

ÅRSMELDING

2017

Pasient- og brukerombudet  
i Hedmark og Oppland



# Forord

---

Det første pasientombudet i Hedmark og Oppland ble ansatt i november 1997. Vi feirer 20 års jubileum i 2017 hos Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland. I løpet av disse årene har ombudets arbeidsområde blitt utvidet, ansvar flyttet fra fylkeskommune til staten og pasient- og brukerombudet er tilført ny kompetanse og nye ressurser. Ved inngangen til 2018 ser vi at behovet for ombudets tjenester øker, både ved at vi mottar flere henvendelser og som viktig aktør for å løfte frem utfordringer og svikt i helse- og omsorgstjenestene.

Antallet henvendelser til ombudet har vært jevnt stigende. Samtidig opplever vi at kompleksiteten i sakene har økt. Mange pasienter, brukere eller pårørende sliter med å få sine rettigheter innfridd og står i årevis «kamp» med sterke motparter i systemer hvor økonomi ofte kommer foran den enkeltes rett og behov. Regjeringens mål om pasientens helsetjeneste er på ingen måte innfridd. F. eks viser henvendelser til ombudet at pasienter og brukeres rett til å medvirke, bli tatt på alvor og få tilstrekkelig og forståelig informasjon for å kunne ta kvalifiserte valg, ofte er mangelfull.

Pasient- og brukerrettighetene er omfattende i Norge. Men, det er for liten kunnskap om hvordan de faktisk etterleves i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det synes å være en manglende vilje til å finne ut av hvordan det står til i eget hus. Har du som er ansvarlig leder i helse- og omsorgssektoren, styreleder eller kommunepolitiker kunnskap nok til å kunne si at «i mitt hus» vet vi nok om hvordan rettigheter etterleves?

Pasient- og brukerombudsordningen er i likhet med andre berørt av effektiviseringskrav i helse- og omsorgssektoren. På tross av økende antall pasienter, brukere og pårørende som trenger oss, står budsjettet på stedet hvil. Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland har på ingen måte midler og kapasitet til å løse sitt mandat for hele Innlandets befolkning. Jeg etterspør derfor politisk vilje til å styrke ombudsordningen slik at pasientens helsetjeneste kan realiseres.

Hamar, 21. februar 2018

Tom Østhagen  
Pasient- og brukerombud

# Innhold

---

<b>1. Henvendelser til ombudet</b>	<b>4</b>
<b>2. Sykehuset Innlandet HF – vurderinger og anbefalinger</b>	<b>5</b>
2.1. Generelt	5
2.2. Divisjon Hamar/Elverum	7
2.3. Divisjon Gjøvik	9
2.4. Divisjon Kongsvinger	11
2.5. Divisjon Lillehammer	13
2.6. Divisjon Psykisk helsevern	14
2.7. Tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne	16
2.8. Mangler i dokumentasjon – alvorlig konsekvenser	18
2.9. Fortsatt manglende oppfølging av pasientrettigheter	19
<b>3. Henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester</b>	<b>19</b>
3.1. Kommunene i Oppland	20
3.2. Kommunene i Hedmark	22
<b>4. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – fortsatt store forskjeller og mangler ved kommunenes praksis</b>	<b>23</b>
<b>5. Kompetanseutfordringer i mange kommuner</b>	<b>24</b>
<b>6. Spør dem det gjelder!</b>	<b>26</b>
<b>7. Om Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland</b>	<b>27</b>
7.1. Ombudsordningen i Innlandet	27
7.2. Hva kan ombudet bidra med?	27
7.3. Innspill til Tvangslovutvalget	28
7.4. Drift av enheten	29
<b>Vedlegg: Nasjonal årsmelding</b>	<b>30</b>

# 1. Henvendelser til ombudet

---

Ombudet mottok 1013 nye henvendelser i 2017. Dette er på samme nivå som året før. Både antall nye henvendelser og hva henvendelsene handler om er relativt likt fra år til år. Generelle spørsmål om rettigheter eller annen generell informasjon utgjør 15 % av totalt antall henvendelser. I tillegg mottar ombudet saker som vi har definert som utenfor vårt mandat. Dette handler blant annet om tannhelsetjeneste, NAV og barnevern og utgjør i underkant av 10 % av henvendelsene årlig.

Tabellen nedenfor viser utviklingen i antall nye henvendelser de senere årene.

	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
Antall nye henvendelser	915	976	1012	1013

57 % av de nye henvendelsene omhandler spesialisthelsetjeneste og 43 % gjelder kommunal helse- og omsorgstjeneste. De fleste henvendelsene om spesialisthelsetjenesten gjelder Sykehuset Innlandet HF. Det vises til kapitlene nedenfor for nærmere beskrivelser av fordelingen og årsaken til henvendelsene.

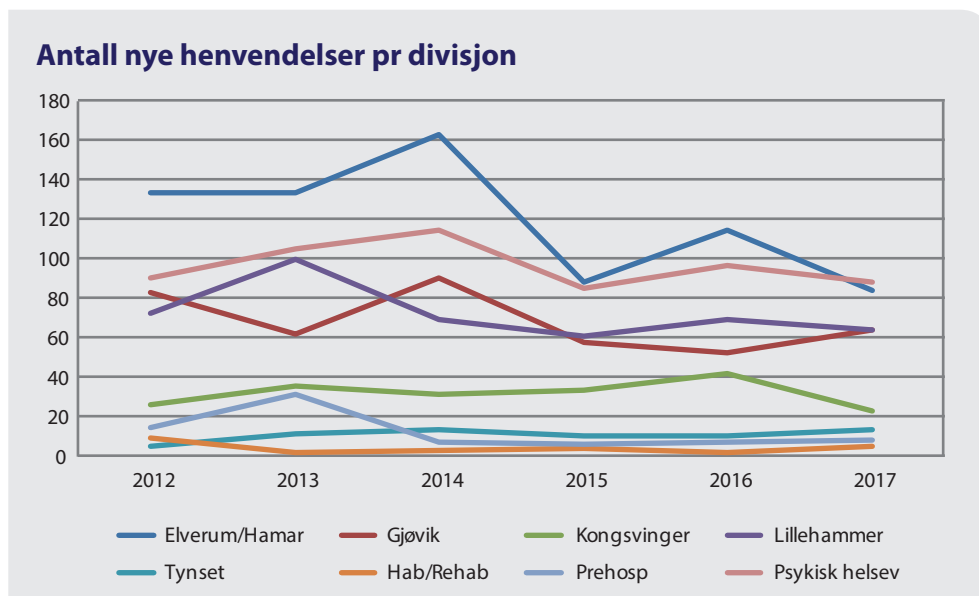
Ombudet får også en del henvendelser som gjelder andre tjenestesteder i landet og i særdeleshet innen Helse Sør-Øst. Ombudet mottok 42 nye henvendelser som gjelder Oslo universitetssykehus HF og 38 nye henvendelser om avtalespesialister eller andre private helseinstitusjoner innen helseregionen. Dette kommer i tillegg til de henvendelser som andre av landets pasient- og brukerombud mottar.

## 2. Sykehuset Innlandet HF – vurderinger og anbefalinger

### 2.1. Generelt

Ombudet mottok totalt 398 nye henvendelser om Sykehuset Innlandet HF. Dette er en liten nedgang fra året før hvor antallet var 420. Av disse utgjør 294 somatikk og 88 psykisk helsevern. Det er en liten nedgang i antall henvendelser om somatikk, mens antallet henvendelser om psykisk helsevern er relativt stabilt. De øvrige henvendelsene handler om pre-hospitale tjenester eller andre deler av foretakets virksomhet.

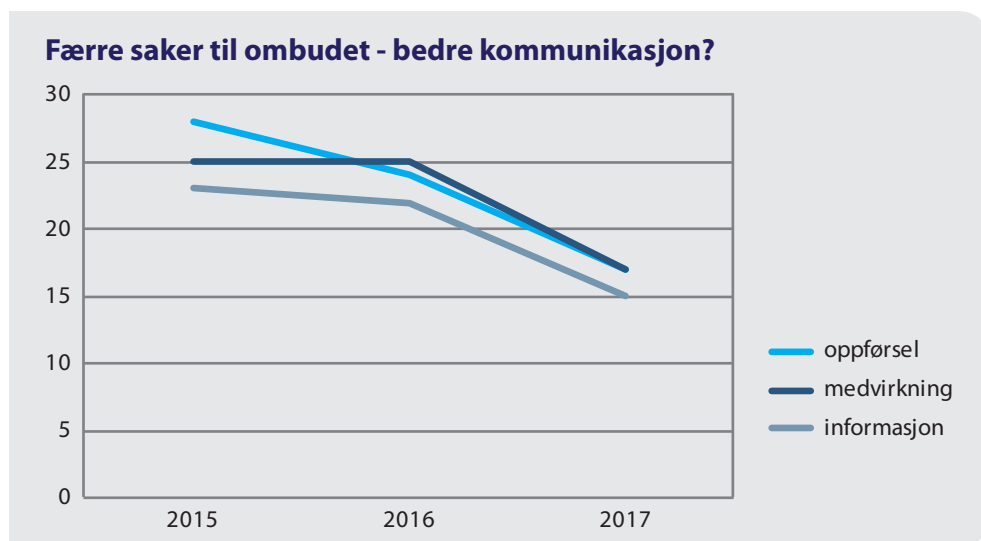
Diagrammet nedenfor viser utviklingen i antall nye henvendelser siste seks år fordelt på divisjoner. Hovedtendensen er at antallet nye henvendelser er relativt likt fra år til år. Variasjoner kan også påvirkes av organisatoriske endringer i foretaket og divisjonene.



Årsaken til at pasienter, brukere eller pårørende tar kontakt med ombudet er mange og sammensatte. I Sykehuset Innlandet er det flest henvendelser om behandlingstiltak (115), dernest diagnostisering (28) og medisinering (22).

Behandlingstiltak omfatter f. eks der det er pasientskade, komplikasjoner, eller det ikke er oppnådd forventet resultat av behandlingen.

Ombudet har ved flere anledninger tatt opp viktigheten av riktig og god informasjon og medvirkning. Mange som kontakter ombudet opplever ikke å bli hørt og tatt på alvor. Dette utgjør fortsatt en relativt høy andel av henvendelsene. I 2017 mottok ombudet til sammen 47 nye henvendelser under kategoriene informasjon, medvirkning og oppførsel i Sykehuset Innlandet HF. Diagrammet nedenfor viser utviklingen i de nevnte kategorier siste tre år. Vi ser en nedgang i antall henvendelser knyttet til kommunikasjon. Dette er gledelig. Retten til informasjon og medvirkning er sentrale og grunnleggende rettigheter for pasientene og viktig for realisering av pasientens helsetjeneste.



Ombudet har ved kontakt med de ulike divisjoner i løpet av året registrert et forbedringspotensial i arbeidet med å bedre kvalitet og pasientsikkerhet basert på pasientenes opplevelser. De ulike kvalitet og pasientsikkerhetsutvalg er en viktig arena for dette arbeidet. Ombudet mener Sykehuset Innlandet i større grad bør løfte arbeidet med læring fra pasienthistoriene slik de fremkommer gjennom saker fra Pasientskadeerstatningen (NPE), tilsynsmyndighetene og ombudet..

Ombudet ønsker i årsmeldingen å gi konkrete tilbakemeldinger til Sykehuset Innlandet og den enkelte divisjon på bakgrunn av henvendelser til oss gjennom året. Nedenfor følger en oppsummering for hver divisjon. Ombudet har få

henvendelser om divisjon Tynset, divisjon Habilitering/Rehabilitering og divisjon Prehospitale tjenester. Vi har derfor valgt å rette oppmerksomheten mot de øvrige divisjoner i Sykehuset Innlandet. Ved gjennomgang av sakene har vi valgt ut pasienthistorier som vi mener kan gi grunnlag for læring og bedre kvalitet og pasientsikkerhet, enten som følge av den enkelte pasienthistorie eller som et uttrykk for systemsvikt. På bakgrunn av vår gjennomgang av sakene og med henvisning til de utvalgte pasienthistorier gir vi noen anbefalinger til divisjonen.

## 2.2. Divisjon Hamar/Elverum

Flest undersøkelser og behandlinger i Sykehuset Innlandet skjer ved sykehusene i Elverum og Hamar. Derfor er også antallet saker til ombudet høyest for denne divisjonen. Ombudet har i løpet av året mottatt 83 nye henvendelser. Dette er likevel en nedgang i antall henvendelser fra året før. Ved gjennomgang av henvendelsene (til ombudet) er det noen områder vi anbefaler divisjonen å se nærmere på:

- Kommunikasjon med pasient og pårørende, og informasjon i forbindelse med undersøkelse og behandling, bør være et kontinuerlig tema til forbedring
- Divisjonene må sikre at gjestende helsepersonell er kjent med gjeldende lovverk og interne prosedyrer, herunder kravet til informasjon og medvirkning jfr. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-1 og 3-2
- Det bør gjennomføres utskrivningssamtaler med alle pasienter

Nedenfor følger et utvalg eksempler fra henvendelsene til oss underbygger våre anbefalinger.

### **Hamar sykehus. Manglende oppfølging av kreftdiagnose**

Operert for kreft i skjoldbruskkjertelen. Jevnlige kontroller. Oppleve manglende informasjon og dårlig oppfølging. Får ikke innkallinger når hun skal og må ringe og mase. Opplever også manglende informasjon om medisnbruken når hun er til kontroll.

### **Kompetanse hos gjestende helsepersonell og manglende oppfølging**

Pasienten opplever at behandlende lege som er gjestende helsepersonell uten autorisasjon i Norge er ansvarlig for behandlingen og således at også pasientens rettigheter ivaretas. Pasienten mener at informasjon om behandling og mulig risiko var mangelfull.

### **Svikt i samhandling mellom enheter og manglende plan ved utskriving**

Pasienten opplever svikt i samhandling mellom enheter i divisjonen og dårlig informasjon til kommunen ved utskriving. Plan for oppfølging i kommunen ikke kommet på plass og kan delvis begrunnes med manglende informasjon og samhandling ved utskriving.

### **Døde etter blodpropp. Epilepsianfall. Feil diagnose?**

Pasienten døde på grunn av sepsis. På tross av smerter og symptomer på alvorlig og livstruende sykdom mistenker pårørende at pasienten ikke ble gitt forsvarlig helsehjelp. Flere nivåer, herunder Rikshospitalet, Hamar sykehus og kommunen er involvert i behandlingsforløpet. Saken er til vurdering for fylkesmannen for mulig pliktbrudd.

### **Feil diagnose? Ikke avdekket hjernesvulst**

Pasienten døde etter svulst i hjernen. Pasienten var over lengre tid diagnostisert med kognitiv svikt og fikk oppfølging med dette som utgangspunkt. Det er mistanke om feil diagnostisering. Pårørende stiller spørsmål ved om pasienten kunne vært behandlet for kreft på et langt tidligere stadium dersom riktig diagnose hadde blitt stilt tidligere.



### **Kompetansesvikt ortopedi**

Pasienten hadde smerter i armen etter fall. Ble undersøkt av LIS-leger ved flere anledninger. Ingen videre behandling igangsatt. Konstatert brudd i ettertid etter lengre periode med smerter og uavklart tilstand. Grunnet sen diagnostisering kan pasienten få varige mén. Rett diagnose ble ikke stilt før spesialist i ortopedi ble involvert.

### **Dårlig oppførsel av helsepersonell**

Ved innleggelse på kirurgisk avdeling opplever pasient manglende renhold av toalett på sengepost. Når det meldes fra har ingen av de tilstedeværende helsepersonell tid til å hjelpe. Det ender med at pasienten selv må gjøre rent selv slik at han får benyttet toalettet. Saken er beklaget av avdelingen.

### **Mangelfull informasjon ved oppfølging etter brudd**

Pasienten hadde brudd i håndleddet. På tross av tilbakemelding om smerter og spørsmål om re-operasjon var nødvendig, ble pasienten ikke hørt. Etter kontakt med annet behandlingssted stiller pasienten spørsmål ved kompetanse og vurderingene som ble gjort ved ortopedisk avdeling, Elverum.

