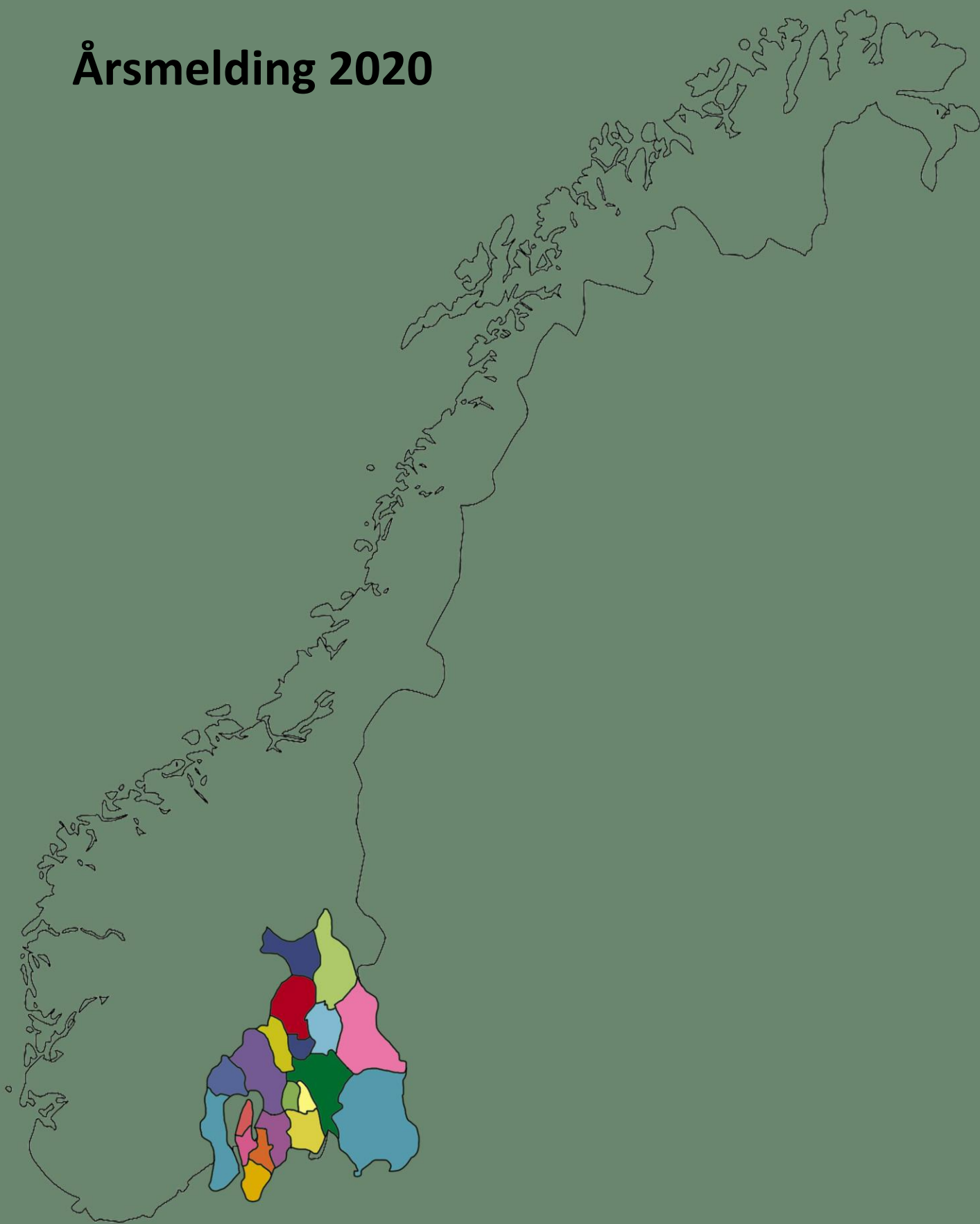


Årsmelding 2020



Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus,
Sosial- og eldreombudet i Oslo



Forord

2020 ble alt annet enn forventet. Et virus snudde opp ned på de fleste planer og nasjonen som helhet måtte samle seg om ett mål; å bekjempe viruset.

Det klarte vi ikke. Vi tar det med oss inn i 2021. Men ikke fordi vi ikke samlet oss.

Mye godt arbeid er gjort fra innbyggerne selv, fra ansatte i helse- og sosialtjenestene og fra helsemyndighetene.

