighetsloven: *Pasient og bruker som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, har rett til koordinator i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 a.*

Lovfestingen av pasientens rett til helsehjelp med kontinuitet og som er koordinert, er et resultat av at disse funksjonene ikke fungerer godt nok i dag ved norske helseforetak. Disse funksjonene er nødvendige for å sikre forsvarlig helsehjelp til pasienter som er i et lengre og omfattende pasientforløp.

Vi har merket oss Stormottakersatsingen ved UNN HF, med mål om å styrke forløpskontinuitet og samarbeid i pasientbehandlingen. Vi ønsker satsingen velkommen og ser frem til resultater av denne.

**UNN fremstår ikke alltid som en virksomhet med en felles praksis.** Informasjonsutveksling med pasienter under behandlingsforløp kan være avgjørende på flere plan. For pasienten kan det være unødvendig kompliserende at avdelinger har ulike måter å løse dette på.

En pasient kontaktet oss fordi han stusset på ulik praksis mellom avdelinger. Han var under lengre utredning og behandling på to avdelinger, i tillegg til at han i en periode fikk gjennomført flere undersøkelser ved radiologisk avdeling. I avdelingene som han fikk behandling i, var det ulike kommunikasjonsløsninger. En avdeling hadde personell som kunne kontaktes når pasienten skulle utveksle informasjon med avdelingen. Den andre avdelingen, som han også måtte kommunisere med, hadde ikke tilsvarende ordning. Her var det tilfeldig om pasienten fikk kontakt eller ikke. Han fikk i tillegg opplyst at det ikke var automatikk i informasjonsutveksling mellom avdelingene. Pasienten hadde for øvrig vent seg til at avdelingene sendte SMS-påminnelse i forkant av timeavtaler. Dette var imidlertid ikke praksis ved radiologisk avdeling, og ved ett tilfelle førte det til at han glemte timen. Han erkjente at feilen lå hos ham da han hadde fått innkalling, men han kunne samtidig registrere nok et eksempel på ulik praksis.

For at helsehjelp skal være forsvarlig må det foreligge rutiner for å kvalitetssikre tjenestene. På klinikk- og avdelingsnivå blir det utarbeidet rutinebeskrivelser som, sammen med nasjonale retningslinjer, detaljerer arbeidsprosessene. Det er den praktiske iverksettelsen av rutinene som er avgjørende. **Spørsmålet er om man når alle ansatte med informasjon om rutinene.** Dette synes å være en utfordring, både ved akutt og elektiv behandling. I en del saker hvor det har gått galt er det vist til at gjeldende rutiner ikke er fulgt eller at helsepersonell ikke kjente til rutinen.

I forbindelse med behandlingen av enkeltsaker erfarer vi at avdelinger har utviklet rutiner som er i strid med pasient- og brukerrettighetsloven. Omtalen av Brystdiagnostisk senter nedenfor er ett eksempel. I andre saker er vi usikre på hva som er gjeldende rutine ved de enkelte avdelingene. Et eksempel er oppfølging av pasienter på venteliste. Hvem vedlikeholder listene, og er det gjort en faglig vurdering når pasienter flyttes eller strykes? Bakgrunnen for spørsmålene er saker der vi får opplyst at pasienter er strøket eller flyttet uten at ansvarlig behandler er kjent med dette. Vi erfarer videre at det er vanskelig å få avklart om og hvordan avviksmeldinger er behandlet.

Utvikling av rutiner og oppfølging av avvik er sentrale verktøy i kvalitets- og forbedringsarbeid. Det er et ledelsesansvar å sørge for at klinikker og avdelinger har forsvarlige rutiner og at ansatte er kjent med disse. Videre er det et ledelsesansvar å sørge for at avvik blir meldt og fulgt opp.

## Klagebehandling

Pasient- og brukerombudet har de siste årene rapportert om at klagesaksbehandlingen ved UNN HF er av varierende kvalitet. Pasienter har vanskelig for å finne ut hvordan de skal klage. Når en klage avvises eller ikke blir tatt til følge, blir den ikke alltid videresendt klageinstansen (Statsforvalteren).

Vi erfarer at enkelte avdelinger ser på klager som en prioritert del av kvalitetsarbeidet og håndterer disse raskt. I andre tilfeller kan svar utebli i flere måneder, tross purringer. Vi har registrert at klager blir saksbehandlet i pasientjournalssystemet DIPS, mens gjeldende rutine på UNN HF er at saksbehandlingssystemet Elements skal benyttes ved klagebehandling. Vi kan underveis i en klagebehandling få opplyst at saken er feilbehandlet internt, og at saken skulle vært forelagt jurist eller medisinsk-faglig rådgiver før klagen ble besvart.

Noen behandlere ber pasienter om å sende klage på e-post, og hele eller deler av klagesaksbehandlingen kan foregå gjennom e-postutveksling. Vi vil advare mot en slik praksis, som kan være strid med personvernforordningen (GDPR). En slik praksis øker også faren for at klagen ikke blir behandlet i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven.

Vi mener det er en selvfølge at klager blir behandlet effektivt og i tråd med lovverket. **UNN HF må etablere effektive og formelt korrekte systemer for klagebehandling.**

Vi erfarer at rask respons og dialog i klagesaker bidrar til raske avklaringer og gjenoppretting av tillit. Dette medfører at saken kan avsluttes tilsvarende raskt. En avklart sak trenger ikke å bli forelagt klage- eller tilsynsmyndighetene.

## Radiologi og billeddiagnostikk

Radiologiske undersøkelser, med bruk av CT, ultralyd, MR og PET-scan, er et viktig ledd i pasientbehandlingen på flere fagområder og overfor mange og ulike pasientgrupper. Slike undersøkelser inngår som regel i en helhetlig prosess, hvor resultatet danner grunnlag for vurdering av diagnose, prognose og videre behandling i spesialisthelsetjenesten eller hos fastlege. Dette krever gode rutiner for samarbeid og kommunikasjon, og ikke minst at rutiner etterleves. Kvaliteten på tolkningen av prøver er vesentlig, men også tidsfaktoren kan være avgjørende. Feil eller forsinkelser i undersøkelse, tolkning, videreformidling og bruk av prøvesvar i videre behandling kan få alvorlige følger, for eksempel i kreftbehandling. Pasienter erfarer at dette kan svikte på grunn av rutinesvikt eller fordi avvik i forventet behandlingsforløp ikke blir fanget opp.

### Brystdiagnostisk senter – Tilbakemelding på henvisninger

Radiologisk avdeling på UNN HF omfatter seksjonen Brystdiagnostisk senter (BDS) som har ansvar for mammografiprogrammet i Troms, Finnmark og nordre Nordland, utredning av henviste pasienter med symptomer fra brystene, klinisk undersøkelse og oppfølging av pasienter med brystkreft.

I løpet av 2021 mottok vi henvendelser fra pasienter om manglende tilbakemelding på henvisninger til BDS. Dette gjaldt henvisning fra fastleger for radiologisk undersøkelse og eventuelt ytterligere utredning på grunn av mistanke om brystkreft. Pasientene erfarte at det kunne gå lang tid før de fikk tilbakemelding om forventet tidspunkt for undersøkelse. I noen tilfeller var ventetiden 2-3 måneder.

Spørsmålet var om praksis ved BDS var i samsvar med pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2, sammenholdt med § 2-1b andre ledd, om pasienters rett til vurdering og informasjon om oppstart av undersøkelse eller behandling. I følge uttalelse fra Helsedirektoratet av 27.6.12, *Henvisning til*

*radiologiske avdelinger – vurdering av rett til nødvendig helsehjelp, skal helseforetak ha klare rutiner for behandling av innkomne henvisninger.*

Vi tok opp problemstillingen med BDS, som kunne opplyse at pasientregistreringssystemene som Radiologisk avdeling benytter ikke er innrettet slik at de utløser rettigheter med tanke på oppstart utredning og behandling. Videre ble det fremholdt at UNN har utfordringer med ventelister på grunn av mangel på radiologer og at det i den forbindelse er etablert et internt prioriteringssystem.

Vi fikk tilbakemelding fra BDS om iverksatte rutineendringer. Disse innebærer følgende:

- *Henvisninger settes fortløpende opp på time innenfor angitte frister, og ikke på ventelister slik som tidligere.*
- *I de tilfeller hvor hastegrad endres av radiolog skal dette begrunnes i henvisningen. Ved tvilstilfeller skal brystkirurg gjøre en fornyet vurdering.*
- *Pasienter som ikke kan gis time innenfor angitt prioriteringsdato videresendes til ekstern aktør.*
- *Ventelistene gjennomgås manuelt minst en gang per uke for å sikre at henvisninger ikke blir liggende utover fristene.*

På dette grunnlaget avsluttet vi saken. Vi har ikke mottatt nye henvendelser om problemstillingen etter dette.

### **Mammografiprogrammet – Helsehjelp eller ikke?**

Mammografiprogrammet er et offentlig tilbud til kvinner i alderen 50-69 år om mammografiscreening annethvert år. Kreftregisteret har det overordnede ansvaret for gjennomføringen, herunder rutiner for invitasjon og informasjon til deltakerne. Det regionale helseforetaket skal ha tilbud om mammografiscreening. UNN HF har ansvaret for tilbudet i Finnmark, Troms og nordre Nordland.

Mammografiprogrammet anses ikke som helsehjelp. Screeningen er et tilbud og innebærer en grovsortering av prøvene, sammenlignet med klinisk mammografi ved BDS. Det er viktig at deltakerne i programmet får informasjon om dette. Vi mottok to henvendelser i 2021 fra deltakere i mammografiprogrammet som fikk forsinket diagnostisering av brystkreft. Vi går ikke nærmere inn på detaljene i denne forbindelse, men sakene satte enkelte sider av mammografiprogrammet på spissen. Under behandlingen av disse så vi nærmere på den informasjonen som deltakerne får om programmet og hvordan deltakere følges opp før, under og etter screeningen.

Det er etter vår oppfatning nødvendig å skille mammografiscreening fra klinisk aktivitet ved BDS. Dette må tydeliggjøres i informasjon om programmet, og når dette er samlokalisert med helsehjelpstilbud bør det fremgå av synlige fysiske skiller.

Videre må det være fokus på rutiner for intervju og registrering og videreformidling av informasjon fra deltakerne. Kvinner som forteller om symptomer på brystkreft bør rutinemessig anbefales å oppsøke fastlege for oppfølging og eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten.

Det foreligger en kvalitetsmanual som stiller krav til organisering, kompetanse, metodikk, tilleggsundersøkelse og konsensusmøte i mammografiprogrammet. Denne manualen er svært fragmentert og kun delvis oppdatert. Denne bør revideres og ikke minst oppdateres. Dette er en oppgave for Kreftregisteret.

