



Saksframlegg

Saksmappe:
2014/19

Saksbeh:
Anette Nordstaa

Dato: 11.03.2014
Arkivkode:
200

Saksgang

Utvalg	Møtedato
Eldrerådet	24.03.2014
Rådet for funksjonshemmede	25.03.2014
Helse- og sosialkomiteen	27.03.2014
Bydelsutvalget	03.04.2014

Årsmelding Helse-, sosial- og eldreombudet 2013

Det vises til Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslos årsmelding for 2013, datert 01.03.14.

Sammendrag:

Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo legger hvert år frem sin årsmelding hvor de redegjør for sitt arbeid og fokusområder i året som gikk. Årsmeldingen for 2013 belyser enkelthistorier, samt setter fokus på strukturelle forhold som er av betydning for brukere av helse- og sosialtjenester.

Årsmeldingen omtaler områdene helse- og omsorgstjenester i Oslo kommune, NAV sosialtjenesten, barnevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og spesialisthelsetjenesten. Med unntak av noen tall på bydelsnivå for henvendelser som gjelder sosialtjenesten, er de øvrige kommunale tjenestene beskrevet for Oslo som helhet.

Helse-, sosial- og pasientombudet har nå et større fokus på helse- og omsorgstjenester enn tidligere, hvor hovedvekten av sakene var knyttet til sosialtjenesten. Det er også på disse områdene det er størst vekst i antall henvendelser.

Ombudet har i 2013 hatt et særskilt fokus på sykehjem og eldres rettigheter.

Helse- og omsorgstjenester

Det var i 2013 en stor økning i antall henvendelser til Ombudet som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo, fra 778 i 2012 til 1103 i 2013, dvs. en økning på 29,5 %. Det har vært størst økning i henvendelser vedrørende hjemmesykepleie, praktisk bistand og TT-kjøring. Økningen i antall henvendelser skyldes trolig at flere brukere er kjent med tilbudet til Ombudet.

NAV – sosialtjenesten

Antall henvendelser til Ombudet som omhandler sosialtjenesten i NAV i Oslo har gått ned fra 1489 i 2012 til 1381 i 2013, en nedgang på 7,2 %.

Det har vært en stor nedgang i antall henvendelser som gjelder Bydel Sagene, fra 113 i 2012 til 64 i 2013, dvs. en nedgang på 43 %. Til sammenligning mottok Ombudet 338 henvendelser til Bydel Gamle Oslo og 209 henvendelser til Bydel Grünerløkka.

Ombudet vil følge opp med egne rapporter der det vil bli redegjort for innholdet i sakene som gjelder den enkelte bydel.

Forslag til vedtak:

Årsmelding 2013 fra Helse-, sosial- og eldreombudet tas til orientering.

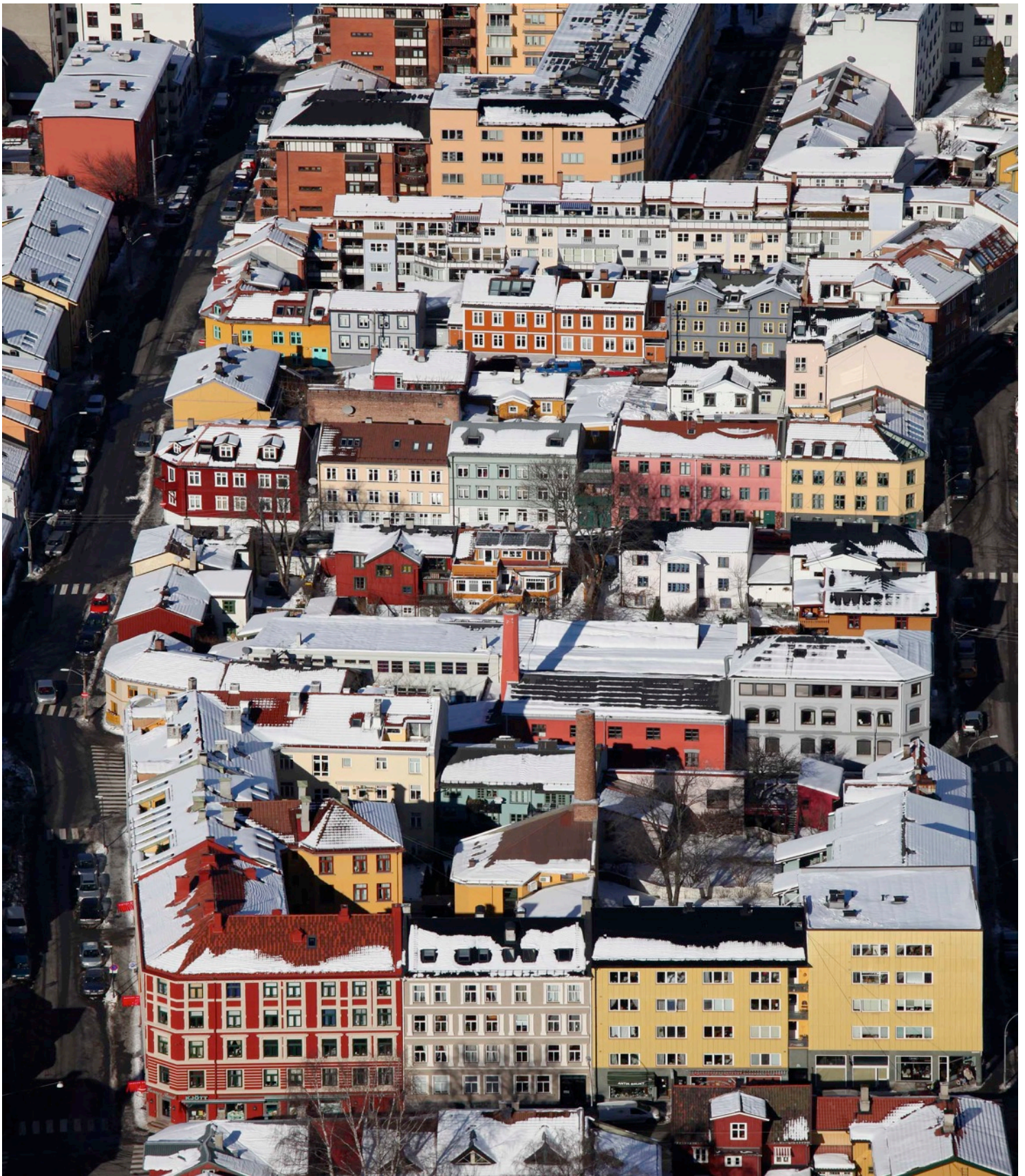
BYDEL SAGENE

Marius Trana
bydelsdirektør

Godkjent og ekspedert elektronisk uten underskrift

Trykte vedlegg:

Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo: Årsmelding 2013



Helse-, sosial- og eldreombudet i Oslo



Pasient- og
brukerombudet

Årsmelding 2013

Forsidebildet er hentet fra boken 'Over Oslo' fra 2011. Fotograf Rune Nylund Larsen



Helse-, sosial- og eldreombudet skal ivareta den enkeltes rettigheter og interesser, men samtidig bidra til økt kvalitet på tjenestene. Dette forutsetter en god dialog både med de som mottar og de som yter tjenestene, samtidig som vi skal ha et kritisk blikk for feil som begås. Balansegangen er krevende. Ikke minst når det som vil gagne den enkelte, bidrar til et dårligere tilbud til andre. Den samme utfordringen møter helse- og sosialtjenesten.

Vi må alle være på vakt mot at de som har den høyeste stemmen, de beste mediekontaktene, de sterkeste pasient- og brukerorganisasjonene prioriteres før andre fordi det er enklest slik.

Sykehusene i landet og stadig flere av kommunene har kliniske etikk komiteer. De kan bidra til bedre forståelse av mange av de krevende prioriteringene som gjøres – skjult eller åpent – i helsetjenesten. Vår gjesteskribent Thor Willy Ruud Hansen skriver mer om dette viktige arbeidet.

I årsmeldingen for 2013 er det forsøkt både å belyse enkelthistorier som påvirker folks liv, men også å se nærmere på strukturelle forhold med betydning for oss som brukere av helse- og sosialtjenesten.



Oslo, 01.03.14

Anne-Lise Kristensen

Helse-, sosial- og eldreombud

Etikk i helsetjenesten

I moderne medisin står både pasienter, pårørende og helsearbeidere ikke sjelden overfor svært vanskelige valg. Medisinen kan gjøre masse, og for meg som har vært lege i mer enn 40 år ser jeg at vi i dag med stor rutine gjør ting som vi ikke en gang fantaserte om på begynnelsen av 1970-tallet. Men ikke alt som er mulig er godt. Helsearbeidere står i situasjoner der det oppleves som om det man teoretisk kunne gjøre, ville være til mer plage enn gagn. Slike vurderinger kan være vanskelige å kommunisere og enda vanskeligere å forstå. Som pasienter har vi i kraft av helselovgivningen fått omfattende rettigheter, ikke minst retten til å bli informert og til å delta som et autonomt individ i beslutninger som gjelder vår egen helse. For pasienter og ikke minst pårørende kan det derfor være krevende å forstå hvorfor legen ikke uten videre gjør "alt som er mulig". Bildet av medisinske suksesser og det forholdet at Norge har blitt et svært rikt land, bidrar til en forestilling om at det ikke bør eller skal være noen grenser.

I slike saker er dialogen viktig. Den er også krevende, for både helsearbeider og pasient/pårørende. Legen som farsskikkelsen hvis tunge oppgave det var å vite best på vegne av den syke, er mye beskrevet i litteraturen. Den autonome pasienten er en ny skikkelse på helse-arenaen, og for mange leger og sykepleiere er det fortsatt en utfordring å vite hvordan man skal forholde seg til dette. Ikke minst er det vanskelig i situasjoner der det kan stilles spørsmål om pasienten har den beslutningskompetansen som skal til for å handle autonomt. Kravene som stilles til helsepersonell i slike situasjoner er store. Pasienten har rett til forståelig informasjon om sin helsetilstand og om de mulighetene for undersøkelse og behandling som finnes. Men det er ikke uvanlig, enten at legen eller sykepleieren ikke har den beste evnen til å forklare forståelig, eller at pasienten av ulike årsaker ikke er i stand til å forstå på en slik måte som kreves for alvorlige beslutninger. "Mangel på informasjon" er en gjenganger i klagesaker. Det forteller noe om hvor vanskelig det er å få det til godt, og at mange helsearbeidere trenger både å bevisstgjøres bedre og å øve seg mer. Det dreier seg ikke bare om evnen til å snakke og lytte, men også om å kunne forholde seg til andres sorg og lidelse på en empatisk måte.

Rettigheter dreier seg om jus, og derfor er juridisk kompetanse nødvendig når rettigheter skal tolkes. Men mange av de spørsmålene som er vanlige i helsevesenet, dreier seg mer om medisinsk kunnskap og vurdering koblet med medmenneskelighet og omsorg. Mange helsearbeidere føler seg ydmyke innfor de forventningene som stilles, og i slike situasjoner kan det være nyttig å ha et forum å bryne sine spørsmål og tanker på. På alle sykehus har vi nå kliniske etikk-komiteer hvis oppgave det nettopp er å bidra til en grundig gjennomtenkning av vanskelige valg. Vår erfaring er at en slik gjennomtenkning ofte fører til at partene kommer nærmere hverandre i forståelse.

Etikk beskrives av noen som «moralens teori», men i den kliniske etikken er vår virksomhet som oftest både jordnær og praktisk. Flertallet av sakene i KEKene på Oslo Universitetssykehus tar utgangspunkt i enkeltpasienters situasjon. Både pasientene selv, pårørende og ansatte kan bringe saker fram for KEK. Mange av sakene dreier seg om avslutning av livsforlengende behandling. Dette innebærer ofte svært vanskelige avveininger der elementer som lidelse, smerte og prognose ved fortsatt intensivbehandling holdes opp mot forventningene om medmenneskelighet og omsorg. Slike drøftinger kan av og til konkludere med klare råd om veien videre, andre ganger blir det tydelig at det går an å tenke ganske ulikt om en situasjon uten at det ene veivalget fortoner seg som klart riktigere enn det andre.

Kliniske etikk –komiteer startet som en prøveordning i Norge i 1996. I dag har alle helseforetak en eller flere KEKer, og også i kommunehelsetjenesten etableres det nå slike komiteer. KEKene har et nasjonalt mandat, der framgår det blant annet at de skal bidra til økt etisk bevissthet og kompetanse om verdispørsmål samt stimulere til systematisk etisk refleksjon. De skal også bidra til forståelse av spørsmål knyttet til ressursbruk og prioriteringer i helseforetakene. Vi har f.eks. hatt saker der spørsmålet om kostnaden ved eksperimentell behandling ble satt opp mot andre pasienters behov

og rettigheter innenfor det samme budsjettet. Spørsmål om prioritering på det prinsipielle plan er vanskelig også i det offentlige ordskiftet. Enda mer krevende blir det når det står om enkeltmenneskets liv og framtid.

Når vi tenker rundt vanskelige saker, bruker vi gjerne noen "ideelle fordringer" som referansepunkter. Disse er å gjøre vel, unngå å gjøre skade, rettferdighet og autonomi.

I saker om barn løfter vi også ofte fram samfunnets forpliktelse til å påse at det vi gjør for og med barn skal ha "barnets beste" som siktemål. Det er ikke gitt at man finner løsninger på en sak som fortøner seg perfekt ut fra alle disse fordringene, og da blir det viktig å si noe om hvilke grunner man ser for å prioritere ett perspektiv framfor andre. I slike saker blir det spesielt viktig å ha pasientens perspektiv tydelig for seg. I KEKene på Oslo Universitetssykehus prøver vi derfor i de fleste saker som angår enkeltpasienter å ha pasienten selv til stede. Hvis ikke dette er mulig, ber vi om at pårørende forteller oss om pasienten og synliggjør pasientens og familiens perspektiv.

Møter med pasienter, pårørende og sykehuspersonell kan innebære veldig sterke opplevelser. Samtidig er arbeidet veldig givende, fordi vi så ofte opplever at vi kan bidra til avklaring og tydeliggjøring.



Thor Willy Ruud Hansen
Leder av Klinisk Etikk-komité
Oslo Universitetssykehus

Innholdsfortegnelse

OM HELSE-, SOSIAL- OG ELDREOMBUDET	6
Antall henvendelser	6
Bistand til den enkelte	6
Helse-, sosial- og eldreombudets bidrag til økt kvalitet i helse- og sosialtjenesten	8
Særlig arbeid overfor eldre	8
SAMHANDLINGSREFORMEN	9
HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I OSLO KOMMUNE	10
Erfaringer uavhengig av tjenestetilbud	11
Kommunikasjon	11
Veiledningsplikten	11
Ansvarsforhold og bydels/kommunetilhørighet	12
Forsvarlig journalføring	12
Bekymring for å klage	12
Psykisk helsearbeider i bydelene	13
Omsorgsbolig og barnebolig:	13
Helsestasjon/skolehelsetjeneste:	14
Hjemmesykepleie	14
Allmennlegetjenesten	15
Legevakt	16
Sykehjem	17
Tildelingsprosessen	17
Kvaliteten på sykehjemmet	18
TT-kort	20
Avlastning og omsorgslønn	22
NAV SOSIALTJENESTEN	22
Hva omhandler henvendelsene til Ombudet?	24
Tilgjengelighet	25
Saksbehandling	25
Dokumentasjonskrav	26
Nødhjelp	26
Juletillegg	27
Bytte av saksbehandler	27
Boligbehov og boligtilbud	27
Kommunale boliger – tilbud og etterspørsel	27
Kommunale boliger – standard	28
Midlertidig døgnovernatting:	29
Sosialhjelp til arbeidsinnvandrere	29
BARNEVERN	29
TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	30
SPESIALISTHELSETJENESTEN	31
Manglende koordinering av behandlingsforløp	33
Brudd på pasientrettigheter	34
Fungerer fritt sykehusvalg?	36
Får pasienter forsvarlig helsehjelp, når de ikke gis rett til nødvendig helsehjelp?	36
Samtykkekompetanse	37
Informasjon og medvirkning i psykisk helsevern	38
Oslo universitetssykehus 2013	38
Klinikk for diagnostikk og intervensjon - Brystdiagnostisk senter	38
Klinikk for kirurgi og nevrofag	39
Kvinne- og barneklubben - Nyfødt intensiv på Rikshospitalet	39
Når det går galt	40
Et tillitsskapende tilsyn?	41

Ombudets anbefalinger

Pasienter må rutinemessig få tilbud om kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar

Tiltaket bedrer informasjonen til pasienten og samarbeidspartnere, og kan forhindre feilinformasjon og feilbehandling.

Pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte helsetjenester har krav på en koordinator. Innfri denne retten.

Pasienter og pårørende melder fra om at det er de selv som må sikre koordinering og følge opp at de får den behandling og de hjelpetiltak de skal.

Det må opprettes en meldeordning om uønskede hendelser i kommunehelsetjenesten, tilsvarende den som gjelder for spesialisthelsetjenesten

Mer komplekse behandlingsforløp ivaretas av kommunen som følge av samhandlingsreformen. Læring av feil er ikke mindre viktig her enn i spesialisthelsetjenesten.

Nav sosialtjenesten må tilby inntektssikring OG sosialfaglig arbeid

Oslo kommune må påse at Nav sosialtjenesten har de ressurser som er nødvendig for å sikre at brukere av Nav sosialtjenesten får sine lovpålagte rettigheter. Dette innebærer ikke bare inntektssikring, men at Nav kontorene også skal ha ressurser til å sikre at den enkelte tjenestemottaker får mulighet til å leve og bo selvstendig og oppleve sosial inkludering og aktiv deltakelse i samfunnet. Barn og unges situasjon og behov skal særlig vurderes og vektlegges.

Øk tilgjengeligheten til Nav – reduser frustrasjonene

Oslo kommune må sikre at Nav sosialtjenesten er i stand til å ivareta tilgjengeligheten til sine tjenester, og imøtekomme Nav sitt uttalte servicemål om tilbakemelding på henvendelser innen 48 timer. Dette krever gode tekniske løsninger og kulturskapende holdningsarbeid.

Øk bokkvaliteten i kommunale boliger

I fjorårets årsmelding anbefalte Ombudet at det ble gjort en ny brukerundersøkelse blant leietakere i kommunale boliger, og at Kommunerevisjonen foretok en ny revidering av Boligbyggs oppfølging av sin boligmasse. På bakgrunn av våre erfaringer er det anbefalinger vi holder fast ved.

Øk vedtakskompetansen i kommunen/bydelen som ledd i den interne kvalitetskontrollen

Ombudet mottar ukentlig kopi av vedtak som ikke fyller formkravene - ei heller begrunnelse for avslaget. Dette gir mangelfull informasjon om de vurderinger som er gjort, svekket rettsikkerhet og medfører vanskeligheter for klientene når de skal klage. Det medfører igjen forsinkelser i saksbehandlingsprosessen som kunne vært unngått.