## **2.3. Divisjon Gjøvik**

Ombudet har mottatt 63 nye henvendelser om divisjon Gjøvik i 2017. Dette er en økning fra året før(52). Ved gjennomgang av henvendelsene til ombudet er det noen områder vi anbefaler divisjonen å se nærmere på:

- Divisjonen bør vurdere om det er behov for å tydeliggjøre rutiner for informasjon og kommunikasjon med pasientene slik at disse blir trygge på hva som skal skje videre
- Etablerte rutiner for håndtering av smitte(MRSA) bør evalueres og divisjonen må påse at helsepersonell er kjent med rutinen
- Divisjonen må sørge for at LIS-leger har den nødvendige oppfølging og støtte fra spesialist når det er behov for det

### **Kasteball**

Pasienten har kreft i skjoldbruskkjertelen. Opplever seg som en kasteball mellom ulike divisjoner i Sykehuset Innlandet og Rikshospitalet, opplever at ingen vil ta ansvar for henne. Har fått forståelsen av at operasjon er mulig, men følger seg presset til å si nei til operativt inngrep.

### **Manglende informasjon – tre eksempler**

1. Pasienten etterlyser svar på henvisning og lurer på hva han kan kreve. Har ikke fått informasjon fra sykehuset om hvor lang tid dette vil ta.
2. En annen pasient ringer og sier hun venter på svar fra sykehuset etter utredning på grunn av hjerteproblemer. Er bekymret og sier hun ikke har fått beskjed fra sykehuset om hvor lang tid dette vil ta. Hun har fått beskjed om at de har kø på skrivearbeidet!
3. Pasienten har testet positivt på MRSA. Opplever manglende informasjon om hvem som har ansvar for å informere om når hun skrives inn på sykehuset. Opplever at sykehuset ikke vet at hun har dette. Det fremstår uklart hvilke rutiner som gjelder og hvordan disse etterleves.

### **Blodpropp. Feiltolkning av prøvesvar. Kompetansemangel LIS**

Pasienten forteller at han fikk slag. Ved ankomst får sykehuset han beskjed om at han har hatt et epileptisk anfall. CT flere timer senere viser at pasienten har blodpropp i hjernen. Tidligere prøvesvar mistenkes feiltolket og det er tvil om kompetansen til behandlende lege. Ombudet er videre i tvil om oppfølgingen har vært tilstrekkelig og om arbeidspress/tid er medvirkende til svikten.

### **Innkalling til vurdering sendt til feil person - brudd på taushetsplikten.**

En innringer forteller at hun har kopi av brev fra sykehuset som gjelder en annen pasient. Ombudet oppfatter hendelsen som et brudd på taushetsplikten. Ved ombudets henvendelse til sykehuset mener sykehuset at de ikke har sendt brevet til flere enn en person.

### **Forsinket diagnose kreft. Mangelfullt undersøkt?**

Pasienten har ulcerøs kolitt gjennom flere år. Smerter fører til kontroll (Coloskopi). Gjentatte legebesøk fører ikke til annet enn medisiner og nye kontroller. Pasienten dør med diagnose endetarmskreft. Det er mistanke om at mangler ved undersøkelsene og diagnostisering har ført til at kreft ikke ble avdekket.

## **2.4. Divisjon Kongsvinger**

Ombudet har mottatt 23 nye henvendelser om divisjon Kongsvinger. Dette er en nedgang fra året før (41). Likevel ser vi at flere av sakene er svært alvorlige. Sakene handler om behandlingssvikt og enkelte saker også om helsepersonell sin oppførelse. Ombudet registrerer at det er iverksatt nye og positive tiltak i divisjonen under ny ledelse, blant annet knyttet til dokumentasjon og for å bedre oppfølgingen av pasientene. Ombudet oppfatter også at divisjonen, i likhet med andre divisjoner, har mye å hente ved å bedre internt kvalitetsarbeid, herunder sette i system hvordan saker om pasientskadeerstatning (NPE), tilsynsaker og saker fra ombudet kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Vi har følgende anbefalinger til divisjonen:

- Helsepersonell må sørge for tilstrekkelig og relevant dokumentasjon (journalføring) og ta seg tid til å sette seg inn i pasientens sykehistorikk
- Sykehuset må sikre tilgang til spesialister og kvalifisert helsepersonell når dette er påkrevet for å ivareta pasientsikkerheten og i tilfeller hvor annet helsepersonell har behov for faglig støtte
- Divisjonsledelsen må sørge for at helsepersonell opptre med høflighet overfor alle pasienter og pårørende

### **Komplikasjoner og mangelfull oppfølging**

Pasienten ble operert i galleblære. Det oppsto lekkasjer/komplikasjoner og pasienten sendes til Rikshospitalet. Pasienten gir uttrykk for at han er kritisk til behandlingen og manglende oppfølging ved sykehuset i Kongsvinger. Mener han burde vært undersøkt av kompetent helsepersonell tidligere

### **Ikke avdekket sepsis og mangelfull oppfølging**

Pårørende kontakter ombudet etter omfattende medieomtale etter deres far døde. De gjenkjenner saken fra media og er kritisk til manglende informasjon fra sykehuset og fylkesmannen om svikt i behandlingen. Fylkesmannen har konkludert med brudd på helselovgivningen på flere punkter. Pårørende mener sykehuset burde gitt bedre informasjon i etterkant og invitert til et møte med pårørende før det ble gitt uttalelse til media.

### **Ovenfra-og-ned holdning**

Pasienten forteller om infeksjon etter prostataundersøkelse. Reagerer på det han oppfatter som ovenfra-og-ned-holdning hos helsepersonellet. Opplever manglende informasjon og uklare beskjeder fra sykepleiere og vil klage på dette.

### **Re-innleggelser og kritikk av helsepersonell sin oppførsel**

Pårørende kontakter ombudet om mor som utredes for revmatisk sykdom. Hyppige legebesøk og Re-innleggelser som følge av smerter og betennelser. Pårørende opplever helsepersonellet som hoverende og bagatelliserende. Blir ikke tatt på alvor. Mener også det er grunn til å tvile på om tilstrekkelig kompetent helsepersonell involveres når det er behov for det.

### **Ikke avdekket svulst. Mangelfull diagnostisering**

Godartet svulst ble ikke oppdaget på tross av gjentatte legebesøk og sykehusundersøkelser gjennom mer enn to år. Det oppfattes at MR-bilder er feiltolket.

## 2.5. Divisjon Lillehammer

Ombudet har mottatt 64 nye henvendelser om divisjon Lillehammer. Dette er på samme nivå som i fjor. Sakene nedenfor representerer et utvalg av disse. Vi har dessverre også registrert at i enkelte saker tas hverken pasienten eller ombudets henvendelser tilstrekkelig på alvor. På tross av gjentatte purringer på svar i klagesak på vegne av pasienten og spørsmål fra ombudet av mer generell karakter i saken, gis det ikke svar på konkrete spørsmål. Dette er ikke tilfredstillende og vi forventer en annen holdning til håndtering av klager via ombudet fremover. På bakgrunn av sakene om divisjonen har vi følgende anbefalinger:

- Divisjonsledelsen må ta klagesaker på alvor og besvare alle spørsmål i klagen innen rimelig tid
- Helsepersonell må ta pasienten på alvor og sørge for tilstrekkelig informasjon og medbestemmelse
- Sykehuset må sikre tilgang til spesialister og kvalifisert helsepersonell når dette er påkrevet for å ivareta pasientsikkerheten og i tilfeller hvor annet helsepersonell har behov for faglig støtte

### **Ny lege hver gang - medisinsk avdeling**

Pasienten er operert for blindtarmbetennelse. Smerter i ettertid gjør at pasienten og pårørende blir utrygge på om det gis riktig og forsvarlig behandling. Det fortelles om ny lege hver gang de er i kontakt med sykehuset. Ber om møte med avdelingens ledelse for å få bedre informasjon.

### **Ikke oppdaget lårbrudd. Mangelfull diagnostisering.**

Hoftebrudd ble ikke oppdaget før etter tre måneder etter at pasienten selv insisterte på ny røntgenundersøkelse. På tross av store smerter, fysioterapi og legebesøk ble ikke bruddet avdekket. Ombudet stiller spørsmål ved diagnostisering og helsepersonellens kompetanse. Pasienten ble heller ikke tatt på alvor når han meldte fra flere ganger om smertene.

### **Ventetid på operasjon – utvikling av smertesyndrom**

Pasienten kom til akuttmottaket med åpent brudd i armen og høy fare for infeksjon. Det var behov for operasjon, denne ble først utført etter tre dager. På dette tidspunktet hadde det etablert seg en dyp infeksjon i armen. Som følge av at operasjonen ikke ble utført tidligere ble behandlingsforløpet forlenget, og det ble nødvendig med flere inngrep. Skaden og den forsinkede behandlingen har mest sannsynlig først til utvikling av CRPD. Pasienten har blitt vurdert å ha rett til erstatning som følge av skaden.

### **Bytte av gips for tredje gang**

Pasienten ble behandlet for brudd i armen. På grunn av store smerter måtte gipsen skiftes tre ganger, det viste seg at denne var blitt satt på for stramt. Presset fra gipsen har medført CRPS i armen, og pasienten har på grunn av skaden vært sykmeldt i ni måneder. Den forventede sykemeldingstiden ved slik skade var seks uker.

## **2.6. Divisjon Psykisk helsevern**

Vi har mottatt 88 nye saker som omhandler divisjon psykisk helsevern i 2017. Dette er nedgang fra året før(96). Det er 15 nye saker om barn/unge og de øvrige voksne. 13 saker gjelder Sanderud, 19 gjelder Reinsvoll. De øvrige gjelder DPS'ene eller at problemstillingen er mer overordnet og således knyttet til divisjonen. Årsak til henvendelser innenfor psykisk helsevern er i hovedsak medisinerings, manglende informasjon og/eller medvirkning samt svikt i samhandling og planlegging ved utskriving av pasienter. På bakgrunn av sakene om psykisk helsevern anbefaler vi:

- Divisjonen må gi bedre informasjon og støtte til pasienten ved medisinerings (bivirkninger, bistand til nedtrapping, informasjon og tilbud om alternativer til medisinerings)
- Helsepersonell må sørge for bedre informasjon og medvirkning for pasienten og pårørende slik at deres rettigheter ivaretas fullt ut.
- Helsepersonell må lytte til pårørende. De kjenner pasienten oftest bedre enn helsepersonellet

- Samhandlingen om pasienten innad i spesialisthelsetjenesten og med kommunene må bedres slik at pasienten er godt ivaretatt og plan utarbeidet ved utskriving

### **Vil ikke lytte til mor**

Mor ved voksen sønn som er psykisk syk (over lang tid) kontakter ombudet. Mor er nærmeste pårørende og har alltid hatt godt samarbeid med de instanser som har vært involvert i behandling og omsorg for sønnen. Sønnen fikk nytt behandlingstilbud og mor erfarte da at de ikke ville samarbeide med henne, og de ville ikke lytte til den informasjonen hun ønsket å gi dem. Det oppsto konflikt rundt medisiner, og selv med samtykke fra sønnen, fikk ikke mor kopi av epikrise da hun ba om det.

### **Svikt i diagnostisering og behandling**

Alvorlig syk pasient har hatt gjentatte innleggelser i psykisk helsevern. Statens helsetilsyn konkluderer med mangler ved utredning, diagnostisering og oppfølging av pasienten. Det er sannsynlig at handlemåten har bidratt til utsettelse av diagnostisering og hensiktsmessig behandling. Vedkommende helsepersonell gis advarsel for brudd på helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet.

### **Feil medisin**

Innlagt flere ganger i psykisk helsevern. Medisin gir bivirkninger og stort ubehag for pasienten. Pasienten har gjentatte ganger informert om at hun ikke tåler medisinen og kan vise til tidligere bivirkninger. Hun blir likevel ikke hørt og retten til informasjon og medvirkning overses.

## 2.7. Tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne

Ombudet tok i årsmeldingen 2016 opp mangler ved Sykehuset Innlandets tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Vi viser til nærmere beskrivelser nedenfor og vil gi følgende anbefalinger:

- Sykehuset Innlandet HF må sørge for kunnskap om gjeldende FN-konvensjon og lovverk om tilrettelegging for mennesker med nedsatt funksjonsevne og iverksette tiltak for å sikre etterlevelse
- Sykehuset Innlandet HF må sørge for raskere behandling av klagesaker der mennesker med nedsatt funksjonsevne står i fare for ikke å motta nødvendige helsetjenester på lik linje med andre pasienter

Vi erfarer at arbeidet i helseforetaket for å ivareta de behov for tilrettelegging som enkeltpasienter har tar svært lang tid. Argumenter knyttet til økonomi og prioritering settes foran den enkelte pasient sitt behov og rettigheter. Ombudet registrerer at foretaket mangler en bevissthet rundt kravet til etterlevelse av *FN-konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven*.

FN- konvensjonen skal sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle menneskerettigheter og grunnleggende friheter, og å fremme respekten for deres iboende verdighet. Konvensjonens artikkel 9 pålegger statens plikt til å gjøre alle offentlige tjenester tilgjengelig for mennesker med nedsatt funksjonsevne, dette innebærer blant annet «bygninger, veier, transport og andre innendørs og utendørs tilbud, herunder helsetjenestens lokaler og arbeidsplasser». Partene skal lette tilgangen til gode mobilitetshjelpemidler, utstyr, tekniske hjelpemidler og ulike former for assistanse. Det skal sørges for opplæring til bruk av slike hjelpemidler og gis støtte til produsenter som produserer slike hjelpemidler.

Artikkel 25 om rett på helsetjenester gir mennesker med nedsatt funksjonsevne har rett til den høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Partene skal særlig sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne tilbys helsetjenester og – programmer, kostnadsfritt eller til en overkommelig pris, som dekker det samme spekteret og holder den samme kvalitet og standard som hva som tilbys andre. Videre sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne får de helsetjenester som de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne, herunder tidlig utredning og inngripen, samt tjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjons-



nedsettelse og kreve at medisinsk personell gir mennesker med nedsatt funksjonsevne like god behandling som den som gis til andre, herunder at behandlingen skal skje på grunnlag av fritt og informert samtykke, blant annet ved bevisstgjøring om menneskerettighetene, verdigheten, selvbestemmelsesretten og behovene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, gjennom opplæring og iverksettelse av etiske standarder for offentlige og private helse-tjenester. Og, forby diskriminering av mennesker med nedsatt funksjonsevne med hensyn til tilbud om helse.

*Diskriminerings- og tilgjengelighetsloves* formål er å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunn av kjønn, graviditet, permisjon ved fødsel eller adopsjon, omsorgsoppgaver, etnisitet, religion, livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk, alder og andre vesentlige forhold ved en person. Kapittel tre omhandler krav til universell utforming og individuell tilrettelegging. Universell utforming i § 17 gjelder alle offentlige og private virksomheter som retter seg mot allmennheten. Virksomhetens alminnelige funksjoner skal kunne benyttes av flest mulig uavhengig av funksjonsevne.

Ombudet har de senere år hatt flere saker hvor pasientene ikke gis et tilrettelagt tilbud ved Sykehuset Innlandet. Dette bidrar til at disse pasientene ikke kan motta helsetjenester på lik linje med og på samme grunnlag som øvrige pasienter. Dette handler blant annet om manglende tilrettelegging for store pasienter, pasienter med EL-overfølsomhet og pasienter med behov knyttet til inn klima/luft ved opphold i foretakets sykehuslokaler.

Etter vurdering ved akuttmottaket på Gjøvik, skulle hun legges inn på sykehuset. Imidlertid klarte man ikke å skaffe stor nok seng og eneste mulighet var at hun kunne overnatte på medisinsk avdeling i rullestolen. Hun dro imidlertid hjem. Hun gjorde nytt forsøk neste dag og denne gangen fant man en løsning med å stripse sammen to senger. Hun var inneliggende en uke, men heller ikke dusjrom og utstyr var tilpasset hennes størrelse.

Vi erfarer at henvendelser fra ombudet i slike saker ikke gis tilstrekkelig prioritet og oppmerksomhet fra foretakets side og etterspør nå konkret handling og tiltak for å bringe foretakets praksis ved ivaretagelse av krav knyttet til nevne FN-konvensjon og lovverk i samsvar med regelverket.