Mammografiprogrammet defineres som nevnt ikke tradisjonelt som helsehjelp. Etter vår oppfatning faller programmet inn under definisjonen av hva som er helsehjelp, jf. pasient- og



brukerrettighetsloven § 1-3 bokstav c. Programmet har diagnostisk formål og utføres av helsepersonell etter anerkjent metodikk. Dette må gjenspeiles i gjennomføringen av programmet.

*Vi har registrert at BDS skal ha fokus på rutiner for gjennomføringen av mammografiprogrammet, herunder på registrering av informasjon fra deltakerne og behovet for eventuelle fysiske skiller i lokalene. Vi vil følge med på dette arbeidet.*

## **Føde- og barselavdelingen - Obstetikk**

Vi behandlet 23 saker rettet mot Føde- og barselavdelingen på UNN HF. Som i alle helseregioner i Norge kom det mange og sterke reaksjoner mot smitteverntiltakene som ble iverksatt overfor fødende, med besøksrestriksjoner for partner. Smitteverntiltak var nødvendige, men det ble ikke tatt tilstrekkelig hensyn til at gravide, fødende og deres partnere trengte fortløpende og tydelig informasjon generelt og individuelt. Det ble mye usikkerhet i en tid da man lett blir bekymret og engstelig for hvordan det vi gå under fødsel og barseltid.

Dette handlet ikke bare om omsorgsfull hjelp. Smitteverntiltakene medførte fare for kvalitet og pasientsikkerhet. Avdelingen tok ikke høyde for at kvinner kunne bli liggende på barselhotellet i lange perioder uten fast tilsyn. Og når kvinnene fikk signaler fra ansatte om lav bemanning og tidspress, ble terskelen for å tilkalle personalet svært høy for noen. I en sak som ble tatt opp med avdelingen, kom det frem at kvinnen ikke hadde fått nødvendig oppfølging av smertelindring, med ammeråd og hvile.

Avdelingen vil sannsynligvis evaluere smitteverntiltakene i ettertid. I den forbindelse er det vesentlig at det legges vekt på konsekvensene for fødende og deres partnere.

Når det gjelder øvrige henvendelser, erfarer vi også at denne avdelingen har informasjonsutfordringer. Dette har rammet risikofødende med spørsmål om praktisk tilretteleggelse av fødselen og kvinner som har hatt store problemer med å nå gjennom til avdelingen for å få vesentlig informasjon om egen helse og barnets tilstand i barseltiden.

De siste årene har antall henvendelser rettet mot Føde- og barselavdelingen økt. UNN HF bør vurdere om avdelingen trenger en gjennomgang av vesentlige rammebetingelser, herunder bemanningen, slik at avdelingen kan levere trygge og gode tjenester for alle fødende.

## **Bekymring for de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv, UNN HF Tromsø**

Vi gjentar følgende fra årsmeldingen for 2020:

Høsten 2020 fikk vi en bekymringsmelding om de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv på UNN Tromsø. Etter kontakt med UNN fikk vi en omvisning 16.10.20.

På bakgrunn av omvisningen kunne vi konstatere følgende:

- Avdelingen lider under plassmangel og u hensiktsmessige lokaler. Korridorer må brukes som lagringsplass til utstyr og undersøkelsesrom er svært trange.
- Det er nødvendig for premature med tett foreldredeltakelse/-nærhet. I akuttrommet er 8 sengeplasser adskilt kun med forheng. Taushetsplikten er dermed et problem. Foreldre og søsken må bruke øreklokker, noe som fremstår som lite verdig.
- I et behandlingsperspektiv er det uheldig at foreldre og barn indirekte kan bli deltaker i dramatiske situasjoner rett ved siden av. Det er belastende for pårørende, og premature kan lett reagere med økt puls og ustabil hjerterytme på høye lyder og uro. Det kan være skadelig.

- Ved langtidsopphold på avdelingen, som kan vare i flere måneder, må foreldre og barn oppholde seg i et lokale uten vinduer.
- De fysiske forholdene gjør det vanskelig å overholde smittevernkrav.

Personalet fortjener anerkjennelse for den jobben de gjør under disse forholdene, noe også foreldrene vi snakket med ønsket å understreke.

Ledelsen i Helse Nord og ved UNN er kjent med problemene og utfordringene. Helse Nord må gi arbeidet med å bedre de fysiske forholdene ved Nyfødt intensiv på UNN høy prioritet.

## **Psykisk helsevern - voksne**

I 2021 mottok vi 35 saker om psykisk helsevern, voksne. Det er en nedgang fra 2020, hvor vi mottok 46 saker. Antall henvendelser er likevel samsvarende med tall fra de siste årene, og fagområdet er stadig det største innen spesialisthelsetjenesten.

Bakgrunnen for at pasienter og pårørende kontakter oss er variert. Spørsmål om medvirkning er mer fremtredende på dette området enn i somatikken. Mange opplever at det blir et lenger opphold i behandlingen dersom behandleren slutter. Det tar tid å få på plass ny behandler. Slike opphold i behandlingen kan redusere effekten av gitt behandling og kan føre til redusert helse hos pasienten.

## **Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)**

12 problemstillinger ble reist i saker om psykisk helsevern for barn og unge i 2021. Det var en dobling fra 2020. I tillegg mottok vi informasjon om situasjonen på dette området fra kilder som Ungdomsrådet på UNN HF, elever fra videregående skole, helsesykepleiere og mobbe-, elev- og lærlingeombudene.

Barn og unge med psykiske plager og lidelser må få riktig hjelp til riktig tid. Vi vet at forebygging gjennom tidlig innsats og behandling vil gi mindre helsetap og bedre livskvalitet. Likevel registrerer vi at mange barn og unge som henvises til BUP, må vente i lang tid før behandling igangsettes. I tillegg er overgangene sårbare, både overgangen til voksenpsykiatri og mellom nivå (kommune/sykehus).

Vi følger dette området fremover. Vi har unge mellom 16-20 år som fokusområde, se egen omtale nedenfor. Videre har vi innledet et samarbeid med mobbe-, elev- og lærlingeombudene i Troms og Finnmark med mål om å få mer kunnskap på området. Målet er økt kunnskap om barn og unges behov og forutsetninger for hjelp og, ikke minst, å kunne foreslå forbedringstiltak.

# Kommunale helse- og omsorgstjenester

## Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har vært under økende press de siste årene, og pasient- og brukerombudene har over flere år tatt opp hvordan pasienter opplever store utfordringer med ordningen. Fastlegekrisen er nå en realitet i mange kommuner, også i de største. Vi er bekymret for om pasientsikkerheten i fastlegeordningen er god nok i mange av kommunene.

## Pasienterfaringer - fastlege

Henvendelser om fastleger gjenspeiler variasjonen og mangfoldet i deres praksis. Fastlegemangel er en stadig mer fremtredende problemstilling. Andre alvorlige årsaker er forsinkelser i henvisning til spesialisthelsetjenesten og rot med prøver og analyser, med forsinket behandling som resultat. En del saker dreier seg om avklaring av misforståelser, samt spørsmål om egenandeler.

I løpet av 2021 har vi mottatt henvendelser fra pasienter som uten forvarsel er overført til ny fastlege. Dette kan skje når en fastlege må redusere antall listepasienter. I henhold til forskrift gjøres et tilfeldig utvalg av pasienter som flyttes til annen fastlege. Pasientene kan ikke påvirke prosessen og orienteres først etter at de har fått ny fastlege. For noen pasienter kan det være nødvendig at kommunen gir forhåndsvarsel, for eksempel pasienter med kroniske helseplager. Familier i samme husstand skal imidlertid holdes samlet.

## Rettigheter for personer uten fastlege

Fastlege er blitt et knapphetsgode. Den økende mangelen på fastleger får konsekvenser for stadig flere og er ikke lenger et distriktsproblem. Også i byene opplever folk at de kan bli stående uten fastlege, og uvisst hvor lenge. Innflyttere ser ut til å være særlig utsatt. Fastlegene har en nøkkelrolle i helsetjenesten, og det er alvorlig i seg selv å være uten. Alvoret blir ikke mindre av at man føler seg rettsløs i denne forbindelse.

Vi har mottatt henvendelser fra personer som ikke vet hvilke rettigheter de har når de havner i en slik situasjon. Noen forteller at de forgjeves har prøvd å få informasjon om dette fra kommunen, og er i villrede om hvordan de skal forholde seg.

Når det gjelder det formelle ansvaret, har kommunene plikt til å tilby innbyggerne allmennlegetjenester. Den kommunale allmennlegetjenesten er organisert gjennom fastlegeordningen, som bygger på avtaler mellom kommunen og fastlegene i kommunen. Men kommunen har det grunnleggende ansvaret for at den enkeltes behov for helsehjelp blir ivaretatt. Når mangel på fastleger får konsekvenser for innbyggere, må kommunen sørge for andre forsvarlige løsninger. Fastlegene har et særlig ansvar for sine listepasienter. Men etter fastlegeforskriften § 21 har de plikt til å innrette sin virksomhet slik at de kan ta imot og vurdere alle henvendelser, og uavhengig av om det dreier seg om listepasienter eller ikke. Etter samme forskrift § 22 skal de kunne ta imot ø-hjelpshenvendelser innenfor åpningstiden.

## Retten til informasjon fra kommunen ved alvorlige hendelser

Pasienter, brukere og pårørende kontakter oss for å få avklart sine rettigheter i etterkant av alvorlige hendelser i den kommunale helse- og omsorgstjeneste. Sakene har omhandlet alvorlige forhold som feilmedisinering, forsinkelse i behandling, fallulykker og selvmord. Det er viktig for dem å få informasjon om hendelsen og hva tjenesten gjør for å hindre at andre blir utsatt for det samme. Det er kommunene forpliktet til å gi dem.

Kommuner og helseforetak skal sørge for at pasienter, brukere og pårørende kan ivareta sine interesser etter alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten. Det skal blant annet gis informasjon om Norsk pasientskadeerstatning (NPE), adgangen til å anmode Statsforvalteren om å opprette tilsynssak, samt om adgangen til å kontakte Pasient- og brukerombudet for råd og bistand.

I 2018 gjennomføre vi en undersøkelse av informasjonspraksis i kommunene i tidligere Troms fylke, se vår årsmelding for 2018. Hovedkonklusjonen var at kommunene ikke ivaretok dette ansvaret i tilstrekkelig grad. Vi har fulgt problemstillingen, som ble godt illustrert under pandemien. I 2020 gikk NPE ut i mediene for å informere om muligheten til å søke erstatning i forbindelse med koronasmitte. NPE fant det nødvendig å minne kommunene om deres plikt til å informere pårørende og etterlatte om denne adgangen.

I 2021 gjennomførte vi en ny undersøkelse. Vi fikk svar fra 18 av 21 kommuner. Her følger svarene og en sammenligning med svarene fra 2018. Tallene er ikke fullstendig sammnelignbare, da antall kommuner i Troms er redusert fra 24 til 21.