Redelighet i rapportering

Rapportering skal synliggjøre virkeligheten, virkeligheten skal ikke tilpasses rapporteringen. Ombudet er for eksempel bekymret for om kravet til null fristbrudd i spesialisthelsetjenesten kan påvirke hvilke frister som settes, og hvilke type tiltak som anses tilstrekkelige til at fristbrudd unngås. Pasienter klager på at de fikk en kort samtale, når de egentlig skulle hatt en operasjon.

Styrk koordineringen av pasientforløpene

Effektive pasientforløp er god pasientbehandling, en styrke for arbeidsmiljøet og god samfunnsøkonomi. Sykehusene må lære av de som gjør det best.

OM HELSE-, SOSIAL- OG ELDTREOMBUDET

Helse-, sosial- og eldreombudet skal arbeide for at det i Oslo kommune ikke blir gjort urett mot helse- og sosialtjenestenes brukere, og at ansatte som virker i kommunens tjeneste ikke gjør feil eller forsømmer sine plikter.

Helse-, sosial- og eldreombudet er også Pasient- og brukerombud i Oslo, og skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Helsedirektoratet er ansvarlig for at alle fylker i landet har en slik ordning, og kjøper disse tjenestene av Oslo kommune.

Ombudets arbeidsområde omfatter den offentlige helse- og sosialtjenesten, og private institusjoner der det offentlige dekker driftsutgifter eller kjøper tjenester. Arbeidet utføres i tråd med instruks gitt om Ombudets virksomhet av Oslo bystyre og pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 8.

Antall henvendelser

I 2013 mottok Helse-, sosial- og eldreombudet 4310 nye henvendelser. En økning på 8 % fra året før. Ser vi på utviklingen fra 2011 til 2013 har antall henvendelser til kontoret økt med 32 %. Henvendelsene er få sett i forhold til omfanget av de tjenester som tilbys innen helse- og sosialsektoren. Erfaringen er likevel at historiene bak henvendelsene kan være til stor nytte i tjenestestedenes kvalitetsarbeid. Ofte avdekker enkeltsaker svikt i tjenestene som omfatter flere pasienter og brukere enn de som henvender seg til Ombudets kontor. Dette bekreftes blant annet gjennom tilsyn og revisjoner gjort av Fylkesmannen, Statens helsetilsyn, Riksrevisjonen, Kommunerevisjonen og konsernrevisjonen i foretakene.

Henvendelsene vi mottar har fordelt seg på følgende måte de tre siste årene:

	2011	2012	2013
Spesialisthelsetjenesten	925	1218	1268
Kommunehelsetjenesten	498	652	985
Kommunale omsorgstjenester	104	126	208
Nav sosialtjenesten	1446	1597	1381
Barnevern	38	32	38
Nav trygd og arbeid	154	173	148
*Annet	221	224	159
Sum	3386	4022	4310

* Annet inkluderer henvendelser fra utenfor Oslo, utenfor saksområde, og henvendelser som ikke inneholder tilstrekkelig informasjon til at de lar seg kategorisere.

Bistand til den enkelte

Våre brukere representerer alle lag av Oslos befolkning, både hva gjelder alder, kjønn, sosial og kulturell bakgrunn. Hvilken hjelp den enkelte får, avhenger av sakstype og hva som har skjedd i saken tidligere, og kan variere fra klient til klient. Helse-, sosial- og eldreombudet ser også at enkelte brukergrupper har spesielle behov på grunn av kulturforskjeller og/eller språkutfordringer. Alle som kommer til oss, får tilbud om tolk dersom de trenger det. Enkelte kan også være så fysisk og psykisk syke, at de ikke er i stand til å ivareta egne behov. Vi møter klienter som har "falt utenfor eller er i

ferd med å falle utenfor” samfunnet for øvrig. Vi har saker der vi er i dialog med sosialtjenesten for å ivareta klienter som for eksempel er utestengt derfra.

Helse-, sosial- og eldreombudet søker å løse saker på et lavest mulig nivå, og alle saksbehandlere har utstrakt brukerkontakt. Ofte vil det å ta en telefon bidra til opprydding av misforståelser og hjelp til kommunikasjon mellom bruker og tjenestested, slik at brukernes rettigheter sikres. Slik kan vi bidra til oppklaringer som hindrer at det blir fattet uriktige vedtak i bydelen, og lange formelle klageprosesser unngås. Noen saker krever en mer formell saksbehandling. Dette skjer ved skriftlig korrespondanse med tjenestestedene, og en del av sakene sendes til tilsynsmyndighetene eller Norsk pasientskadeerstatning. Ofte ser vi at rettighetsklager omgjøres av førsteinstansen, og dermed ikke blir oversendt klageinstansen. Slik som i denne saken:

En kvinne kontaktet Ombudet da hun opplevde at hun ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra sosialtjenesten. Hun var aleneforsørger for fem mindreårige barn. Sosialtjenesten hadde gitt stønad ut fra norm på enslig forsørger "med tre barn eller flere", hun fikk økonomisk stønad kun for tre barn uten ytterligere vurderinger. Sosialtjenesten hadde tidligere også innvilget 500 kroner til kjøp av seng, mens kvinnen mente det ikke strakk til. Videre hadde hun søkt om tilleggsstønad til kjøp av briller og kun fått innvilget 995 kroner for innfatning og synsundersøkelse, ikke for glass. Ombudet påklaget vedtaket på vegne av kvinnen, og fikk først en midlertidig forvaltnings melding tilbake. Deretter sendte bydelen et brev der de forsøkte å tilbakevise punkter i klagen, og stilte spørsmål om vi ønsket å opprettholde klagen. Dette mente Ombudet kunne karakteriseres som trenering, da klage som ikke får medhold i 1. instans skal sendes klageinstans for endelig avgjørelse. Ombudet tilskrev bydelen igjen, opprettholdt alle punktene i klagen og anmodet om rask saksbehandling, eventuelt oversendelse til Fylkesmannen. Etter skriftlig påminnelse fikk vi svar fra bydelen, to og en halv måned etter at opprinnelig klage ble sendt. Bydelen omgjorde sitt tidligere vedtak, foretok en konkret vurdering av kvinnens økonomiske situasjon basert på reelt antall barn, og innvilget i tillegg ekstraytelse til seng og klargjorde hvilken dokumentasjon de manglet for å behandle søknad om briller.

Ombudet deltar også i møter med tjenestested og bruker/pasient/pårørende for å bidra til avklaringer og bedret samarbeid. Noen saker lar seg raskt løse ved å ta en telefon, andre saker jobbes det med over måneder for å finne gode løsninger eller få en vurdering av om riktig bistand er gitt.

Tabellen viser tiltakene som er benyttet i våre saker i 2011 – 2013

	2011	2012	2013
Råd og veiledning	2204	2876	3245
Muntlig avklaring	542	610	655
Skriftlig avklaring/klage	283	283	284
Fylkesmannen/klagenemnd	116	126	79
Møte med tjenestested	40	53	66
Mottatt info/annet	463	405	255
Råd og veiledning NPE	88	150	202
Bistand NPE	14	15	13
Sum	3750	4518	4799

* Flere tiltak kan være benyttet i samme sak, derfor stemmer ikke totaltallet med antall saker.

Helse-, sosial- og eldreombudet arbeider systematisk for å nå flere brukere enn de som oppsøker vårt kontor. Dette har bakgrunn i antagelsen om at noen av de som har størst behov for bistand, nødvendigvis ikke selv henvender seg til vårt kontor.

Helse-, sosial- og eldreombudets bidrag til økt kvalitet i helse- og sosialtjenesten

Ombudet benytter erfaringer fra saker vi arbeider med, fra dialogen med tjenestesteder, brukerorganisasjoner og andre med kunnskap om tjenestene i denne delen av vårt arbeid. For å kunne bearbeide og lære av alle de sakene som er behandlet hos oss, er innhold i sakene registrert i et fagsystem. Selv om hver sak representerer noe unikt for den klienten saken gjelder, viser gjennomgang av statistikken vår ofte at flere saker har mange fellestrekk. I andre situasjoner vil enkeltsaken være unik, men likevel av prinsipiell karakter som kan gi læringsutbytte.

Ombudet gjennomgår og bearbeider informasjon og statistikk før møter med ulike aktører og tjenestesteder. Målet er at tjenestestedene og politisk og administrativ ledelse kan bruke informasjonen de får fra oss i eget kvalitetsarbeid.

Helse-, sosial- og eldreombudet har i 2013 formidlet våre erfaringer i møter med tjenestestedene, med politisk og administrativ ledelse i byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester, møter med Helse- og sosialkomiteen, møter med administrativ og politisk ledelse i bydeler, i Departement og Storting og med tilsynsmyndighetene.

Ombudet er i økende grad benyttet som foredragsholder om pasient- og brukerrettigheter, og pasient- og brukererfaringer.

Særlig arbeid overfor eldre

Eldre har krav på helse- og sosiale tjenester på lik linje med andre. De fleste får imidlertid et økende behov for slike tjenester med årene. Mange vil samtidig hevde at dette er en gruppe som i mindre grad enn andre etterspør og krever sin rett.

Ombudet har fra 2012 en egen rådgiverstilling som følger opp tjenestetilbudet til eldre på et mer overordnet nivå. Denne stillingen utfyller det arbeidet som allerede gjøres for denne delen av byens befolkning av kontorets ansatte.

For å styrke eldres ivaretagelse av egne rettigheter har Ombudet drevet utstrakt informasjonsvirksomhet overfor denne gruppen i 2013. Informasjonen er gitt direkte til eldre, men også til pårørende som i mange tilfeller er de som ivaretar de eldres rettigheter. Det har vært møter på dagsentrene, sykehjem, pårørendemøter på sykehjem, foredrag på Pårørendeskoler, innlegg på ulike konferanser med søkelys på tjenester til eldre.

Når Ombudet har hatt møte med ledelse og ansatte ved sykehjemmene, er det bidratt med erfaringer fra enkeltsaker vi har hatt ved det aktuelle stedet og bearbeidet statistikk. I tillegg har en gjennomgang av resultater fra kvalitetsrapportene og bruker- og pårørendeundersøkelser ved sykehjemmet vært tema. Disse gir et godt utgangspunkt til å diskutere den generelle situasjonen ved sykehjemmene.

I forbindelse med Verdensdagen for psykisk helse, der tema i år var "se hverandre, gjør en forskjell", var Ombudet i samarbeid med Rådet for psykisk helse, Mental helse ungdom og Velferdstinget i Oslo og Akershus med på å gjennomføre flere arrangementer for eldre i Oslo. Målet var å sette fokus på eldres mentale helse. Helse-, sosial- og eldreombudet har også hatt møter med eldrerådene og

deltatt i forberedelsene og gjennomføringen av arrangementet i Rådhuset i forbindelse med FNs internasjonale eldredag.

For utfyllende informasjon om Helse-, sosial- og eldreombudet vises det til [Ombudets årsberetning](#).

SAMHANDLINGSREFORMEN

Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. Pasienter og brukere skal få tidlig og god hjelp når de trenger det, nærmest mulig der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted gjennom et helhetlig og koordinert tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesten.

Pasienter blir nå utskrevet fra sykehus tidligere enn før og har behov for mer medisinsk oppfølging i kommunehelsetjenesten. Det krever god informasjonsutveksling. Ofte mangler vesentlig informasjon om pasienten, som ajourførte medisinlister, gode epikriser og behov for hjelpemidler. Saker til Ombudet avdekker uenighet mellom sykehuset og kommunen i hvilke behandlings- og oppfølgingsbehov pasienten har. Fra flere hold reises det spørsmål om helsetjenesten i kommunen har tilstrekkelige ressurser til å møte de endrede oppgavene.

Våre erfaringer viser at terskelen for å få langtids sykehjemsplass oppleves høy og at avlastnings- og rehabiliteringstilbud kan være vanskelig å få. Det uttrykkes bekymring for om pasienter som blir utskrevet fra sykehus blir prioritert fremfor hjemmeboende med behov for avlastning, rehabilitering og sykehjemsplass. Videre viser saker som omhandler sykehjem at mange pårørende er misfornøyd med innholdet i den behandling, pleie og omsorg som gis.

Da samhandlingsreformen ble innført i 2012 ble det innført en kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten, begrenset til somatiske sykehus. Dersom en kommune ikke kan ta imot en pasient som er ferdigbehandlet på sykehus, må kommunen betale kr 4000 per døgn. Slik medfinansiering er ikke innført i psykiatrien, og kommunene har derfor ikke det samme presset til å skaffe et egnet behandlingstilbud straks psykiatrisk spesialisthelsetjeneste melder at pasienten er utskrivningsklar. Det samme gjelder for spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet. Det er gitt signaler om innføring av kommunal medfinansiering også innen psykisk helsevern og spesialisert behandling av rusavhengige. Det er et behov for at det bygges opp kompetanse og kapasitet overfor disse pasientgruppene uavhengig av hvilken finansieringsordning som velges.

Ombudet ble kontaktet av en mann som var innlagt på en akuttavdeling. Avdelingen hadde tatt han inn for innleggelse en uke, til tross for at de egentlig ikke anså at deres avdeling var riktig instans. Målet var imidlertid at han kunne få stabilisert sin situasjon. Nå fryktet pasienten for hva som ventet han i sin egen bydel når han ble utskrevet. Hans oppfatning var at bydelen i for lang tid hadde tilbudt han mangelfull hjelp, noe som gjorde han sykere. Ombudet fikk bekreftet dette synspunktet av behandlingsansvarlig på sykehuset hvor mannen var innlagt. De var kjent med at spesialisthelsetjenesten tidligere hadde anmodet bydelen om skaffe et tilstrekkelig tilbud, uten at dette var etterkommet. Ombudet bistår klienten videre i sak overfor bydelen.

Spesialisthelsetjenesten gir uttrykk for bekymring, de får ikke skrevet ut behandlingsklare pasienter fordi bydelene ikke har nødvendig tilbud etter utskrivelsen.

Kunnskapssenteret undersøker årlig pasienters erfaringer med norske sykehus. I sin rapport Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2012 oppsummeres hovedfunnene som berører samhandling direkte som følger: *Det er forbedringspotensial i norske sykehus, spesielt på indikatorene utskriving, samhandling, ventetid og organisering av sykehusets arbeid. 52 prosent av pasientene mener at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" ble informert om hvilke plager de kunne regne med å få i tiden etter utskriving. 49 prosent av pasientene mener at de "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" fikk informasjon om hva de kunne gjøre ved eventuelle tilbakefall. 40 prosent av pasientene opplevde "ikke i det hele tatt", "i liten grad" eller "i noen grad" at sykehuset samarbeidet bra med fastlegen om det de var innlagt for.*

For å sikre et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud i helse- og omsorgstjenesten må tiltak iverksettes på dette området. Det vil også bidra til økt trygghet og tillit hos pasientene.

HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I OSLO KOMMUNE

Oslo har i sum gode helse- og omsorgstjenester. Men de kan bli bedre. Mange av de som oppsøker Ombudet har mistet tilliten til tjenestestedet de er avhengig av, i en svært sårbar situasjon i livet. De er ute av stand til å stelle seg selv, de er syke eller pårørende til syke og døende. Tilliten har fått en brist fordi tjenesten ikke gis når den er lovet, ikke følges opp, ikke gis i det hele tatt eller gis på en måte som ikke gir forventet resultat. At det innrømmes når feil skjer eller tilbudet er mangelfullt inngir tillit. Når uheldige hendelser og mangelfulle tjenestetilbud benektes eller bortforklares skaper det mistillit. Tillit er en skjør ting. Den rives raskere ned enn den bygges opp.

Ombudet hadde økning i antall henvendelser som omhandlet kommunale helse- og omsorgstjenester i 2013. Ombudet vil bemerke at tallene i seg selv ikke sier noe om kvaliteten på tjenestene. At henvendelsene til Ombudet økte i fjor, kan trolig heller forklares med at Ombudet har lyktes i å bli bedre kjent, enn at kvaliteten på tjenestene er blitt dårligere. Sannsynligvis vil antall henvendelser fortsette å øke ettersom stadig flere blir kjent med ordningen. Ikke sjelden hører vi personer som henvender seg sier at dette hadde de gjort for lenge siden, om de hadde vært informert om muligheten. Det oppfatter vi som positivt, fordi vi kan være til nytte for folk, men også fordi det gir tjenestene og ansvarlige politikere flere tilbakemeldinger om hvordan kvaliteten på tjenestene kan styrkes, og muligens også om områder hvor det bør settes inn økte ressurser.

Henvendelsene om kommunale helse- og omsorgstjenester har fordelt seg som følger i 2011-2013

	2011	2012	2013
Heldøgns boform/institusjon	778	233	355
Hjemmesykepleie	25	41	68
Allmennlegetjeneste	200	211	280
Annen Kommunehelsetjeneste	36	60	65
Psykisk helsearbeid	28	22	29
Legevakt	23	31	40
Helsestasjon, skolehelsetjeneste	12	7	6
Fengselhelsetjeneste	2	12	14
Rehabilitering, habilitering	13	35	38
Praktisk bistand	43	54	128
Brukerstyrt personlig assistent	14	14	13
Avlastning/støttekontakt	21	34	28
Omsorgslønn	4	12	17
Barnebolig/omsorgsbolig	7	12	22
Sum	630	778	1103

Erfaringer uavhengig av tjenestetilbud

Ombudet erfarer stor variasjon fra tjenestestedene i om de henviser til Ombudet eller ei. Særlig fastleger kjenner dårlig til Ombudet og dets mandat. Når dialog opprettes gis det gode tilbakemeldinger fra både pasienter, klienter, pårørende og tjenestesteder – også der en klage er utgangspunktet for dialogen. Ombudet ser at bruken av kontorets kompetanse som ”mellommann” er positivt. De fleste av klientene som henvender seg er avhengig av tjenesteyter også i fremtiden og ønsker primært en god relasjon til tjenestestedet.

I 2012 hadde Ombudet dialog med Byrådsavdelingen for eldre og bydelene om at informasjon om Ombudet burde gis samtidig med vedtak som kommunen treffer. Dette ble inntatt som standardtekst i vedtakene i 2013.

Kommunikasjon

God og effektiv helsehjelp forutsetter samhandling og kommunikasjon mellom pasienter og i mange tilfeller mellom pårørende og helsetjenesten. Hva sikrer god kommunikasjon? Bruk av tolk kan være nødvendig. Ombudet ser at det stadig brukes familiemedlemmer eller pårørende som tolk. Dette er meget uheldig og innebærer stor risiko for feilinformasjon.