## **2.8. Mangler i dokumentasjon – alvorlig konsekvenser**

Ombudet mottar mange henvendelser fra pasienter og pårørende der det fremkommer manglende samsvar mellom pasienten eller pårørendes beskrivelser av hendelsesforløp og hva som gjenfinnes i journalopplysningene. Det er tidvis helt ulike virkelighetsoppfatninger som kommer frem. Pasientens opplevelse av hva som har skjedd, herunder også hvilken informasjon som ble gitt av helsepersonellet er en ganske annen enn den som er journalført.

Vi ser i flere saker at dokumentasjonen er mangelfull og at journalføring skjer etter en tid og ikke umiddelbart etter behandling eller konsultasjon.

Plikten til dokumentasjon utløses for «nødvendige og relevante» opplysninger. Helsepersonellet skal opptre forsvarlig også i forbindelse med dokumentasjonen ved å bidra til at opplysningene er så korrekte som mulig. Vurderingen av hva som er relevant og nødvendig vil være knyttet til pasientens helsetilstand og behov for helsehjelp. Journalforskriften § 8 gir en oversikt over en rekke opplysninger journalen skal inneholde. Det skal bl.a. noteres om det er gitt råd og informasjon til pasienten, inkludert hovedinnholdet. Journalen skal føres fortløpende og uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

Journalen skal også være lett å forstå for annet helsepersonell. Manglende dokumentasjon om dette vil kunne innebære at informasjonen ikke ansees som gitt. Dersom pasienten for eksempel har fått en behandlingsskade som følge av en kjent risiko, kan manglende informasjon om risikoen alene gi grunnlag for både tilsynsreaksjon og pasientskadeerstatning.

Mangelfulle journaler kan få alvorlige konsekvenser for pasienten og store konsekvenser for videre oppfølging og behandling. I verste fall kan manglende dokumentasjon føre til feil diagnostisering og behandling fordi opplysninger mangler.

Manglende dokumentasjon kan også få svært uheldige konsekvenser ved vurdering av rett til pasientskadeerstatning(NPE). Pasienter kan oppleve få avslag på erstatningskrav fordi journalføringen er ufullstendig eller informasjon pasienten gir ikke samsvarer med journalopplysningene. Høyesterett har i flere dommer sagt at journaler skal tillegges større vekt enn senere uttalelser fra partene i saken.

## 2.9. Fortsatt manglende oppfølging av pasientrettigheter

I ombudets årsmelding 2016 tok vi opp temaet pasientrettigheter og fremmet konkrete anbefalinger til Sykehuset Innlandet knyttet til klagesaksbehandling, etterlevelse av forvaltningsloven og kunnskap blant helsepersonell om pasient- og brukerrettigheter. Temaet er også tatt opp i møter med flere av divisjonene og med foretaksledelsen.

Ombudet opplever at ledelsen på ulike nivåer og helsepersonell generelt ikke er seg tilstrekkelig bevisst hvilke pasient- og brukerrettigheter som gjelder og hvordan disse skal praktiseres. Vi ser heller ikke at sykehusets styre er spesielt opptatt av dette. Pasientenes rettigheter og rett til å klage på disse, er og skal være, en viktig rettsikkerhetsgaranti for å sikre lik tilgang på tjenester av god kvalitet.

Sykehuset Innlandet har innført en praksis ved at informasjon om rettigheter mv. sendes ut til pasienten sammen med svar på henvisning/innkalling til time. Ombudet er tilfreds med tiltaket og mener dette vil kunne bidra til at pasientene blir bedre kjent med sine rettigheter.

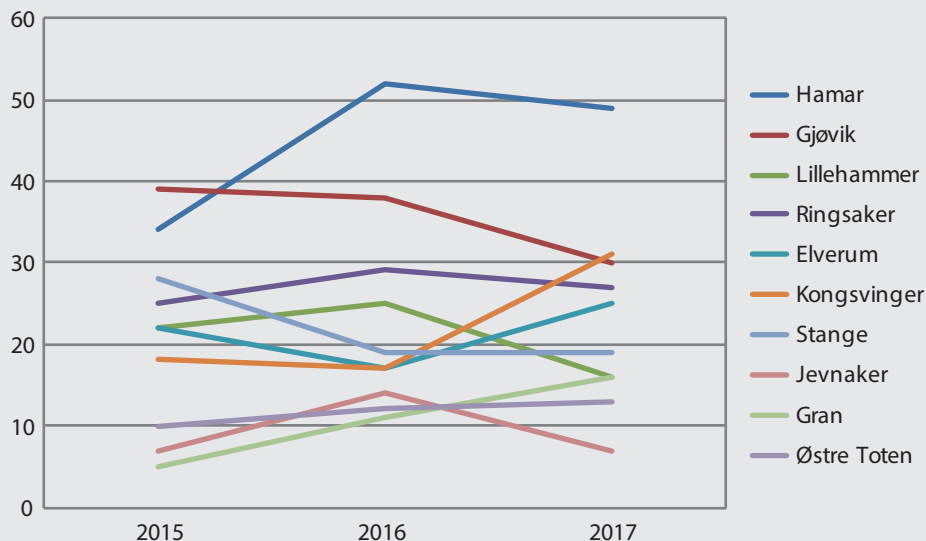
På bakgrunn av ovennevnte vil vi anbefale at Sykehuset Innlandet iverksetter en gjennomgang av hvordan foretaket følger opp sentrale rettigheter for pasientene

## 3. Henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester

---

Ombudet mottar årlig nærmere 400 nye henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester i Hedmark og Oppland. Dette utgjør i overkant av 40 % av det totale antall henvendelser årlig. Antallet henvendelser knyttet til tjenestetilbudet i den enkelte kommune varierer fra år til år. Vi erfarer at pasienter, brukere og pårørende kontakter oss oftere i perioder med større endringer i tjenestetilbudet i kommunene. Diagrammet nedenfor viser utviklingen i antall henvendelser siste tre år i et utvalg kommuner i Hedmark og Oppland.

### Antall nye henvendelser siste tre år

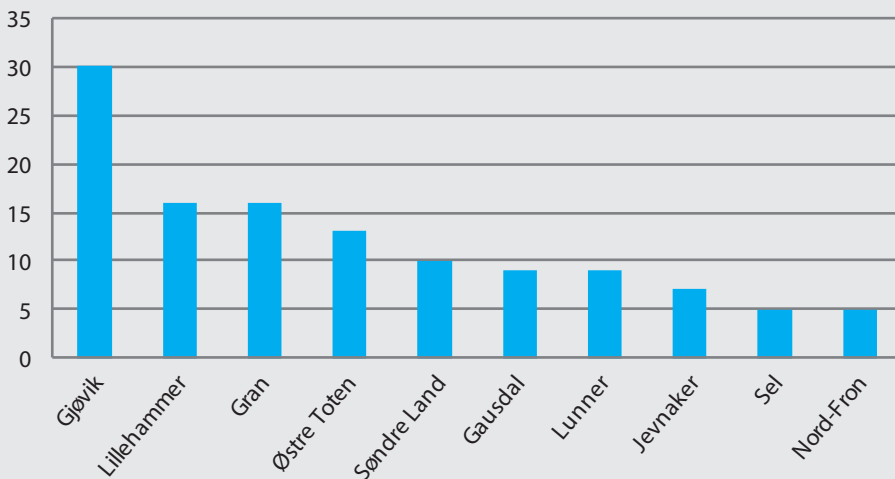


### 3.1. Kommunene i Oppland

Halvparten av henvendelsene om kommunene i Oppland handler om kvalitet i tjenestetilbudet og 44 % av henvendelser om rettigheter. Manglende tildeling av tjenester og/eller bortfall av tjenester går igjen i sakene.

Når det gjelder enkeltkommuner mottok vi 30 nye henvendelser om Gjøvik i 2017. Det er likevel en nedgang i antall henvendelser fra året før. Den samme tendensen ser vi i Lillehammer hvor vi kun fikk 16 nye henvendelser i 2017. Det har vært en økning i antall henvendelser om Gran kommune. Vi erfarer at økningen i stor grad handler om endringer i tjenestetilbudet til ugunst for den det gjelder.

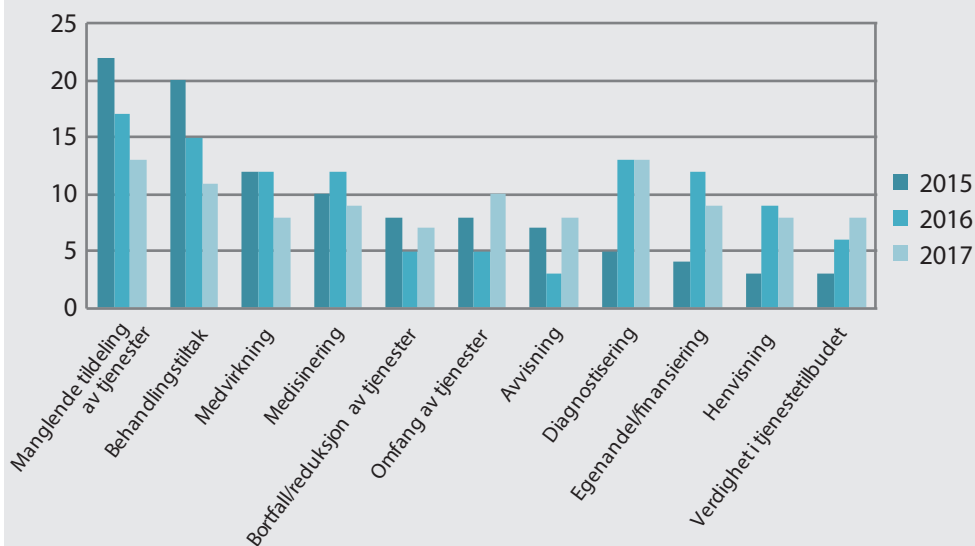
## Nye henvendelser Oppland



### 3.1.1. Årsak til henvendelser om kommunene i Oppland

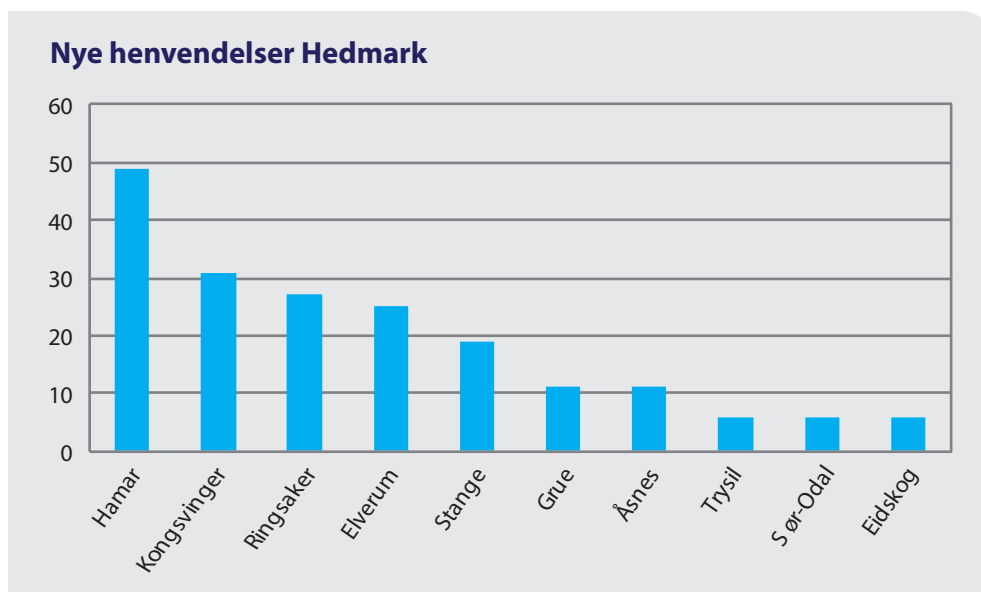
Diagrammet nedenfor viser en oversikt over årsakene til at pasienter, brukere eller pårørende i Opplandskommunene samlet henvender seg til ombudet. Selv om tallene er små kan de gi indikasjoner om hvilke områder kommunene kan bedre når det gjelder hvordan tjenester utformes eller rettigheter ivaretas.

## Årsak til henvendelser i Oppland



## 3.2. Kommunene i Hedmark

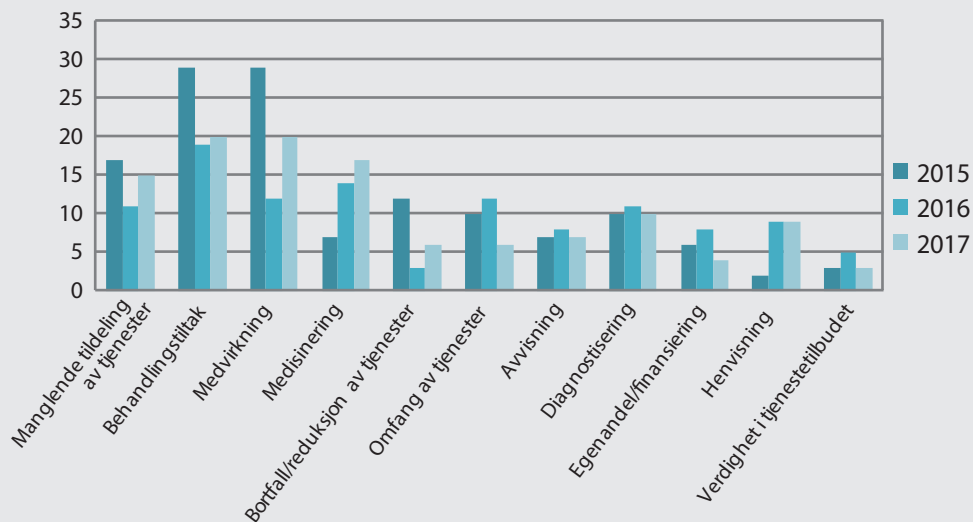
Det er en liten nedgang i antall henvendelser i Hamar, mens antallet nye henvendelser om Ringsaker er stabilt. Det samme gjelder i hovedsak de øvrige kommuner i Hedmark med unntak av Kongsvinger. Henvendelsene omhandler i stor grad to tjenesteområder – fastlegene og sykehjem. Nær en dobling av nye henvendelser om Kongsvinger kan delvis forklares med utfordringer kommunen har med å tilby de som trenger det sykehjems plass, dels kvaliteten i tjenestetilbudet i sykehjemmene. F. eks har vi flere henvendelser om medisiner og/eller manglende tildeling av tjenester. Noe av forklaringen kan også knyttes til økt oppmerksomhet om og kjennskap til ombudsordningen i Kongsvingerregionen. Det er flere henvendelser enn tidligere også i andre kommuner sør i Hedmark, herunder Åsnes og Grue. Ombudet erfarer at Grue kommune har store utfordringer med å ivareta et tilstrekkelig og nødvendig helse- og omsorgstilbud til sine innbyggere. Ombudet mener at kommunen må tenke nytt og ta betydelige grep for å kunne løse fremtidens utfordringer innen helse- og omsorgssektoren.



### 3.2.1. Årsak til henvendelser om kommunene i Hedmark

Diagrammet nedenfor viser årsakene til henvendelser om kommunene i Hedmark. Vi mener årsakene bør være et grunnlag for kommunene i eget kvalitetsarbeid for å utvikle tjenestene.

## Årsak til henvendelser i Hedmark



## 4. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) – fortsatt store forskjeller og mangler ved kommunenes praksis

Ombudet har over flere år registrert et økende antall henvendelser om brukerstyrt personlig assistanse (BPA). I 2017 mottok vi 14 nye saker om BPA mot 12 året før. I tillegg bistår ombudet i en rekke saker om BPA over tid og gjennom flere år.