SVAR	2018	2021
Skriftlige rutiner	9	13
Skriftlige rutiner, behov for revisjon/supplering	5	2
Har rutiner, ikke skriftlige	1	2
Påbegynt utarbeidelse av rutiner	7	1
Har ikke rutiner	1	0
Ikke svart	1	3
<b>Sum</b>	<b>24</b>	<b>21</b>

Endelig oppsummering foreligger ikke i skrivende stund. Likevel kan vi konkludere med at langt flere kommuner har informasjonsrutiner enn det som var tilfelle i 2018. De fleste er vedtatt eller rutinemessig revidert etter 2018. Rutinene fremstår mer orientert mot pasienter, brukere og pårørende, og det forekommer ikke like store variasjoner i innhold som tidligere. Noen få kommuner bruker rutiner for avvikshåndtering. Disse kan være hensiktsmessige, men vi vil anbefale at kommunene skiller intern avvikshåndtering fra rutiner som skal sikre oppfølging av pasienter, brukere og pårørende.

## Søknad om sykehjemsplass. Pasienter på venteliste

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2a skal kommunen gi forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. For søkere som vil være best tjent med langtidsopphold, men som med forsvarlig hjelp vurderes av kommunen til å kunne bo hjemme i påvente av langtidsopphold, skal kommunen sette på venteliste dersom det ikke er ledig plass.

Kommunene kan operere med forskjellige kriterier og kan ha ulik profil på tjenestetilbudet. Det kan derfor være ulik terskel mellom kommuner for når søkere blir satt på venteliste. Noen kommuner kan for eksempel vektlegge faglig arbeid for å sikre at personer skal kunne bo i eget hjem så lenge

som mulig. Kommunene står relativt fritt når det gjelder organiseringen av helse- og omsorgstjenesten. Dette omfatter også saksbehandlingsprosesser. Disse handlingsrommene åpner for kommunale forskjeller.

På dette grunnlaget ba vi 21 kommuner i tidligere Troms fylke om en redegjørelse for hvordan arbeidet med søknader på sykehjemsplass og ventelister er satt i system i kommunen. Vi ba også om innsyn i rutiner og forskrifter som kommunene hadde utarbeidet i den forbindelse.

14 av 21 kommuner besvarte vår forespørsel. Etter vår oppfatning danner det et tilstrekkelig grunnlag for både en oppsummering og konklusjoner.

### **Oppsummering/Konklusjon**

- Et flertall av kommunene i Troms har ikke pasienter på venteliste for langtidsplass på sykehjem. Bykommunene Tromsø, Harstad og Senja har regelmessig pasienter på liste i påvente av langtidsplass på sykehjem. Antall pasienter varierer periodevis.
- Kommunene som har respondert på vår henvendelse har utarbeidet rutiner for saksbehandling av søknad om sykehjemsplass, og har vedtatt forskrift med kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem og bruk av venteliste.
- Det er avgjørende at pasienter på venteliste følges opp med forsvarlig vurdering av behov for pleie og omsorg. Det er positivt at forskriftene inneholder bestemmelser om oppfølging av ventelister, samt at ansvaret for oppfølgingen er tydelig plassert.
- Forskriftene skal ikke være begrenset til sykehjem. Kommunene kan tilby tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Slike botilbud og tjenestene som ytes der, skal tilsvare nivå, omfang og kvalitet på det tilbudet som gis ved langtidsopphold på sykehjem. Kommunene bruker ulike betegnelser på slike botilbud. Betegnelsen er ikke vesentlig så lenge det reelle innholdet i helse- og omsorgstjenestene er i samsvar med lovkravene. Det er viktig at kommunene forsikrer seg om at disse kravene blir ivaretatt.
- Kommunene skal behandle søknader fra pasienter bosatt i annen kommune på lik linje med søkere fra egen kommune. Det samme gjelder dersom pasienten må settes på venteliste for langtidsopphold.
- Kommunene skal behandle enhver søknad om helse- og omsorgstjenester. Kommunen kan ha en annen oppfatning enn søkeren av hjelpebehov og valg av tjenester, og søkeren kan på det grunnlaget tilbys andre tjenester. Dersom kommunen mener at en omsøkt tjeneste ikke kan innvilges, skal søkeren underrettes gjennom enkeltvedtak. Vedtaket skal begrunnes og inneholde informasjon om klageadgang.

### **Bekymring for pasientsikkerheten ved sykehjem i Harstad kommune**

I løpet av 2020/2021 ble vi kontaktet av flere pårørende som tok opp ulike sider ved tjenestetilbudet og pasientsikkerheten ved sykehjem i Harstad kommune. Disse omfattet bruk av tvang, kvaliteten på tjenestene og manglende aktivitetstilbud. Henvendelsene gjaldt pasienter med kognitiv svikt, som er en særlig sårbar gruppe. Vi fant det nødvendig å følge dette opp overfor kommunen. I lys av sakens alvor fant vi det korrekt å melde fra til Statsforvalteren i Troms og Finnmark i medhold av pasient- og brukerrettighetsloven § 8-7.

Et gjennomgående problem for pårørende var at de forgjeves hadde prøvd å løse saken gjennom dialog med kommunens sektorledere.

Tvungen helsehjelp er et risikoområde som krever at kommunene har styringstiltak som reduserer risiko. Kommunene skal ha oversikt over hvor det er risiko og sårbarhet i egen virksomhet. Vi ba derfor kommunen om en redegjørelse for styringstiltak og -rutiner.

Vi vil fremheve at kommunen viste vilje til å sette betydelig fokus på risikoområdet tvungen helsehjelp. Gjennom beslutning i kommunestyret 28.10.21 ble det vedtatt en tiltaksplan med kort- og langsiktige mål. Denne omfattet blant annet tiltak rettet mot ledelse, kompetanse, arbeidsmiljø, avvikshåndtering og dialog med pårørende.

Vi avsluttet saken etter dette, men vi vil ha oppmerksomhet rettet mot eventuelle nye henvendelser om problemstillingen.

## **Pasienter med kognitiv svikt**

Pasient- og brukerombudet mottar henvendelser fra både pårørende og kommuner om problemstillinger knyttet til oppfølging av personer med kognitiv svikt. Dette gjelder både pasienter på institusjon og personer som bor i eget hjem, men som kan ha behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen for å kunne leve under forsvarlige og verdige omstendigheter. Det er særlig når det kommer til spørsmål om pasientens innsikt i egen situasjon og evne til å treffe rasjonelle valg at pårørende og hjelpeapparatet blir stående overfor utfordringer. Dette er spørsmål som ikke har klare svar i lovverket.

Vi har merket oss at Dyrøy kommune har rutiner som skal ivareta og systematisere tiltak rettet mot personer med begynnende og etablert kognitiv svikt. Rutinen beskriver ansvarsforhold, hvor demenskontakt og omsorgsteam har sentrale roller. Videre inneholder den prosedyrer for kartlegging, kontakt med interne og eksterne samarbeidsparter og samarbeid med pårørende. Den setter rammer for den interne organiseringen med retningslinjer for melding av behov, samt for videreformidling av bekymringsmeldinger. Avslutningsvis inneholder rutinen dokumentasjonsmetodikk og en praktisk veileder for den konkrete oppfølgingen av pasienten.

På generelt grunnlag vil vi anbefale kommunene om å utarbeide denne type rutiner. Tiltak rettet mot personer med kognitiv svikt vil etter alt å dømme kunne innrettes mer målrettet dersom man har systematisert og organisert tjenesten gjennom konkrete rutiner.

Behandlingen av pasienter med kognitiv svikt stiller ansatte overfor etiske dilemma og faglige utfordringer som ikke alltid har klare svar i lovverk og lærebøker. Vi har merket oss at tjenesteytere og helsepersonell savner arenaer for refleksjon og erfaringsutveksling om utfordringer knyttet til pasienter med kognitiv svikt. Vi vil oppfordre ledelsen i kommunene om å legge til rette for at ansatte får tid og rom for både erfaringsutveksling og kompetanseheving på dette området.

## **Personer med utviklingshemning – Rettsvern mot inngripende tiltak, tvangs- og maktbruk**

Vi har i løpet av 2020/21 mottatt henvendelser som kan tyde på at reglene i helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 om rettssikkerhet for personer med utviklingshemning ikke følges i tilstrekkelig grad. Disse bestemmelsene setter faglige standarder for helse- og omsorgstjenesten og regler for hvordan kommunen skal behandle saker hvor det brukes, eller blir vurdert brukt tvang overfor personer med utviklingshemning.

Ansatte skal vite hvordan de skal forholde seg dersom problemstillinger knyttet til tvangsbruk blir aktuell. En grunnpill er åpenhet og dokumentasjon. Kommunene skal sørge for at ledernivå har

løpende kjennskap til situasjonen, både generelt og i enkeltsaker, slik at det kan gripes inn med tiltak som begrenser og forebygger tvangsbruk. Dersom bruk av tvang ikke kan unngås må saken behandles etter en egen prosedyre hvor bruker, verge/pårørende, spesialisthelsetjenesten og Statsforvalteren blir involvert og/eller varslet. Formålet er å sikre at faglige standarder er oppfylt og at rettssikkerheten til den enkelte blir ivaretatt.

Vi har mottatt henvendelser om tiltak i nødsituasjoner som ikke er dokumentert og rapportert til ansvarlig ledelse i kommunen. Videre har vi hatt saker til behandling der kommunen har iverskatt systematisk tvangsbruk uten gyldig vedtak. Vi har så langt mottatt et mindre antall henvendelser om dette, men i lys av alvoret og mulig skadeeffekt for den enkelte, vil vi ha særlig oppmerksomhet mot disse problemstillingene i tiden fremover.

## Offentlig tannhelsetjeneste

Vi mottok 1 henvendelse på dette området i 2021. Omfanget av henvendelser har normalt ligget på 1-5 per år, og aktiviteten på dette området var derfor som forventet.

## Anbefalinger

### **Spesialisthelsetjenesten/UNN HF:**

- UNN HF må sikre at kontaktlege- og koordinatorfunksjonen er ivaretatt ved helseforetaket.
- Pasienters rett til informasjon må prioriteres i kvalitets- og forbedringsarbeidet på UNN HF.
- UNN HF må etablere digitale løsninger for kommunikasjon med pasienter og pårørende. Tilbakemeldingstelefonen PING må videreutvikles.

### **Kommunale helse- og omsorgstjenester:**

- Kommunene må sørge for at de som oppholder seg i kommunen og som ikke står på liste hos fastlege, får dekket sine behov for allmennlegetjenester.
- Kommunene må sikre at tjenestene har rutiner, rammebetingelser og kompetanse til å behandle pasienter og brukere med kognitiv svikt på en forsvarlig måte. Rettsvernet som pasienter og brukere har mot bruk av tvang og makt i forbindelse med helse- og omsorgstjenester må respekteres.