Når det gjelder de ansattes språkkunnskaper på tjenestestedene er dette stadig kilde til kommunikasjonsvansker mellom pasient og ansatte, samt mellom pårørende og ansatte. Det er ikke alltid tilstrekkelig at ansatte tilfredsstiller de formelle språkravene kommunen stiller. Ledelsen har et selvstendig ansvar for å sikre at de ansattes språkkunnskaper er tilstrekkelige til å sikre nødvendig og forsvarlig kommunikasjon med pasienter, pårørende og andre.

Veiledningsplikten

Ombudet vil understreke veiledningsplikten som påligger tjenesteytere. Den innebærer en aktiv plikt, men Ombudet erfarer at omfanget av informasjon som gis ut blir for snevert. Det kan være vanskelig for klientene å stille alle relevante spørsmål vedrørende søknad om for eksempel omsorgsbolig eller

sykehjem. De kjenner ikke alltid til omfanget av tilbud kommunen har, og skal informeres om tilbud som kan være aktuelle.

I dialogen mellom en eldre dame og en bydel var hennes ønske om fast sykehjemsplass oversett. Ombudet viste til at bestillerenheten måtte hjelpe kvinnen med å nedtegne en søknad når det var det pasienten ønsket og hun ikke selv klarte det. Bestillerenheten endret sine vedtak og nedtegnet en søknad om fast sykehjemsplass på bakgrunn av Ombudets henvendelse. Vurderingsbesøk skal gjennomføres både for å oppklare eventuelle misforståelse i de faktiske forhold rundt pasienten, og for å vurdere behovet for fast sykehjemsplass.

Ansvarsforhold og bydels/kommunetilhørighet

Ombudet har hatt flere saker som omhandler tvist om hvilken bydel eller kommune som har saksansvaret for klienten/pasienten. Det til tross for at dette er regulert i både rundskriv og fellesskriv for Oslo kommune.

Ombudet ble kontaktet av en ansatt på sykehuset som hadde en utskrivningsklar pasient. Det var tvist om hvilken bydel som skulle ha oppfølgingsansvaret for pasienten. Ingen av bydelene var særlig interessert i å ta imot henvendelser fra pårørende eller starte saksbehandling av aktuelle søknader. Ombudet påpekte at det var bydel A som var ansvarlig og henviste til fellesskrivet som pålegger bydelene å oversende saken til byrådsavdelingen innen fristen dersom bydelene ikke kommer til enighet. Ombudet purret senere på svaret og etter ca 4 måneder fikk Ombudet skriftlig tilbakemelding og bekreftelse på bydelstilhørighet.

Forsvarlig journalføring

Journalen er et sentralt dokument og kilde til informasjon for alle klienter og pasienter. Når feil informasjon gjentas ofte nok i journalen, blir denne lagt til grunn som korrekt informasjon. Samhandlingsreformen har medført et raskere og tettere behov for tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Dette forsterker behovet for en korrekt og forsvarlig journalføring. I enkelte saker hos Ombudet avdekkes det store mangler og ufullstendige journaler hos både fastleger, hjemmesykepleie og på sykehjem.

Bekymring for å klage

Ombudet har gjentatte ganger påpekt at pårørende og klienter kan kvie seg for å klage til tjenesteyter eller kommunen. Dette er ingen ønsket situasjon, men likefullt en realitet. Ombudet har mange henvendelser hvor dette blir et tema enten i enkeltsakene eller i forbindelse med undervisning/besøk på tjenestestedene. Disse sakene kan illustrere dette:

En kvinne ringer til Ombudet. Hun har fått avslag på TT-kort. Det er ikke oppgitt begrunnelse for avslaget i vedtaket. Klient sier hun er svært svaksynt og har gode legeerklæringer. Hun har ikke tatt opp avslaget med bydelen. Hun forteller hun er redd for å gjøre dette. Ombudet bistod klienten med klagebistand, men saken er ikke ferdigbehandlet.

En mann ringte Ombudet angående sin forelder (heretter kalt pasienten) på sykehjem. Mannen hadde en rekke ganger forsøkt å si fra til personalet om mangler ved behandlingen pasienten fikk. Pasienten var alvorlig kreftsyk og hadde kort tid igjen å leve. Han forteller at sykehjemslegen ikke hadde lest journalen eller epikrisen og dermed ikke var orientert om pasientens helsesituasjon. Videre at lindrende medisiner ikke ble gitt, alarmklokken var utenfor rekkevidde slik at pasienten ikke fikk bistand til toalettbesøk, bemanningen var mangelfull, eiendeler ble borte fra pasientens rom m.m. Alle forhold var tatt opp med sykehjemmet. Personalet reagerte vennlig og igangsatte tiltak umiddelbart. Dessverre varte tiltakene sjelden lenge. Pasienten selv ville ikke klage, han ville ikke være til bry. Derfor ønsker mannen at dette skulle anses som en orientering, ikke en spesifikk klage, og uten pasientens viten og navn. Han presiserte at gjenkjennelse ikke måtte skje, og i hvert fall ikke i den korte tiden pasienten hadde igjen å leve. Det ville forverre pasientens situasjon ytterligere å vite at noen trodde pasienten har klaget. Hensikten med orienteringen var å informere om situasjonen på sykehjemmet.

Psykisk helsearbeider i bydelene

Ombudet mottar få henvendelser vedrørende denne tjenesten. I 2012 mottok Ombudet 22 saker, i 2013 berørte 30 henvendelser direkte spørsmål om denne tjenesten. I tillegg har Ombudet hatt dialog med aktuelle tjenestesteder og andre tilbud som Personlig ombud og Fontenehuset som yter tjenester til den samme gruppen.

Henvendelsesgrunnene omhandler klage på manglende helsehjelp, manglende informasjon, samt spørsmål i tilknytning til taushetsplikt og klageadgang. Erfaringen fra sakene og dialogen med bydelene er sammenfallende. Dette er det viktig å påpeke fordi det er ingen selvfølge av tjenesteyter og tjenestemottaker har lik forståelse av tjenestetilbudet. Både de som henvender seg til Ombudet og tjenesteapparatet har bekymring for manglende tilbud til pasientene. De opplever stor variasjon i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommunen gir uttrykk for at de ansatte i spesialisthelsetjenesten har vekslende og/eller manglende kunnskap om det kommunale tilbudet; hva kommunen skal dekke og hvordan hjelpen kan gis.

En bydel fattet vedtak der søknad om helse- og omsorgstjenester, samtaler med psykiatrisk sykepleier, ble avslått med henvisning til søkers alder. Hun var 70 år. Bydelen opplyste i vedtaket at de kun ga denne helsehjelpen til personer mellom 18 og 65 år. Dette er den eneste begrunnelsen i vedtaket. I Helsedirektoratets veileder "Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre" utgitt 07/2013 på side 25 står det følgende: "Psykisk helsearbeid/helsetjenester skal gi tilbud til eldre med psykiske lidelser på lik linje med tjenestetilbudet til den voksne befolkningen for øvrig. Den psykiske helsetjenesten kan ikke avvise pasienter på grunn av alder." Ombudet har påklaget vedtaket og vil følge opp dette i 2014.

Omsorgsbolig og barnebolig:

Ombudet har hatt en liten økning i antall saker om gjelder omsorgsbolig og barneboliger. Henvendelsene omhandler mangel på omsorgsfull hjelp, nødvendig helsehjelp, manglende medvirkning eller informasjon. Ombudet stiller spørsmål ved om bydelene i tilstrekkelig grad foretar et konkret individuelt skjønn i saksbehandlingen.

En mann med mangeårig schizofrenidiagnose fikk beskjed om å flytte fra sin omsorgsbolig i et bosenter. Bydelen mente tilbudet var for dyrt da han ikke benyttet senterets aktivitetstilbud. Mannen mente at han benyttet dette i noen grad og han var svært fortvilet over å måtte flytte. Det var heller ikke stilt krav til aktivitetsutnyttelse fra bydelens side. Han hadde bodd mange ulike steder og hadde endelig slått seg til ro i sin nåværende bolig. Etter ca 20 år med sykdom var det klare tegn til funksjonsforbedring. Pårørende var redd han ville få funksjonsfall om han måtte flytte til det stedet bydelen hadde pekt ut. Ombudet skrev til Fylkesmannen og ba om vurdering av om bydelens tilbud var forsvarlig. Fylkesmannen konkluderte med at kravet om flytting var åpenbart urimelig for denne beboeren.

En omsorgsbolig er en bolig tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede og fysisk tilrettelagt slik at beboere etter behov skal kunne motta heldøgns pleie og omsorg. Omsorgsboliger er ikke fast bemannet, men beboere vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende jf Rundskriv I-27/97. Ombudet stiller spørsmålstegn ved hva en omsorgsbolig fremstår som i praksis, ettersom flere av bydelene har boliger med heldøgnsbemanning, herunder våken nattevakt.

Ombudet er bekymret for kvalitetssikringen av denne tjenesten. For barneverninstitusjoner og sentre for foreldre og barn skal det gis godkjenning av regional godkjenningsmyndighet før oppstart og det skal føres årlig tilsyn og etterfølgende kontroll fra ulike uavhengige instanser. Det foreligger ikke samme kvalitetskontroll for omsorgsboliger og barneboliger. Ombudet stiller spørsmål ved denne forskjellsbehandlingen av botilbudene. I dag er det bydelene selv som har ansvaret for kvalitetssikringen og Fylkesmannen foretar tilsyn enten som hendelsestilsyn eller ved landsomfattende tilsyn. I saker Ombudet kjenner til der tilsynet har funnet alvorlige avvik, der beboerne ikke får et forsvarlig tilbud, har lukking av disse avvikene tatt lang tid. Og i hele denne tiden har dette vært beboernes hjem.

Beboerne i omsorgsboliger og barneboliger vurderes å være i en særlig sårbar gruppe, både på grunn av språk, alder, kognitive ferdigheter, fysisk og psykisk helse. Hvorfor skal disse beboerne ha et svakere rettsvern enn barn på barneverninstitusjon eller pasienter på sykehjem?

Helsestasjon/skolehelsetjeneste:

Ombudet mottar fortsatt få saker om dette temaet, til tross for manglende antall kontroller til de minste barna. Ombudet påpekte dette allerede i årsmeldingen for 2011. Ombudets bekymring har senere blitt bekreftet – både via enkeltsaker der klienter etterspør rettigheter for faste kontroller, og ikke minst ved Fylkesmannens landsomfattende tilsyn med helsestasjonene i 2013.

Tilsynsrapportene beskriver ulike avvik – blant annet at helsestasjonene noen steder ikke har tilstrekkelig kunnskap og forståelse om hva «retningslinjer» innebærer – og de har valgt å se bort fra de føringer som er gitt. For Oslo kommune ble det ført tilsyn med tre bydelers. Det ble funnet avvik ved alle bydelene ettersom bydelene ikke sikret at alle barn i aldersgruppen 0-6 år fikk forsvarlige helsekontroller. Bydelene utelot flere kontroller og det var variabler i måten den enkelte kontroll ble utført på. Barneombudet har også hatt et fokus på helsestasjon- og skolehelsetjenestetilbudet. I samarbeid er det derfor inntatt informasjon om Ombudet på Barneombudets side med direkte lenke til Helse-, sosial- og eldreombudets hjemmeside.

Hjemmesykepleie

Sentrale problemstillinger i henvendelser om hjemmesykepleien er språk, tilgjengelighet, tid, journalføring og uregelmessig oppmøte. Antall saker med hjemmesykepleie har økt med ca 45 % fra

2012 til 2013. I Ombudets saker klages det på manglende kompetanse hos de ansatte, feilmedisinerer og mangelfull journalføring ved hjemmesykepleien. Det klages også på dårlig tilgjengelighet til saksbehandler ved bestillerkontoret og ikke minst klages det på vedtak i forbindelse med tildeling av tjenester fra hjemmesykepleien.

En eldre kvinne bor alene i et tre etasjes hus. Hun skal ha hjelp med stellet om morgenen og med mat, men hjemmesykepleien kommer gjerne 2-3 timer senere enn hun selv ønsker å stå opp. Hun har kontaktet bestillerkontoret, men får ikke fortalt fullt ut hva hun trenger fordi klienten opplever at de ansatte på bestillerkontoret har det så travelt. Hun har vært vurdert i forhold til omsorgsbolig, men er vurdert å være for hjelpetrengende til det. Hun sier hun er klar for sykehjem, men det har ikke blitt tatt opp av eller med bestillerenheten. Hun skal få sin sønn til å hjelpe seg til å søke.

Ombudet har hatt en del undervisning i 2013 rettet spesielt mot hjemmesykepleien – både til bydel og på kommunenivå. Samlet sett har Ombudet merket seg at journalføring som tema er viktig å fokusere på også i 2014. Journalene er mangelfulle i forhold til innhold og antall registreringer. De ansatte gir uttrykk for usikkerhet i hvordan journalføring skal skje, hva som skal nedskrives og hvor ofte, tidsaspektet ved forsvarlig journalføring mm. Ombudet viser blant annet til Helseetatens kvalitetsrevisjon av hjemmesykepleien fra 2013 som bekrefter de samme erfaringene som Ombudet har gjort seg i egne saker.

Allmennlegetjenesten

Henvendelser om fastleger har økt med nærmere 40 % fra året før, og omhandler følgende:

	2011	2012	2013
Informasjon, medvirkning, samtykke	17	31	63
Journal	31	34	54
Forsinket, feil behandling/diagnose	20	20	45
Henvisning	21	19	45
Pasientskade, komplikasjon	7	12	13
Egenandeler	20	14	13
Andre mindre kategorier	83	83	48
Sum	199	213	281

Henvendelsene omhandler nødvendig helsehjelp, spørsmål tilknyttet journalinnsyn, henvisninger, spørsmål tilknyttet egenandeler og klagemuligheter på fastlegen. De aller fleste gir uttrykk for et ønske om å ha en god dialog med fastlegen sin og mange av Ombudets klienter har hatt samme fastlege over en årrekke. En del formidler at det er vanskelig å klage på en fastlege som de fortsatt skal benytte. Flere gir derfor uttrykk for at de skal vurdere å klage etter at de har byttet fastlege.

Mange fastleger har mangelfull kunnskap om og/eller dårlige rutiner når det kommer til pasientens rett til å kreve innsyn i egen journal og kopi av journalen.

En kvinne kontakter Ombudet for bistand. Hun er nærmeste pårørende etter sin avdøde bror og har bedt om innsyn i journalen fra fastlegen. Familien har bekymring for at fastlegen ikke fulgte opp pasienten tilstrekkelig i forhold til hans sykdomsbilde. Fastlegen hadde bedt om forklaring på hva journalen skulle brukes til og satt krav om at legen skulle ha en gjennomgang av journalen med pårørende før utlevering. Ombudet orienterte om at det ikke var adgang til å sette slik vilkår med henvisning til journalforskriftens bestemmelser. En slik gjennomgang kan kun gis som et tilbud.

Ombudet har også henvendelser vedrørende klienter som ønsker å bytte fastlege, men som ikke får utskrift av journalen sin på grunn av utestående regning hos fastlegen.

En mann ringer og ber om råd. Han ønsker å bytte fastlege, men vet ikke hvordan han skal gå frem for å gjøre dette. Han tror han må ha journalen sin for å kunne bytte, men fastlegen vil ikke gi ham utskrift på grunn av en utbetalt konsultasjon. Saksbehandler hos Ombudet orienterer om at legen ikke kan nekte å utlevere journalen på grunn av ubetalte krav.

Ombudet registrer også en motstand mot korrigeringer i journal – også der det er gjort åpenbare feil:

Fastlegen hadde over flere år skrevet opplysninger om en annen kvinne i kvinnens journal. Ombudet ba om at fastlegen slettet disse opplysningene i samarbeid med pasienten. Ombudet fikk ikke svar fra fastlegen og oversendte saken til Fylkesmannen, som kontaktet fastlegen. Opplysningene ble deretter slettet.

Ombudet gjentar tidligere uttalelser; det er avgjørende at pasientene får tilgang til sin egen journal, henvisninger og epikriser.

Det er også viktig at fastlegene har god oversikt over de tilbud pasienter henvises til:

En kvinne forteller at fastlegen har henvist henne til et privat røntgeninstitutt for å få tatt en beintetthetsmåling. Det viste seg imidlertid at instituttet ikke hadde noen avtale med offentlige, slik at hun måtte betale kr. 800,- som er full pris. Hun ønsker å vite hvor hun kan få tatt dette ved å kunne betale kun egenandel. Ombudet skaffet pasienten nødvendig informasjon, og påpekte at dette var noe fastlegen skulle ha klargjort for pasienten.

Ombudet er likeledes opptatt av forsvarlig sikring av journaler etter avsluttet praksis fra tjenesteyter. Fastleger som avslutter sin praksis, har ikke avleveringsplikt for sine pasientjournaler, men har selv ansvaret for lagring av journalene. Ombudet vil forfølge saken videre i 2014 overfor Datatilsynet.

Legevakt

Legevaktsakene har økt med 25 % fra 2012 til 2013. Henvendelsene omhandlet mangel på nødvendig helsehjelp, pasientskade/komplikasjon/feil diagnose, manglende omsorgsfull hjelp samt klage på oppførsel fra de ansatte, feil og/eller mangelfull informasjon fra behandler til pasient, journalfeil og journalinnsyn, lang ventetid i forbindelse med konsultasjon og egenandeler.

Ombudet vil fremheve den raske responstiden ved henvendelser fra Ombudet. Dette er av betydning for den enkelte pasient som ønsker svar for å kunne bearbeide og avslutte sin sak og/eller prosess med tjenestestedet.

Ombudet fikk henvendelse fra pårørende etter konsultasjon hos legevakten. Pasienten og pårørende opplevde at det ble gitt manglende omsorg og helsehjelp. De klaget direkte til legevakten og satte Ombudet som kopimottaker. Legevakten sendte svar til både pasient og Ombudet raskt etter at klagen ble mottatt. Legevakten beklaget at de fikk en slik opplevelse. De syntes også at dette var en meget ugrei situasjon, og skrev at dessverre skjedde det oftere enn før at nettene ble slik klientene beskrev i sin klage. Forklaringen var en voldsom tilstrømning av pasienter i overgangen kveld/natt, hvor mange kom i ambulanse. Saken hadde allerede vært drøftet med avdelingsledelsen og direktør. Legevakten orienterte i tillegg om pasientens klageadgang til Fylkesmannen og oppga postadresse dit.