Hovedintrykket er at brukere med behov for BPA strever i sin dialog med kommunene. Flere av brukerne opplever at kommunen ønsker å endre eksisterende ordninger til ugunst for seg. Videre opplever mange av BPA-brukerne at kommunene ikke ivaretar sitt ansvar for rekruttering av kompetente assistenter som har både interesse og evne til å løse assistentoppgavene i samarbeid med bruker/arbeidsleder. Vi hører ofte om at det er for mange assistenter å forholde seg til, at kommunen skyver ansvaret for å skaffe personell over på bruker og/eller pårørende og at opplæring av nye assistenter ikke er

tilstrekkelig. Vi erfarer at brukerne tidvis blir motløse og kjemper mot et system som ikke har tilstrekkelig fokus på deres behov.

Ombudet erfarer at rettighetsfesting av BPA-ordningen har hatt liten eller ingen positiv betydning for brukerne. Ulobas rapport «Mitt liv – mitt ansvar» viser store utfordringer ved ordningen slik den fungerer i dag. Blant annet pekes det på at BPA ofte blir omgjort til tradisjonelle helsetjenester. Dette samsvarer med våre erfaringer.

#### **Omgjøring av vedtak til fordel for bruker**

Brukeren kontaktet pasient- og brukerombudet for bistand etter å ha fått avslag på søknad om BPA. Pasienten har som følge av sin blindhet et stort behov for praktisk bistand. Hun var åpenbart innenfor kravene om alder og varighet som følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1d. Kommunens avslag ble i hovedsak begrunnet med at brukeren ble tilbudt andre tjenester i form av bistand fra ansatte i omsorgsboligen (deles med andre beboere) og fra psykisk helseteam i kommunen. Tjenestene brukeren mottok fra psykisk helseteam bestod i både praktisk bistand og helsehjelp. Den praktiske bistanden begrenset seg i stor grad av de ansattes arbeidstider og andre oppgaver. På tross av at antall timer med behov for praktisk bistand ble ansett å være oppfylt avslø kommunen søknaden. Fylkesmannen omgjorde vedtaket og innvilget 26 timer med BPA per uke.

## **5. Kompetanseutfordringer i mange kommuner**

---

Kommunene skal i henhold til helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 sikre alle de tjenester som følger av loven er forsvarlige. Etter bestemmelsens første ledd bokstav d innebærer dette blant annet at kommunene må sikre nødvendig kompetanse i tjenesten.



Dette innebærer kompetanse både om kommunens ansvar etter loven, og faglig kompetanse for å sikre at den enkelte bruker og/ eller pasient gis forsvarlige tjenester.

Pasient- og brukerombudet ser at det ofte mangler kompetanse i kommunene der en pasient eller bruker har en særlig sammensatt eller uvanlig diagnose.

I en sak som gjaldt tjenester til en ALS-pasient i Dovre kommune ble helsepersonellet som ga helsetjenester aldri gitt noen informasjon eller opplæring om den sykdommen pasienten hadde. Viktig informasjon om sykdommen og dennes utvikling måtte gis av de pårørende, som hadde funnet informasjonen på nettet. Fylkesmannen opprettet tilsyn i saken, og konkluderte med at kommunen ikke hadde overholdt plikten til å sikre nødvendig kompetanse i tjenesten.

I en annen sak i Jevnaker kommune opplevde en bruker som er avhengig av tegnspråk som kommunikasjonsform at kommunen ikke gjorde tilstrekkelige tiltak for å sikre tegnspråkkompetanse hos ansatte. Brukeren har sammensatte behov og er avhengig av tett oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudet mener at de ansattes evne til å tilpasse seg brukers kommunikasjonsform er en forutsetning for forsvarlige tjenester.

Dette er to av mange eksempler på kompetansesvikt i kommunene i Innlandet. Ombudet mener kommunene i større grad må ta ansvar for utvikling av nødvendig kompetanse slik at kvaliteten på tjenestene bringes i samsvar med lovens krav. Vi har registrert at enkelte kommuner i Innlandet har klare tiltak for å bedre helsepersonell sin kunnskap om helserett. Dette mener vi er svært positivt. Ansatte og helsepersonell i lederstillinger og ved enheter som tildeler tjenester, hever sin kunnskap om helserett etter klar anmodning eller pålegg fra kommunen som arbeidsgiver. Høgskolen i Innlandet tilbyr deltidsstudier i helserett med av høy kvalitet og med bruk av landets fremste eksperter på området. Vi anbefaler at flere kommuner tar i bruk dette tilbudet til sine ansatte.

Dersom kunnskap skal tas i bruk og kompetanse utvikles må grunnlaget være tilstede i form av hensiktsmessig organisering og ledelse. I dette ligger også kommunenes ansvar for tilstrekkelige ressurser til helse- og omsorgstjenestene. Det må rett og slett være et minimum av helsepersonell på jobb som gjør det mulig for ansatte å utføre sitt arbeid på en kvalitativ god måte. Tilstrekkelig bemanning og fungerende HMS arbeid er like viktig i kommunal helse- og omsorgstjeneste som i spesialisthelsetjenesten. Bedre pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene forutsetter tilstrekkelig bemanning som får tatt i bruk sin kunnskap. Pasientsikkerhet og HMS er to sider av samme sak.

## 6. Spør dem det gjelder!

---

Mange pasienter forteller at deres syn ikke blir respektert. De opplever at de ikke blir lyttet til eller tatt på alvor. Følelsen av å bli overkjørt er dessverre gjengangere i mange henvendelser. Mangel på medvirkning og samtykke kommer på tredjeplass av antall henvendelser om kommunale tjenester.

Retten til medvirkning bygger på grunnleggende prinsipper om frihet og selvbestemmelse. Medvirkningsretten omfatter pasientens rett til å kunne foreta valg omkring egen helse og egen behandling. Pasienten har rett til å være med å velge behandlingsmetode, forutsatt at metoden er forsvarlig og at den er tilgjengelig i norsk offentlig helsevesen. Pasientautonomi er et sentralt grunnprinsipp i helseretten.

Retten til medvirkning viser seg å være vanskelig å gjennomføre i praksis. Spesielt ser vi det i innenfor psykisk helsevern der det er mangel på behandlingstilbud eller det pasienten trenger passer ikke inn i de tilbudene kommunen allerede har etablerte. Dersom det er nødvendig med samarbeid mellom flere etater, som skole og helsevesen, kan ulike lovverk sette en stopper for å finne gode løsninger.

Internasjonale konvensjoner pålegger myndighetene å gi «beslutningsstøtte» til pasienter som har en svekket helse, slik at det likevel kan forstå og delta. Har pasienten selv svekket evne til å medvirke, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Fra pasientens side kreves det en viss form for egeninnsats, men også tilgang til nødvendig informasjon fra helsepersonell - som skal tilpasses den enkeltes evne og behov. Medvirkning betyr ikke at ansvaret for behandlingen overføres til pasienten. Det endelige ansvaret ligger hos ansvarlig lege eller behandler. Men vi vil oppfordre helsepersonell: Spør dem det gjelder! Vis vilje til samarbeid - og finn fleksible løsninger som passer den enkelte.

## 7. Om Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland

---

### 7.1. Ombudsordningen i Innlandet

Pasient- og brukerombudets arbeid er todelt. Ombudet skal bistå pasienter og brukere i enkeltsaker og arbeide for kvalitetsforbedringer i tjenestene. De som tar kontakt er hovedsakelig pasienter, brukere, pårørende eller ansatte i helse – og omsorgstjenesten. Det er mulig å kontakte ombudet anonymt dersom forespørselen likevel kan håndteres på en tilfredsstillende måte. Av og til faller spørsmålene utenfor ombudets mandat og virkeområde. Da vil ombudet veilede til rett instans.

De fleste tar kontakt med ombudet på telefon. Ved personlig frammøte anbefaler vi å gjøre en forhåndsavtale for å sikre at noen på kontoret er tilgjengelig. Ombudet skal være et lavterskeltilbud, tjenesten er gratis og det skal være lett å ta kontakt for å få informasjon og veiledning.

Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland har kontor på Hamar og Gjøvik. Ombudet dekker til sammen 48 kommuner med et areal på over 52 000 kvadratkilometer og et samlet innbyggertall på ca. 384 000 innbyggere.

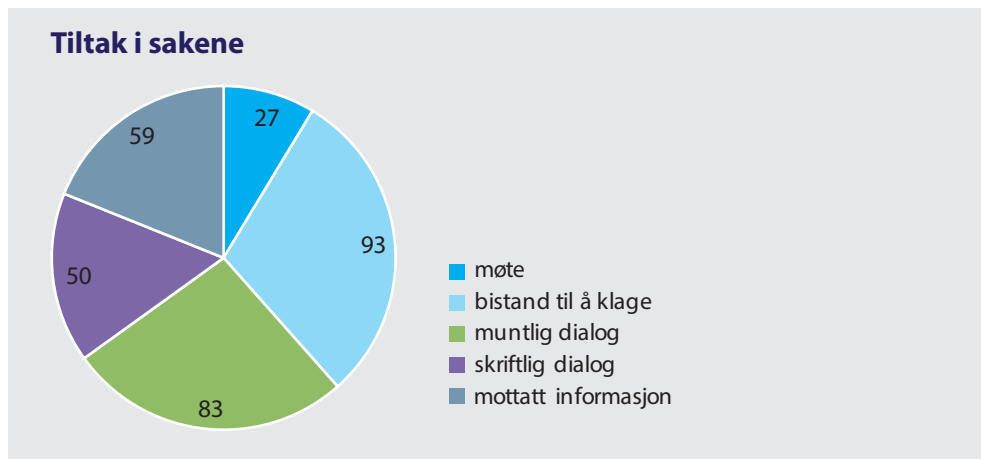
### 7.2. Hva kan ombudet bidra med?

Hvilken bistand ombudet gir i de ulike sakene og hvordan disse følges opp varierer ut fra innholdet og behovet i den enkelte sak. En stor andel, nærmere 2/3-deler av sakene løses ved hjelp av informasjon, råd og veiledning. Diagrammet nedenfor viser fordelingen av de ulike arbeidsmetodene ombudet benytter.

Ombudet tar i økende grad initiativ til møter mellom tjenestetilbud, pasient, bruker og/eller pårørende. Vi erfarer at en dialogbasert tilnærming ofte kan bidra til positiv fremgang i en sak, heller enn lange og tidskrevende klageprosesser.

Vår strategi er å være kjent og tilgjengelig for alle innbyggere i Hedmark og Oppland. Vi vil fortsatt reise ut i distriktene når det er påkrevet og vi har kapasitet, også i form av utekontor. Hos oss kommer den som ringer direkte i kontakt med rådgiver/saksbehandler som kan hjelpe uten å måtte via en sentralbord-tjeneste. Vi vektlegger kort tid fra henvendelse til handling.

Vi skal også bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet. Dette gjør vi ved å ta opp saker av eget tiltak der vi ser systematisk svikt og i dialog med tjenesteleverandører og beslutningstakere. Vi skal si fra om svikt og urett overfor dere som er pasienter og brukere av helse- og omsorgstjenester i Innlandet.



### 7.3. Innspill til Tvangslovutvalget

Ombudet i Hedmark og Oppland har over flere år forsøkt å sette søkelys på tvangsbruk overfor borger som ikke selv kan klage. Vi ga i oktober et innspill på vegne av Pasient- og brukerombudene i landet til utvalget som akkurat nå gjennomgår samtlige tvangsbestemmelser i lovverket. Vi stilte spørsmål ved om rettsikkerheten er tilstrekkelig ivaretatt innenfor dagens lovverk, for pasienter og brukere uten samtykkekompetanse.

Innenfor alle rettsområder er det gitt sterke rettsikkerhetsgarantier og mange regler som er ment å sikre klageretten for den som mottar helsehjelp med tvang. Det er likevel vår erfaring at det oppstår situasjoner der personer ikke får ivaretatt sin klagerett eller får en tilstrekkelig grundig og uavhengig overprøving. Det er et grunnleggende prinsipp i norsk rett at det ikke må anvendes mer tvang overfor borgerne enn det som er strengt nødvendig. Et formål med effektive og gode klageordninger vil være å redusere tvangsbruken.

Vi tok i forslaget fra landets ombud til ordet for å samle et oppdelt lovverk i en ny tvangslov, som vil gi bedre oversikt og kunne føre til en bedre etterlevelse av regelverket. Videre ønsker ombudene en raskere og mer uavhengig overprøving av tvangsbruken, og vurderingen av hva pasienten kan - og ikke kan bestemme selv, må bli grundigere.

## 7.4. Drift av enheten

Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland har kontorer i Hamar (Statens hus) og Gjøvik (Storgt 8, 1. etasje). Vi har åpningstid for publikum mellom 0800 og 1545(1500 i perioden 15.5 – 15.9) fra mandag til fredag.

Kontorets drift er innenfor tildelt budsjetttramme også i 2017. Vi har hatt følgende bemanning gjennom året:

Rådgiver Brita Bjørgeli	1.1.2017 – 31.1.2017 (permisjon og senere sluttet)
Seniorrådgiver Heidi Syverstad	1.1.2017 – 31.1.2017 (permisjon til 1.2.2018)
Rådgiver Astrid Gran Nordheim	1.3.2017 – 31.12.2017
Seniorrådgiver Marit Toverud	1.3.2017 – 31.8.2017
Seniorrådgiver Sandra Fahre	
Seniorrådgiver Ingrid Petronille Røe	
Seniorrådgiver May Britt Solhøy	
Pasient- og brukerombud Tom Østhagen	

# Vedlegg: Nasjonal årsmelding

---



ÅRSMELDING

2017



# Forord

---

Det har vært et travelt år for pasient- og brukerombudene. Vi har opplevd en jevn saksøkning de siste år, også i 2017 hvor vi hadde 15 200 henvendelser. Det er likevel viktig å påpeke at ombudenes årsrapport ikke er en tilstandsrapport om helse- og omsorgstjenestene. De fleste har gode pasientopplevelser, hvor det ikke er nødvendig å kontakte ombudene. Våre erfaringer er først og fremst viktige for å tydeliggjøre svakheter og forbedringspotensial. Vi skal være kjent og tilgjengelig over hele landet. Vi skal bidra til økt kvalitet og pasient-sikkerhet i helsetjenestene og jobbe ubyråkratisk og effektivt.

Risikoen for at svikt og urett ikke oppdages eller rettes opp finnes i alle pasient- og brukergrupper. De som er mest sårbare når svikt oppstår er ofte de som står alene, de som står uten nettverk eller støttespillere rundt seg. «Du skal være frisk for å være syk», heter det i et kjent ordtak. Det kan være vanskelig å få kunnskap om pasientrettigheter og kreve disse oppfylt når du selv er svekket av sykdom. Pårørende er en stor ressurs i helse- og omsorgstjenestene, men vi møter også utslitte og motløse pårørende i vår arbeidshverdag. Over 4000 av de som kontaktet oss i 2017 var pårørende til voksne pasienter og brukere. Rundt 800 var pårørende til barn.

Ombudene har særlig fokus på å bistå de som trenger det mest. Vi møter pasienter og brukere innenfor alle aldersgrupper og innen alle typer av helse- og omsorgstjenester. Det gjør inntrykk når en enslig far til et lite barn har opplevd å få rasert avlastningstilbudet sitt uten lovlig grunn. Det gjør inntrykk når en eldre kvinne uttrykker sterk redsel for hva som vil skje med henne dersom de ansatte i tjenestene skulle finne ut at hun har kontaktet pasientombudet. Det er fare for at de som ikke kjenner til og benytter et stadig mer komplekst regelverk ikke får de tjenester de har krav på. Regelforståelse og rettighetskompetanse blant tjenesteyterne er også variabel og ofte for dårlig. Denne årsrapporten vil derfor ha særlig fokus på å synliggjøre hvor viktig det er at pasienter, brukere og tjenesteytere får økt kjennskap til pasientrettigheter. Samtidig er det viktig at befolkningen kjenner til pasient- og brukerombudsordningen og slik at de kan benytte vår kompetanse. Vi kan være den støtte-spilleren som trengs.