## Utadrettet virksomhet 2021

For pasient- og brukerombudet er det viktig å nå ut med informasjon om våre erfaringer, om rettigheter og om ombudsordningen til pasienter, brukere, pårørende og tjenesteytere. I 2021 måtte noen tiltak avlyses på grunn av koronasituasjonen, og det var et særlig savn at de årlige kommunemøtene måtte avlyses. Vi opprettholdt kontaktpunktene med UNN HF, og Helse Nord RHF og Statsforvalteren. Videre hadde vi møter med tjeneststeder og samarbeidspartnere, og holdt kurs for tjenesteytere og helsepersonell om pasient- og brukerrettigheter.

### **Nasjonalt fokusområde** - Unge i aldersgruppen 16 – 20 år

Pasient- og brukerombudene i Norge har hatt ungdom som felles fokusområde i 2021. Hovedmålet var å gjøre ordningen kjent for unge i aldersgruppen 16 – 20 år. Vi ønsket å invitere oss inn hos ungdom og de som arbeider med ungdom for å informere om oss og vårt arbeid. I tillegg spurte vi hva de trenger av oss og hvordan de foretrekker å nå oss. En arbeidsgruppe utarbeidet forslag til felles løsninger på materiale, fremgangsmåte og steder hvor man kan nå målgruppen i fokusområdet.

Lokalt har vi hatt fokus på målgruppa i vårt daglige arbeid. En av kontorets ansatte har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppa og er representert i ombudenes gruppe som besvarer helserettslige spørsmål på ung.no, som er det offentliges informasjonskanal for ungdom. <https://ung.no/>



Arbeidet med felles fokusområde har bragt fram tett samarbeid med fylkets elev-, lærling- og mobbeombud. Samarbeidet ledet til at vi høsten 2021 fikk presentert ordningen for alle elevrådene ved videregående skoler i Troms.

Pasient- og brukerombudet deltok i oktober på et arrangement for nærmere 400 videregående skoleelever i anledning Verdensdagen for psykisk helse 2021: **Livet under og etter pandemi #FØLGOPP.**



Kontoret vårt har årlige møter med Ungdomsrådet ved UNN, og vi har presentert ordningen for Tromsø kommunes helsesykepleiere.

Arbeidet med fokusområdet er besluttet videreført i 2022. Vi fortsetter dermed arbeidet med å nå ut til ungdom og invitere oss inn hos aktuelle fagpersoner som arbeider med ungdom. Ved at ordningen gjøres kjent håper vi ungdom tar direktekontakt og at tjenesteytere kan henvise unge til oss ved behov for råd, veiledning eller bistand innen helserettslige spørsmål.





Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

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

**Sendt:** 28.02.2022 13:12:34

**Til:** Dyrøy kommune postmottak

**Kopi:**

**Emne:** Årsmelding 2021 - Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

**Vedlegg:** Årsmelding 2021 POBO Troms.pdf

Vedlagt følger vår årsmelding for 2021.

Med vennlig hilsen

**Odd Arvid Ryan**

pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

Telefon: 77 75 10 00/926 78 520





## Saksframlegg

### Etablering av FACT team i Midt Troms

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Kommunestyret	5/22	03.03.2022
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne		

#### Vedlegg

- 1 FACT avtale 2022 Midt-Troms versjon 11 (005)
- 2 Budsjett FACT 2022-2025 17.01.22

#### Rådmannens innstilling:

1. Dyrøy kommune inngår samarbeidsavtale om etablering og drift av FACT - team.
2. Samarbeidsavtalen omfatter Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene Bardu, Ibestad, Senja og Dyrøy.
3. Dyrøy kommune stiller ikke betingelser om deltakelse fra kommuner nevnt i avtalen, med mindre det fører til merutgifter for kommunen.

#### Rådmannens innstilling:

1. Dyrøy kommune inngår samarbeidsavtale om etablering og drift av FACT - team.
1. Samarbeidsavtalen omfatter Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene Bardu, Ibestad, Senja og Dyrøy.
1. Dyrøy kommune stiller ikke betingelser om deltakelse fra kommuner nevnt i avtalen, med mindre det fører til merutgifter for kommunen.

#### Behandling i Kommunestyret – 03.03.2022:

Anita Berg fra Senter for Psykisk helse og Rusbehandling orienterer.

Enst. vedtatt som rådmannens forslag til vedtak.

#### Vedtatt i Kommunestyret – 03.03.2022

- 1.Dyrøy kommune inngår samarbeidsavtale om etablering og drift av FACT - team.
- 2.Samarbeidsavtalen omfatter Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene Bardu, Ibestad, Senja og Dyrøy.
- 3.Dyrøy kommune stiller ikke betingelser om deltakelse fra kommuner nevnt i avtalen, med mindre det fører til merutgifter for kommunen.

## Kort sammendrag

Etablering av FACT - team er et virkemiddel for å gi helsehjelp og bistand til innbyggere over 18 år som har omfattende behov for helsehjelp innen psykisk helse og rusfeltet. Målgruppen vil, som en konsekvens av sine problemstillinger, ha en betydelig redusert livsutfoldelse med behov for langvarige og sammensatte tjenester.

FACT-teamet etableres i perioden 2022-2025 som et prosjekt, der driftsutgiftene dekkes av midler fra statsforvalteren. Samarbeidspartene bidrar med differensierte personellressurser. Ved slutten av prosjektperioden vil tiltaket evalueres, dersom man da velger å videreføre ordningen vil det være en fordeling av utgiftene mellom kommunene og UNN.

## Saksopplysninger

Flexible Assertive Community Treatment (FACT), er en modell som beskriver tenkningsgrunnlaget og hvordan hjelpen til målgruppen kan organiseres og utøves utenfor sykehus. Modellen har som utgangspunkt å gi langvarig, sammenhengende, koordinert og samtidig behandling til mennesker som er i behov for *oppsøkende* hjelp fra ulike kompetanser og profesjoner.

Målgruppen er voksne pasienter (18 år +) som har problemstillinger innenfor psykisk helse og/eller rusproblematikk. Sykdomsforløpet forutsettes så inngripende at det hemmer livsutfoldelsen deres. Det anslås at andelen pasienter i kommunene utgjør ca 0.5% av innbyggerne over 18 år. For Dyrøy kommune utgjør dette over tid et gjennomsnitt på 4 personer.

Teamet vil bestå av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten (UNN), NAV, og kommunal psykisk helsetjeneste.

Dyrøy kommunes bidrag vil i prosjektperioden tilsvare ca 20% stilling, denne bakes inn i etablert stilling innen psykisk helse. Fellesutgifter vil dekkes av tilskuddsmidler i prosjektperioden. Etter prosjektperioden (fra og med 2026) vil disse beløpe seg til ca kr 75 000,- pr år, avhengig av antall deltakerkommuner.

## Administrasjonens vurdering

Etablering av FACT team har tidligere vært på agendaen i Midt Troms, men opprettelsen av Senja kommune, sammen med et uoversiktlig kostnadsbilde, førte til at dette stoppet opp.

Nåværende forslag til samarbeid er utarbeidet etter initiativ fra UNN og statsforvalteren.

Samarbeidsavtalen gir kommunene og UNN (ved SPHRMT) rom til utprøving av samarbeidsmodellen i prosjektperioden, uten omfattende kostnader eller bindingstid.

For Dyrøy kommune vil etableringen medføre flere fordeler:

- Pasienter i Dyrøy som faller inn under målgruppen får et oppsøkende flerfaglig tilbud som øker deres mulighet for behandling og reetablering i samfunnet.
- Lokal psykiatritjeneste skolerer i FACT-modellen
- Lokal psykiatritjeneste knyttes til et fagfellesskap bestående av stor tverrfaglighet og høy kompetanse innen feltet
- Fremtidig ressursbruk fra kommunens side vil være tilsvarende eksisterende ressursbruk mot den aktuelle pasientgruppen, fordi disse pasientene «bringes inn» i FACT teamet

Igjennom denne prosessen er det ikke helt avklart om hvilke kommuner som administrativt går inn for å være med i satsingen. Ettersom fellesutgiftene nærmest i sin helhet dekkes av statsforvalteren i prosjektperioden, vil ikke endringer i antall deltakerkommuner gi store konsekvenser i forhold til utgiftsbildet. Underveis i, og ved utgangen av prosjektperioden vil det være anledning til å gå ut av samarbeidet dersom det ikke ansees som hensiktsmessig for Dyrøy.

Administrasjonen mener at etablering av, og inntreden i, FACT teamet for Midt-Troms kan tilføre vår kommune betydelig faglig styrke samt etablering av tverretattlig samarbeidsmetodikk innenfor psykisk helse og rusfeltet.