Sykehjem

Eldre er ikke en ensartet gruppe, heller ikke når det gjelder behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er et lovbestemt mål at den som ønsker og har evne til det, skal bo og leve selvstendig i eget hjem. Men samtidig er det mange eldre som på grunn av sykdom og ulike aldringstilstander trenger sykehjem eller annen bolig med døgkontinuerlig pleie og omsorg. De fleste eldre gir klart uttrykk for ønske om å bo hjemme enten med eller uten bistand. Ønsket om å være selvhjulpent så langt som mulig, ha medbestemmelse over eget liv og opplevelse av verdighet uansett om man bor hjemme eller på sykehjem er noen av de faktorene som blir fremhevet i sakene fra de som Ombudet kommer i kontakt med. Henvendelsene om denne type tjenester har økt med nærmere 25 % fra året før.

Ombudet har hatt et særlig fokus på sykehjem i 2013. Ombudet har besøkt en rekke sykehjem samt hatt opplæring på pårønderrettigheter ved en rekke sykehjem. Det vises til årsberetningen for nærmere tall.

Henvendelsene om sykehjem kan grovt sett deles i to hovedgrupper: a) spørsmål om tildeling og b) spørsmål om kvalitet på tjenesten.

Tildelingsprosessen

Ombudet erfarer at det i mange saker er tvist om behovet for sykehjemsplass og dokumentasjonsbehovet tilknyttet søknaden. Pårørende, fastleger og sykehus kan ha fremlagt erklæringer om pasientens behov for døgoppfølging, men opplever at dette overprøves av bydel uten nærmere forklaring eller med et krav om kartlegging av ferdigheter hjemme først.

Pasienten har bodd på et botiltak for rusmiddelavhengige i fire måneder. I løpet av denne perioden har pasienten vært innlagt på sykehus syv ganger, blant annet fordi hun ikke blir fulgt opp med medisiner i tilstrekkelig grad. Botiltaket er klar på at de ønsker et høyere omsorgsnivå for pasienten, da hun i tillegg har alvorlig KOLS og hjertesvikt. De tenker at et sykehjem med tilbud for eldre rusavhengige, ville være passende. Botiltaket har vært i møte med bestillerkontoret som hadde uttalt at valg av tiltak handlet om økonomi, samt at de måtte bli bedre kjent med pasienten. De ville derfor tilby laveste mulige tjeneste i begynnelsen, for så å intensivere etter hvert som behovene utpekte seg. De tenker primært på egen leilighet med hjemmetjenester. Innringer mener dette er svært bekymringsfullt. Når botiltaket ikke klarer, med full bemanning, å følge henne opp, hvordan skal bydelen da klare å følge henne opp i en bolig der hun kun tilses av hjemmetjenesten av og til? Innringer sier at det ennå ikke er fattet vedtak i saken, men at hun føler at de som fagpersoner med mye erfaring generelt og med denne pasienten konkret, nærmest blir oversett. Innringer mente pasientens behov var godt dokumentert fra både heldøgns pleieinstitusjoner og sykehus, men opplevde at dette ikke ble vektlagt av bydelen.

Ombudet blir også kontaktet av pasienter som får beskjed fra kommunen om at de må flytte fra sykehjemmet av ulike årsaker. Kommunen viser til objektive kriterier som tilsier at pasientene må flytte, men synes å glemme kravet til individuell vurdering.

En fullmektig for en eldre kvinne tok kontakt med Ombudet fordi bydelen hadde bestemt at kvinnen skulle flytte fra bo- og behandlingssenteret, hvor hun hadde bodd i nærmere 40 år. Bo- og behandlingssenteret skulle endre sitt tilbud og kvinnen var ikke i den nye målgruppen. Den eldre kvinnen ønsket fortsatt å bo på behandlingssenteret, som hadde vært hennes hjem så lenge og som hun var svært knyttet til. Da hun flyttet inn hadde hun fått et løfte om at hun skulle få bo der resten av sitt liv. Ombudet skrev en klage og ba om oppsettende virkning, det vil si at kvinnen fikk bo på behandlingssenteret til klagen var avgjort av Fylkesmannen. Fylkesmannen ga den eldre kvinnen medhold i klagen etter en konkret vurdering av hennes interesse versus det offentlige interesse.

Kvaliteten på sykehjemmet

Ombudet skal først bemerke at det også mottas informasjon fra pasienter og pårørende som ønsker å berømme sykehjemmet for god oppfølging og ansatte som gjør sitt aller beste i ent travel hverdag, slik som i denne saken:

En kvinne ringer for å fortelle om store forskjeller mellom sykehjemmene i Oslo. Hennes far var tidligere pasient ved et sykehjem der de var svært lite fornøyd. Nå ringer hun for å skryte av det sykehjemmet faren er overført til. De ansatte har fått faren til å øve til å gå med "prekestol" og nå går han faktisk alene. Datteren er imponert over hva de ansatte har fått til i løpet av kort tid. Hun sier at det skyldes at de ansatte vet hva de gjør, og at de ikke gir seg, selv om de ikke bruker tvang mot faren. Når hun kommer på besøk møter hun sin far ren, velstelt, påkledd. Datteren sier at hennes inntrykk er at det er et helt annet miljø på dette sykehjemmet. Det er ikke dårlig lukt på sykehjemmet, de ansatte virker blide og fornøyde og stemningen er helt annen. Hun føler at hun endelig blir hørt, at kommunikasjonen mellom henne og de ansatte er svært god. Hun berømmer særlig lederen og teamlederen for den måten de leder dette sykehjemmet på. Hun har allerede ringt til sykehjemmet for å rose dem.

Bekymringen knyttet til kvaliteten på tjenestene gjelder bemanningsnorm, antall fagutdannede på sykehjemmene, tilgjengelighet på sykehjemslege, fysioterapeut og ergoterapeut og er det samme som beskrevet i tidligere årsmeldinger. Likeledes er det stor bekymring knyttet til journalføring, og mangelfullt samarbeid med pasienten og pårørende.

Ombudet ble tilført en ekstra stilling i 2012 – en systemrådgiver på eldrefeltet. Vedkommende har bidratt med sammenfatning av tall og statistikk fra ulike sentrale rapporter som har medført at Ombudet har kunnet følge opp enkeltsaker og systemsaker på en kvalitativt bedre måte enn før. Dette medfører at Ombudets bekymring for forebygging og oppfølging av fall, liggesår, kontrakturer og bevegelsestrening samt ernæring har blitt forsterket.

Sykehjemslegen overtar det medisinske ansvaret for pasientene ved innleggelse på sykehjem. Dette forutsetter at de setter seg inn i pasientens sykdomsbilde og medisinske oppfølgingsbehov. Sykehjemslegen er en nøkkelperson i samhandlingen både på sykehjemmet, men også med sykehus og kommunen. Ombudet har dessverre en rekke saker der det sendes klage på legens oppfølging og/eller oppførsel.

Pårørende tok kontakt med Ombudet og ønsket å orientere om sykehjemmet hvor hennes mor var pasient. Moren hadde hatt plass der de siste to månedene i påvente av ledig plass på annet sykehjem. Ansvarlige lege var imøtekommende overfor den pårørende, men pårørende merket seg at legen ikke var oppdatert på morens sykdomsbilde. Legen hadde ikke lest siste epikrise da han hadde samtale med pårørende en måned etter inntak. Han var dermed ikke kjent med at hun hadde hjernesvulster, svulster i lungene og redusert nyrefunksjon.

Flere av sakene omhandler spørsmål og klager fra pårørende og ansatte vedrørende sammenblanding av pasientgrupper på sykehjemmene. Det er mottatt saker med opplysninger som pasienter med rusproblematikk som er utagerende overfor pasienter på samme avdeling. Ettersom dørene ikke er låst, våkner pasienter av at det er andre pasienter inne på rommet deres og urinerer eller roter rundt. Dette er ikke tråd med verken verdighetsgarantien eller kvalitetsforskriften for noen av pasientgruppene.

Ombudet er også opptatt av bydelens bruk – og manglende bruk – av skjermet plass på sykehjem. I dag er Ombudet kjent med at bydeler velger å plassere demente på ordinær somatisk plass fremfor skjermet plass for demente, samtidig som det er faglig enighet om at demente trenger tettere

oppfølging og tilsyn. Opplysningene kommer fra både pårørende, ansatte på sykehjem og ansatte i bydel.

Bruken av beboerundersøkelser og kvalitetsrapporter fra sykehjem

Sykehjemsetaten gjennomfører årlig en beboer- og en pårørendeundersøkelse på sykehjemmene, tre ganger i året rapporteres det på ulike kvalitetsindikatorer. Det er positivt at tilbudet til pasienter på sykehjem følges opp på denne måten. Ombudet etterlyser likevel at disse ulike rapporteringene ses mer i sammenheng. I møte med ulike tjenestesteder er det bekreftet at dette gjøres i for liten grad.

Et eksempel kan tjene som en illustrasjon på vårt poeng:

Ved et sykehjem har 20 % av beboerne hatt en betydelig vektreduksjon de siste tre månedene. Om vi ser på svarene fra beboer- og pårørendeundersøkelsen ser vi at hele 36% svarer at maten oppleves som enten delvis god eller ikke god og 25% av de pårørende svarer at de ikke opplever at måltidene er en hyggestund i løpet av dagen. Dersom denne informasjonen sees i sammenheng er det viktig å vurdere kulturen og settingen rundt måltidene, samt om sykehjemmet tilbyr den beste kostsammensetningen når en så stor andel av beboerne går ned i vekt.

Ombudet vil med dette understreke hvor viktig det er at disse undersøkelsene og rapportene leses i sammenheng og at utviklingen følges over tid, i en større grad enn det gjøres i dag. Ombudet vil også påpeke at Sykehjemsetaten i større grad bør tydeliggjøre fordelingen av faktiske deltakere til undersøkelsen vs de som ikke har deltatt, fordi deltakelsesprosenten i praksis kan være svært begrenset. Dette får betydning i vektleggingen av undersøkelsens verdi.

TT-kort

Henvendelsene som omhandler spørsmål om TT-kjøring er seksdoblet i 2013. En grunn til dette er trolig informasjonsteksten om Ombudet på vedtakene. I tillegg har Velferdsetaten en henvisning til Ombudet på sin hjemmeside. Sakene kommer fra de fleste bydelene. Ombudet kan derfor med rette påpeke at praksis, kunnskapsnivå og saksbehandlingsprosedyrer er et felles kommuneanliggende.

Henvendelsene omhandler i all hovedsak avslag på TT-kort og avslag på søknad om tilleggsturer. Henvendelsene omhandler dessuten spørsmål om klagefrist, praktisk bistand i forbindelse med TT-kort, gjennomføring av vedtakene, informasjon og manglende tilgjengelighet til saksbehandler, feil/mangler i selve saksbehandlingsprosessen og feil/mangler ved utøvelsen av skjønnet/vurderingen som må gjøres. I tillegg er det klager i forbindelse med lang ventetid på biler mm. Når det gjelder saksbehandlingsprosessen kan dette oppsummeres med lang saksbehandlingstid hos bestillerkontoret, manglende informasjon og veiledning i forbindelse med søknadsprosessen, faktafeil i vedtakene eller avslag uten/eller med ufullstendig begrunnelse i vedtakene.

En kvinne ringer og forteller hun har fått avslag på søknad om tilleggsreiser for TT-kort. Hun er 99 år gammel, har kreft med dårlig prognose, dårlig syn, svakhet i armer, tidligere lårhalsbrudd, sviktende knær og er mye plaget med svimmelhet. Hun har ingen pårørende i nærheten. Kvinnen bor hjemme med bistand fra hjemmetjenesten, og ønsker å være selvhjulpen så lenge som mulig. Hennes turer med TT-kort er i hovedsak knyttet til ukentlig handletur til matbutikken. Ombudet bistod klienten med klage. Etter ca fire måneder fikk klienten innvilget seks ekstra turer. Vedtaket ble fattet 30.12.13 og turene overført til året etter.

I sakene fremkommer det ofte en juridisk og medisinsk uenighet om hvordan vilkårene i forskriften skal forstås. Ombudet er særlig opptatt av at de ansatte må ha tilstrekkelig kunnskap om vilkårene i

forskriften. Det er ikke krav om at skaden skal være varig. Det er krav om at skaden antas å ha en varighet på mer enn to år. I tillegg viser vedtakene at det i for liten grad tas en individuell vurdering av unntaksbestemmelsene i forskriften. Det konstateres at det ikke foreligger særlig grunn til tilleggsreiser uten at dette er omhandlet i vedtaket. Dette er bekymringsfullt og vitner om manglende kompetanse hos tjenestestedet. Følgende sak er eksempel på det:

En mann søkte om TT-kort på grunn av ulike psykiatriske diagnoser blant annet sterk angst for folkemengder og klaustrofobi, samt fysiske skader som medførte store forflytningsvansker. Skadene var vel dokumentert med legeerklæringer og epikriser fra flere leger og behandlere. Mannen fikk avslag. Bydelen la vekt på skadene ikke var varige og at eksponeringsterapi ikke var prøvd ut. Ombudet bistod klienten med å klage. Klagenemnden omgjorde vedtaket og klienten fikk TT-kort.

Klagenemndas vedtak viste at Bydelen ikke hadde korrekt forståelse av grunnvilkårene og at bydelen heller ikke har anledning til å sette behandlingsbetingelser.

Ombudet har merket seg at klientene i større grad underdriver gangvansker i søknadene enn det motsatte. Klientene har generelt et sterkt ønske om å være selvhjulpne og er opptatt av å ikke være for krevende overfor bydelen.

Datter ringer på vegne av sin mor som har fått avslag på TT-kort. De ønsker å klage. I søknaden var det vedlagt legeerklæring hvor det stod at kvinnen ikke kunne bruke T-bane eller buss. Moren ville imidlertid så gjerne klare seg selv, og skrev i egenerklæringen at hun kunne ta bussen til nødvendig behandling. Datteren sier at moren med nød og neppe kunne klart det på søknadstidspunktet for fire måneder siden, men at hun absolutt ikke klarer det nå. Hun forteller om gjentatte fall for moren. Saksbehandler rådet pårørende til å klage og orienterte bydelen om det samme som ble opplyst til Ombudet.

Saken er en illustrasjon på mange eldres ønske om å fremstå så selvhjulpne som mulig.

Etter gjennomgang av årets saker kan Ombudet slå fast at de problemene som avdekkes i sakene kan omtales som et kommuneproblem. Ombudet foreslår et felles undervisningstilbud til bydelene fra for eksempel Klagenemnden, Kommuneadvokaten og Ombudet.

Ombudet har registrert en klar omgjøringstendens i vedtakene i 2013, både fra bestillerkontorene og fra klagenemnden. Det er gledelig med omgjøring til gunst for klientene, men det bekymrer Ombudet når omgjøringen kun skyldes revurdering av de samme fakta som lå til grunn for avslaget. Det gjør det plausibelt å stille spørsmål ved om den første vurderingen var korrekt. Ombudet er også opptatt av saksbehandlingstiden i Klagenemnd for transportsaker og i bydelene. Saksbehandlingen har vært opptil 4-5 måneder, noe som vurderes å være urimelig lenge – både sett i forhold til forvaltningslovens utgangspunkt for saksbehandlingstid og søkergruppens sårbarhet og hjelpebehov. Ombudet vil følge opp bydelenes og klagenemndens saksbehandlingstid videre i 2014.

I 2013 fremla byrådsavdelingen for eldre og bydelene forslag om endring i vilkårene for tildeling av TT-kort. De aktuelle brukerorganisasjonene og Ombudet uttalte seg i saken med bekymring for en rekke av endringsforslagene. Bystyret vedtok den 25.09.13 at dagens ordning skulle fortsette inntil videre men ga byrådsavdelingen mandat til å utrede muligheten for reiser over kommunegrensen. Ombudet vil følge nøye med på utviklingen av praksis og vilkårsendring

Avlastning og omsorgslønn

Ombudet har fortsatt få saker innenfor disse områdene, selv om det har vært en dobling i antall saker fra 2012. De fleste sakene omhandler spørsmål om kommunens forståelse og praktisering av vilkårene for tjenestene, manglende råd og veiledning i prosessen og klagebistand i forbindelse med avslag eller utmåling av avlastning/omsorgslønn. Pårørende med alvorlig syke barn er bekymret for opplæringen og kompetansen hos avlastere.

Ombudet har merket seg vedtakene som treffes på disse områdene burde evalueres og gjennomgås i forhold til struktur, språk og begrunnelse for avslag/innvilgelse.

Ombudet er kjent med at hjemmesidene til Oslo kommune skal revideres og Ombudet støtter tiltaket. I dag gir bydelene ulik informasjon og det kan både være vanskelig å finne relevant og/eller tilstrekkelig informasjon på hjemmesider. Enkelte bydeler henviser dessuten til gammel lovverk.

NAV SOSIALTJENESTEN

Ombudet har en tett og konstruktiv dialog med Nav sosialtjenesten i Oslo. Vi hører om en krevende hverdag der klienters behov og rettigheter balanseres mot budsjett og rapporteringskrav. Flere opplyser å ha for lite ressurser til omfattende og sammensatte oppgaver. Nav sosialtjenesten er siste skanse for mennesker i en vanskelig og krevende livssituasjon, der det økonomiske ofte kun er toppen av isfjellet. Det er fra enkelte gitt uttrykk for at belastningen og ressursknapphet gjør at det sosialfaglige arbeidet minimeres til inntektssikring. Nav sosialtjenesten må i stor grad møte de som andre instanser ikke ser å finne et tilbud til; personer i en vanskelig livssituasjon, mange med psykiske lidelser, rusproblematikk og en atferd som krever kompetanse for å møte og følge opp. Oslo kommune må sikre at Nav sosialtjenesten har nødvendige ressurser til å gi klientene nødvendig bistand. Sosialfaglig oppfølging må sikres.

Ombudets største kapital ligger i våre saksbehandlers brede kunnskapsnivå. Det er avgjørende for å gi våre klienter nødvendig bistand. I saker av akutt karakter eller der henvendelser til Ombudet fremstår som et resultat av rot eller misforståelser, henvender Ombudet seg muntlig til tjenestestedet. Mange saker løser seg slik. Tilbakemeldinger fra tjenestestedene er at de er positive til denne arbeidsmetoden. Den forebygger også mer formelle, skriftlige klagesaker som er tidkrevende både for tjenesten og klienten. I noen saker velger vi møte som virkemiddel. Når kommunikasjonen og dialogen er vanskelig eller har stagnert, er det å sette seg rundt et bord avklarende og kan gjenopprette tillit.

En familie med to barn fikk utkastelsesbegjæring på grunn av en husleierestanse. Saken var kjent for Nav sosialtjenesten, men det dro ut å fatte vedtak i saken, da familiefaren ikke framla etterspurt dokumentasjon i tide. Utleier utsatte utkastelsen en uke, men da vedtak på dette tidspunktet fortsatt ikke var fattet, ble utkastelsen iverksatt. Ombudet henvendte seg muntlig til Nav sosialtjenesten og dette førte til at de vurderte saken på nytt og ekteparet ble innkalt til et møte. Det ble besluttet at restansen skulle dekkes, samt at det opprettes forvaltning og familien tilbys gjeldsrådgivning.