Lisa Refsnes

Leder for pasient- og brukerombudenes arbeidsutvalg og ombud  
i Sogn og Fjordane



# Innhold

---

<b>Ombudene anbefaler</b>	<b>4</b>
<b>Introduksjon til ombudenes virksomhet</b>	<b>5</b>
Arbeid med enkeltsaker	7
Arbeidet med å få til kvalitetsforbedringer i tjenestene	8
Utadrettet informasjon om rettigheter og ombudsordningen	8
Årsaker til at ombudene ble kontaktet om et tjenestested i 2017	8
<b>Om å klage, kunnskap og kompetanse</b>	<b>10</b>
<b>Utvalgte tema</b>	<b>12</b>
<b>Fastlegeordningen må moderniseres</b>	<b>13</b>
<b>«Borte bra - men hjemme best»</b>	<b>18</b>
Ja, det gjelder livet	18
Avlastning	19
Omsorgen for våre eldre - trygg hele livet?	20
<b>Rusavhengige må sikres bedre behandlingsforløp</b>	<b>23</b>
<b>Prioritering av barn og unge – mindre snakk og mer handling</b>	<b>25</b>
Ungdomsråd på sykehusene	26
<b>Pasientforløpene – utfordringer</b>	<b>28</b>
Fritt behandlingsvalg	28
Underveis	30
Kontaktlege	31
Hjem igjen med kunnskap i kofferten?	33

## Ombudene anbefaler

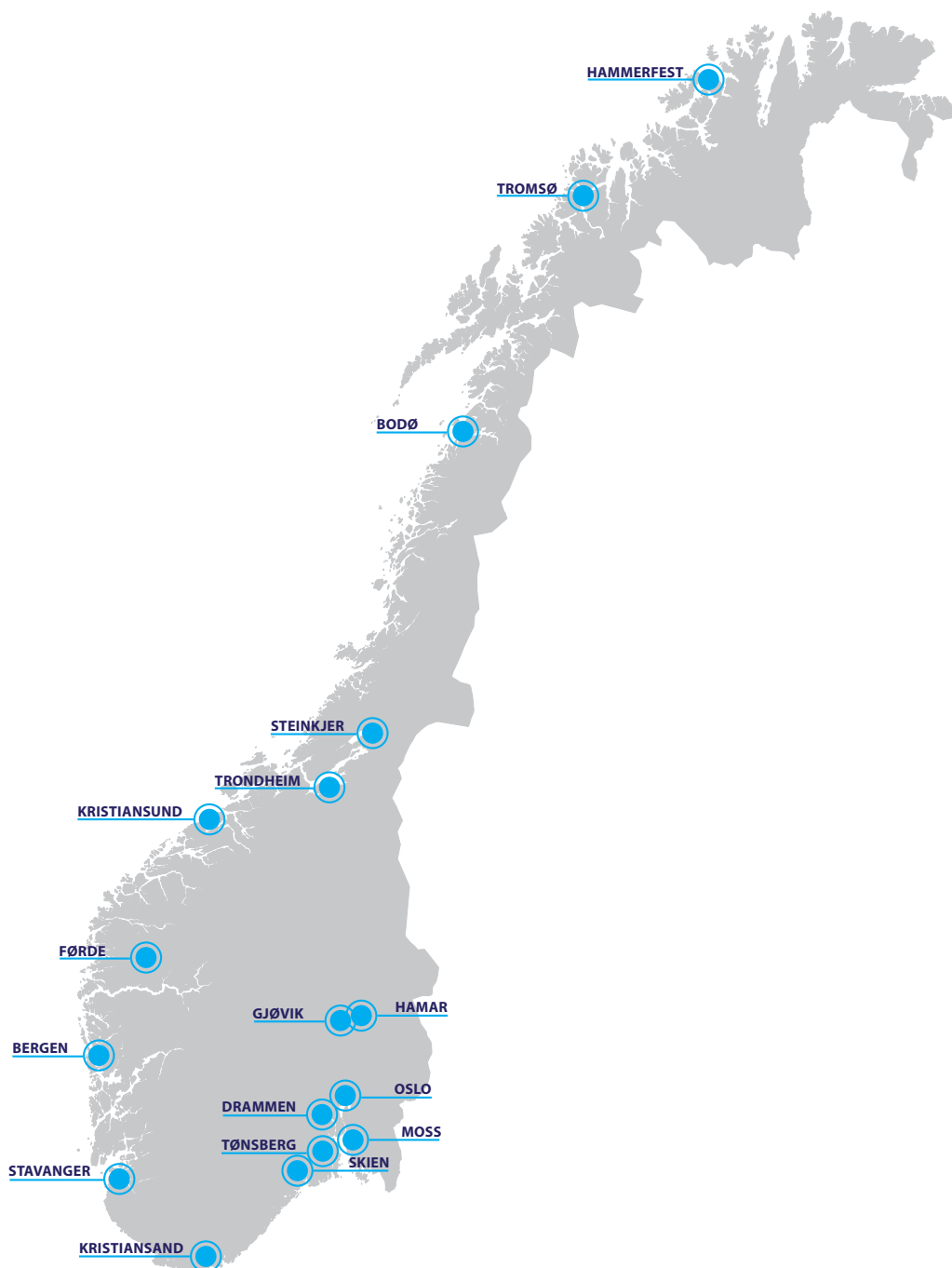
---

- Alle kommuner bør tilby forebyggende hjemmebesøk til eldre over 80 år som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester.
- Det bør gjennomføres et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene.
- Pasienter bør tilbys kopi av henvisninger, epikriser og prøvesvar.
- Det bør gjennomføres tiltak for å bedre kompetanse på bruk av tolk, slik at helsetjenestens ansvar for å bestille tolk ved behov etterleves.
- Ungdom mellom 16 og 18 år bør fritas for å betale egenandel hos fastlegen.
- Utskrivingsamtaler bør være en selvfølgelig avslutning på ethvert sykehusopphold.

# Introduksjon til ombudenes virksomhet

---

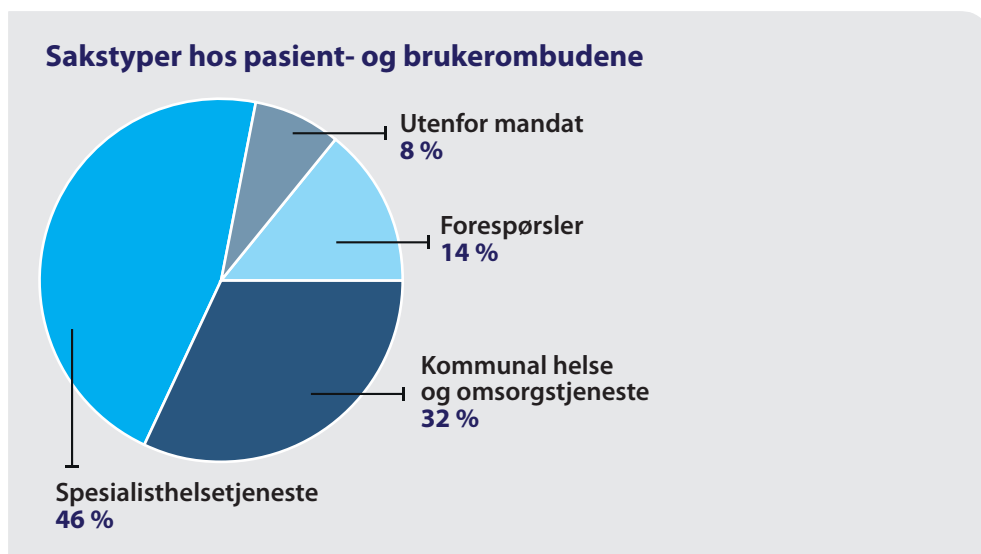
Du finner oss i hele landet:



I pasient- og brukerrettighetsloven § 8-1 fremgår det at ombudets arbeid er todelt. Ombudet skal:

- arbeide med enkeltsaker
- bidra til kvalitetsforbedringer i helse- og omsorgstjenesten

Rundt 15 200 personer tok kontakt med pasient- og brukerombudene i 2017 og totalt dreide det seg om 18 100 ulike problemstillinger knyttet til helse- og omsorgstjenestene. Dette er en saksøkning i forhold til tidligere år. En person har ofte flere forhold han eller hun ønsker råd, bistand, informasjon eller veiledning om. Problemstillingene fordeler seg slik:



Forespørsler i dette diagrammet er henvendelser som ikke er knyttet til et konkret tjenestested. For eksempel et generelt spørsmål om hvilke regler som gjelder for innsyn i journal. Saker i kategoriene spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjenester er saker der pasient eller bruker ikke er fornøyd med håndteringen til et bestemt tjenestested. For eksempel at pasienten ikke får innsyn i journal av sin fastlege.

## Arbeid med enkeltsaker

Ombudene er viktige mottakere og formidlere av pasient- og brukeropplevelser. Ombudenes arbeid kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestestedene.

Enhver kan henvende seg til ombudet. De som tar kontakt er pasienter, brukere, pårørende eller ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Det er mulig å ta kontakt anonymt, og tjenesten er gratis. Ombudene skal være et tilgjengelig lavterskeltilbud for de som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager i tilknytning til helse- og omsorgstjenestetilbudene.

Ombudene vektlegger møtene ansikt til ansikt. Bistanden går ofte ut på å lytte, stille spørsmål, gi informasjon om muligheter, hjelpe til å sortere og gi råd.

Dersom det er grunnlag for å gå videre med saken, skjer det i samarbeid med pasienten. Alternativene vil ofte være ett eller flere av disse:

- ta opp saken direkte med tjenestestedet, gi tilbakemelding eller be om et dialogmøte
- klage til fylkesmannen
- søke erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning

Noen ønsker å kontakte tjenestestedet og beskrive sine erfaringer, fremføre en klage eller gi en tilbakemelding. I en del saker bistår ombudene med å etablere kontakt med tjenesteyter, og ombudene kan også delta i møter. Hensikten er at pasienten eller brukeren skal få en mulighet til å formidle sine erfaringer, få muligheten til å stille spørsmål, kanskje få en beklagelse, oppleve seg forstått og få gjenopprettet tillit. Ombudene er da med og bereder grunnen for en god dialog.

Slike møter kan ha stor betydning for pasienter, brukere og pårørende og kan gi begge parter en større forståelse og læring. Et vellykket møte kan også resultere i at saker kommer inn på «rett spor» og gi grunnlag for at saken ikke føres over på andre arenaer, men løses gjennom møtet. For å få til slike løsninger er det avgjørende at ombudene reiser rundt der folk bor og der tjenestene gis. Med en økt overføring av tjenester fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, blir dette desto viktigere. Dagens ressurser setter begrensninger i omfanget av dette arbeidet.

## **Arbeidet med å få til kvalitetsforbedringer i tjenestene**

Ombudene har daglig kontakt med ansatte på tjenestestedene for å løse saker. Den pasient- og brukererfaring som disse sakene representerer, gir et godt grunnlag for å gi innspill til tjenestestedene på hvordan tjenestene kan forbedres. Vi gir viktige tilbakemeldinger innenfor det aktuelle tjenesteområdet, og blir benyttet som rådgivere med et «utenfra-blikk».

Ombudene møter blant annet i helseforetakenes brukerråd og kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg. Ombudene møter kommunal ledelse, både den administrative og politiske. Ombudene har årlige møter med helseforetakene, fylkeslegene, Statens helsetilsyn, Norsk pasientskadeerstatning og andre myndigheter som bidrar til nyttig og viktig kunnskapsdeling.

Stortingspolitikere får også informasjon om ombudenes erfaringer, både ved ombudenes deltakelse i høringer på Stortinget og direkte kontakt med de ulike fylkesbenkene. Pasient- og brukerombudenes erfaringer benyttes i den årlige meldingen til Stortinget om Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. Pasient- og brukerombudene bidrar også med høringsuttalelser innen vårt arbeidsområde.

## **Utadrettet informasjon om rettigheter og ombudsordningen**

Ombudene arbeider aktivt for å øke kunnskapen om pasient- og brukerrettigheter og ombudsordningen. Vi holder foredrag for brukerorganisasjoner, ansatte på sykehus og i kommunale tjenester, studenter, elever, innvandrere på introduksjonskurs, kommunale råd, pensjonistforeninger, politiske og administrative utvalg. I den utadrettede virksomheten får vi mye kunnskap om hvordan tjenestene erfares. Ombudene benyttes også som foredragsholdere på nasjonale og regionale kurs og konferanser.

Under Arendalsuka arrangerte ombudene frokostmøtet «Pasientrettigheter, gir de like rettigheter til alle?» Vi hadde også stand og deltakelse på flere andre arrangementer.

## **Årsaker til at ombudene ble kontaktet om et tjenestested i 2017**

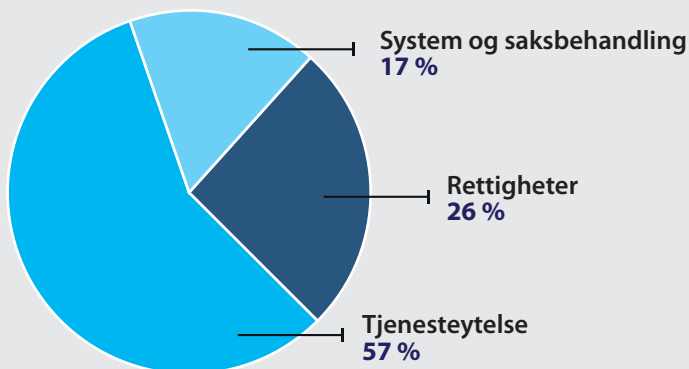
Over halvparten av henvendelsene som er knyttet til tjenestestedene dreide seg om misnøye med selve utførelsen av tjenesten. Pasient eller bruker opplevde at tjenestene ikke var forsvarlige eller omsorgsfulle, eller det ble stilt spørsmål ved

om tjenestene var i tråd med god praksis. I denne kategorien finner vi for eksempel saker om feilbehandling, påført skade, mangelfulle henvisninger, språkproblemer eller lite omsorgsfull hjelp.

26 prosent av henvendelsene var knyttet til rettigheter. Som oftest var det mistanke om brudd på pasient- og brukerrettigheter. I denne kategorien finner vi for eksempel avslag på søknader om tjenester, fristbrudd, innsyn i journal, eller at retten til medvirkning og informasjon for pasienter og brukere ikke er overholdt.

17 prosent av henvendelsene identifiserte vi som svikt i systemer som er laget for å ivareta pasientsikkerhet og flyt i pasientbehandling. Henvendelsene gjaldt tjenestestedets organisering og rutiner. For eksempel mangelfull tilgjengelighet, samhandling mellom etater, saksbehandlingstid eller annen rot og sommel i saksbehandling.

### Hva pasienter og brukere er misfornøyde med i møte med helse- og omsorgstjenestene



### Informasjon

I svært mange henvendelser, og i alle tre kategoriene, fant ombudene elementer av mangelfull eller dårlig informasjon. God og hensiktsmessig kommunikasjon mellom helsepersonell og de som mottar tjenestene, inkludert deres pårørende, er avgjørende for pasientsikkerheten.

## Om å klage, kunnskap og kompetanse

---

Både brukere og tjenestene har felles mål om gode helse- og omsorgstjenester. I slikt kvalitetsarbeid er tilbakemeldinger fra brukerne nødvendig. Å gi beskjed når det foreligger svikt eller urett er slik sett en del av en kollektiv dugnadsinnsats. Mange er likevel redde for å gi beskjed. Flere er redde for represalier i form av dårligere behandling eller å få stempel som «vanskelig». Samtidig er inntrykket at tjenestene møter negative tilbakemeldinger på en bedre måte enn brukerne frykter. Det er sjelden ombudene mottar henvendelser fra pasienter eller brukere som mener de har fått et dårligere tilbud, eller har blitt møtt på en ufin måte fordi de har klaget. En slik måte å møte en klage på vil selvsagt være uholdbar.

Det er altså ikke oppførselen til tjenesteyterne ved mottak av en klage som bekymrer ombudet, men selve saksbehandlingen. Her ser vi mye kunnskapsløshet. Både ansatte og ledere har for lite kompetanse på regelverk og rettigheter. Helsebyråkrati brukes som et skjellsord. Konsekvensen blir at viktige rettsikkerhetsgarantier misforstås eller avfeies som formålsløs skrivebordjuss. Endringer gjøres uten å opplyse saken eller innhente brukernes mening. Beslutninger fattes uten vedtak eller begrunnelse. Det gis ikke informasjon om klagerettigheter. Man har ikke kjennskap til innholdet i de lovfestede pasientrettighetene. Vi ser eksempler på at situasjonen til andre pasienter skyves frem som begrunnelse for avslag på tjenester. «– Vi har bare en pengesekk. Dersom du får mer hjemmesykepleie vil det gå utover tilbudet til alle de andre som trenger hjemmesykepleie». Det hjelper lite å vedta nye pasientrettigheter når tjenestene ikke har kunnskap om rettighetene eller hvordan de skal behandle dem.