**Fra:** Alesia Andreassen (alesia.andreassen@tffk.no)

**Sendt:** 24.05.2022 08:41:45

**Til:** Alle kommuner i Troms og Finnmark; FFO Troms og Finnmark

**Kopi:** post@fredbjorgnico.no; finnmark@adhdnorge.no; troms@adhd.no; anne.kari.isaksen@naaf.no; hege.friis@autismeforeningen.no; finnmark@autismeforeningen.no; kass.troms.finnmark@barnekreftforeningen.no; finnmark@blindeforbundet.no; troms@blindeforbundet.no; fred@einvik.net; cpforeningen.troms@gmail.com; tf@diabetes.no; jorid-fagerli@hotmail.no; alta@epilepsi.no; finnmark@fibromyalgi.no; troms@fibromyalgi.no; finnmark@ffhb.no; troms@ffhb.no; lhl.finnmark@lhl.no; lhl.troms@lhl.no; alfibjo@onlin.no; l-no@online.no; a-bolsen@online.no; medlem@lupeorg.no; loalta@online.no; simawa123@gmail.com; finnmark@mentalhelse.no; troms@mentalhelse.no; finnmark@me-foreningen.no; hildgunn.antonsen@yahoo.no; tromso@forening.ms.no; arvid.pleym@nesseby.kommune.no; sanniejohansen@gmail.com; Odd Arne Mikalsen; finnmark@parkinson.no; troms@parkinson.no; finnmark@prostatakreft.no; troms@prostatakreft.no; abkolset@hotmail.com; Eva Gebhardt Sjøtun; finnmark@revmatiker.no; troms@revmatiker.no; post@rh-foreningen.no; fks.nord@kroniskesmerter.no; post@kroniskesmerter.no; tromso@stoffskifteforbundet.org; eddy.kjaer@stoffskifte.org; finnmark@personskadeforbundet.no; post2@tenneroghelse.no; lpp.tromso@outlook.com; Eivind Høstmark Borge; Ann-Hege Hanstad; steinar.nordheim.storelv@ks.no; lin.olsen@dnt.no; fmfisenh@statsforvalteren.no; Kjersti.Rennestraum@kafjord.kommune.no; Maria.Figenschau@storfjord.kommune.no; dn@orinor.no; Terje.Storseth@lyngen.kommune.no; fmtrahj; Anita Irene Andresen; aud.nystad@malselv.kommune.no; Hugo Tingvoll Perletur; fmfikasa@statsforvalteren.no; roger.olsen; ann.kristin.wensel@berlevag.kommune.no; stian.ananiassen@berlevag.kommune.no; Tor Anders Markussen; christine.myrseth; morten.olsen@onninen.com; Christine.Dahl@tromso.kommune.no; yttersia.utviklingslag@gmail.com; ida.haetta@vardo.kommune.no; Sajjad.Thathaal@masoy.kommune.no; Janne Johansen; Silje Elvenes Liseth; katrine@visithammerfest.no; runepettersen20@hotmail.com; margit.lund-mikkelsen@kvinnherad.kommune.no; kristian.helgesen@kvinnherad.kommune.no; hilde.ovesen@4h.no; bodil.brastad@gmail.com; Terje.Andreassen@ibestad.kommune.no; hsa096@post.uit.no; marianne@northcape.no; Tove Fuglem; torilskoglund@ishavskysten.no; Jan Frode Fjære; fmtrakb@statsforvalteren.no; fmtrub@statsforvalteren.no; Emil Agersborg Bjørnå; jorn.monsen@miljodir.no; Eli-Jeanette.Olsen@harstad.kommune.no; Trond.Arne.Hoe@kafjord.kommune.no; John.Johansen@kafjord.kommune.no; ottohenning.skogheim@gmail.com; jorn.lindbol@online.no; Marit Chruickshank; line@visitnarvik.com; aina.lohre@sorreisa.kommune.no; imn022@post.uit.no; fintrods@statsforvalteren.no; hpo002@post.uit.no; Fred.Inge.Fredriksen@senja.kommune.no; may.heidi.ofstbo@senja.kommune.no; christine.johansen@senja.kommune.no; Cato Simonsen; Rikke.Steiro@senja.kommune.no; Tom Erik Forså; vibeke@kupa.no; post@biorolla.no; gunn.andersen@kafjord.kommune.no; margrethe.rabas@tromso.kommune.no; Birkeland; fmtribi@statsforvalteren.no; Wenche Pedersen; tinemarie; Maarit.Kyostila@metsa.fi; elisabeth.mo.berg@miljodir.no; Cato Simonsen; Kjartan Thoresen; Marte Gabrielsen; Jørn Monsen; hilde.kjelstrup@kvinnherad.kommune.no; Grete Solheim; Terje Natland; Egil Ørjan Thorsen; finnmark@FNF-nett.no; be-sive@online.no; rolfajo@gmail.com; Rune Dreyer-Olsen; Ingvild.Blomseth@bardu.kommune.no; Tone.Aandahl@nibio.no; anne-margrethe.roll; nhf.nordnorge@nhf.no; Jasmina Bosnjak; Kirsti Riesto; Anne Mette Sætra; Anne Turid Garshol; Eirin Britt Gjelsås; Edvin Eriksen; Line Fusdahl; Marianne S Hofstra; Merete Krohn; Målfrid Mikkola; Solfrid Randi Eidnes; Stein Wiggo Olsen; Terje Ryeng; Alf Bjørn (alfibjor@online.no); Brit Østlund Hansen; Erik Lemika ; Gunhild Eriksen; Henriette Andreassen; Laila Edvardsen ; Linn-Charlotte Nordahl

**Emne:** Påminnelse: Foreslå kandidater til Tilgjengelighetsprisen 2022 i Troms og Finnmark

**Vedlegg:**

**Påminnelse:**

Til organisasjoner , lag og foreninger i Troms og Finnmark, samt kommuneansatte innen folkehelse, planlegging og frivillighet.

**Nominer kandidater til tilgjengelighetsprisen!**

**Hvorfor tilgjengelighetsprisen?**

Rådet for personer med funksjonsnedsettelse i Troms og Finnmark jobber for å skape inkluderende lokalsamfunn og påse at universell utforming er ivaretatt. Gjennom denne prisen ønsker vi å øke kompetansen om universell utforming blant hele fylkets befolkning, samt øke oppmerksomheten rundt dette arbeidet.

Prisen skal hedre innsats for å bedre livsvilkårene for mennesker med nedsatt funksjonsevne i Troms og Finnmark. Den skal gis til en enkeltperson, organisasjon, bedrift eller kommune som har gjort en særlig innsats for å fremme universell utforming av samfunnet, eller på annen måte arbeidet ut over det vanlige for å bedre tilgjengeligheten for alle i sitt lokalmiljø eller fylke.

### Hva er universell utforming?

Universell utforming er en utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte, at de, i så stor utstrekning som mulig, kan brukes av alle mennesker, uten behov for tilpasning.

### Hvordan nominerer jeg?

Alle kan foreslå kandidater til tilgjengelighetsprisen.

Prisen består av et diplom, et kunstverk og et prisbeløp på 10 000 kroner.

Navn på kandidat med kort begrunnelse sendes til [postmottak@tffk.no](mailto:postmottak@tffk.no)

Frist: **1. september.**

Få mer informasjon om Tilgjengelighetsprisen her: [Tilgjengelighetsprisen - Troms og Finnmark fylkeskommune \(tffk.no\)](http://tffk.no)


**Del gjerne invitasjonen med aktuelle organisasjoner og virksomheter i ditt nettverk.**

Med vennlig hilsen/Terveisin/  
Dearvuodaiguin/С уважением



Troms og Finnmark fylkeskommune  
Romssa ja Finnmárku fylkkagielde  
Tromsien ja Finmarkun fylkinkomunni

Alesia T. Andreassen  
Rådgiver  
78 96 31 46  
<http://www.ffk.no>

 <b>DYRØY KOMMUNE</b>	
16 FEB 2022	
S.beh.: <i>Kjø</i>	Saksnr.: <i>20/672</i>
Deres kopi: <i>Noelene</i>	§:

Kommuner og andre adressater ifølge liste

Deres kopi: *Noelene*  
Saksbehandler: Odd Arvid Ryan  
Direkte telefon: +4777751000  
Vår ref.: 20/7129-25  
Dato: 10.02.2022

## Kommunale rutiner for tildeling av sykehjemsplass - Oppsummering av undersøkelse

*Saken gjelder kommuner i tidligere Troms fylke, se vedlagte liste over adressater.*

Det vises til vårt brev av 9.9.20 til kommunene, samt vår etterlysning av svar til enkelte kommuner, datert 12.5.21.

Vi vil innledningsvis takke kommunene som har besvart vår henvendelse i en periode hvor de har vært utfordret på kapasitet på grunn av koronapandemien.

### Bakgrunn

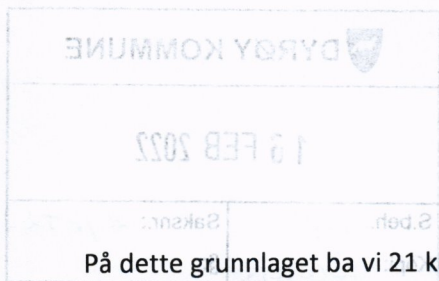
Saken gjelder kommunenes behandling av søknader om sykehjemsplass eller tilsvarende bolig, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2 nr. 6 bokstav c, jf. § 3-2a.

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2a skal kommunen gi forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Søkere som vil være best tjent med langtidsopphold, men som med forsvarlig hjelp vurderes av kommunen til å kunne bo hjemme i påvente av langtidsopphold, skal kommunen sette på venteliste dersom det ikke er ledig plass.

Kommunene kan operere med forskjellige kriterier og kan ha ulik profil på tjenestetilbudet. Det kan derfor være ulik terskel mellom kommuner for når søkere blir satt på venteliste. Noen kommuner kan for eksempel vektlegge faglig arbeid for å sikre at personer skal kunne bo i eget hjem så lenge som mulig. Kommunene står relativt fritt når det gjelder organiseringen av helse- og omsorgstjenesten. Dette omfatter også saksbehandlingsprosesser. Disse handlingsrommene åpner for kommunale forskjeller. Henvendelser som Pasient- og brukerombudet har mottatt over tid kan tyde på at praksis varierer blant kommunene når det gjelder tildeling av sykehjemsplass.

God saksbehandling bidrar til å kvalitetssikre tildeling av tjenester og bidrar til å ivareta viktige garantier for både pasienter og pårørende. Vi erfarer at sykehjemsplass, enten det er korttids- eller langtidsplass, er et knapphetsgode. Ordningen med ventelister er et utslag av at dette. Det er derfor vesentlig at tjenesten forvaltes på en god måte, og i samsvar med gjeldende regelverk.





På dette grunnlaget ba vi 21 kommuner i tidligere Troms fylke om en redegjørelse for hvordan arbeidet med søknader på sykehjemsplass og ventelister er satt i system i kommunen. Vi ba også om innsyn i rutiner og forskrifter som kommunene hadde utarbeidet i den forbindelse.

14 av 21 kommuner besvarte vår forespørsel. Etter vår oppfatning danner det et tilstrekkelig grunnlag for både en oppsummering og konklusjoner.

Vårt mål har vært å skaffe oss en oversikt over situasjonen blant kommunene i Troms. Med få unntak har vi derfor valgt å generalisere oppsummeringen.

### **Personer i påvente av langtidsplass ved sykehjem – Kommunenes rapporter til Helsedirektoratet per 15.8 2021**

Kommunene skal hvert tertial rapportere til Helsedirektoratet om pasienter som er i påvente av langtidsplass ved sykehjem\*. Denne omfatter personer som enten bor i eget hjem i venteperioden eller som mottar korttidsopphold på sykehjem eller annen tilrettelagt bolig i venteperioden. Vi har innhentet rapporterte tall per 15.8.21 for alle 21 i kommuner Troms. Vi finner at disse danner et nyttig bakteppe for oppsummeringen av vår kommuneundersøkelse.

*\*Tallene er hentet fra: Helsedirektoratet (2019). Antall personer på venteliste for langtidsplass på sykehjem. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 04. februar 2021, lest 05. januar 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/venteliste-for-langtidsplass-pa-sykehjem>.*

Rapportene fra kommunene viser følgende:

- 2 kommuner oppga at de hadde pasienter som bodde i eget hjem i påvente av langtidsopphold på sykehjem. Dette var Tromsø kommune, med 32 pasienter og Senja kommune, med 5 pasienter.
- 2 kommuner oppga at de hadde pasienter som hadde korttidsopphold på sykehjem eller lignende i påvente av langtidsopphold. Dette var Tromsø kommune, med 41 pasienter og Salangen kommune, med 5 pasienter.
- 2 kommuner oppga at de hadde pasienter på venteliste for korttidsopphold på sykehjem i påvente av langtidsopphold. Dette var Salangen kommune, med 5 pasienter og Harstad kommune, med 10 pasienter.