De som er i stand til å ivareta egen sak, veiledes slik at de kan følge den opp selv, eventuelt med støtte fra vårt kontor. Ombudet utformet i 2011 klagemaler som et tilbud til de som kan klage på

egenhånd. De benyttes i økende grad (154 i 2012 og 209 i 2013). Malene ligger tilgjengelig på Ombudets nettsider. Denne økte bruken fører til færre skriftlige klager fra Ombudet, men er å anse som en utvidelse av Ombudets råd og veiledningsfunksjon. Det er i tråd med kontorets intensjon om å løse saker på lavest mulig nivå. Ved behov retter Ombudet en skriftlig henvendelse til tjenestestedet. Det kan være en anmodning om redegjørelse eller en klage på vegne av klienten. En slik 'trappemodell' for intervensjon er i tråd med Ombudets policy om hjelp til selvhjelp, for den enkelte klient.

En følge av dette er at færre saker oversendes tilsynsmyndighetene. I noen tilfeller fordi saken løses på et tidlig tidspunkt ved en muntlig avklaring, men også fordi mange formelle klagesaker omgjøres hos førsteinstansen. Dette er tids- og energibesparende, både for klient og tjenestested, og sikrer trolig riktig hjelp raskere.

Saker av mer prinsipiell karakter ønsker vi å få behandlet hos klageinstansen. Dette for en nærmere avklaring av omstridte spørsmål. Og selv om saken ikke omgjøres hos Fylkesmannen, kan tjenestestedet få viktige tilbakemeldinger for å bedre kvaliteten i sitt fremtidige arbeid, som i den følgende saken:

En kvinne kontaktet Ombudet for å påklage et vedtak fra sosialtjenesten. Det gjaldt vilkår for utbetaling av livsopphold. Det var satt vilkår om innlevering av diverse dokumenter for at stønaden skulle bli utbetalt. Klienten klarte ikke å oppfylle disse kravene, og klaget på at stønad til livsopphold ikke ble utbetalt. Fylkesmannen stadfestet Nav sosialtjenestens vedtak, men kom med flere merknader. Fylkesmannen bemerket at det i saken var feil bruk av vilkår. Nav sosialtjenesten hadde satt opp som et vilkår at kvinnen skulle levere kontoutskrift, noe Fylkesmannen mener er å anse som et dokumentasjonskrav før vedtaket skal fattes. I denne saken hadde sosialtjenesten også utmålt stønad til samvær med barn til 45 kroner dagen. Fylkesmannen understreket at en slik stønad må utmåles etter en individuell, konkret vurdering etter barnets behov.

Henvendelser om Nav sosialtjenesten har de senere årene fordelt seg slik på de ulike bydelene i Oslo:

Sosialtjenestene	2011	2012	2013
Nav Alna sosialtjenesten	139	87	90
Nav Bjerke sosialtjenesten	104	95	81
Nav Frogner sosialtjenesten	67	53	64
Nav Gamle Oslo sosialtjenesten	204	330	338
Nav Grünerløkka sosialtjenesten	165	176	209
Nav Nordre Aker sosialtjenesten	25	25	26
Nav Grorud sosialtjenesten	51	43	46
Nav Nordstrand sosialtjenesten	46	56	43
Nav Sagene sosialtjenesten	129	113	64
Nav Stovner sosialtjenesten	52	81	69
Nav St. Hanshaugen sosialtjenesten	85	111	74
Nav Søndre Nordstrand sosialtjenesten	86	53	75
Nav Ullern sosialtjenesten	32	30	23
Nav Vestre Aker sosialtjenesten	17	31	29
Nav Østensjø sosialtjenesten	56	66	55
Ubestemt sosialkontor	188	139	95
Sum	1446	1489	1381

Helse-, sosial- og eldreombudet vil følge opp med egne rapporter overfor de enkelte bydelene, der det redegjøres nærmere for innholdet i saker fra vedkommende bydel. Nav Gamle Oslo er det kontoret vi mottar mest henvendelser om. Dette har det vært en god dialog med tjenestestedet om, og også med politisk og administrativ ledelse i bydelen og i kommunen, samt Fylkesmannen. Ombudet er bekymret for tilbudet som gis klienter ved dette kontoret.

Hva omhandler henvendelsene til Ombudet?

Spørsmål om livsopphold, tilgjengelighet og ulike anliggender rundt saksbehandling er gjennomgående tema i henvendelsene til vårt kontor.

Hovedhenvendelser vedrørende sosialtjenesten har fordelt seg slik de tre siste årene:

	2011	2012	2013
Livsopphold	564	561	587
Nødhjelp	174	207	207
Stønad i særlige tilfeller	11	163	166
Boutgifter	494	455	517
TOTAL økonomisk hjelp	1243	1386	1477
Kommunal bolig	122	135	157
Midlertidig husvære	214	290	241
TOTAL boligspørsmål	336	425	398
Tilgjengelighet	160	203	277
Avvisning	35	45	55
Oppfølging	68	78	90
Avtalebasert forvaltning	67	106	83
Oppholdskommunens ansvar	24	57	69
Informasjon/medvirkning	79	80	182
Vilkår	69	79	102
Dokumentasjonskrav	55	74	115
Saksbehandling	278	432	710

Henvendelser vedrørende livsopphold omhandler ofte spørsmål om utmåling av økonomisk sosialhjelp. Sosialhjelpens subsidiære karakter gjør at mottakere av sosialhjelp har trang økonomi. I noen tilfeller opplever mottaker normen som svært lav, og ikke tilstrekkelig til å dekke nødvendige utgifter i hverdagen. Ombudet ser dette særlig i saker der det ikke tas hensyn til familiens sammensetning. Store barnefamilier, familier med eldre hjemmeboende barn og par der sivilstatus er uavklart er gjennomgående. I flere av disse sakene ser Ombudet at Nav sosialtjenesten ikke har kartlagt barnas behov godt nok eller i det hele tatt. Hensynet til barnas beste er en rød tråd i rundskrivet til Lov om sosiale tjenester i Nav. I perioden 15.10. til 15.12.13 samlet Ombudet inn anonymiserte vedtak til brukere av Nav sosialtjenesten for blant annet å se på hvordan Nav sosialtjenesten vurderer barnas behov.

I denne uformelle undersøkelsen ser Ombudet at informasjon om barna i mange tilfeller er begrenset til hvor mange barn det er i familien og alderen på barna, og at det i liten grad er gjort individuelle vurderinger. Våre erfaringer samsvarer med Statens Helsetilsyns rapport fra mars 2013 som oppsummerer Fylkesmennenes landsomfattende tilsyn i 2012 av Nav sosialtjenestens behandling av økonomisk stønad til personer med forsørgeransvar. I 59 av 67 kommuner påpeker Fylkesmennene lovbrudd, og det blir vist til at opplysningene er begrenset til antall barn og alder, men at kartlegging av behov for klær, utstyr, fritidsaktiviteter og boforhold ofte uteblir. Statens Helsetilsyn forklarer disse manglene med at Nav sosialtjenesten blant annet i for stor grad bruker standardiserte normer og jobber for lite systematisk.

At barn ikke alltid får oppfylt sine grunnleggende rettigheter bekymrer Ombudet. Ifølge Navs statusrapport for 2012 "Fattigdom og levekår i Norge" har andelen barn som lever i lavinntektsfamilier økt det siste tiåret. I samme tiårsperiode har barn som lever i familier med vedvarende lavinntekt også økt. Ifølge rapporten er innvandrerbarn "klart overrepresentert blant barn med vedvarende lavinntekt". Andre barn som rammes spesielt av vedvarende lavinntekt er barn med foreldre utenfor arbeidslivet som er avhengige av sosialhjelp, barnerike familier, barn av enslige forsørgere og barnevernsbarn. Rapporten viser også til at Oslo er et av fylkene med flest fattige barn. Arbeids- og velferdsdirektoratet forvalter en tilskuddsordning for å bekjempe barnefattigdom, hvor det i 2013 ble bevilget 25 millioner kroner til kommuner og bydeler i Norge. Målgruppen er barn og unge i familier som mottar sosialhjelp fra NAV sosialtjenesten. I Oslo fikk Alna, Gamle Oslo, Grorud, Grünerløkka, Nordstrand, Sagene, St.Hanshaugen, Stovner, Vestre Aker og Østsjø tildelt midler til sine tiltak. Ombudet er svært positive til at flere bydeler i Oslo jobber systematisk for å bekjempe barnefattigdom. Tilskuddsordningen er foreslått styrket i statsbudsjettet for 2014, slik at tilsammen 45 millioner kroner skal benyttes til dette gode formålet.

En klient tok kontakt med Ombudet da familien med åtte barn fikk avslag på støtte til fritidsaktiviteter til barna. Ombudet skrev en klage, og saken ble sendt til Fylkesmannen. Fylkesmannen påpekte mangler ved Nav sosialtjenestens vurdering av familiens behov når det kom til livsoppholdsutgifter. Fylkesmannen karakteriserte vurderingen som "noe tilfeldig". De skrev også at Nav sosialtjenesten i fremtiden kunne vurdere å øke livsoppholdet isteden for å innvilge tilleggssytelser. Vedtaket ble opphevet og støtte til fritidsaktiviteter innvilget.

Også enslige, særlig de uten fast bolig, har spørsmål om utmåling av livsopphold. Av henvendelser til vårt kontor ser Ombudet at normen i svært liten grad avvikes. Ombudet etterlyser individuelle vurderinger av den enkeltes livssituasjon i tråd med lovens forutsetning.

Tilgjengelighet

Mangelfull tilgjengelighet er et gjennomgående tema i henvendelser til Ombudets kontor, en erfaring Ombudet deler. Saksbehandlere ringer ikke tilbake og stedfortreder er ikke mulig å få tak i. Klienter forsøker forgjeves å oppnå kontakt, både på telefon og med personlig fremmøte. Nav har et uttalt servicemål om at alle henvendelser skal være besvart innen 48 timer. Ombudet mener at Nav sosialtjenesten, i tillegg til rent tekniske løsninger, i enda større grad må jobbe med sin interne tilgjengelighetskultur. Dette er langt på vei et ledelsesansvar, og det må tilrettelegges og følges opp at de ansatte har kapasitet til å utføre alle sine arbeidsoppgaver.

Ombudet mener at de tiltak for eksempel Nav Gamle Oslo har gjort med å etablere et kontaktsenter i samarbeid med 02180, er et positivt og fremstår som et godt virkemiddel på veien til bedret tilgjengelighet.

Saksbehandling

Lang saksbehandlingstid er noe mange tar opp i sin kontakt med Ombudet. Vår erfaring er at saksbehandlingstiden varierer sterkt mellom de ulike kontorene, både i behandlingen av søknader og i klagesaksbehandlingen. Det siste bekreftes av statistikk fra Fylkesmannen, der gjennomsnittlig klagesaksbehandlingstid i bydelene er 3,2 måneder. Det raskeste kontoret klarer det på 1,2 måned, mens det tregeste bruker 11 måneder.

En mann klaget på at han hadde fått en for lav livsoppholdssats for seg og sin familie. I tillegg klaget han over dårlig tilgjengelighet hos sosialtjenesten. Ombudet ga råd og veiledning, og mannen klaget selv. Mannen fikk imidlertid ikke svar fra sosialtjenesten. Ombudet skrev derfor en klage for mannen og etterspurte svar. Svar fra sosialtjenesten uteble fortsatt. Først etter nærmere ni måneder og flere purringer, fikk mannen og Ombudet svar. Mannen fikk medhold i sin klage, og fikk lagt riktig livsoppholdsnorm til grunn.

En kvinne med åtte barn fikk ikke kontakt med sin saksbehandler hos sosialtjenesten. Hun hadde ikke fått skriftlig vedtak på sin søknad om livsopphold og husleie. Det var kun gitt muntlig beskjed om at hun ikke ville få noe før faktura for husleie var levert, og at det deretter ville gå 4 dager før utbetaling. Dette var vanskelig ettersom kvinnen selv ikke hadde mottatt denne fakturaen. Ombudet tok kontakt med stedfortredende saksbehandler, og husleie og livsopphold ble utbetalt samme dag.

Det er et servicemål at vedtak i Nav sosialtjenesten skal fattes innen 14 dager. Dette overholdes i mange tilfeller ikke. I dialog med sosialtjenesten opplyser noen å ha store restanser. Dette fører igjen til flere henvendelser, klager og frustrerte klienter.

Dokumentasjonskrav

Nav sosialtjenesten kan be om kontoutskrift dersom nødvendige opplysninger ikke kan dokumenteres på annen måte, men sosialtjenesten skal da informere klienten om hvilke opplysninger de trenger og hvorfor de trenger dem. Alle andre opplysninger på kontoutskriften kan strykes over eller fjernes før utskriften legges frem for sosialtjenesten. Disse bestemmelsene gjelder også for sosialtjenestens innhenting og bruk av andre typer personopplysninger. Søknader skal ikke avvises, men Nav sosialtjenesten kan etter en individuell vurdering fatte avslagsvedtak basert på manglende dokumentasjon.

En kvinne henvendte seg til Ombudet fordi Nav sosialtjenesten ikke godtok at hun var enslig forsørger, selv om hun hadde dokumentert dette med skilsmissebevilling, meklingsattest og samværsavtale. Nav sosialtjenesten krevde at kvinnen måtte dokumentere at det var et "varig samlivsbrudd" fordi Nav trygd krevde dette i forhold til barnebidragssøknad. Kvinnen fortalte at mannen hadde reist til hjemlandet flere måneder tidligere, og at hun etter dette ikke fikk betalt husleien. Ombudet kontaktet sosialtjenesten og ble fortalt at det hadde vært "mye frem og tilbake med klient og hennes mann" noe som førte til at sosialtjenesten tvilte på at ekteskapet var slutt. De mente hun burde kunne få ytterligere dokumentasjon fra ham. Ombudet videreformidlet at klienten ikke hadde sett mannen på flere måneder og at det i praksis var umulig å få denne dokumentasjonen. Sosialtjenesten frafalt dokumentasjonskravet, men først etter at kvinnen ble innvilget og etterbetalt barnebidrag fra Nav trygd. Hun ble deretter beregnet som enslig forsørger.

Nødhjelp

Ombudet er særlig bekymret der Nav sosialtjenesten bruker lang tid på å avklare spørsmål rundt nødhjelp. Søknader, skriftlige og muntlige, som omhandler nødhjelp skal tas imot og behandles raskt. Dokumentasjonskrav til nødhjelpssøknader kan noen ganger oppleves som rigide fremfor individuelle og tilpassede til den konkrete situasjonen. Ombudet mener det er uheldig at klienter blir avvist fra å

levere nødhjelpssøknader. Dette kan medføre at den reelle nødsituasjonen har vart en tid når søknaden endelig tas til behandling i sosialtjenesten.

En mann oppsøkte Ombudet etter at han hadde søkt om nødhjelp en fredag, og fått beskjed om at han ville bli oppringt mandagen etter. Da mandag kom og han ikke hadde hørt noe tok han kontakt med Nav sosialtjenesten igjen. Han fikk da beskjed om at han ville bli oppringt dagen etter. Det ble han fortsatt ikke. Ombudet kontaktet sosialtjenesten, uten å få kontakt med rett person. Ombudet bisto derfor med å fylle inn en klagemal, der klienten beskrev sin situasjon. Klienten ringte igjen senere samme dag. Han fikk fortsatt ikke hjelp. Ombudet ringte på nytt og fikk nå snakke med en som bekreftet å ha mottatt klagen og en ny nødhjelpssøknad, men at klienten ikke kunne regne med å få svar så sent på dagen. Dessuten måtte klagen behandles, før ny søknad kunne vurderes. Ombudet påpekte at mannen hadde lagt frem sin nødhjelpssøknad fem dager tidligere. Kort etter ble Ombudet kontaktet av en teamleder som opplyste at det hadde kommet frem at søknaden ved en feil var blitt sett på som en livsoppholdssøknad til tross for at man kunne bekrefte at den ble tatt imot som en nødhjelpssøknad. Klienten ville få utbetalt livsopphold dagen etter.

Juletillegg

Ombudet har gjennom flere år vært opptatt av at mottakere av økonomisk stønad fra Nav sosialtjenesten, på lik linje med lønns- og trygdemottakere, bør motta noe ekstra i forbindelse med jul eller andre liknende høytider. Ombudet er tilfreds med at vårt arbeid var med på å bidra til at Bystyret i 2013 vedtok veiledende normer for ekstra ytelser ved feiring av høytider, der hensyn til barn og deres behov skal tillegges vekt. Ombudets synspunkt om at alle langtidsmottakere av sosialhjelp skal få noe ekstra til jul ble ikke vedtatt, men regelen er nå at Nav sosialtjenesten skal vurdere juletillegg etter søknad. Ombudet forutsetter at aktuelle mottakere får nødvendig opplysning, råd og veiledning om denne muligheten, jf kommunenes veiledningsplikt.

Bytte av saksbehandler

Mange som henvender seg til Ombudet, ønsker å bytte saksbehandler. Dette er ikke en rettighet den enkelte bruker har. I noen tilfeller bistår Ombudets kontor likevel med en slik anmodning. Dette er i saker der klienten ikke opplever å bli møtt med respekt, og der kommunikasjonen er vanskelig og samarbeidsklimaet anstrengt. I mange tilfeller ser Ombudet at konflikten har sitt utgangspunkt i dårlig tilgjengelighet. I mange saker der Ombudet bidrar til å opprette dialog, faller også kravet om bytte av saksbehandler bort.

Boligbehov og boligtilbud

Arbeidet med å fremskaffe boliger er vår største utfordring er et utsagn Ombudet ofte møter i sin daglige kontakt med ansatte i Oslo kommune. Det er krevende å bistå klienter i det private boligmarkedet, i forhold til kommunale boliger og der noen er uten tak over hodet og akutt trenger midlertidig husvære.

Kommunale boliger – tilbud og etterspørsel

Vi får mange henvendelser om avslag på kommunale boliger, og om lange ventetider før en aktuell kommunal bolig er tilgjengelig.

En kvinne kontaktet Ombudet. Hun hadde bodd mange år på et rehabiliteringssenter. For flere år siden hadde hun søkt og fått avslag på kommunal bolig. Avslaget ble omgjort i Oslo kommunale klagenemnd for tre år siden. Kvinnen var likevel fortsatt uten tilbud om kommunal bolig. Ombudet tilskrev boligkontoret som opplyste at det er liten gjennomstrømming i de kommunale boligene, og at det på tre år var fristilt og tildelt 38 boliger i kategorien 1-2-roms, som kvinnen hadde fått tilslag på. Det var 10 personer på venteliste. Det ble fortalt at Boligbygg i løpet av 2013 hadde solgt to boliger, men gitt løfte om fem nye. Boligkontoret ville prioritere kvinnen i løpet av høsten 2013, forutsatt at Boligbygg kjøpte nye boliger.