Ombudene gjentar som i tidligere årsmeldinger at det trengs et kompetanseløft på pasient- og brukerrettigheter blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene. I denne årsrapporten vil vi derfor ha et særlig fokus på å synliggjøre manglende regelforståelse, dårlig saksbehandling og hvilke konsekvenser det får for pasienter og brukere. Vi vil bruke erfaringer fra saker i 2017 mottatt hos ombudene rundt om i hele landet, for å illustrere situasjonen og behovet for kompetanseøkning.



Brukeren hadde fast støttekontakt. Hun ble kontaktet av kommunen med orientering om at omfanget av tjenesten ville bli redusert. Meldingen kom muntlig, uten forvarsel og ble ikke begrunnet. Brukeren fikk ikke anledning til å ivareta sine interesser gjennom medvirkningsretten eller klageretten. Ombudet tok opp forholdet med tildelingskontoret i kommunen og sikret at det ble truffet skriftlig vedtak og fremsatt klage. På bakgrunn av opplysninger i klagen har tildelingskontoret sett behov for å gjennomgå brukers totale situasjon, noe som er i tråd med brukers ønske. Plikten til å gi forhåndsvarsel og til å sikre medvirkning har ombudet tatt opp med kontoret i eget dialogmøte.

## Utvalgte tema

---

I det følgende har vi plukket ut noen temaer vi synes det er viktig å sette søkelys på.



## Fastlegeordningen må moderniseres

---

Pasient- og brukerombudene har i flere år etterlyst en evaluering av fastlegeordningen. Ikke fordi den er dårlig, men fordi endringer i oppgavene utfordrer. Ombudene mener derfor Stortingets vedtak om å evaluere fastlegeordningen høsten 2017 var riktig og nødvendig.

Stadig flere oppgaver tilføres fastlegene som følge av politiske beslutninger og oppgaveforflytninger, for eksempel oppfølging og kontroller etter behandlinger i spesialisthelsetjenesten.

Andre endringer i arbeidsoppgaver fører til at legen må bruke mer tid for å følge opp den enkelte pasient. Samhandlingsreformen har medført at langt sykere mennesker enn tidligere skrives ut fra sykehus til kommune. Den politiske målsettingen om at flest mulig skal bo i eget hjem gir et økt behov for oppfølging fra fastlegen, blant annet fordi de vil ha pasienter som ikke kommer til kontoret, men som vil ha behov for hjemmebesøk.

Fastlegens deltakelse etterlyses i det kommunale samarbeidet. Dette må styrkes for å gi mer helhetlig helsehjelp til pasienter med sammensatte behov.

Pasienter er i stadig større grad avhengig av informasjon om sine rettigheter, om kvalitetsindikatorer, og retten til selv å velge behandlingssted for å kunne manøvrere godt i *Pasientens helsetjeneste*. Vi mener fastlegeordningen må ivareta dette i større grad enn i dag, men ikke nødvendigvis av legen selv. Dette bør inngå i pilotene med primærhelseteam. Også økt rett, plikt og forventninger til brukermedvirkning vil gi økt tidsbruk.

Fastlegen er navet i helse-Norge, også betegnet som døråpner eller portvakt. De fleste nordmenn har en fastlege. I forhold til antall møter mellom fastleger og pasienter som skjer hver eneste dag, er det få som henvender seg med misnøye til pasient- og brukerombudene. Antallet har de siste årene vært rundt 2000. Selv om tallene i seg selv sier lite, erfarer vi at historiene er gjenkjennelige både hos fastlegene og folk flest.

Mange av henvendelsene handler om manglende tilgjengelighet. Det kan være vanskelig å komme gjennom på telefonen og få kjenner til at 80 % av alle telefonsamtaler normalt skal besvares innen to minutter. Det kan også være vanskelig å få time innen ønsket tid. Dette gjelder i de tilfeller der man har behov for time samme dag, men også i de tilfeller der man ønsker en time «innen

rimelig tid». Vi ser eksempler på at fastleger på sine nettsider finner det nødvendig å minne om at hos dem tar det 2 – 3 uker å få time, og helsesekretærer som sier at hovedregelen om å få time innen fem dager er «umulig»

Kommunene bør i dialog med fastlegene om blant annet deres tilgjengelighet. Skyldes ventetidene for lange lister, eller dårlig organisering? I dag ser det ut som om fastlegeforskriften – Stortingets forventninger til fastlegeordningen - lever sitt eget liv, og at manglende etterlevelse er totalt uten konsekvenser.

Kunnskap om pasientrettigheter blant helsepersonell er en forutsetning for at pasientene skal få innfridd sine rettigheter. I noen saker ser vi at det ikke er slik. At pasienten får en kopi av egen journal når han eller hun ber om det bør være en selvfølge:

En mann tok kontakt med pasient- og brukerombudet fordi legekantoret ikke ville gi ham kopi av pasientjournalen. Han hadde forsøkt både skriftlig og muntlig henvendelse. Han hadde fått til svar av legesekretæren på fastlegekontoret at hun ikke hadde tid til å kopiere og gi ham journalen. Ombudet henvendte seg skriftlig til legekantoret på vegne av mannen. Mannen mottok da umiddelbart kopi av sin journal.

Det samme gjelder retten til fornyet vurdering:

Pasienten kontaktet sin fastlege for å be om en fornyet vurdering hos annen fastlege. Ved legekantoret fikk pasienten beskjed om at det ikke eksisterte en slik ordning. Ombudet tok opp forholdet med legekantoret og praksis ved kantoret er nå endret i tråd med lovverket.

En annen problemstilling oppsto i forbindelse med føring av opplysninger i kjernejournalen:

Pasienten kontaktet sin fastlege og ba legen om å føre inn i kjernejournalen at hun hadde penicillinallergi. Fastlegen svarte at hun ikke kunne gjøre dette. Ombudet kontaktet legesenteret for å høre om de hadde tatt kjernejournalen i bruk. Etter en intern rundt på legekantoret fikk ombudet

tilbakemelding om at kjernejournal nå var tatt i bruk, og pasienten fikk opplysningene inn i kjernejournalen ved neste konsultasjon.

Fastlegen er i mange tilfeller den som, foruten pasienten selv, kjenner pasientens helse best. At fastlegen på forespørsel fra pasienten bistår i forbindelse med en gjennomgang og/eller korrigerende av kjernejournalen synes naturlig.

Enkelte fastlegekontor er ikke universelt utformet, slik at pasienter med forflytningsutfordringer kommer seg inn i bygget. Andre har ikke lokaler som er tilrettelagt med tanke på personvern:

Pasienten opplevde stort ubehag ved besøk på sitt fastlegekontor. Det var ingen skjerming mellom helsesekretær/sentralbord og ventesonene. All informasjon som ble utvekslet med de ansatte i skranken, ble overhørt av de som ventet på konsultasjon. Flere pasienter hadde tatt dette opp med legene på kontoret uten å få gjennomslag eller aksept for at dette ikke var akseptabelt. Ombudet tok skriftlig kontakt med fastlegekontoret og informerte om plikten til å hindre at andre får tilgang til taushetsbelagt informasjon. Legekontoret tok da umiddelbart kontakt med huseier, og det ble bygget egen avlukke foran luken slik at pasientinformasjon kunne utveksles uten at andre pasienter overhørte dette.

Dersom kommunene inngår avtaler med fastleger som ikke har nødvendige fasiliteter, må kommunen følge opp at dette utbedres.

Fastlegene etterlyser tettere oppfølging fra kommunene når vi treffer de ute i kommunene. Også ombudene etterlyser større engasjement og oppfølging fra kommunenes side. Det må etableres rutiner for oppfølgingen av kvalitet i den daglige driften og oppfølging av klagesaker og tilbakemeldinger fra tilsynsmyndigheter.

Pasienter etterlyser svar på alle prøvesvar, og ikke som i dag; «Du får beskjed om noe er galt». En del alvorlige klagesaker skyldes nettopp mangelfull oppfølging av prøvesvar:

En pasient var til undersøkelse på sykehus etter at fastlegen hadde påvist unormale blodverdier. I epikrise fra sykehuset til fastlegen sto det at pasienten jevnlig måtte følges opp med nye blodprøver. Pasienten ble ikke informert om dette, og fastlegen fulgte ikke opp. Etter noen måneder kontaktet pasienten fastlegekontoret med økende plager. Nye blodprøver ble tatt, og disse viste store avvik. Fastlegen henviste ikke videre, men satte opp en ny kontroll flere uker senere. Etter dette ble pasienten akuttinnlagt på sykehus, der han fikk påvist kreftsykdom. Pasientens ektefelle tok kontakt med ombudet med klage på mangelfull informasjon og oppfølging. De mener at pasienten ikke har mottatt forsvarlig behandling og saken er oversendt til fylkesmannen.

### Kopi av alle prøvesvar bør være et tilbud til pasientene.

Kommunene må ha større fokus på avtaleinngåelse og oppfølging av avtaler, det må arbeides aktivt for å unngå vikarstafetter og det må sikres at deres fastleger snakker godt nok norsk til å gi forsvarlig helsehjelp.

I en stadig mer multikulturell befolkning stilles økende krav til kulturforståelse og bruk av tolk:

En pasient kontaktet ombudet og opplyste at hun syntes det var vanskelig å formidle sine behov til fastlegen, og at hun derfor ikke hadde utbytte av legetimene. Pasienten hadde bedt om tolk under legekonsultasjoner, men dette ble ikke etterkommet. På henvendelse fra ombudet svarte legen følgende: «Jeg ser ingen grunn til å tilkalle tolk, da dette ikke vil gi noen tilleggsopplysninger - for meg». Ombudet kontaktet kommuneoverlegen, som sørget for at den påklagede fastlegen fikk økt forståelse for sine plikter og sørget for at pasienten fikk tolk.

Det å bruke tolk er en plikt i de tilfellene det er nødvendig for at pasienten skal forstå innholdet i den informasjonen som gis. Kulturforståelse gjelder både sykdomsforståelse og formidling av symptomer, samt forståelse av vår helse-tjeneste. Dette gir økt tidsbruk pr. konsultasjon. [Helsetjenestens plikt og ansvar for å bestille tolk ved behov må etterleves.](#)

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten må gi tilstrekkelig informasjon, for å gi mottakeren muligheten til raskt å avklare pasientens behov for spesialisthelsetjenester. Mangelfulle henvisninger ble nylig omtalt i Riksrevisjonens Dokument 3:4 (2017-2018): «Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten»:

*«Fastleger og sykehusleger samarbeider ikke godt nok om henvisningene, som ofte mangler nødvendig informasjon. Undersøkelsen viser at fastlegene og sykehuslegene i mange tilfeller har ulik forståelse av hva som er nødvendig informasjon i en henvisning. Halvparten av sykehuslegene i utvalget opplever jevnlig at det ikke kommer klart fram av henvisningen hvorfor pasienten har behov for spesialistbehandling, og 9 av 10 sykehusleger opplever at det er stor variasjon i kvaliteten på henvisningene.»*

Ombudene mener at et av flere tiltak for å bedre dette vil være å **gi pasientene en kopi av henvisningen**. Det vil gjøre det enklere å oppklare eventuelle misforståelser og kan sikre bedre kvalitet.

Fastleger som har eller mottar informasjon om at personer på deres liste har behov for helsehjelp, men som selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk. Dette gjelder i følge fastlegeforskriften bare i tilfeller hvor pasienten har en påvist lidelse, og det fra en medisinsk vurdering er et åpenbart behov for behandling eller oppfølging. Hva med situasjoner der en nabo eller lignende melder bekymring om en person som ikke har en påvist lidelse. Hvem har da ansvaret?

Pasient- og brukerombudene etterspurte i fjorårets årsmelding en endring av egenandelsreglene for unge mellom 16 og 18 år for å sikre at den helserettslige myndighetsalderen faktisk er 16 år. Vi gjentar denne utfordringen. **Unge mellom 16 og 18 år bør fritas for å betale egenandel ved legebesøk.**

## «Borte bra - men hjemme best»

---

Det er en uttalt politisk målsetting at folk skal bo i eget hjem, også ved store og sammensatte behov for tjenester. Ombudene møter pasienter og brukere med forskjellige utfordringer og erfaringer i forhold til kvalitet på tjenester som gis i hjemmet. Nedenfor vil vi sette søkelys på manglende individuell tilpassing av tjenester, ivaretagelse av de pårørende og situasjonen for eldre.

### Ja, det gjelder livet

I oktober 2017 publiserte Helsetilsynet sin rapport «Det gjelder livet» som gjaldt tilsyn med kommunale helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming. Rapporten påviste omfattende og til dels alvorlig svikt. Tjenestene var mange steder utilstrekkelige og lite individuelt tilpasset. Det ble pekt på mangelfull brukermedvirkning og informasjon. Ombudene deler erfaringene til Helse-tilsynet på dette området.

Det er i all hovedsak pårørende som kontakter ombudet i slike saker. Pårørende melder om manglende eller ikke fungerende koordinator, mangelfull plan for tiltak, stor bruk av vikarer og ufaglært personell og lite informasjon og medvirkning. I mange saker er tjenestene gitt som kollektive tjenester til en hel brukergruppe, uten mulighet for individuell tilpassing. I slike saker bistår ombudene gjerne i møter mellom bruker/ pårørende og tjenesteleder for å få sikret bedre informasjon, samhandling og individuelt tilpassede tjenester.

Vi møter brukere og pårørende som må kjempe en kamp for å få på plass dagligdagse ting som de fleste av oss tar for gitt:

En kommune hadde kun tilbud om felles aktiviteter for brukerne i et bo-felleskap. En av brukerne ønsket ikke å delta på slike fellesaktiviteter, men hadde stor glede av å gå en tur på den lokale puben og ta et glass rødvin en gang i blant. Dette ble det ikke noe av pga. kapasitetsmangel i tjenesten. Ombudet deltok i møte med pårørende og tjenesten blant annet for å få på plass individuell bistand til fritidsaktiviteter.



## Avlastning

Opphold på sykehus blir kortere, pasienter skrives ut til hjemmet raskere. Med denne samfunnsutviklingen er pårørendes innsats ofte avgjørende. Avlastnings-tiltak er tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid. Avlastningstiltak skal hindre overbelastning, gi omsorgsyter nødvendig fritid og ferie og mulighet til å delta i vanlige samfunnsaktiviteter. Det er viktig at de pårørendes behov for avlastning blir ivaretatt, også i et forebyggende perspektiv. Pårørendes innsats er en stor ressurs.

Det er få som klager på vedtak om avlastning, men de pårørende som gjør det vinner ofte frem. Tall fra årsrapportene til Helsetilsynet viser at det for årene 2014, 2015 og 2016 ble gitt helt eller delvis medhold i pårørendes klager til fylkesmennene om avlastning i nesten halvparten av sakene. Fylkesmennene behandlet gjennomsnittlig 207 klagesaker om avlastning årlig i denne treårsperioden. Det er urovekkende når kommunenes avgjørelser på dette området ikke står seg i nesten halvparten av klagesakene. Også ombudene erfarer mangelfull kunnskap og regelforståelse hos kommunene på dette området. Ombudene mottok 128 henvendelser om avlastning i 2017. I henvendelsene utgjorde spørsmål om rettigheter en vesentlig større del enn i saksmengden for øvrig. 65 % av henvendelsene om avlastning gjaldt spørsmål om rettigheter, som oftest manglende oppfyllelse av disse.