Kommunene Tromsø, Harstad, Senja og Salangen rapporterte at de hadde ventelistepasienter per 15.8.21. Øvrige kommuner har ikke rapportert om pasienter på venteliste. Vi har gjennomgått tilsvarende rapporter fra 2019 og frem til 15.8.21 for å få et referansegrunnlag. Rapportene viser at ventelistesituasjonen i kommunene i Troms har vært stabil. Kommunene Tromsø og Harstad har regelmessig rapportert om pasienter på venteliste, men antall pasienter har variert gjennom perioden.

De innrapporterte tallene samsvarer i det vesentlige med de tilbakemeldingene som vi har mottatt i forbindelse med vår undersøkelse, samt opplysninger som vi hadde i forkant av denne.

## Kommuneundersøkelse 2020/2021 - Oppsummering av hovedpunkter

### 1. Rutiner: Organisering. Saksbehandling.

Alle 14 kommuner som besvarte vår henvendelse har skriftlige rutiner for saksbehandling av søknad om sykehjemsplass. Rutinene har flere likhetstrekk. Det er etablert tverrfaglige inntaksteam som foretar saksforberedelse og endelig behandling av søknadene, samt oppfølging av pasienter på venteliste. Vedtaksmyndigheten er ulikt plassert, men er som hovedregel lagt til inntaksteam eller til sykehjemsleder/annen sektorleder innen helse- og omsorgstjenesten.

Teamene har ulike betegnelser (inntaksteam, omsorgsteam, vurderingsteam, koordinerende enhet), men har stort sett lik organisering og funksjon. Teamene består gjerne av sektorleder, sykepleier, vernepleier, ergoterapeut og fastlege. Sammensetningen kan variere etter behov. Det holdes regelmessige møter med maksimalt intervall på 1 måned. Inntaksteamene gjør som nevnt saksforberedelser, men forutgående kartlegging av søkerens hjelpebehov gjennomføres av tjenesteytere eller helsepersonell i saksbehandlerstilling. Kommunene oppgir at hjembesøk og opplysninger i IPLOS\* er en viktig del av kartleggingen.

\*IPLOS: Individbasert omsorgstatistikk. Drives av Helsedirektoratet og inneholder informasjon om alle som har søkt eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester.

Vi registrerer at rutinene i liten grad omhandler interkommunalt samarbeid.

### 2. Tildelingsforskriftene: Vurderingskriterier.

De kommunale forskriftene er kunngjort og finnes på Lovdata. Forskriftshjemmel er helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a andre ledd og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e.

Etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-2a er kommunene pålagt å tilby opphold i sykehjem dersom dette er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Det er videre bestemt at kommunen skal gi forskrifter med kriterier for tildeling av langtidsopphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Forskriftene skal også omfatte pasienter som vil være best tjent med langtidsopphold, men hvor kommunen vurderer at vedkommende kan bo hjemme med forsvarlig hjelp i påvente av langtidsopphold. Pasienten skal i så fall settes på en uprioritert venteliste. Forskriften må regulere hvordan kommunen skal følge opp pasienter som står på venteliste for langtidsopphold.

Forskriftene som vi har gjennomgått bygger på forskriftshjemlene, og er relativt like i form og innhold. De omfatter kriterier for tildeling langtidsplass, ventelistebestemmelser og tiltak for pasienter som er i påvente av langtidsplass ved sykehjem. Detaljeringsgraden varierer. Noen

kommuner er mer konkret på tildelingskriterier og hvordan ventelistene skal følges opp. Enkelte kommuner har også beskrevet saksbehandlingsrutiner i forskriften.

Når det gjelder **kriterier for tildeling av sykehjemsplass**, benytter et flertall av kommunene en "omsorgstrapp" for å avklare hvordan pasientens behov for helsehjelp skal dekkes. Målsettingen er å finne riktig tjenestenivå for den enkelte pasient. Det benyttes to innfallsvinkler, henholdsvis LEON-prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå, og BEON-prinsippet om beste effektive omsorgsnivå. Disse prinsippene har ulik innfallsvinkel, men fremstår ellers som relativt like.

LEON- og BEON-prinsippet innebærer at kommunen kan velge å treffe vedtak om en annen tjeneste enn den pasienten har søkt om. En slik praksis er ikke uproblematisk, se nærmere omtale i punkt 3. Prinsippene innebærer at alle andre tiltak skal være prøvd før sykehjemsplass kan tildeles. Noen kommuner er imidlertid tydelige på at andre tiltak ikke må prøves dersom pasienten åpenbart trenger langtidsplass på sykehjem. Dette er presisert og gjelder "*..pasienter som trenger døgnskontinuerlig medisinsk behandling, tilsyn og pleie*". Andre kommuner har ikke gjort en slik presisering. Vi antar at også disse kommunene foretar "teoretisk" prøving, i den forstand at man ikke må prøve andre tiltak dersom pasienten åpenbart trenger langtidsopphold på sykehjem.

**Ventelistebestemmelsene** for dem som har fått vedtak om langtidsopphold, men som med forsvarlig hjelp kan bo hjemme i påvente av ledig plass, er også relativt like i form og innhold. De fleste forskriftene inneholder retningslinjer for forsvarlighetsvurderingen og bruk av tiltak inntil pasienten får opphold i sykehjem. De fleste kommunene i Troms har opplyst at de ikke har pasienter på venteliste. Vi har ikke mottatt henvendelser om ventelisteordningen som sådan, og vi går derfor ikke nærmere inn på dette punktet.

Det er videre bestemt at forskriftene skal omfatte langtidsopphold i sykehjem **eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester**. Hva "tilsvarende bolig" skal omfatte er beskrevet i enkelte kommunale forskrifter.

For sammenhengens skyld inntar vi en beskrivelse av hva som menes med "tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester". Dette er boliger som er tilpasset for å kunne yte tjenester som dekker beboerens behandlings-, omsorgs- og assistansebehov døgnet rundt. Beboeren må ved hjelp av tilkallingsmuligheter, som for eksempel trygghetsalarm, kunne få kontakt og bistand fra egnet personell med tilsvarende responstid som vedkommende ville fått på sykehjem. Tilsyn med pasienten må tilsvare det tilsynet som ville blitt gitt dersom vedkommende hadde vært innlagt på institusjon. (Kilde: Helsedirektoratets kommentarer til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e).

Vi registrerer at enkelte kommuner har konkretisert hva de mener med tilrettelagte boliger i forskriften. Disse er omtalt som "aldershjem", "bo- og servicesenter", "omsorgshybler", "omsorgsbolig" og "bolig med heldøgns omsorgstjenester". De nevnte botilbudene er enten lovbestemte tjenester eller ikke lovpålagte tilbud, med definert funksjon og innhold. Innholdsmessig har disse botilbudene begrensninger når det for eksempel gjelder helsetjenester og tjenester på natt.

Bruk av disse begrepene i denne forbindelse kan medføre fare for at det utvikles en praksis i strid med helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2a andre ledd og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1e.

Det som står sentralt for pasienten er imidlertid ikke begrepsbruk, men at boligene og tjenestene som ytes der tilsvarer nivå, omfang og kvalitet på det tilbudet som gis ved langtidsopphold på sykehjem. Vi forutsetter at kommunene møter disse kravene, uavhengig av hva botilbudet kalles.

Noen kommuner har oppgitt at de ikke tilbyr tjenester på natt (bortsett fra på sykehjem). Vi vil understreke at pasienter som har opphold i denne type tilrettelagt bolig skal ha tilsyn på natt eller kunne få kontakt på natt med personell med tilsvarende responstid som pasienten ville fått på sykehjem. På denne bakgrunn vil vi be kommunene gjennomgå tjenestene for å sikre at de i tilstrekkelig grad ivaretar pasienters og brukeres behov for tilsyn på natt.

### *3. Behandling av søknader. Tildeling av andre tjenester enn omsøkt tjeneste.*

Søknader om helse- og omsorgstjenester skal behandles og begrunnes, og kommunen må sikre at klageretten er i behold. Som det fremgår av undersøkelsen, bruker flere kommuner en såkalt omsorgstrapp, med prinsipp om at andre tjenester skal prøves før det kan innvilges sykehjemsplass. I noen av de utfyllende svarene har kommunene vist til at det treffes vedtak om å innvilge en annen tjeneste enn den pasienten som har søkt om. Gjennom henvendelser fra pasienter og pårørende har vi registrert at det foreligger en slik praksis. Pasienter har fått tilbud om sykehjemsplass uten at de har søkt om det, og uten at de ønsker et slikt tilbud. I andre tilfeller er det søkt om sykehjemsplass, mens kommunen velger å tilby pasienten hjembaserte tjenester.

En kommune kan vurdere hjelpebehovet annerledes enn pasienten, og skal informere pasienten dersom man finner at andre tjenester er mer egnede og forsvarlige. Men det kan være utfordrende for pasienter og pårørende dersom kommunen treffer vedtak om tildeling av en alternativ tjeneste, uten at det samtidig treffes vedtak om avslag på omsøkt tjeneste. Dette skaper forvirring om hvordan pasienten og pårørende skal forholde seg til vedtaket, blant annet om dette kan påklages.

Et spørsmål vi har fått er om pasienten må takke ja til et slikt tilbud, og hva konsekvensene blir av å takke nei. Pasienten kan takke nei til tilbudet. Dersom pasienten takker nei til for eksempel sykehjemsplass, må kommunen likevel yte de tjenestene som pasienten har behov for og som kan gis på en forsvarlig måte der han eller hun bor. Vi viser for øvrig til vår Årsmelding for 2019, side 11.

**Vårt anliggende i denne forbindelse er å understreke betydningen av at kommunene foretar en ryddig saksbehandling. Dersom kommunen avslår en søknad, skal pasienten underrettes i enkeltvedtak. Er det aktuelt å vurdere flere eller andre tjenester, må pasient og pårørende settes i stand til å ta stilling til valgmulighetene. Kommunene må ivareta brukermedvirkningen.**

#### *4. Søknader fra pasienter bosatt i andre kommuner*

Det er fritt sykehjemvalg. En søknad om langtidsopphold på sykehjem fra pasient bosatt i annen kommune skal behandles på lik linje med søknader fra pasienter som allerede har opphold i kommunen. Slike søknader gjelder i praksis tilfeller hvor pasient og pårørende ønsker større geografisk nærhet til hverandre. Kommunen skal behandle søknaden på vanlig måte og kan ikke avslå søknaden fordi søkeren ikke har opphold i kommunen. Kommunen må ta stilling til om søkeren har rett til nødvendig helsehjelp i form av sykehjemsplass, og må treffe vedtak på det grunnlaget.