I august 2013 sendte Ombudet brev til boligkontorene i Oslo. Vi ønsket svar på hvor mange kommunale boliger bydelen disponerte pr. 15.08.2013, hvor mange som eventuelt sto tomme, hvor mange søkere med positivt vedtak som sto på venteliste og hvor lenge disse hadde ventet på at en aktuell bolig skulle bli ledig. Ombudet ønsket også svar på hvor mange søkere som pr. tredje kvartal 2013 hadde fått avslag på kommunal bolig på bakgrunn av at det var mer enn 6 måneders ventetid på aktuell bolig. Til slutt var Ombudet interessert i boligsituasjonen i bydelen mer generelt og om bydelen hadde særlige utfordringer.

Ombudet mottok svar på 13 av 15 henvendelser. Svarene var varierte. En bydel viste til Bystyrets boligbehovsplan og tre henviste til Kostra-rapporter. Andre svar var omfattende og grundige.

Halvparten svarte at det er for få boliger i forhold til behovet. Boligmassen stemmer heller ikke overens med søkerens behov. Det tilbakemeldes om for store konsentrasjoner av kommunale boliger i sentrum og oppleves som liten vilje til å spre den kommunale boligmassen.

Av svarene fremgikk det at 305 søkere/familier hadde fått innvilget kommunal bolig, men ikke fått oppfylt rettigheten. Disse hadde ventet på bolig fra noen måneder opp til 3 år. Mer enn 200 søkere hadde fått avslag, til tross for at de oppfylte kriteriene for tildeling, da det var mer enn 6 måneders ventetid på aktuell bolig. En bydel kommenterte følgende: *'Med et regelverk som dagens, tilfredsstillende likevel en del av de vi ikke prioriterer for bolig, kriteriene for tildeling. Det betyr at dersom kriteriene ikke blir strengere enn i dag, vil bydelen måtte få en økning i den kommunale boligmassen dersom alle som oppfyller kriteriene skal kunne få tildelt bolig.'*

Byråd Øystein Eriksen Søreide skrev i et notat til Bystyrets organer (notat 25/2013) at det er viktig med tydelige regler for saksbehandling av søknad om kommunal bolig for barnefamilier. Han ønsker at Byrådet utarbeider en bestemmelse om dette i instruks til forskrift av 07.05.2003 om tildeling av kommunal bolig. Byråden ønsker også at personer som er utsatt for vold i nære relasjoner prioriteres ved tildeling av kommunale boliger. Det er positivt at flere vanskeligstilte grupper inkluderes, men Ombudet spør om prioritering blant de prioriterte etter hvert blir en umulig oppgave for bydelene, og vil gjøre ventelistene enda lengre og avslagene flere.

Kommunale boliger – standard

Feil og mangler ved kommunale boliger er ofte et tema i henvendelsene til Ombudet. Dialogen med Boligbygg kan oppleves som vanskelig og ansvaret mellom leietaker, bydelens boligkontor og Boligbygg synes uavklart.

I fjorårets årsmelding anbefalte Ombudet at det ble gjort en ny brukerundersøkelse blant leietakere i kommunale boliger, og at Kommunerevisjonen foretok en ny revidering av Boligbyggs oppfølging av sin boligmasse. På bakgrunn av våre erfaringer er det anbefalinger vi holder fast ved.

Midlertidig døgnovernatting:

Ombudet mottok i 2013 færre henvendelser om midlertidig døgnovernatting enn året før. Dette kan ha flere årsaker, blant annet har noen bydeler etablert egne tilbud for visse brukergrupper. Vårt samarbeid med Nav sosialtjenesten og vår dialog med frivillige organisasjoner som Kirkens Bymisjon bekrefter imidlertid at mangel på midlertidig døgnovernatting fortsatt er en stor utfordring.

Oslo kommune hadde i 2013 ingen kvalitetsavtale med døgnovernattingssteder spesielt tilrettelagt for barnefamilier. Det følger av Oslo kommunes fellesskriv 7/2004 at bydelene, i de tilfeller hvor bruk av døgnovernattingssted er nødvendig, kun skal benytte steder som har inngått kvalitetsavtale med Oslo kommune. En anbudsrunde for anskaffelse av en rammeavtale for kjøp av plasser ved privat døgnovernatting som kan ta imot barnefamilier ble avsluttet i september 2013. Ombudet har etterspurt informasjon om resultatet av dette, senest ved henvendelse til Velferdsetaten i januar 2014, uten hell.

Byrådet har vektlagt at hovedfokuset er på investering i permanente boliger, noe som også fremgår av Oslo kommunes Boligbehovsplan 2013-2016. Det støtter Ombudet. Oslo har en vanskelig boligsituasjon, med et stort behov for tilvekst av nye boliger. Ombudet kan imidlertid ikke se at dette står i motsetning til å ha et godt og kvalitetssikret tilbud til barnefamilier som av ulike årsaker er kommet i en akutt boligmangel.

Sosialhjelp til arbeidsinnvandrere

Nav sosialtjenesten melder om stadig flere henvendelser fra arbeidsinnvandrere fra EØS-land. Også Ombudet får flere henvendelser knyttet til problemstillinger som omhandler mennesker som i utgangspunktet har kommet til landet for å få seg en jobb. Alle som flytter til Oslo, skal som hovedregel kunne forsørge seg selv. Men uavhengig av hvorfor man oppholder seg i kommunen, har man krav på opplysning, råd og veiledning fra Nav sosialtjenesten. Omstendigheter i livet gjør at selvforsørgelse ikke alltid er mulig, og noen ganger har man krav også på økonomisk stønad. Dette avhenger av om man har lovlig opphold og fast bopel. Ombudet erfarer at dette er vanskelige vurderinger både for vårt kontor og Nav sosialtjenesten. Særlig gjelder dette hva som er å betrakte som fast bopel.

BARNEVERN

Henvendelser om barnevern knytter seg til saksbehandlingen, til barns rettigheter under saksbehandlingen, flere påpeker mangelfull informasjon og medvirkning og det er spørsmål rundt klageadgang.

	2011	2012	2013
Barnevern	14	32	38

Partene i en barnevernssak har krav på informasjon om både sine rettigheter og saksbehandlingsprosessen som sådan. Informasjonsbehovet er stort og erfaringsmessig må informasjonen gjentas og presiseres. Ombudet er opptatt av dialogen mellom barneverntjenesten og partene skal være god – ofte må partene samhandle i lang tid – også etter Ombudets intervensjon.

En pårørende kontakter Ombudet på vegne av mor. Barnevernet har midlertidig plassert barnet i forbindelse med at mor ble akutt psykisk syk. Far er tidligere anmeldt for vold mot mor. Saken ble henlagt, men det har hele tiden vært en tvist mellom mor og far om hvem som skal ha omsorgen for felles barn. Barneverntjenesten har vurdert videre plassering hos far, noe mors familie er meget opprørt over. Ombudet ga følgende informasjon:

Ombudet kan ikke bistå i saken uten fullmakt fra den som er part i saken, det vil si mor. Dersom mor ønsker kontakt med Ombudet, kan hun gjøre det enten pr telefon eller mail/brev. Ombudet kan gi deg informasjon på generelt grunnlag: Det fremkommer ikke informasjon om hvilken bestemmelse i barnevernloven som er benyttet ved plassering av barnet, om det har vært eller er samvær mellom mor og barnet eller konklusjonen på utredningen av fars omsorgsevne. Dette er sentrale problemstillinger og har stor betydning for hvordan barneverntjenesten skal arbeide med saken. Barneverntjenesten har uansett ikke anledning til å overføre fast omsorg fra mor til far. Barneverntjenesten kan plassere barnet midlertidig hos far i påvente av at han tar nødvendig rettslige skritt til å få overført daglig omsorg til seg etter barneloven. Dersom dere ønsker å opprettholde klagen overfor barneverntjenesten, kan dere rette henvendelse til fylkesmannen i Oslo og Akershus. Fylkesmannen fører tilsyn med barneverntjenesten, og har myndighet til å gi pålegg hvis nødvendig. Dersom barneverntjenesten vurderer omsorgsovertakelse, må slik sak fremmes for fylkesnemnda. Mor vil få oppnevnt egen advokat som vil bistå henne før og under prosessen.

Det er viktig å presisere at Ombudet ikke tar en advokatrolle overfor verken foreldre, barnet/ungdommen eller barneverntjenesten. Det innebærer at Ombudets rolle i barnevernsakene ofte blir å påse at partene får den informasjonen eller forklaringen de har krav på. Det skjer også at Ombudet bekrefter informasjon gitt fra barneverntjenesten. Foreldre kan ha behov for å få verifisert de opplysningene som barneverntjenesten har gitt – at det virkelig stemmer.

En kvinne henvendte seg og ønsket å diskutere et brev fra barnevernet. Det var åpnet en barnevernsak etter bekymringsmelding fra datterens skole. Kvinnen hadde ingen innvendinger mot barnevernets opptreden, men ønsket informasjon om hvilke rettigheter hun har som part i saken.

TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING

Mennesker med rusavhengighet oppsøker i liten grad Ombudets kontor for bistand til klage på mangelfull behandling for sitt rusproblem. For å sikre at de gjøres kjent med muligheten, har vi i ulike sammenhenger understreket at det er viktig at informasjon om Ombudet gis av de som til daglig jobber med og er i kontakt med denne gruppen.

Den vanligste årsaken til at pasienter med avhengighetsproblematikk tar kontakt med Ombudet er klager vedrørende medisiner, som valg av medikament og utleveringsordninger. Andre problemstillinger er mangel på informasjon, medvirkning og samtykke, avvising av søknader, avslag på behandling og lang ventetid på behandlingstilbud.

Rusavhengige og pasienter som mottar langvarig behandling i psykisk helsevern har ofte en sammensatt problematikk. Tett oppfølging og samarbeid mellom ulike instanser er avgjørende. Ikke minst er et godt og individuelt tilpasset botilbud viktig. Vi mottar klager på at psykisk syke og rusavhengige tilbys et uverdige botilbud, og i mange tilfeller uten tilstrekkelig oppfølging fra helsepersonell og tjenesteytere. Dette kan vanskeliggjøre en vellykket behandling. Kontinuitet i behandlingen er avgjørende. Her synes behandlingsapparatet å ha et betydelig forbedringspotensial. Tilbud om individuell plan burde være en selvfølge for pasienter som får langvarig behandling mot rusavhengighet.

En stor gruppe pasienter har samtidig forekomst av psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Fremdeles opplever mange at psykiatrien ikke vil ta imot dem fordi de er rusmiddelavhengige, samtidig som tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengige avslår søknaden fordi de har en psykisk lidelse.

Ombudet er opptatt av og bekymret for om eldre rusmiddelavhengige får dekket sine behov for helse-, sosial- og omsorgstjenester i Oslo kommune. Med eldre rusmiddelavhengige menes de over 55 år i pågående rusmiddelavhengighet, samt de som er i LAR. Felles karakteristika for eldre rusmiddelavhengige er at de eldes tidligere og har andre helseplager enn andre på samme alder. Det finnes lite forskning på dette området, og vi har liten erfaring med hvilke tjenester denne gruppen har behov for. Vi vet også svært lite om hvor mange de er og i hvilken grad de mottar helse- og sosialtjenester. Velferdsetaten oppgir at de heller ikke har en eksakt oversikt over antallet eldre rusmiddelavhengige og heller ikke tall på hvor mange som benytter seg av tilbud fra Oslo kommune.

SPESIALISTHELSETJENESTEN

En av hovedutfordringene til spesialisthelsetjenesten er å sikre mest mulig effektive behandlingsforløp, og et raskest mulig helsetilbud. Pasienter og spesialisthelsetjenesten selv melder om de samme utfordringene år etter år; problemer med informasjonsflyt, mangelfull planlegging av forløp, rot og sommel. Det skaper utrygghet og frustrasjon. Åpenhet rundt områder der tjenestene kan forbedres er en forutsetning for at forbedring kan skje. Fortsatt preges helsetjenesten i for stor grad av bortforklaringer i stedet for forklaringer når uønskede hendelser inntreffer. En ukultur ledelsen er ansvarlig for. Heldigvis er det lyspunkter. Selv om denne meldingen i hovedsak påpeker hva som kan bli bedre, vil den også gi plass til noen historier å lære av.

Helsetjenesten lovreguleres i stadig større grad. Slik skal pasienter sikres nødvendig bistand fra tjenestene. Rettighetene skal i tillegg til å gi retning og rammer for tjenesteytere, gi informasjon, forutsigbarhet og klageadgang til brukeren. De skal styrke brukerens rettsikkerhet. Ikke alle kjenner sine rettigheter, og svært få klager om de ikke oppfylles. I tillegg fremstår det på noen områder som om økonomiske insentiver i større grad undergraver, heller enn å underbygge pasientenes rettigheter.

Rett til innsyn i egen journal, til medvirkning og informasjon og til medbestemmelse er utvilsomt viktig og grunnleggende for å sikre pasienter herredømme over egen kropp og helse. Det ser ut til at rettigheter knyttet til den konkrete helsehjelpen – til behandling – er vanskeligere både å etterkomme og etterprøve. Ombudet etterlyser en evaluering både av bruken og nytten av pasientrettighetene og stiller spørsmålet; økt rettighetsfesting – hvem har det vært et gode for?

Oslo universitetssykehus er det største sykehuset i landet og er også det sykehuset der Ombudet har flest saker. Vi har valgt å fokusere på tre områder der sykehuset har hatt utfordringer i året som gikk,

og Ombudets refleksjoner rundt årsak og oppfølging. Med stor sannsynlighet er dette historier også andre klinikker og helseforetak kan kjenne seg igjen i, og lære av.

Henvendelser til Ombudet har fordelt seg slik på foretakene de tre siste årene.

	2011	2012	2013
OUS, Ullevål	257	293	295
OUS, Aker	74	40	43
OUS, Rikshospitalet	79	138	151
OUS, Radiumhospitalet	13	21	21
Oslo universitetssykehus, totalt	423	492	510
Lovisenberg Diakonale sykehus	37	55	72
Diakonhjemmet sykehus	39	61	52
Akershus Universitetssykehus	70	153	186
Privat spesialisthelsetjeneste	80	118	118
Andre	280	339	330
Sum	929	1218	1268

Denne oversikten viser en stor prosentvis økning på Lovisenberg diakonale sykehus. Vi erfarer at dette sykehuset har en svært god kultur for å håndtere uønskede hendelser og informere om Ombudet når slikt skjer.

Akershus universitetssykehus er fra 2011 lokalsykehus for nesten 110 000 mennesker i bydelene Alna, Grorud og Stovner. Det synliggjøres ingen tydelige tendenser i henvendelsene som omhandler Ahus, men vi registrerer bekymringen for at sykehuset ikke er dimensjonert for det pasientgrunlaget de faktisk har. Vi forutsetter at myndighetene raskt avklarer dette spørsmålet.

Hva tas opp i henvendelsene om spesialisthelsetjenesten?

Henvendelsene i spesialisthelsetjenesten har i hovedsak fordelt seg på følgende områder de tre siste årene:

	2011	2012	2013
Behandling og oppfølging	368	533	566
Rett til helsehjelp, totalt	329	479	562
Individuell behandlingsfrist	58	81	76
Valg av sykehus	62	76	113
Pasientskade/komplikasjon	140	162	195
Info., medbestemmelse og samtykke	140	168	337
Journal	104	128	140
Saksbehandling	77	128	189

Henvendelser som omhandler ulike sider ved den behandlingen som er gitt, eller ikke gitt, er ikke uventet av størst omfang. Her har Ombudet verken kompetanse eller mandat til å etterprøve de medisinske vurderinger som gjøres, men kan bistå med oppklarende spørsmål og klager til tjenestestedet, Fylkesmannen eller Norsk pasientskadeerstatning. Hvis vi ser kategoriene under ett, ser vi imidlertid at det er spørsmål knyttet til prosessuelle regler som har det største omfanget. Henvendelser om retten til fritt sykehusvalg har økt, det samme har retten til informasjon, medbestemmelse og samtykke. Det siste er også det området sykehusene scorer dårligst på i brukerundersøkelsene som gjennomføres av Kunnskapssenteret. Det er fortsatt mange pasienter som opplever problemer når de ønsker utskrift av egen journal og mange klager på saksbehandlingen

i spesialisthelsetjenesten; svartid på henvendelser, henvisninger på avveie, prøvesvar på avveie med mer. Det kan oppsummeres som rot og sommel.

Manglende koordinering av behandlingsforløp

Et samlet Storting sluttet seg i 2012 til alle tiltakene i St. meld. 10 som understreker at helsetjenesten skal tilby befolkningen helsehjelp av god kvalitet. Kjennetegn ved god kvalitet er at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Mange pasienters opplevelse av tjenestenes kvalitet er preget av at de må forholde seg til et stort antall leger og behandlere som ikke samhandler. Dette er særlig risikofyllt når pasienten må forholde seg til flere avdelinger eller sykehus. Koordineringen av tjenestene, kommunikasjon mellom behandlere og dokumentasjon av beslutninger og behandlingstiltak svikter. Leger møter uforberedt til konsultasjoner, enkeltpasienter opplever gjentatte strykninger, og det registreres faglig uenighet om behovet for stadig nye radiologiske undersøkelser og prøvesvar ved overføring fra et behandlingssted til et annet.

En kvinne skulle få en nyretransplantasjon, og lå på operasjonsbordet med intravenøst, da operasjonen ble avlyst. Dette skjedde to ganger i løpet av en 6 ukers periode. Hun gikk på overtid med midlertidig utlagt blære, og infeksjonsfaren økte drastisk. Hun fikk deretter beskjed om at hun kunne forvente operasjon innen en måned. Dette var hun ikke tilfreds med, og ønsket bistand fra Ombudet. Ombudet ringte overlegen på avdelingen for å etterspørre hvilke vurderinger som var gjort, og fikk egentlig ingen annen informasjon enn at de bestrebet seg på å ta henne inn så fort som mulig, og at de var godt orientert om at hun da skulle opereres som nummer en. Kvinnen var overbevist om at denne samtalen var avgjørende, for påfølgende virkedag fikk hun tilbud om operasjon klokken syv på tre ulike dager hun kunne velge mellom. Da hadde det gått omlag syv uker siden den første strykningen fant sted. Kvinnen ble operert og operasjonen var vellykket.