En aleneforsørger for et lite barn opplevde plutselig at kommunen reduserte, flyttet og endret et velfungerende avlastningstiltak. Barnet hadde behov for stabile og trygge rammer, og de store endringene kunne få negative konsekvenser for barnets utvikling. Mor fikk kun muntlig beskjed og ikke anledning til å uttale seg om endringene i forkant. Kommunen gav ingen begrunnelse for hvorfor de endret tilbudet, utover å vise til at de mente det nye tilbudet var forsvarlig. Ombudet bisto mor i møter med kommunen. Kommunen sto på sitt, men erkjente at det måtte fattes et skriftlig vedtak om endring og reduksjon. Ombudet bisto med å klage på vedtaket. Ledelsen i kommunen kontaktet da ombudet og hevdet det ikke var klagerett på et slikt vedtak. Senere hevdet kommunen de hadde fått muntlig klarsignal fra fylkesmannen for håndteringen. Det viste seg at saksbehandler hos fylkesmannen ikke kjente seg igjen i denne beskrivelsen. Saken fikk først sin avklaring etter at fylkesmannen opphevet kommunens vedtak som ugyldig og slo fast at det opprinnelige avlastningstilbudet

skulle gjelde. Den lille familien hadde da stått uten avlastningstilbud i flere måneder i påvente av sakens utfall.

Saken avdekket manglende kunnskap om helt grunnleggende rettsregler hos ledelse og nøkkelpersonell i kommunen. Spørsmålet er hvor mange andre i denne kommunen som har fått samme beskjed om at det ikke er klagerett.

I flere saker ser vi at kommunen ikke klarer å skille mellom pårørendes behov for avlastning og pasient eller brukers omsorgsbehov. Vedtak fattes der avlastning knyttes opp mot pasient eller bruker i stedet for omsorgsyter. Noen pårørende opplever det som en belastning at pasient eller bruker får tilsendt vedtak hvor pårørendes behov for avlastning drøftes. Det er også eksempler på at behovet for avlastning vurderes utelukkende ut fra pasientens funksjonsnivå, uten at omsorgsarbeidet til den som søker avlastning er kartlagt. Flere etterlyser bedre kontinuitet og rutiner for gjennomføring av avlastning, slik at fritiden kan planlegges. En del saker gjelder avlysning av avlastning ved sykdom hos ansatte og manglende plan for god nok bemanning.

Foreldrene hadde fått innvilget regelmessig avlastning for sitt utviklingshemmede barn. Familien hadde svært tyngende omsorgsoppgaver og også omsorgsansvaret for andre mindreårige barn. Avlastningen var avgjørende for hele familiens fungering. Flere ganger i året hadde kommunen gitt beskjed om at avlastningen måtte avlyses på grunn av sykdom eller ferieavvikling i personalgruppen. To ganger måtte familien avbestille planlagte ferieturer til utlandet fordi kommunen avlyste avlastningen. Ombudet deltok på møter mellom kommunen og foreldrene og kom med forslag til beredskapsplan ved sykdom eller ferieavvikling blant kommunens ansatte.-

## Omsorgen for våre eldre - trygg hele livet?

Kommunene har ansvaret for å gi kvalitativt gode tjenester og god og omsorgsfull hjelp til den enkelte. Mye fungerer bra, og vi vet at det i økende grad arbeides med kvalitetsforbedringer og økt fokus på pasientsikkerhet i kommunene. Men vi hører også om hjemmetjenesten som ikke kommer til avtalt tid, for korte

besøk, stadig nye hjelpere, mangelfull kompetanse, mangelfull klinisk registrering, og feil i medikasjonen. Slike erfaringer skaper utrygghet og engstelse både hos brukeren og pårørende. Oppslag i media omhandler gjerne uheldige hendelser. Den tillit vi alle er avhengig av å ha til systemenes fungering utfordres.

Tjenestene gis den enkelte avhengig av hvilket behov man har. En sykehjemsplass er kun aktuelt dersom helse- og omsorgshjelpen ikke tilfredsstillende kan gis i hjemmet. Sykehjemsplass vil i utgangspunktet først bli aktuelt når den enkelte har behov for en slik omfattende bistand. Ombudene erfarer ulik praktisering av når man tilbys eller innvilges sykehjemsplass. En kommune kan for eksempel tilby en innbygger sykehjemsplass fordi vedkommende har behov for mer enn tre hjembesøk pr døgn, mens andre kommuner er villig til å gi langt flere hjemmebesøk av hjemmetjenestene, fordi det vurderes som mer hensiktsmessig enn å tilby en sykehjemsplass. Her synes lokale variasjoner og geografi å spille inn.

Når det gjelder tjenester til de eldre er det ofte pårørende som kontakter ombudene. Vi hører om pasienter som skrives ut fra sykehus og sendes rett hjem til egen bolig, til tross for at sykehuspersonalet klart har uttrykt et behov for rehabiliteringsplass. Pårørende spør seg hvorfor kommunen ikke følger de faglige råd som sykehuslegen gir om hva pasienten trenger etter utskrivning. Mange pårørende undrer seg over at tilbudet fra kommunen er mindre enn det sykehuslegen på faglig grunnlag har ment er det rette for pasienten. Systemet er slik at sykehuset ikke har instruksjonsmyndighet overfor kommunen i forhold til hvilke tjenester pasienten skal tilbys. Sykehusets vurderinger skaper imidlertid klare forventninger hos pasienten, og mange opplever det som vanskelig å forstå at disse ikke forplikter kommunene.

Pårørende forteller også om innvilgede rehabiliteringsopphold, men hvor innholdet i rehabiliteringen synes svært sparsomt. En del etterlyser mer aktivitet, og gir beskrivelser av oppholdene som «oppbevaring». Behovet for forventningsavklaring er ofte fremtredende.

Ombudene blir kontaktet av fortvilte pårørende som ikke får sykehjemsplass for sine nærmeste. Sykehjemsplass er fortsatt i mange kommuner et «knapphetsgode». Fra pårørende til sykehjemspasienter hører vi om varierende kvalitet, med variasjoner fra en avdeling til en annen. Det kan være manglende legetilsyn eller svikt i hjelpen til basale behov som spising og toalettbesøk. Viktige tiltak som individuell tilrettelegging av tjenestene og rehabilitering blir ikke gjennomført. Vi hører om fallskader, liggesår, uoppdagede brudd og feilmedisinering, og saker

med mangelfull ernæring og dehydrering. Mangler i kvaliteten og kompetansen i den helsehjelpen som gis fører til unødvendige innleggelse og reinnleggelse på sykehuset, og det oppleves utrygt og belastende for pasienten. Dette bekymrer ombudene.

Vi mottar historier om eldre som er ut og inn av sykehus; svingdørspasienter. Skrives de ut fra sykehus for tidlig? Har kommunen gode nok tilbud for de?

Vi mottar også historier om skrøpelige eldre som i sine sykdomsforløp har svært mange forflyttinger, fra hjemmet, via fastlege/legevakt, til sykehus eller til Øyeblikkelig hjelp døgn, hjem igjen, nytt sted ny seng – forflyttet i sin skrøpelige tilstand. Mange reagerer på de mange forflytningene.

Noen ganger kan det være vanskelig å forstå forskjellen på tilbudet i en sykehjemsplass og i en bemannet omsorgsbolig. Hvilke tjenester de eldre skal søke om forutsetter kunnskap om de ulike tilbudene, og hva som vurderes som best for den enkelte. Det er ulikt lovverk for sykehjemsplass og omsorgsbolig. I en omsorgsbolig betaler man husleie for boligen og man må søke om helse- og omsorgstjenester. Ved behov for lege er det fastlegen som skal benyttes. Pasienter på sykehjem betaler for oppholdet. Betalingen avhenger av om man har korttidsplass eller langtidsplass. Som pasient på sykehjem er det sykehjemlegen som er ansvarlig for det medisinske tilsynet og oppfølgingen. Pasientene på et sykehjem har også rett til andre helsetjenester avhengig av behov. Dette skal ivaretas av sykehjemmet, og er ikke avhengig av at pasienten må søke særskilt om disse tjenestene – slik som pasienter i en omsorgsbolig må. Disse ulikhetene kommer ikke alltid like klart frem, og kan være vanskelig å forstå. Enkelte ganger er også tilbudene lokalisert samme sted, og hvor betegnelsene på tilbudene kan skape forvirring.

Kommunene har gjennomgående mange tilbud til de eldre. En økende andel tilbyr forebyggende hjemmebesøk. Ombudene er enig i at dette er et sentralt virkemiddel i kommunenes forebyggende arbeid. Slike samtaler kan gi informasjon om muligheter, skape trygghet, forebygge og sikre at rettigheter ivaretas.

**Ombudene mener at forebyggende hjemmebesøk bør være et tilbud til alle eldre over 80 år som ikke allerede mottar helse- og omsorgstjenester.**

Oppsummert fremhever ombudene viktigheten av at det skapes kvalitativt gode tjenester, som skaper den nødvendige tryggheten hos de eldre og deres pårørende.

## Rusavhengige må sikres bedre behandlingsforløp

---

Rusavhengige har ofte behov for ulike hjelpetiltak over tid. Da er det avgjørende at tiltakene er koordinert. Opphold i behandlingsforløpet kan være sårbare overganger der mange rykker tilbake til start. Slike situasjoner finnes blant annet fra tidspunktet pasienten gir uttrykk for å ønske behandling og frem til oppstart avrusning, eller i perioden mellom gjennomført avrusning og oppstart behandling. Andre overganger er opphold fra behandlingen er gjennomført til bolig er på plass, eller til skole, jobb eller andre aktiviteter er på plass. Dette må planlegges, helst bør dette arbeidet starte for oppstart behandling. En mer aktiv bruk av individuell plan vil kunne bidra til bedre behandlingsforløp. Pasient- og brukerombudene erfarer at mange rusavhengige fortsatt ikke har individuell plan.

Når pasienten har fått en individuell plan må det sikres at ikke planen fremstilles som et mål i seg selv, men som et nødvendig verktøy for å koordinere ulike hjelpetiltak og arbeidsoppgaver, noe som blant annet påpekes av Rusmiddelbrukerens interesseorganisasjon.

I løpet av 2018 innføres pakkeforløp også innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Virkningene bør følges nøye og evalueres forløpende. Pakkeforløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer for utredning og behandling der disse finnes. Målet er å stadig forbedre behandlingstilbudet og redusere uønsket variasjon slik at alle får så god og effektiv behandling som mulig. De skal ikke redusere den individuelle tilpasningen. Det er få fasitsvar om hvilken behandling som faktisk sikrer ønsket resultat, og det utfordrer standardiserte forløp mer enn på mange andre områder.

I tillegg til sømløse forløp etterlyses mer medvirkning ved valg av medikamenter og ulike forhold rundt henteordninger og bruk av urinprøver. Fortsatt mottar vi klager fra pasienter som har legemiddelassistert rehabilitering, og som forteller om mangel på brukermedvirkning ved valg av medisiner. De forteller at deres erfaringer ikke blir lyttet til og at LAR-veilederen følges for slavisk, spesielt i forhold til valg av substitusjonsmedikament. Det må være en forutsetning at pasienter også i denne delen av helsetjenesten får en individuell vurdering av sin tilstand.

En pasient ble skrevet ut av en institusjon for avrusning og utredning fordi han ruset seg etter å ha fått tilgang til et medisinskap. Han påklaget umiddelbart og ba skriftlig om oppsettende virkning. Dette ble avslått og beslutningen ble opprettholdt. Pasienten fikk så beskjed om at han selv kunne påklage dette til Fylkesmannen. Han tok deretter kontakt med ombudet som fikk historien bekreftet ved en henvendelse til institusjonen. På vegne av pasienten sendte ombudet en klage til fylkesmannen, samt en anmodning om å vurdere institusjonens rutiner for saks- og klagebehandling. Fylkesmannen konkluderte med at utskrivelsen innebar at pasientens rett til nødvendig helsehjelp ikke var oppfylt. Fylkesmannen påpekte videre at institusjonen hadde mangelfulle prosedyrer for behandling av klager og ba helseforetaket endre sine prosedyrer i henhold til aktuelt lovverk.

Pasientene og pasient- og ombudene etterlyser bedre begrunnede avgjørelser, som muliggjør økt forståelse for beslutningene, eventuelt gir bedre grunnlag for en klage.

## Prioritering av barn og unge – mindre snakk og mer handling

---

Det fokuseres i stadig større grad på forebygging, ikke minst når vi snakker om barn og unge. Det er positivt. Pasient- og brukerombudene erfarer likevel at helsetjenester til barn og unge ikke i tilstrekkelig grad møter de reelle behov.

Kommunen skal tilby helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsetjeneste i skoler og helsestasjonstjeneste.

En forutsetning for å nå foreldre og ikke minst barn og ungdom, er at de kjenner til tilbudene og at de oppleves som lett tilgjengelige. I dag er det store forskjeller i barn og unges tilgang til helsestasjon og skolehelsetjeneste, jfr. Rapport IS-2543 Kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

En mor til tvillinger på snart 3 år kontaktet pasient- og brukerombudet og fortalte at de ikke hadde fått innkalling til 2-års kontroll. Hun hadde kontaktet helsestasjonen flere ganger, og fått til svar at de ikke hadde lege tilgjengelig og at 2-årskontrollene derfor var satt på vent. Andre steder i kommunen hadde helsestasjonene et tilbud til 2-åringer. Etter henvendelse fra ombudet fikk tvillingene kontroll måneden etter. Kommunelegen forklarte at årsaken til opphopningen av 2-års kontroller skyldes problemer med å rekruttere ny lege, men at det nå var ansatt en ekstra lege og at de styrket legeressursene i en periode slik at de kom ajour med 2-åringene.

Helsedirektoratet vil ha en veiledende bemanningsnorm for helsesøstre i helsestasjon og skolehelsetjeneste, men vil ikke at den skal være juridisk bindende og redegjør for dette i rapporten: Utredning av bindende bemanningsnorm i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En tilsvarende norm ble forsøkt i 2010, uten at ønsket effekt ble oppnådd. Hvorvidt det er øremerkede midler eller andre løsninger som er svaret, er usikkert.

Det uttrykkes også bekymring for tilbudet til barn- og unge med psykiske lidelser. Fra foreldre, ungdom og ansatte i tjenestene etterspørres en økning i kapasiteten ved poliklinikkene og døgnavdelingene, men også at samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten styrkes, for bedre å utnytte hverandres kompetanse og ressurser.

En ung jente med en alvorlig spiseforstyrrelse opplevde å bli kasteball i helsetjenesten. I følge behandler i barne- og ungdomspsykiatrien skulle hun hatt et døgntilbud, men dette var ikke tilgjengelig grunnet liten kapasitet på døgnplasser. Foreldrene fikk opplyst at det flere ganger var meldt avvik om kapasitetssvikt, uten at situasjonen var endret. Foreldrene fikk ikke informasjon om klagemuligheter. Først ved henvendelse til pasient- og brukerombudet ble foreldrene orientert rett til å klage og fikk bistand til dette. Saken behandles nå hos tilsynsmyndighetene.

Som ellers i helsetjenesten etterspørres bedre kjennskap til og etterlevelse av pasient- og brukerrettighetene blant ledere og ansatte. Flere bør SI I FRA når hjelpetilbudet ikke samsvarer med behovet. Vi erfarer at ansatte i helsetjenesten i for liten grad veileder pasienter og pårørende om deres klageadgang.

## Ungdomsråd på sykehusene

Barnekonvensjonen artikkel 12 sier at ungdom har rett til å si sin mening og bli hørt.

I Nasjonal helse- og sykehusplan for perioden 2016-2019 ba regjeringen om at det som en del av arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste ble opprettet ungdomsråd i alle helseforetak. Fra flere hold, blant annet Barneombudet, roses Ungdomsrådet ved Akershus universitetssykehus for sin viktige innsats og pådriverrolle for å få til dette. Fortsatt har ikke alle helseforetakene lykket med å etablere et slikt råd. De går glipp av mye kunnskap om hvordan tilbudet til barn og unge på sykehus kan bedres. Dette gjelder for eksempel i forhold til overgangen fra å være barne- og ungdomspasient til voksenpasient, men også om det å være pårørende som barn og ungdom.

Gjennom henvendelser til ombudene og i kontakt med ungdomsråd på sykehus, er vi gjort oppmerksom på at overgangene mellom barne- og voksenavdelinger kan by på store utfordringer for pasientene. I overgangene settes samhandling på prøve og dette går ut over pasientene. De opplever mangelfull informasjon, manglende flyt i behandlingsforløpet og de forteller at det skaper utrygghet.

I oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene for 2018 tydeliggjøres en forventning om at de nå må sørge for at helseforetakene utvikler rutiner for



god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste. Rutinene skal være basert på beste tilgjengelige kunnskap. Ifølge dokumentene skal rutinene omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Pasient- og brukerombudene forutsetter at ungdomsrådene blir en tett samarbeidspartner i dette viktige arbeidet, og at de sykehusene som ikke har et ungdomsråd etablerer dette.

# Pasientforløpene – utfordringer

---

Pasienter ønsker seg trygge, forutsigbare behandlingsforløp av god kvalitet. Behandlingsforløpene starter gjerne med kontakt med fastlege, og eventuell henvisning til spesialisthelsetjenesten, eller ved akutt innleggelse i sykehus. Mange forteller om møter med dyktige og engasjerte helsepersonell, men mange har også erfaringer med pasientforløp som ikke oppleves som sømløst.

Vi vet at det arbeides kontinuerlig med forbedringer, både i forhold til kvalitet og effektivitet. Ombudene vil likevel trekke frem noen punkter som utfordrer de gode pasientforløpene, slik som:

- Dårlige henvisninger og varierende vurderinger av disse
- Manglende internhenvisning i utredningsfasen, slik at pasienten eventuelt må tilbake til fastlegen for å få ny henvisning
- Mangelfull planlegging av neste behandlingstiltak, for eksempel konkret operasjonstidspunkt eller neste kontroll
- Mangelfullt samarbeid internt og mellom ulike behandlingsteder
- Mangelfull informasjon til pasient og pårørende, både underveis i forløpet og i forbindelse med utskriving
- Mangelfull samhandling mellom tjenestenivåene, særlig ved utskriving
- For tidlig utskriving og risiko for reinnleggelse; svingdørsproblematikk
- Systemer/IKT løsninger som ikke understøtter oppgavene, og ulike systemer som ikke «snakker sammen»

## Fritt behandlingsvalg

Når pasienter har behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, har pasienter som hovedregel en rett til fritt å velge hvor en henvisning skal sendes for vurdering, og hvilket behandlingssted man vil benytte. Dette er i utgangspunktet bra. Ombudene har imidlertid erfaringer som viser svært varierende kjennskap til denne rettigheten - både hos pasienter og helsepersonell. Videre erfares varierende vilje til å informere om annet behandlingsted når kapasiteten er begrenset og hvor pasienten kan være tjent med å bli overført til annet behandlingssted. Dersom ikke tjenestene selv informerer om og hjelper pasientene med bruk av fritt behandlingsvalg, vil rettigheten kun være et gode for de som har kjennskap til rettigheten og har ressurser til å benytte den. Er

dette i samsvar med formålsparagrafen i pasient- og brukerrettighetsloven som viser til at befolkningen skal ha «lik tilgang på tjenester»?

Pasient hadde blitt vurdert og undersøkt på lokalsykehus med uavklart tilstand angående hudforandring. Pasienten ønsket at den videre behandlingen skulle skje på et annet sykehus i samme helseregion, og ba om å bli henvist dit. Pasienten fikk først avslag fra dette sykehuset med begrunnelse om at de måtte prioritere pasienter som bodde innenfor helseforetakets grenser. Pasienten klaget på avslaget og saken ble behandlet av Fylkesmannen. Fylkesmannen konkluderte i saken at sykehuset hadde feil tolkning av hvordan retten til fritt behandlingsvalg skulle praktiseres. Etter Fylkesmannens gjennomgang har sykehuset tatt denne problemstilling opp med alle sine enheter som mottar henvisninger og vist til at de har utarbeidet felles retningslinjer på dette området.

Vi erfarer også at virkeområdet for fritt behandlingsvalg er for lite kjent og praktiseres ulikt i tjenestene. utfordringer i praktiseringen av denne rettigheten gjør seg gjeldende både før oppstart av helsehjelpen og underveis i forløpet. I den akutte fasen kan man ikke benytte fritt behandlingsvalg.

Noen pasienter eller pårørende ønsker av praktiske årsaker å bytte sykehus under et behandlingsforløp. Årsaken til dette kan også være tillitsbrudd etter uheldige opplevelser eller hendelser ved det sykehuset de er innlagt. Ombudene erfarer at sykehusene i noen tilfeller nekter dette fordi de mener denne retten bare gjelder før innleggelse i sykehus og ikke når utredningen eller behandlingen er igangsatt. I en sak erkjente sykehuset at pasienten hadde en slik rett, men nektet likevel å overføre pasienten. Ombudet bistod pasienten med å sende klage til Fylkesmannen.

Systemet er lagt opp til at folk selv kan velge behandlingsted ved bruk av nettsidene på Helsenorge.no eller ved å ringe 800 HELSE (800 43 573). Ombudene er kjent med at svært mange av disse henvendelsene blir overført til pasientrådgivere i helseregionene som har spesialkompetanse på tjenesten velg behandlingsted. Ombudene erfarer at pasientene mottar veldig god veiledning hos disse pasientrådgiverne. Der møter man fagfolk, erfarne sykepleiere, med stor oppdatert kunnskap.

## Underveis

Ombudene mottar henvendelser som viser at pasientenes forventninger til behandlingsforløpene ikke innfris og at pasientrettighetene ikke etterlevs.

I årsmeldingen i fjor uttrykte ombudene bekymring for at virksomhetens fokus for å unngå fristbrudd går ut over kvaliteten på det totale pasientforløpet. Denne bekymringen har ombudene fortsatt. Det kan synes som om styringsdokumentene, med regler om hvilke økonomiske følger fristbrudd kan få for virksomheten, blir viktigere å følge enn pasientenes rett til et forsvarlig pasientforløp.

Ombudene erfarer at foretakene har fokus på å unngå fristbrudd for å unngå økonomiske følger, og mindre fokus på å hjelpe pasienten til å vurdere bruk av annet behandlingssted med kortere ventetid. Nytt behandlingssted blir i hovedsak presentert som et alternativ for pasienten når sykehuset ser de ikke har kapasitet til å gi helsehjelpen innen fristen, med risiko for økonomiske følger.

En kvinne ble henvist til sykehuset. Ved poliklinisk undersøkelse fikk hun opplyst at det var behov for operasjon med fjerning av to cyster. Da kvinnen ikke hadde hørt noe cirka 2 måneder etter konsultasjonen, tok hun kontakt for å etterspørre tidspunktet for operasjon. Sykehuset opplyste at man ikke «fant henne» satt opp for operasjon. Hun ble imidlertid satt opp for preoperativ time få dager senere. Under konsultasjonen ba hun om et tidspunkt for den planlagte operasjonen. Sykehuset kunne ikke gi et slikt eksakt tidspunkt, men beskjed om at hun ville få et innkallingsbrev. Hun fikk ikke noe slikt brev, og ringte på ny etter cirka to måneder for å høre om operasjonsdato. Hun fikk beskjed om at hun var satt opp til operasjon om kort tid. Et par dager senere fikk hun kontrabeskjed, operasjonen måtte utsettes ytterligere. Kvinnen tok da kontakt med pasientombudet, som skrev til sykehuset. Det ble formidlet at pasienten reagerte på den mangelfulle behandlingen/oppfølgingen, samt fravær av informasjon underveis. Det ble også formidlet at kvinnen hadde tapt tillit til sykehuset gjennom den dårlige håndteringen av henne, og at hun vurderte å benytte et annet sykehus, jfr. fritt behandlingsvalg. Kort tid etter ble kvinnen kontaktet av sykehuset og fikk tilbud om operasjon et par dager senere. Operasjonen var vellykket og cystene viste seg å være godartede. Sykehuset opplyste at de hadde vurdert lav risiko for at cysten var ondartet, og dette vår årsak til at hun ikke ble prioritert tidligere. Denne informasjonen hadde ikke blitt kommunisert til kvinnen. Hun hadde gått i flere måneder med en

ubegrunnet frykt for ondartet sykdom, i tillegg til å forholde seg til et sykehus der hun selv måtte følge opp for å få gjennomført en planlagt operasjon.

## Kontaktlege

Pasienten i spesialisthelsetjenesten ønsker seg en fast lege å forholde seg til. Dette har vært forsøkt løst på forskjellige måter tidligere. Fra september 2016 ble pasienter med alvorlig sykdom, skade og lidelse og med behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, gitt en rett til å få oppnevnt en kontaktlege. Dette er en rettighet aktuelle pasienter skal orienteres om, og spesialisthelsetjenesten plikter å gi informasjon om hvem som er pasientens kontaktlege. Ombudene erfarer imidlertid at denne pasientrettigheten ikke følges opp på tilfredsstillende måte. Ved en del sykehus ser det ut som at ordningen kun fungerer som en rett på papiret.

Med disse erfaringene fremholder ombudene viktigheten av at man etablerer ordninger som lar seg gjennomføre i praksis.

Eksemplene nedenfor er tatt fra hele landet:

En pasient ble fulgt opp for uheldelig kreft. Pasienten fortalte om flere episoder som ga inntrykk av mye rot, uorganisert system og generelt svært mangelfull informasjon. Pasienten hadde vært i kontakt med sykehuset og etterlyst kontaktlege. Sykehuset besvarte henvendelsen med at det er noe avdelingen ikke hadde mulighet til å få til. Ombudet sendte klage til sykehuset. Pasienten fikk en kontaktlege, men formidlet til ombudet at ordningen ikke fungerte. Ombudet har tatt det opp med sykehuset at ordningen med kontaktlege ikke er på plass.

Ombudet har fått opplyst at enkelte leger vegrer seg mot å ta på seg denne type oppgaver/funksjoner, fordi de ikke kjenner til innholdet i kontaktlegeordningen.

Datter tok kontakt med ombudet vedrørende moren som var under palliativ behandling på et sykehus. Pasienten opplevde stadig å få nye leger for hver konsultasjon, med dårlig kommunikasjon og samarbeid mellom avdelingene. Legene på vakt kunne ikke besvare spørsmål. Ingen kunne svare på hvem som var kontaktlege. Ombudet deltok sammen med pårørende i et møte med sykehuset. Dialogmøtet ble en god opplevelse og nyttig for begge parter. Datteren fikk gitt sin tilbakemelding. Avdelingsoverlegen uttrykte forståelse for mye av det som ble tatt opp.

Selv om det er etablert rutiner for kontaktlege, viser det seg at disse ikke alltid er kjent blant de ansatte:

Pårørende tok kontakt med ombudet fordi de opplevde at det var mange leger involvert i utredningen og behandlingen av pasienten. Legene sa ulike ting, svarte ulikt på pårørendes spørsmål, og etterlot et inntrykk av å være uenige med hverandre og samarbeidet ikke. Pårørende ble urolige, utrygge og slitne av kommunikasjonen som var både utmattende og irriterende. Ombudet informerte om retten til kontaktlege og ba pårørende anmode om dette. Da pårørende kontaktet sykehuset om dette viste det seg at legene ikke kjente til ordningen. De mente at kontaktlege i deres avdeling uansett måtte være den som «til en hver tid er på vakt». Ombudet tok saken opp i møter både med foretakets brukerutvalg, foretaksledelsen, klinikkjefer og avdelingssjefer. Det kom da frem at det var etablert rutiner for kontaktlegeordningen, men at verken pasientrettigheten eller rutinene var tilstrekkelig kjent hos helsepersonellet.

Ordningen med kontaktlege er viktig for barn og unge, som over tid må kombinere behandling, familieliv og skole på en best mulig måte. Det er ikke alltid det legges til rette, noe denne saken viser:

En mindreårig pasient var i et lengre utredning- og behandlingsforløp på sykehus på grunn av en kronisk lidelse. Utredningene tok tid og fremsto som dårlig planlagt. Blant annet ble en nødvendig henvisning til mer

spesialiserte tjenester liggende ubehandlet uforholdsmessig lenge. Kommunikasjonen mellom sykehus og foreldre, skole og fastlege var tidvis ikke god. Følgene av dette var usikkerhet omkring legemiddelbruk og dårlig fremdrift i arbeidet med å tilrettelegge skoletilbudet til barnet. Det var én lege som hadde hovedansvar for utredningen og som foreldrene hadde forholdt seg til. Vedkommende var kun tilgjengelig hver femte uke, noe som var problematisk med tanke på informasjonsbehovet og arbeidet med et helhetlig og tilrettelagt tilbud for barnet. Ombudet tok dette opp med sykehuset, som erkjente sakens faktiske sider og sørget for at pasienten fikk en kontaktlege som i større grad var tilgjengelig.

Pasientene har rett til informasjon og medvirkning, og de forventer koordinerte tjenester. Ombudene erfarer at ordningen med kontaktlege pr i dag ikke synes å fungere som forutsatt. Målet med kontaktlegeordningen er at oppfølgingen av hver enkelt pasient skal bli bedre, tryggere og mer effektiv. Mye arbeid gjenstår før dette er på plass.

## Hjem igjen med kunnskap i kofferten?

Behandlinger ved norske sykehus utføres enten som planlagte tjenester eller som øyeblikkelig hjelp. De planlagte aktivitetene representerer hovedvekten; cirka 80 %. Den gjennomsnittlige liggetiden i norske sykehus er stadig kortere, og i 2016 var den i snitt på 4,2 døgn (jfr. 7,5 døgn i 1989). Pasientene har i dag kort liggetid på sykehus, og de opplever at helsepersonellet har det travelt.

Gjennom årene har pasienter blitt gitt rett til informasjon og innsyn i egen journal. Noen får med seg epikrisen ved hjemreise. Vi erfarer likevel at både kommune og pasienter etterlyser informasjon om den mottatte behandlingen, om hvordan de skal forholde seg etter utskriving, og hva som skal følges opp. Mangelfull informasjon går igjen som et tema i de fleste av sakene hos ombudene.

Kvinne ble operert for brudd i hoften. Etter utskriving var hun i villrede om hva hun kunne gjøre og ikke burde gjøre, som nyoperert. Hun hadde en erindring om at det ble gitt noe informasjon fra en lege mens hun fortsatt var preget av narkose, men husket ikke noe fra samtalen. Hun hadde heller

ikke fått noe skriftlig informasjon. Helsepersonellet hadde ikke sikret seg at informasjonen var mottatt og forstått av pasienten. Det var heller ikke journalført at informasjonen var gitt.

Ombudene har trukket frem viktigheten av utskrivningssamtale. Vi erfarer at dette gjennomføres i for liten grad. Dette gjør pasienter og deres pårørende usikre, og det har uheldige konsekvenser.

En pasient hadde fått gjennomført omfattende og komplisert behandling i spesialisthelsetjenesten. Etter utskrivning fra sykehuset satt pasienten igjen med en del ubesvarte spørsmål om behandling og prognose som gjorde henne usikker. Hun tok derfor kontakt med aktuelle avdeling på sykehuset for å få informasjon om dette. Avdelingen på sykehuset opplyste at de ikke hadde kapasitet til å svare. Pasienten fikk beskjed om at hun måtte be fastlegen henvise henne inn til avdelingen på ny dersom de skulle sette av tid til å gi aktuell informasjon om behandlingen. Ombudet orienterte pasienten om retten til å få informasjon, og retten til å få nødvendig innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kontaktet avdelingen på ny og orienterte om dette, og fikk den informasjonen hun trengte.

PasOpp undersøkelsene hvor pasienter i somatiske avdelinger svarer på en del spørsmål, viser at sykehusene har dårligst score på informasjon ved utskrivning fra sykehus. Resultatene i disse årlige undersøkelsene viser liten bedring på dette punktet. «Trygg utskrivning» inngår som et av tiltakene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. *Ombudene forventer at slike utskrivningssamtaler blir en selvfølgelig avslutning på et hvert sykehusopphold.*





**Pasient- og brukerombudet i Hedmark og Oppland**

**Postboks 4326, 2308 Hamar**

**Telefon 62 55 14 90**

**E-postadresse: [ho@pasientogbrukerombudet.no](mailto:ho@pasientogbrukerombudet.no)**

**[www.pasientogbrukerombudet.no](http://www.pasientogbrukerombudet.no)**

**Du finner oss også på facebook**