Når det gjelder bruk av ventelister åpner ikke lovverket for ulik prioritering av søkere. Kommuner som mottar søknad om langtidsopphold på sykehjem fra pasient bosatt i annen kommune, skal forsikre seg om at pasienten har forsvarlige tjenester dersom pasienten må settes på venteliste. Likeledes må disse pasientene vurderes på like linje med andre på venteliste når det blir ledig langtidsplass

#### *5. Rutiner for oppfølging av personer med kognitiv svikt.*

Pasient- og brukerombudet mottar henvendelser fra både pårørende og kommuner om problemstillinger knyttet til oppfølging av personer med kognitiv svikt. Dette er som regel personer som bor i eget hjem og som kan ha behov for helse- og omsorgstjenester fra kommunen for å kunne leve under forsvarlige og verdige omstendigheter. Det er særlig når det kommer til spørsmål om pasientens innsikt i egen situasjon og evne til å treffe rasjonelle valg at pårørende og hjelpeapparatet blir stående overfor utfordringer. Dette er spørsmål som ikke har klare svar i lovverket.

Vi har merket oss at Dyrøy kommune i sin tilbakemelding har oversendt et eget sett rutiner som skal ivareta og systematisere tiltak rettet mot personer med begynnende og etablert kognitiv svikt. Vi finner det positivt at kommunen har satt dette i system. Rutinen beskriver ansvarsforhold, hvor demenskontakt og omsorgsteamet har sentrale roller. Videre inneholder den prosedyrer for kartlegging, kontakt med interne og eksterne samarbeidsparter og samarbeid med pårørende. Den setter rammer for den interne organiseringen med retningslinjer for melding av behov, samt for videreformidling av bekymringsmeldinger. Avslutningsvis inneholder rutinen dokumentasjonsmetodikk og en praktisk veileder for den konkrete oppfølgingen av pasienten.

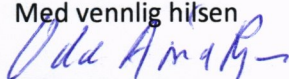
Vi kjenner ikke til situasjonen i andre kommuner. Som nevnt ovenfor mottar vi en del henvendelser om denne problematikken, og på generelt grunnlag vil vi anbefale kommunene om å utarbeide denne type rutiner. Tiltak rettet mot personer med kognitiv svikt vil etter alt å dømme kunne innrettes mer effektiv og målrettet dersom man har systematisert og organisert tjenesten gjennom konkrete rutiner. Dyrøy kommunes rutiner kan være til både inspirasjon og veiledning, se vedlagte kopi.

## Oppsummering/Konklusjon

- Et flertall av kommunene i Troms har ikke pasienter på venteliste for langtidsplass på sykehjem. Bykommunene Tromsø, Harstad og Senja har regelmessig pasienter på liste i påvente av langtidsplass på sykehjem, men antall pasienter er periodevis varierende.
- Kommunene som har respondert på vår henvendelse har utarbeidet rutiner for saksbehandling av søknad om sykehjemsplass, og har vedtatt forskrift med kriterier for tildeling av langtidsplass på sykehjem og bruk av venteliste.
- Vi registrerer at rutinene i liten grad omhandler interkommunalt samarbeid.
- Det er avgjørende at pasienter på venteliste følges opp med forsvarlig vurdering av behov for pleie og omsorg. Det er positivt at forskriftene inneholder bestemmelser om oppfølging av ventelister, samt at ansvaret for oppfølgingen er tydelig plassert.
- Forskriftene skal ikke være begrenset til *sykehjem*. Kommunene kan tilby tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester. Slike botilbud og tjenestene som ytes der, skal tilsvare nivå, omfang og kvalitet på det tilbudet som gis ved langtidsopphold på sykehjem. Kommunene bruker ulike betegnelser på slike botilbud. Betegnelsen er ikke vesentlig, så lenge det reelle innholdet i helse- og omsorgstjenestene er i samsvar med lovkravene. Det er viktig at kommunene forsikrer seg om at disse kravene faktisk blir ivaretatt.
- Kommunene skal behandle søknader fra pasienter bosatt i annen kommunen på lik linje med søkere fra egen kommune. Det samme gjelder dersom pasienten må settes på venteliste for langtidsopphold.
- Kommunene skal behandle enhver søknad om helse- og omsorgstjenester. Kommunen kan ha en annen oppfatning enn søkeren av hjelpebehov og valg av tjenester, og søkeren kan på det grunnlaget tilbys andre tjenester. Dersom kommunen mener at en omsøkt tjeneste ikke kan innvilges, skal søkeren underrettes gjennom enkeltvedtak om at søknaden er avslått. Vedtaket skal begrunnes og inneholde informasjon om klageadgang.

Vi håper at undersøkelsen og vår oppsummering kan være et bidrag i kommunenes kvalitetsarbeid.

Med vennlig hilsen



Odd Arvid Ryan

pasient- og brukerombud

Vedlegg: 2

<b>Prosedyrens navn:</b> <b>Rutiner for oppfølging av Kognitiv svikt</b>		
<b>Utarbeidet av:</b> Karl Johan Olsen Fagleder	<b>Godkjent av:</b> Eli K. Pedersen Tove Utmo Enhetsleder	<b>Gyldig fra: 01.01.2011</b> <b>Revidert mars 2021</b> <b>Ansvar for revidering:</b> Enhetsleder

- **FORMÅL/HENSIKT:** Sikre at personer med begynnende og etablert kognitiv svikt får dokumentert oppfølging fra kommunehelsetjenesten.

**Kvalitetsmål:** Ivareta og systematisere oppfølging av personer med begynnende og etablert kognitiv svikt.

**Lov/forskrift:** Lov/forskrift: Lov om kommunale helse og omsorgstjenester se loven

**Viktig litteratur** Veileder i demensutredning. Utredningsverktøy fra nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse finnes [her](#).

- **ANSVAR/MYNDIGHET:** Enhetsleder/fagleder har ansvar for at hjemmetjenesten drives i samsvar med gjeldene lover og forskrifter, og at forholdene blir lagt til rette for det. Det enkelte helsepersonell har ansvar for å fange opp og vurdere signaler som kan tyde på at kognitiv svikt inntreffer. Tjenestebehov og tiltakstyper vurderes/utarbeides av demenskontakt i samarbeid med pasient/pårørende. Tjenester innvilges via omsorgsteamet i Dyrøy.

#### **Demenskontaktens rolle**

- Formalisere kartlegging ved hjelp av kartleggingsverktøy og legge disse kartlegginger inn i "Profil". Resultater gis til behandlende lege gjennom legevisitt. Etter avtale med legen fylles det ut et tverrfaglig henvisningsskjema som deretter skannes inn i Profil under planområdet «Kontakt lege/samarbeidspartner» og tiltak «lege ekstern helsehjelp». Dette godkjennes av legen og sendes i papirformat til OGT.
- Opprette og beholde kontakt med pårørende, lege og OGT.
- Instruere hjemmetjenestens personalgruppe, primært ved å gi innspill til rapportmøter, gjennom tiltaksbeskrivelser i "Profil".
- Samhandle med demenskontakt inne på institusjonen gjennom møter.

#### **Hjemmesykepleierens rolle**

1. Fange opp signaler fra pasienter, pårørende og omgivelser som kan tyde på at personer kan ha behov for helsehjelp.
2. Formidle signalene/bekymringsmeldingene til enhetsleder.
3. Ivareta innskrevne pasienter etter de kvalitetskrav som til enhver tid er gjeldende og ved å følge de tiltak og prosedyrer som til enhver tid er nedfelt i "Profil".

4. Delta i evaluering av tilstand og tiltak ved å videreformidle informasjon og observasjoner gjennom "Profil".

#### Beskrivelse av dokumentasjonsmetode i undersøkelsesfasen

- Dersom det fattes mistanke om kognitiv svikt hos hjemmeboende, eller at det kommer inn en bekymringsmelding om denne problemstillingen iverksettes følgende tiltak:
  - Aktuell person skrives inn i profil.
  - Det opprettes Planområde «Kommunikasjon/adferd/kognitiv funksjon» for personen.
  - Under dette planområdet opprettes tiltak kartlegging kognitiv funksjon. Alle kartlegginger som utføres legges inn som vedlegg til en kortfattet rapport som beskriver resultatet. Avklaringer og samhandling med eksterne parter dokumenteres under planområde «kontakt lege/samarbeidspartner».
- Ansvar for at det blir gjennomført ligger hos Enhetsleder som kan delegerer gjennomføringen.

Dokumentasjonen skal utføres slik at dette skaper en oversikt over fremgangen i utredningen. På denne måten vil Pleie og Omsorgsenheten kunne hente frem oversikt over gjennom planområdet "kommunikasjon/adferd/kognitiv funksjon" og dermed hvilke pasienter som inngår i dette området. Ved å gå inn på den enkelte pasient vil enheten raskt skaffe seg oversikt over hvor langt i prosessen den enkelte er kommet i forhold til diagnostisering av en eventuell demensutvikling.

#### Gjennomføring av praksis

I alle tilfeller hvor det er behov for raskt innsettende hjelp til hjemmeboende, skal denne hjelpen ytes uten at det forventes et formelt vedtak på tjenesten. Vurdering av hvilken hjelp som må innsettes gjøres av vakthavende sykepleier, helst i samråd med fagleder i tjenesten dersom dette er i normal arbeidstid. Dette begrunnes i helsepersonellovens §7 og lov om pasientrettigheter §2.1 Rett til nødvendig helsehjelp

I løpet av prosessen iverksettes de tiltak som er nødvendige for at pasienten skal kunne bo hjemme. Disse tiltak defineres og dokumenteres på vanlig måte og under vanlige tiltakskoder i Elektronisk Pasient Journal (Profil) i henhold til lov om helsepersonell §39.

Problemstillinger, utfordringer og tiltak diskuteres og evalueres på hjemmesykepleiens rapportmøter. Eventuelle endringer skjer i samråd med pasient og pårørende gjennom demenssykepleier.