Riksrevisjonen leverte i november 2013 en rapport om effektivitet i sykehus, Dokument 3:4 (2013-2014). Riksrevisjonen har brukt gjennomsnittlig liggetid som indikator på behandlingsformenes ressursbruk. Undersøkelsen viser at gjennomsnittlig liggetid varierer mellom sykehusene fra tre til elleve dager for innsetting for hofteproteser, fem til ti dager for operasjon av hoftebrudd, null til fire dager for operasjon av korsbånd og sju til elleve dager for operasjon av tykktarmskreft. Ifølge rapporten går det like bra med de som skrives ut raskt, som med de som blir liggende lengre.

St. Olav hospital kom godt ut. Som første norske sykehus skal det ha innført den danske modellen Fast-track i 2010. Det innebærer at pasienter får en kjøreplan fra fastlegehenvisningen til de er ferdig behandlet. Riksrevisjonens undersøkelser bør følges opp for å se om sykehusene faktisk viser vilje til å lære av hverandre. Vi registrerer at Helse- og omsorgsministeren skriver i sitt svar til Riksrevisjonen at rapporten peker på flere ulikheter i behandlingsforløp og ressursutnyttelse mellom helseforetak og sykehus, og at departementet vil sørge for at spesialisthelsetjenesten blir kjent med og lærer av dette.

Våre erfaringer fra Oslo universitetssykehus viser at god organisering av behandlingsforløp har stor betydning for pasienttilbudet. I 2013 var det fokus på ventetid for kvinner med brystkreft eller ved mistanke om brystkreft som skulle ha mammografi ved Oslo universitetssykehus. Oslo Universitetssykehus engasjerte et designbyrå. Dette stod å lese i Helse Sør-Østs nyhetsbrev 04.11.13:

Designerne snudde fokuset og satte pasientenes opplevelser i sentrum for prosjektet. Gjennom dybdeintervjuer med pasienter og helsepersonell, observasjoner og en gjennomgang av rutiner, ansvarsfordeling og kommunikasjon, ble både behov og utfordringer kartlagt. Dette ble presentert på en måte som gjorde at alle forsto utfordringene og veien til målet. Prosjektet har ført til en rekke konkrete tiltak, som bedre henvisningsinformasjon, faste morgenmøter mellom fagmiljøene, opprettelse av pasientkoordinator og avtale med private aktører (Aleris og Unilabs).

Det er nærliggende å tenke at noe som høres ut til å være så enkelt må kunne overføres til andre deler av virksomheten også. De samme tankene hadde en pårørende som tilskrev Ombudet om sin kreftsyke ektefelle:

Jeg er kjent med at det i OUS har vært gjennomført en utredning av brystkreftbehandlingen der blant annet organisatoriske/strukturelle utfordringer er gjennomgått. Tiltak basert på denne utredningen har redusert ventetiden fra opptil 90 dager til en uke og behandling iverksettes innen fristen på 20 dager. Det viser at det er mulig å gjøre grep innenfor rammen av de ressurser som er tilgjengelige. Vi håper at en tilsvarende forbedring av oppfølging kan gjennomføres også for lungekreftpasienter.

Manglende koordinering av behandlingsforløp gir dårlig behandling. Det kan påvirke pasientenes opplevelse av trygghet og tillit. Vi ser at helsepersonell ikke er fornøyd med det tilbudet som gis og det er dårlig samfunnsøkonomi. Riksrevisjonens rapport viser at sykehusene har mye å lære av hverandre. Men flere virkemidler må benyttes.

Behov for koordinator og forløpsansvarlig

Pasienter som trenger komplekse eller langvarige og koordinerte helsetjenester har krav på en koordinator. Koordinatoren har ansvar for å sikre samordning, helhet, plan og kontinuitet i behandlingen, og erstattet den tidligere ordningen med pasientansvarlige lege. Erfaringen er at helseforetakene ikke har lagt særlig vekt på å gjennomføre denne rettigheten.

Ordningen med koordinator har vært på høring i 2013. Det ble foreslått å gjøre endringer i spesialisthelsetjenesteloven. Koordinator skal som hovedregel være lege. Forslaget nå innebærer å erstatte begrepet "koordinator" med "kontaktperson". Videre ønsket man å fjerne hovedregelen om at vedkommende skal være lege.

Vi tolket forslaget dit hen at selve rollen blir endret, ikke bare betegnelsen. Landets pasient- og brukerombud mener dette innebærer en svekking av kvaliteten og forsvarligheten i pasientforløpene. Vi viser til vår høringsuttalelse gitt i denne sammenheng.

Ombudet har gjennom flere år foreslått at sykehusene skal opprette såkalte forløpsansvarlige. Dette for å bidra til å sikre et mer effektivt forløp, bedre informasjonsflyt og en tydelig ansvarsfordeling. Vi mener det er et stort forbedringspotensial her. Vårt forslag er fremdeles at man etablerer forløpsansvarlige, ved siden av koordinator-rollen som allerede foreligger.

Brudd på pasientrettigheter

Mange av henvendelsene til Ombudet omhandler brudd på pasientrettigheter, mangel på informasjon og medbestemmelse, trenering av anmodninger om journalinnsyn, brudd på behandlingsfrister og mangelfull etterlevelse av retten til fritt sykehusvalg.

Individuell behandlingsfrist

Hvor lenge man må vente på helsehjelp er av stor betydning for pasientene.

Riksrevisjonen avdekket i 2012 at ventetiden for mange pasienter blir registrert som avsluttet før den faktiske behandlingen starter. Fortsatt erfarer pasienter ulik praksis når det gjelder å fastslå hva som skal til for at en frist for videre behandling anses overholdt. Ved vurdering av henvisningene sorteres dette ut fra om pasientenes tilstand anses som avklart eller uavklart. Pasienter som må gjennom et lengre utredningsforløp får en frist for oppstart av dette. For pasienter der det er rimelig klart hva som er behandlingsbehovet, bør fristen settes til oppstart behandling. Ikke som i disse sakene:

En mann henvendte seg til Ombudet for bistand vedrørende klage på mulig fristbrudd. Han ble den 10.07.12 henvist til Rikshospitalet for en skulderoperasjon. Bakgrunnen for henvisningen var en sykdom som medfører at han ikke kunne behandles ved sitt lokalsykehus. Den 31.10.12 mottok han et brev med innkalling til undersøkelse på ortopedisk avdeling den 21.11.12. I samme brev sto det at han hadde rett til prioritert helsehjelp innen 10.01.13. Den 16.01.13 kontaktet mannen Ombudet med spørsmål om fristbrudd ettersom han ikke var blitt operert, men kun hadde vært til overnevnte konsultasjon på ortopedisk avdeling i november, samt en konsultasjon på en annen avdeling i desember. På vegne av mannen tok Ombudet kontakt med Rikshospitalet og Helfo. Ombudet ble informert om at Rikshospitalet ikke anså dette som et fristbrudd ettersom mannen hadde vært til konsultasjon innen fristdatoen. Rikshospitalet opplyste at han sto på venteliste til operasjon, men de kunne ikke si når operasjonen ville bli gjennomført. Den 29.01.13 ble Ombudet på nytt kontaktet av mannen, som kunne fortelle at han er satt opp til operasjon den 19.02.13. Ombudet mottok etter dette brev fra sykehuset med følgende beskjed: Oslo universitetssykehus, ortopedisk avdeling anser ikke behandlingsfristen som oppfylt ved at pasienten har vært til konsultasjon.

En mann kontaktet Ombudet etter et langt utredningsforløp ved to sykehus hvor det fortsatt ikke var stilt endelig diagnose. Han opplevde at utredningsforløpet dro ut på grunn av rot med henvisninger, stadig endring av timer og mangelfull informasjon, manglende flyt i behandlingsforløpet. Ombudet tilskrev sykehusene på vegne av mannen. Det ble klaget på fristdato etter rot med henvisning internt. Det ble også bedt om informasjon vedrørende videre behandling og hvem som er ansvarlig for å yte den, samt om videre koordinering og samhandling mellom de ulike partene. Mannen fikk da dato for operasjon. Fra desember 2013 til slutten av februar 2014 er imidlertid operasjonsdatoen flyttet på 4 ganger på grunn av at akutte pasienter går foran denne pasienten. Ombudet har kontaktet Helfo på vegne av klient. Sykehuset anga i sitt første tilsvarende at det ikke var et brudd på behandlingsfristen, før de snudde og konkluderte med at det var et fristbrudd.

Det er en forutsetning for å oppfylle intensjonen med pasientrettighetene at praksis i helseforetakene er lik og korrekt, og at det er tydelig for pasienten når retten til helsehjelp er oppfylt. Ombudet mener det er behov for tiltak for å unngå dagens forskjeller. Det må settes som krav at det foretas en konkret vurdering av hva som skal til for at behandlingsfristen anses å være oppfylt for den enkelte pasient. Vurderingen må journalføres og pasienten må få kjennskap til innholdet i vurderingen.

I forbindelse med tilsyn og annen oppfølging av helseforetakene har helsepersonell fremholdt at det er vanskelig å få etablert en konsekvent praktisering av ordningen. Det er behov for klarere retningslinjer på dette området. Ombudet er bekymret for om ressursutfordringer, krav om null fristbrudd og vissheten om at fristbrudd i seg selv er kostnadskrevenne for sykehuset dersom

pasienten gis behandling et annet sted medfører at pasientene ikke får en korrekt frist, og at praksis rundt innfrielse av fristen ikke endres til det bedre. Er bekymringen reell, vil slik praksis også medføre at mangler i helsetjenesten blir tilslørt. Redelighet i forhold til innfrielse av pasientrettigheter og rapportering er en forutsetning for et korrekt bilde av helsetilbudet.

Fungerer fritt sykehusvalg?

Fritt sykehusvalg skal sikre den beste behandlingen for pasienten og en effektiv utnyttelse av helseressursene. Slik fungerer det ikke. Valgfrihet er i de fleste sammenhenger ansett som udelte positivt. En rapport fra Riksrevisjonen i 2011 viser at lang utdanning, høy inntekt, og ikke for lang reisevei til behandlingsstedet er faktorer som gir økt bruk av valgfriheten. Det gir grunn til å se nærmere på om ordningen fungerer som ønsket.

En effektiv utnyttelse av retten til fritt sykehusvalg forutsetter at HFsene oppgir korrekte ventetider. Pasienter må sikres informasjon om de ulike kvalitetsindikatorerne. Pasienter uten rett til en individuell behandlingsfrist må få vite når de kan forvente å få behandling.

For de fleste er det fastlegen som foretar valg av behandlingssted, oftest sendes henvisningen til lokalsykehuset uten at det ses hen til ventetid og kvalitetsindikatorer. Departementet har et overordnet ansvar for å sørge for at fastlegene og sykehusene i større grad bruker ordningen fritt sykehusvalg, ifølge Riksrevisjonen. Det kan ikke være slik at pasienten, i tillegg til egen sykdom eller skade, også må sette seg inn i lovverket for å ivareta sine rettigheter.

En pasient som ønsket å benytte seg av fritt sykehusvalg ved behandling på et Distriktpspsykiatrisk senter, fikk avslag med lang reisevei som begrunnelse. Pasienten var bosatt i Oslo med mindre enn en halvtimes reisevei med kollektivtransport fra behandlingsstedet. Avslaget ble omgjort med klagebistand fra Ombudet.

En far henvender seg på vegne av sin datter. Hun skulle henvises til behandling for en psykisk lidelse og hadde på OUS fått høre at psykisk helsevern ikke var omfattet av retten til fritt sykehusvalg. Han ble informert om at denne informasjonen ikke var korrekt, at også pasienter med psykiske lidelser har rett til selv å velge sykehus. Også pasienter innlagt på tvang har en slik rett, men anmodning skal likevel ikke etterkommes dersom dette kan være uforsvarlig eller i betydelig grad er egnet til å svekke formålet med det tvungne vernet.

Ombudet har liten forståelse for en slik mangelfull innfrielse av pasienters rettigheter.

Får pasienter forsvarlig helsehjelp, når de ikke gis rett til nødvendig helsehjelp?

Pasienter som ikke er vurdert til å ha rett til prioritert helsehjelp, kan vente i lang tid før de får tilbud om undersøkelse eller behandling. Sykehusene kan oppgi en omtrentlig ventetid overfor denne pasientgruppa. Uklar informasjon reduserer nytten av fritt sykehusvalg. Pasientene opplever at de enten ikke får nærmere informasjon om tidspunkt for undersøkelse eller behandling, eller at tidspunktet stadig blir skjøvet frem i tid uten nærmere begrunnelse. Vi erfarer at utsettelse i behandlingen kan skje uten at det er gjort medisinsk forsvarlighetsvurdering av ventetiden. Pasienter opplever at de "faller ut" av systemet, og selv må sikre seg oppfølging ved å purre på sykehuset.

Informasjon, medvirkning og samtykke

God og effektiv helsehjelp forutsetter samhandling og kommunikasjon mellom pasient og helsetjeneste. Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienter og brukere skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Pasient og bruker skal avgi samtykke og medvirke til helse- og omsorgstjenester på bakgrunn av mottatt informasjon.

Mange av våre saker viser at pasienter og brukere ikke mottar tilstrekkelig informasjon, og at de derfor ikke får medvirke i tråd med loven. Mangel på informasjon fører til usikkerhet og engstelse og undergraver tilliten til behandlingsapparatet. Vi ser at pasienter og brukere fratas mulighetene til å ta ansvar for egen helse som følge av at de ikke er informert om hva de selv kan gjøre for å ivareta denne. Dette kommer blant annet til syne i mangelfulle epikriser ved utskrivelse. Det etterlyses bedre informasjon i epikrisene om den behandling som er gitt, hvordan den skal følges opp etter utskrivelse og eventuelle andre forhold som krever ny legekontakt. Pasientene må rutinemessig tilbys kopi av epikrisen.

Dette er også det området sykehusene scorer dårligst på i brukerundersøkelser som er gjort av Kunnskapsenteret.

Samtykkekompetanse

Vurderinger av samtykkekompetanse er faglig utfordrende, både medisinskfaglig og juridisk. Særlig gjelder dette eldre pasienter som kan ha en svært varierende dagsform, og hvor de pårørende mener at vedkommende i perioder ikke kan ivareta sine egne interesser. Det kan være utfordrende for de pårørende å komme i dialog med helsetjenesten om dette. Særlig ved sykehusinnleggelse hvor helsepersonellet ikke kjenner vedkommende fra tidligere, kan det være ulik oppfatning mellom de pårørende og helsepersonellet om vedkommende er samtykkekompetent.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 angir reglene rundt spørsmålet om samtykke til helsehjelp. Av § 4-3 annet ledd følger: "Samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter."

I den følgende saken mente pårørende at det ikke ble foretatt en god nok vurdering av pasientens samtykkekompetanse ved en utskrivning fra sykehus.

Det kan leses av pasientens journal at vedkommende ved innkomst fra sykehjemmet til sykehus ikke var orientert for tid og sted eller aktuelle symptomer. Det ble noen dager senere beskrevet at pasienten var våken og orientert og svarte adekvat på alle spørsmål. Det var gjort avtale mellom avdelingen og pårørende at de skulle varsles ved utskrivning for å bistå, særlig fordi de opplevde at det var svært varierende hvor mye deres slektning fikk med seg av informasjon. Pårørende opplevde at vedkommende ble sendt tilbake til sykehjemmet uten at de ble informert, selv om det motsatte var avtalt. De opplevde også at pasienten ikke kunne redegjøre for prosessen rundt utskrivningen og de vurderingene som var gjort av sykehuset. Utskrivningen skjedde også tidligere enn de hadde forventet, og uten at pasienten var tilstrekkelig medisineret, mente de pårørende.

I denne saken henvendte vi oss til sykehuset på vegne av de pårørende. Vi orienterte avdelingen om det den pårørende så på som en mangelfull vurdering av samtykkekompetanse. De ønsket å videreformidle overraskelsen de hadde opplevd ved at pasienten ble skrevet ut uten at de ble orientert, når de hadde forberedt seg på å få bistå vedkommende i denne fasen. Ombudet minnet om plikten helsetjenesten har til vurdering av samtykkekompetanse.

Informasjon og medvirkning i psykisk helsevern

Pasienter og pårørende til pasienter med psykiske problemer kontakter Ombudet i saker som omhandler medvirkning til behandlingen, som valg av medikament og dosering, valg av behandler og fritt sykehusvalg. Også pasienter under vedtak om tvang etter psykisk helsevernloven forteller at de ønsker større innflytelse i sin behandling. Pasienter med et langvarig forhold til psykisk helsevern forteller at de ikke synes de har fått rett behandling, og at år med høye doser av ulike medikamenter ikke har hjulpet de.

Pårørende har ofte formeninger om den behandling deres nærmeste har behov for. De opplever at deres erfaringer og kjennskap til pasienten ikke lyttes til, og selv om de har forståelse for den taushetsplikt helsepersonellet er underlagt etterlyses et bedre samarbeid med behandlerne. Pårørende etterlyser både informasjon om pasientbehandlingen og om egne rettigheter som pårørende.

Som hovedregel kreves samtykke fra pasienten for å kunne gi informasjon om pasientens helsetilstand til pårørende. I de tilfellene der det ikke foreligger samtykke fra pasienten er det allikevel mange unntak fra taushetsplikten som gir helsepersonell adgang til å videreformidle opplysninger til nærmeste pårørende. I noen tilfeller har helsepersonell også en plikt til å videreformidle opplysninger. Som hovedregel definerer pasienten selv – så langt hun eller han er i stand til det – hvem som er pårørende og nærmeste pårørende.

Oslo universitetssykehus 2013

Oslo universitetssykehus sliter fortsatt med virkninger av hovedstadsprosessen. Noe som følge av elendige IKT-systemer, vedlikeholdstrengende bygningsmasse og utskiftingsklart utstyr, men også noe som fremstår som mangelfull ledelse og interne samhandlingsutfordringer. Mange har meldt bekymring for at tilbakemeldinger om pasientsikkerhet stoppes i lederlinja, og ikke tas tak i. Ombudet er bekymret for den innvirkning dette har på pasientsikkerheten. Vi vil i det følgende beskrive 3 forhold, som vi mener gir grunnlag for det.

Klinikk for diagnostikk og intervensjon - Brystdiagnostisk senter

Mange har meldt om lang ventetid ved Brystdiagnostisk senter, og både Kreftforeningen og Ombudet har fulgt opp dette i året som gikk. Kvinner som skulle undersøkes for mulig brystkreft etter å ha funnet en kul i brystet har risikert å vente i opptil tre måneder på undersøkelse. Dette er nå endret, og den positive endringen i ventetiden er omtalt tidligere i meldingen. Det som i tillegg til lange ventetider ble synlig i høst, var at enheten - ifølge egne uttalelser - ikke hadde rettighetsvurdert pasienter som var henvist med mistanke om kreft. Dette til tross for klare retningslinjer om dette. I notat fra Helsedirektoratet til de regionale helseforetakene datert 27.06.12 leser vi følgende: *"Henvising til radiologisk avdelinger – vurdering av rett til nødvendig helsehjelp. Helseforetakene må ha klare rutiner og gode systemer for mottak og registrering av henvisninger. Rutinene må sikre at pasienter som henvises for utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten blir registrert i PAS, og blir rettighetsvurdert m.v. også hvis en henvising blir sendt direkte til en radiologisk avdeling."*

Dette er et alvorlig brudd på pasientenes rettigheter og en trussel mot pasientsikkerheten. Ombudet er ikke kjent med hvordan dette forholdet ble behandlet internt på Oslo universitetssykehus og eventuelt i styre, og hvordan dette er fulgt opp i tiden før praksis ble endret i tråd med regelverket.