Demenssykepleier ivaretar funksjonen som kartleggende helsepersonell. I dette besøket tas det utgangspunkt i utredningsverktøy fra nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

Etter første kartleggingsbesøk innhenter demenssykepleier utfyllende opplysninger fra pårørende, her tas det utgangspunkt i belastningsskala for pårørende. Resultatene journalføres i "Profil" ved at de enkelte testene skannes inn i tiltak "Kartleggingsbesøk". Testene tas vare på og benyttes til legekonsultasjon og i møte med OGT. Det vurderes da hvilke tiltak som må settes inn. Her må det legges vekt på



trygghet for pasienten og pårørende i første omgang. Følgende elementer må tas hensyn til umiddelbart og deretter på sikt:

- **Bosituasjon:** Ved fare for liv og helse, kontaktes lege/legevakt og det diskuteres frem umiddelbare løsninger på situasjonen. Det må fortløpende vurderes risiko for brann og ytre skader på pasienten. Det må vurderes hvorvidt pasienten kan mestre å bo hjemme. Aktuelle tiltak: Hyppige tilsyn, komfyrvokter, brannvarsler, liste med telefonnummer for tilkalling av hjelp, trygghetsalarm eller innleggelse på institusjon.
- **Daglige rutiner for pasienten:** Fungerer disse tilfredsstillende? Her må det først og fremst tas hensyn til ernæring, medisiner, døgnrytme og opplevelse av trygghet. Ved behov for assistanse i dagliglivet, kobles hjemmesykepleien inn umiddelbart med de tiltak som er nødvendige. Tiltakene defineres i elektronisk pasientjournal og pasienten føres opp på arbeidslista med de intervaller som er nødvendig. Dersom situasjonen er truende for pasientens liv og helse må det etableres kontakt med lege/legevakt for vurdering av innleggelse på sykehus eller institusjon.
- **Daglige rutiner for helsepersonellet:** Alle som skal yte helsehjelp plikter å sette seg inn i;
  - a) Hvem de skal hjelpe.
  - b) Når hjelpen skal gis. (se arbeidslister, disse eksisterer kun internt).
  - c) "Tiltaksbeskrivelsene" i forhold til hva den enkelte skal ha hjelp til ved neste besøk. (Finnes i elektronisk pasientjournal "Profil" spesifisert under behovsprøvde tiltak).

Ekstra viktig for pasienter med Kognitiv svikt: Det tilstrebes at den som er mest kjent med pasienten får oppdrag knyttet til denne. Dersom noen som ikke er godt kjent med denne pasienten må dra, er det viktig at dette personalet setter seg inn i tilnæringsmetoder som fungerer for denne pasienten. Dersom det er spesielle hensyn som må tas skal disse være beskrevet i Journalen.

- **Oppfølging:** Tiltakene evalueres jevnlig på rapportmøter i hjemmesykepleien. Dersom behovet for oppfølging øker, settes det inn mer ressurser. Status i forhold til utvikling av sykdommen evalueres minst en gang pr 6 mnd ved hjelp av skjemaer fra Aldring og helse. Herfra hentes det ut både MMS test og belastningsskala for pårørende. Dette gjøres av demenssykepleier i forkant av besøk fra OGT som er med på å vurdere den totale situasjonen for den hjemmeboende.

**DOKUMENT: Kommunale rutiner for tildeling av sykehjemsplass – Oppsummering av undersøkelse  
Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark, kontor Tromsø. Sak 20/7129-25.**

Adressater:

Balsfjord kommune, postmottak

Bardu kommune, postmottak

Dyrøy kommune, postmottak

Gratangen kommune, postmottak

Harstad kommune, postmottak

Ibestad kommune, postmottak

Karlsøy kommune, postmottak

Kvæfjord kommune, postmottak

Kvænangen kommune, postmottak

Kåfjord kommune, postmottak

Lavangen kommune, postmottak

Lyngen kommune, postmottak

Målselv kommune, postmottak

Nordreisa kommune, postmottak

Salangen kommune, postmottak

Senja kommune, postmottak

Skjervøy kommune, postmottak

Storfjord kommune, postmottak

Sørreisa kommune, postmottak

Tjeldsund kommune, postmottak

Tromsø kommune, postmottak

Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Postboks 700, 9815 Vadsø

KS Nord-Norge, Tromsø, Postboks 6604, 9296 Tromsø



## Dyrøy kommune

*Den lærende kommune*

Arkiv: 033  
Saksmappe: 2019/721  
Saksbehandler: Karl Johan Olsen  
Dato: 25.03.2022

### Saksframlegg

#### Møteplan for 2022

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	4/22	31.05.2022

#### Rådmannens innstilling:

31.03.2022 Dyrøy  
01.06.2022 Sørreisa  
22.09.2022 Dyrøy  
30.11.2022 Sørreisa

#### Kort sammendrag

Kommuneloven § 32 1. ledd sier at folkevalgte organer holder møter som fastsettes av organet selv, og ellers når organets leder, eller minst 1/3 av medlemmene krever det.

#### Saksopplysninger

#### Administrasjonens vurdering



## Dyrøy kommune

Den lærende kommune

Arkiv: 033  
Saksmappe: 2019/721  
Saksbehandler: Karl Johan Olsen  
Dato: 25.05.2022

### Saksframlegg

#### Svømmebasseng - mulighet for midlertidig drift

Utvalg	Utvalgssak	Møtedato
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	5/22	31.05.2022

Vedlegg

- 1 Svømmebasseng -mulighet for midlertidig drift

#### Rådmannens innstilling:

#### Kort sammendrag

#### Saksopplysninger

Se vedlegg

#### Administrasjonens vurdering



Arkiv:  
D20

Arkivsaksnr:  
2020/1816-56

Saksbehandler:  
Frank Steinar Nielsen

Utvalgssak	Utvalg	Møtedato
	Hovedutvalg for Plan og miljø	
	Hovedutvalg for Levekår	
	Formannskapet	
	Kommunestyret	

## Svømmebasseng - mulighet for midlertidig drift

### Kommunedirektørens innstilling

Videre utredning av midlertidig drift av svømmeanlegget i henhold til pkt.4 i kommunestyrets vedtak i sak 87/21, avsluttes grunnet høye forventede drifts- og kapitalkostnader.

### Kort sammendrag

Kommunestyret har bedt om en vurdering av om eksisterende basseng midlertidig kan settes i drift samt et estimat på kostnader for dette.

Et estimat på renoveringskostnader for å sette anlegget i midlertidig drift vil kreve en større utredning med bistand fra rådgiver, og vil være beheftet med stor grad av usikkerhet.

Uavhengig av nødvendige renoveringstiltak vil en eventuell videre drift medføre høye årlige driftskostnader, anslått til ca. 3 mill. årlig. I tillegg påløper kostnader til nødvendig oppgradering for midlertidig drift. Dette må det finnes rom for i fremtidige driftsbudsjett.

### Saksutredning

Kommunestyret gjorde i sak 87/21 følgende vedtak:

«Alt. 1 med tillegg pkt. 4:

- 1.Kommunestyret stopper pågående prosess med rehabilitering, og avventer beslutning om eventuelt nytt svømmebasseng til etter at skoleprosjektet er ferdigstilt.
- 2.Kommunen leier svømmehall til svømmeopplæring for grunnskolen utenfor kommunen.

3. Økte kostnader til leie av svømmehall på kr 230.000 per år finansieres med redusert avsetting til disposisjonsfond.

4. Kommunestyret ber om en vurdering om mulighet til å drifte dagens basseng, samt et estimat hva det vil koste å sette eksisterende basseng i bruksforsvarlig stand inntil nytt basseng står ferdig. Dette for å ha svømmeopplæring og tilbud i vår egen bygd. Disse kostnadene må legges fram for Kommunestyret.»

#### *Tilstand basseng*

Svømmebassenget har tidligere slitt med omfattende lekkasjer som har forårsaket armeringskorrosjon og nedbrytning av betong i bassengkaret. Det ble i 2018/19 utført betongrehabilitering av bassenget samt etablering av ventilasjon i rommet under bassenget. Etter anvisning fra leverandør av betongrehabiliteringen var det nødvendig å etablere et tett sjikt innvendig i bassenget for å unngå ytterligere nedbrytning. Det ble også frarådet å fylle vann i bassenget før dette var ivaretatt da dette kunne skade utbedringsarbeidet som var utført.

På denne bakgrunn ble det foretatt en vurdering av metode for å oppnå tett basseng, og valget falt på stålplatekledning som mest hensiktsmessig. Kostnadene med stålplatekledning av bassenget var i 2021 antatt å bli ca. 15 mill. Stålpriene har imidlertid steget betydelig siste år.

Konsekvensen av å fylle vann i bassenget slik det står i dag uten stålplatekledning vil sannsynligvis være videre lekkasjer og nedbrytning av betong og armering. I tillegg vil det være stor sjanse for at eksisterende flisbelegg slipper. Dette på grunn av dannelse av spenningssjikt mellom flis og betong grunnet langtidsendringer i betongen (kryp og svinn).

Tilstanden til de øvrige tekniske installasjonene er ukjent, men alderen tilsier at levetiden må antas i stor grad å være utgått og at større reparasjoner/utskiftninger må forventes. Ved en eventuell videre drift av et så nedslitt anlegg vil faren for uforutsett driftsstans være overhengende og det vil derfor kunne være utfordringer knyttet til planlegging av bassengaktivitet.

#### *Renhold*

Øvrige overflater i basseng og garderober er av en slik forfatning at forsvarlig renhold ikke vil være mulig å gjennomføre uten ekstraordinære tiltak. På grunn av begrenset kapasitet i renholdsavdelingen vil drift i bassenget kreve tilsetning av en ekstra renholder. Det er i tillegg praktisk vanskelig å få effektiv organisering av personalressursene om det kun skal være periodevis drift i anlegget.

#### *Universell utforming*

Svømmeanlegget er i dag ikke tilpasset universell utforming. Konsekvensen av videre drift vil bli at kommunen bryter med Likestillings- og diskrimineringslovens kapittel 3 der offentlig virksomhet pålegges å tilrettelegge alminnelige offentlige funksjoner for personer med nedsatt funksjonsevne. Det må derfor påregnes investeringer for å bringe dette i orden.

#### *Driftskostnader*

Disse kostnadene er vanskelig å beregne, men i kalkyler fra tilsvarende kommunale svømmeanlegg regnes det gjerne med årlige driftskostnader i størrelsesorden 3 mill. for anlegg av denne kategori og størrelse. Her vil energikostnaden utgjøre en vesentlig andel. Kostnadsanslaget baserer seg på tidligere års normale strømpriser samt normal teknisk

standard på anleggene. For anlegg med dårligere teknisk standard må driftskostnadene antas å ligge høyere, noe som må forventes i dette tilfellet.

Ved eventuell drift i kun deler av året kan det ikke påregnes proporsjonalt tilsvarende lavere driftskostnader da mye av kostnadene er knyttet til start- og stoppfasen av driftsperiodene.

### **Vurdering**

Før det eventuelt startes en videre utredning om mulighet og kostnader for midlertidig drift av bassenget bør det tas stilling til de årlige driftskostnadene bassengdrift vil medføre.

Som nevnt må det påregnes minimum 3 mill. i årlige driftskostnader. I tillegg kommer årlige kapitalkostnader for nødvendig rehabilitering av anlegget til midlertidig drift.

Kommunedirektøren vil anbefale at kommunestyret tar stilling til hvorvidt det er aktuelt å pådra kommunen så store ekstra driftskostnader de nærmeste årene, og eventuelt hvordan dette skal dekkes inn, før det tas beslutning om midlertidig drift av bassenget skal utredes videre.