Klinikk for kirurgi og nevrofag

I 2013 har det vært rettet en del fokus mot Nevrokirurgisk avdeling på Oslo universitetssykehus. Ansatte og Ombud har varslet Fylkesmannen i Oslo og Akershus, og ansatte og ledere har uttalt seg til media. Bekymringene har i all hovedsak dreid seg om at pasienter med store smerteplager må vente svært lenge på elektive operasjoner. Det har vært opp mot 32 % strykninger av planlagte operasjoner, og det er uforsvarlig lang ventetid på MR-oppfølgning. I tillegg stilles det spørsmål ved hvordan en stor gruppe pasienter rettighetsvurderes. Vi har som Ombud sett alle disse problemstillingene i våre saker.

Fylkesmannen i Oslo og Akershus opprettet tilsynssak i juni 2013 på bakgrunn av de mange bekymringsmeldinger de mottok. I februar 2014 er saken ennå ikke avsluttet hos Fylkesmannen. I brev datert 28.01.14 fra Fylkesmannen til Oslo universitetssykehus oppsummeres saken, og sykehuset bes om å gi oppdatert informasjon på en rekke punkter. Ombudet er bekymret for tiden som går fra Fylkesmannen ble gjort oppmerksom på forholdene, til de vil være i stand til å konkludere. Vi mener dette kan være en trussel mot pasientsikkerheten.

Dersom tilsynsmyndigheten skal fungere, og dersom den skal klare å være aktuell i de sakene som er til behandling, må det fattes raskere avgjørelser. Dette forandrer ikke på det faktum at det er helsetjenesten selv, med ledelse og eiere, som til enhver tid er ansvarlig for at tjenestene som tilbys er forsvarlig. Det er imidlertid et poeng at tilsynsmyndighetens gjennomgang av en sak får en aktualitet. Det er etter Ombudets syn et viktig poeng at tilsynsmyndighetens vurdering kan være en rettesnor, ikke kun interessant i retrospektiv.

Kvinne- og barneklubben - Nyfødt intensiv på Rikshospitalet

I 2013 fikk også Rikshospitalets avdeling for nyfødt intensiv mye fokus. Mange ansatte hadde over tid meldt sin bekymring internt til ledelsen. Bekymringsmeldingene dreide seg blant annet om manglende opplæring og kompetanse hos sykepleierne, ansatte som var konstant redde for å gjøre feil og nyutdannede som ble gitt for stort ansvar. Flere avviksmeldinger var blitt skrevet, uten at de ansatte opplevde endringer. I april ble Fylkesmannen varslet fra flere i ulike hold på avdelingen, herunder overlege, verneombud, teamledere, spesialsykepleiere og tillitsvalgt.

I november utførte Fylkesmannen et stedlig tilsyn. I desember konkluderte Fylkesmannen med at avdelingen var drevet på et for høyt risikonivå med hensyn til sykepleiefaglig kompetanse/bemanning over tid. OUS, Rikshospitalet hadde etter Fylkesmannens syn brutt kravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om forsvarlig helsehjelp, **for ikke å legge til rette for sine ansatte slik at de blir i stand til å tilby forsvarlige tjenester.**

Ombudet er bekymret over flere sider som ble avdekket i denne prosessen. Det er alvorlig hvis ansattes bekymringer og rapporteringer via avviksmeldinger ikke fører frem. Og det er bekymringsfullt at sykehusets ledelse underveis i prosessen uttalte at de ansattes bekymringer ikke ga et riktig bilde av situasjonen. Den 10.01.14 kunne følgende leses på sykehusets nettsider:

(...) Seksjonen på Rikshospitalet har over lang tid vært hardt presset med større pågang av intensivsyke nyfødte enn vi har hatt bemanning til. Dette har medført stort behov for innleie og at våre egne ansatte har jobbet utover vanlig turnus. For å ha kapasitet til å ta mot barn som kun kan

behandles hos oss samt å ivareta de pasientene vi allerede har innlagt, besluttet vi før denne helgen i dialog med samarbeidende avdelinger på andre sykehus å begrense inntaket til nyfødt Rikshospitalet til kun de pasientene som vi er de eneste som kan motta. Vi har hele tiden et godt slik samarbeide med andre avdelinger. Sammen sørger vi for at alle pasienter får den behandlingen de trenger. I praksis har vi i OUS tatt i mot alle pasienter som har vært henvist til oss hittil i denne helgen. Disse har i stor grad gått til vår nyfødtintensivseksjon på Ullevål. OUS har siste 1-2 år iverksatt flere tiltak for å styrke bemanningen inkludert å oppbemanne med 22 stillinger vinteren 2013. Alle er tilsatt, men tilstrekkelig opplæring tar tid, og vi er ikke i mål. Det er nylig bl. a. besluttet å øke antallet ansatte ytterligere samt å styrke den interne opplæringen.

Det er ikke akseptabelt at våre sykehus tilbyr helsetjenester med et for høyt risikonivå. Vi oppfordrer ledere på alle nivåer på sykehuset om å ta til etterretning de meldinger kompetente ansatte gir om følelse av utrygghet og mangelfulle ressurser. Det skal ikke være nødvendig at tilsynsmyndigheten må gjennomgå saker for å sørge for endringer. Ansvarer ligger hos sykehuset. Også saksbehandlingstiden hos Fylkesmannen er bekymringsfull i denne saken.

Når det går galt

Fra 1. januar 2014 styrkes pasienters, brukeres og pårørendes rettigheter når det skjer uønskede hendelser. Dette skjer i form av lovendringer i flere sentrale helselover. Det er positivt at helse- og omsorgstjenesten skal informere om adgangen til å henvende seg til pasient- og brukerombudene og Fylkesmannen. Videre skal det gis innsyns- og uttalerett i tilsynssaker behandlet hos Fylkesmannen og i saker som Statens helsetilsyn behandler etter meldinger om alvorlige hendelser. Det skal også informeres om tiltak som vil iverksettes for å forhindre at lignende hendelser skjer igjen.

Det siste mener Ombudet er svært sentralt og viktig, både for å sikre bedre erfaringsutveksling og læring av uheldige hendelser, men også for de berørtes del. Å vite at en uheldig hendelse som har påført skade, smerte eller død, fører med seg en lærdom slik at man kan forhindre lignende hendelser, er ofte en hovedmotivasjon for pasienter til å klage.

Like viktig mener Ombudet det er at den umiddelbare håndteringen etter hendelsen er god. At man møter en åpenhet i form av informasjon, og at man tidlig involveres i prosessen for å avdekke hva som har gått galt. Lite informasjon skaper usikkerhet og skepsis, og gjør det langt vanskeligere å bearbeide det som har hendt. Vår erfaring er at pasienter, brukere og pårørende lettere kan forsones seg med svært alvorlige utfall, dersom man får tillitt til selve håndteringen av saken i etterkant. Dette vil trolig også medføre at involvert helsepersonell i større grad kan lære av og legge bak seg det som har skjedd.

En kvinne hadde blitt feilmedisinert, med påfølgende hjertestans. Hun reagerte på at ingen informerte henne om hva som faktisk hadde skjedd. Hun måtte selv spørre da hun lå på post-operativ til hjerteovervåkning. Heller ikke hennes pårørende ble varslet før hun var blitt stabilisert. Først etter flere dager fikk kvinnen komme i kontakt med noen hun kunne prate med, og på oppfordring fra psykiatrisk sykepleier tok avdelingslederen kontakt med henne, dagen før hun skulle skrives ut. Det ble unnskyldt med at der var mye internarbeid som følge av hendelsen, og at de derfor ikke hadde rukket å snakke med henne før nå. Det var da gått 3 uker siden hendelsen.

Saken følges opp av Ombudet.

I andre saker ser vi håndtering av klager som bidrar til å reetablere tillit etter en uønsket hendelse, og her følger en redegjørelse til etterfølgelse:

En kvinne med blindtarmbetennelse klaget på behandlingsforløpet, etter at blindtarmen sprakk mens hun var innlagt på sykehus. I sin besvarelse skrev legen: (...)pasienten ventet for lenge for operasjon. Det foreligger klar mistanke om blindtarmbetennelse, men pasienten har måttet vente grunnet annen nødvendig kirurgi. Det burde imidlertid vært foretatt tilsyn av pasienten med tanke på eventuelt endret prioritering av pasientene. Alternativt burde det vært tatt kontakt med andre sykehus eller forsøkt etablert ekstra operasjonsteam. (...) Kvinnen angir stor misnøye med en navngitt sykepleier på hotellet. Denne sykepleieren var ny i avdelingen og avdelingsledelsen har nå tatt tak i denne saken. Etter gjennomgang av pasientklage og uttalelser fra de involverte/dokumentasjon beklager jeg på avdelingens vegne og håper at min redegjørelse kan skape en viss forståelse for det som har skjedd. Operasjonen burde vært gjennomført tidligere og det burde ha vært foretatt fortløpende vurderinger ved lege av pasienten i observasjonsperioden på gastrokirurgisk sengepost. Gastrokirurgisk avdeling skal gi pasienter trygghet og god behandling. Dette forutsetter tilstrekkelig kapasitet, godt samarbeid mellom helsepersonell og god kommunikasjon med pasienten. Påklaget pasientbehandling viser imidlertid at dette ikke alltid er tilfellet og dette gir rom for forbedring. Saken er bredt belyst i avdelingen og jeg forutsetter at den vil medføre forbedringer i fremtidig pasientbehandling. Mangelfull operativ kapasitet var kjent ved sykehuset i denne perioden og etter nyttår er denne kapasiteten gradvis øket etter påtrykk fra gastrokirurgisk avdeling. Jeg håper på avdelingens vegne at dette i noen grad besvarer din klage. Med ønsker om god bedring.

Et tillitsskapende tilsyn?

Kommunene, helseforetakene og ansatte i helsetjenesten har ansvar for å gi gode og forsvarlige helsetjenester. Statens helsetilsyn er etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 1 gitt det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet. Av bestemmelsen fremgår det også at det i hvert fylke skal være en fylkeslege. Statens helsetilsyn og Fylkesmannen i fylket, herunder fylkeslegen, skal føre tilsyn med hvordan helsetjenesten og helsepersonell utøver sin virksomhet og gripe inn overfor virksomhet som utøver tjenester i strid med helse- og omsorgslovgivningen.

Avgjørende for befolkningens og helsepersonells tillit til tilsynsmyndighetens arbeid er at dette kjennetegnes ved faglig kompetanse, rask og tillitsvekkende saksbehandling og uavhengighet i avgjørelsene. Pasient- og brukerombudenes erfaring er at denne tilliten utfordres.

Tilliten utfordres av lang saksbehandlingstid og mangelfulle vurderinger og begrunnelser for tilsynets avgjørelser. I tillegg ser vi avgjørelser som er utformet på en måte som gjør innholdet vanskelig tilgjengelig. For å sikre tilliten forutsettes det at tilsynet har nok ansatte med nødvendig kompetanse, gode rutiner og at de opptrer uavhengig.

Rask saksbehandling er viktig for pasientenes tillit til tilsynet, og av avgjørende betydning dersom avgjørelsene skal bidra til læring i helsetjenesten og bedre pasientsikkerhet. Pasienter og pårørende gis ulik mulighet til å opplyse et hendelsesforløp og at det i varierende grad gis innsynsrett. Virksomheter som omfattes av lov om spesialisthelsetjenesten m.m. har plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes

dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Hendsene skal meldes til en undersøkelsesenhet som ble etablert som en prøveordning på to år fra 1. juni 2010 og ble lovfestet fra 1. januar 2012. Dette blant annet om et resultat av mangelfull tillit til oppfølgingen av alvorlige uønskede hendelser i helsetjenesten. En forutsetning for at ordningen skal bidra til økt tillit, er at sakene som meldes gis nødvendig oppfølging. I 2013 ble 399 saker meldt. 13 saker ble fulgt opp med stedlig tilsyn. Ombudene har inntrykk av at flere kunne vært fulgt opp dersom ressursituasjonen hadde vært en annen. Det er bekymringsfullt, og er en viktig informasjon til myndighetene.

Et potent tilsyn er avgjørende for deres legitimitet og samfunnets tillit, og en forutsetning for at deres arbeid skal bidra til bedre og sikrere helse- og omsorgstjenester.

Instruks for ombudet for brukere av helse- og sosialtjenester i Oslo

Vedtatt av Oslo bystyre 11/6-97

§ 1. Formål

Innenfor sitt arbeidsområde skal ombudet arbeide for at det ikke blir gjort urett mot personer bosatt i Oslo kommune, og som er brukere av helse- og sosialtjenester, og at administrasjonens tjenestemenn og andre som virker i kommunens tjeneste ikke gjør feil eller forsømmer sine plikter.

§ 2. Instansforhold

Bystyret fastsetter instruks for ombudets virksomhet. Forøvrig utfører ombudet sitt verv selvstendig og uavhengig av kommunen.

§ 3. Arbeidsområde

Ombudets arbeidsområde omfatter alle kontorer og institusjoner innen det kommunale helse- og sosialvesen samt andre offentlige og private helse- og sosialinstitusjoner i de tilfeller kommunen dekker driftsutgifter eller kjøper tjenester.

§ 4. Arbeidsoppgaver

Ombudets hovedoppgave er å sørge for at brukere av helse- og sosialtjenesten er orientert om eksisterende klageordninger og å bistå med formulering og ekspedisjon av klager. I den utstrekning det er ressurser til det, skal ombudet også drive oppsøkende virksomhet for å kartlegge de problemer som brukere av helse- og sosialtjenesten møter i sin kontakt med disse tjenester, og ta opp faglige og administrative forhold som kan forbedres direkte med den instans som forholdet gjelder.

§ 5. Informasjonsoppgaver

Ombudet skal ta initiativ til å sørge for å gjøre ordningen kjent. Ved inntak i helse- og sosialinstitusjoner skal brukerne gis en skriftlig redegjørelse om ombudsordningen. Skrivet skal være utlagt på et lett synlig sted på alle kommunale kontorer og institusjoner innen helse- og sosialkomiteens område. Ombudet skal påse at disse bestemmelser blir etterlevet. I den skriftlige redegjørelse skal det gis informasjon om brukere av helse- og sosialtjenestenes rettigheter (innsyn, rett til informasjon, eventuelt medbestemmelse), om klageordninger og om ombudsmannsordningen. Det skal også gis en beskrivelse av hvordan brukere av helse- og sosialtjenester skal gå frem for å få kontakt med ombudet, og det ansatte personalets forpliktelser i denne sammenheng.

Ombudet skal informere pressen og andre media om ordningen - hvordan den virker og hvilke muligheter som finnes for klagebehandling.

§ 6. Bistandsoppgavene

Når brukere av helse- og sosialtjenester ønsker bistand fra ombudet, skal vedkommende kontors eller institusjons personale være behjelpelig med straks å få informert ombudet om dette, eller hvis vedkommende er i stand til å henvende seg på ombudets kontor, å sørge for at avtale om slikt besøk blir gjort. Ombudet skal orientere om klageordningene og, om ønskelig, bistå med utforming og ekspedisjon av klager og den dokumentasjon av det påklagede forhold som er nødvendig og tilgjengelig.

§ 7. Forhold som kan tas opp av ombudet

Hvis brukere av helse- og sosialtjenester ønsker det, og ombudet selv finner det hensiktsmessig, kan ombudet vurdere faglige og administrative forhold i forbindelse med klagen, etter at administrasjonens uttalelse er innhentet. Ombudets vurdering er av rådgivende og ikke besluttede

karakter. Personalet i den berørte instans plikter å samarbeide med ombudet og gi alle relevante informasjonen.

§ 8. Taushetsplikt

Forvaltningslovens bestemmelser om taushetsplikt (13 fig.) kommer til anvendelse for ombudets virksomhet. Det samme gjelder særlovgivningens bestemmelser om taushetsplikt.

§ 9. Årsmelding

Helse- og sosialombudet skal avgi en årsmelding til bystyret innen 15. mars hvert år. Dersom det er oppdaget svakheter ved de eksisterende klageordninger og saksbehandlingsrutiner, bør ombudet peke på dette i meldingen. Meldingen skal videre inneholde en oversikt over behandlingen av de enkelte saker som ombudet mener har alminnelig interesse, og nevne de tilfelle der det er gjort oppmerksom på mangler ved lover, forskrifter, retningslinjer eller administrativ praksis.

§ 10. Helse- og sosialombudets rådgivende utvalg

I tilknytning til ombudet opprettes det et rådgivende utvalg. Utvalget skal være et rådgivende organ for ombudet i prinsipielle spørsmål - herunder hvilke sakfelt som skal prioriteres. Utvalget skal bestå av fem medlemmer med vararepresentanter. Disse velger selv sin leder, og helse- og sosialombudet er rådets sekretær. Det rådgivende utvalget oppnevnes av bystyret etter forslag fra ombudet. Oppnevningen gjelder for fire år om gangen. Utvalget skal bestå av minst to brukerrepresentanter samt representanter med sosialfaglig og helsefaglig kompetanse. Med regelmessige mellomrom bør utvalget avholde møter. I alle fall skal møte avholdes minst fire ganger årlig. Dersom minst to medlemmer forlanger det, skal utvalget innkalles til ekstraordinært møte.

§ 11. Ikrafttredelse

Instruksen trer i kraft fra bystyrets vedtak i saken.

Lov om pasient- og brukerrettigheter

kapittel 8. Pasient- og brukerbud

§ 8-1. Formål

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

§ 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen

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

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

Pasient- og brukerbudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak. Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerbudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerbudet, har rett til å være anonym.

§ 8-4. Behandling av henvendelser

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

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

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

§ 8-6. Pasient- og brukerbudets adgang til helsetjenestens lokaler

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

§ 8-7. Pasient- og brukerbudets oppgaver

Pasient- og brukerbudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde. Pasient- og brukerbudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet. Pasient- og brukerbudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasient- og brukerbudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende. Pasient- og brukerbudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp. Pasient- og brukerbudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

§ 8-8. Forskrifter

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



Lille Grensen 7
0159 Oslo
Tlf. 23 13 90 20
E-post: post@ombudet.no
Ombudet.no

Følg oss på [Facebook](#) og [Twitter](#)