Det er lett å være etterpåklok, men det må vi likevel tillate oss. Hver stein må snus – hva kunne vi gjort bedre? For det er ikke slutt og det vil skje igjen. Dugnaden må ikke målbinde oss. I vårt demokrati må det være rom for de ulike stemmene, også under en pandemi.

Som pasient- og brukerombud har jeg – som ellers - vært særlig bekymret for de som i liten grad taler sin egen sak. For barn og unge, rusavhengige, for psykisk syke, for eldre med store hjelpebehov på sykehjem eller i eget hjem og for pårørende med store omsorgsoppgaver.

Nå må alle stemmer høres og dører til informasjon åpnes slik at vi sammen står sterkere om vi, eller når vi, neste gang rammes.

Årsmeldingen for 2020 er naturlig nok preget av konsekvensene av Covid-19, men det er også satt av plass til andre erfaringer.


Den enkelte kommune eller bydel, helseforetak eller klinikk, divisjon er velkommen til å ta kontakt for en dialog der vi ser nærmere på konkrete henvendelser knyttet til det aktuelle tjenestestedet.

God lesning og ta gjerne kontakt med synspunkter på det du leser - om du er bruker, pasient eller pårørende, ansatt, leder eller politiker. Vi deler og diskuterer gjerne våre erfaringer.



Anne-Lise Kristensen

Pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus

Sosial- og eldreombud i Oslo 

Innhold

Forord.....	2
Anbefalinger til forbedring.....	5
COVID-19.....	5
Om Ombudet.....	6
Covid-19 Forbedringsområder	9
Informasjon. En kanal ut!.....	9
Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner	9
Retten til å ha med seg noen i møte med helsetjenesten.....	10
Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvenser. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene - dette må evalueres.....	10
Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt begrunnet?	10
Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok?	11
Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene.	11
Manglende kapasitet hos Statsforvalteren	12
i Oslo og Viken truer pasientsikkerheten	12
Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – regelverket bør evalueres	14
Ombudet med flere er bekymret for helsehjelpen til internerte på Trandum	16
Samhandling er helsetjenestens største utfordring.....	17
Arbeid med pasientsikkerhet krever åpenhet og ledelse	18
Uten pårørende stopper Norge.....	18
Tjenester til barn og unge må styrkes	20
Barnefamilier i Nav	20
Barne- og ungdomspsykiatrien	21
Egenandel for 16-åringer	21
Barnevern	21
Høring om innføring av Barnekoordinator i kommunene	22
Nav sosialtjenesten i Oslo	24
Klagesaksbehandling og klager som tas til følge ved tjenestested.....	25
Tilgjengelighet til skriftlig og muntlig informasjon	25
Kommunens normer for økonomisk sosialhjelp er godt gjemt	25
Kommunale boliger - noen må flytte ut hvis andre skal flytte inn – krav til BOPLAN bør styrkes	26
Tilbud til rusavhengige	28
Møte med pasienter og ansatte i TSB på OUS om reduksjoner i tilbudet.....	28
Gir brudd på husordensregler i enhver situasjon grunnlag for å skrive ut en pasient?	28

Pasient- og brukerombudenes høringsuttalelse til «Oppfølging etter rusmiddeloverdose», som er et kapittel i «Pakkeforløp TSB».....	29
Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	30
Fastlegeordningen – ytre og indre utfordringer	31
Hvor langt strekker kommunens ansvar for fastlegeordningen seg?.....	31
Hvor ble det av tillitsreformen i hjemmetjenesten Oslo?	32
Brukerstyrt personlig assistanse	33
Helsehus i Oslo kommune	33
Hva skjer når pasienter med vedtak på helsehjelp ikke åpner døra?.....	34
Mangelfullt tilbud om rehabilitering	35
Spesialisthelsetjenesten	36
Psykisk helse	36
Fødselshjelp	37
Sykehusodontologi - et tilbud ved blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus	38
Helseatlasenes betydning i pasientsikkerhetsarbeidet	38
Spesialisthelsetjenestens "trygdeskandale"	39
Ombudet etterspør psykebil.....	40
Avtalespesialister i psykisk helsevern	40

Anbefalinger til forbedring



COVID-19

- ✚ Informasjon. En kanal ut!
- ✚ Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner
- ✚ Retten til å ha med seg noen ved fødsel, for pasienter med kognitiv svikt og pasienter som skal få alvorlige diagnoser må ikke begrenses med mindre strengt nødvendig
- ✚ Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvensene. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene. Dette må evalueres
- ✚ Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt nok begrunnet?
- ✚ Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok i en krisesituasjon?
- ✚ Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene



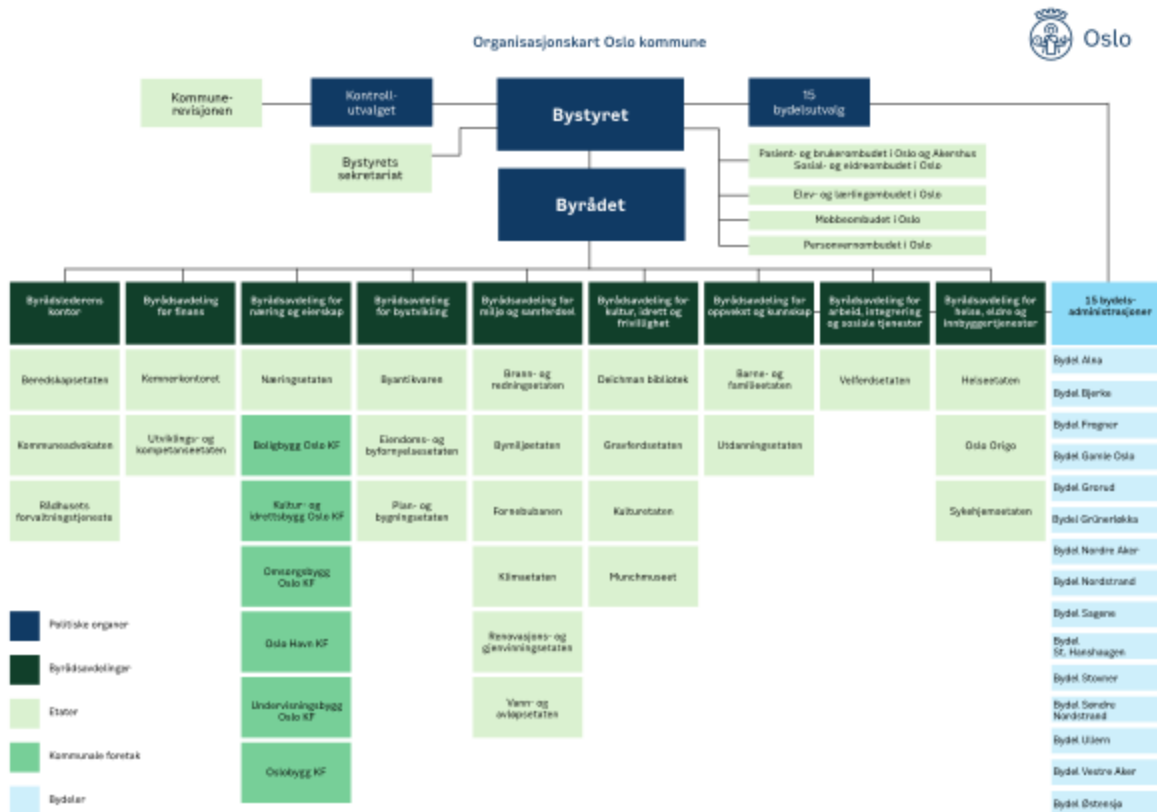
- ✚ Kapasitet hos Statsforvalteren i Oslo og Viken må styrkes
- ✚ Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – regelverket bør evalueres
- ✚ Helsehjelpen på Trandum bør organiseres på en annen måte
- ✚ Tjenester til barn og unge må styrkes – i NAV, i barnevernet, i Barne- og ungdomspsykiatrien
- ✚ Ombudet foreslår at utarbeidelse av boplan gjøres obligatorisk for nye leietakere av kommunal bolig
- ✚ Fastlegeordningen må styrkes
- ✚ Ombudet etterspør Psykebil
- ✚ Hjemmetjenestene må styrkes
- ✚ Tolketilbudet må styrkes

Om Ombudet

Ombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse-, omsorgs-, barnevern- og sosialtjenester, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten samt andre private helse- og omsorgsinstitusjoner hvor det offentlige dekker driftsutgifter eller kjøper tjenester.

Ombudet i Oslo og Akershus er underlagt bystyret i Oslo. Landets øvrige pasient- og brukerombud er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet. Dette skyldes at Ombudet i Oslo ble etablert allerede i 1987 med et mandat som er videre enn de andre pasient- og brukerombudene, som ikke er ombud for NAV sosialtjenesten eller barnevernet. Helsedirektoratet finansierer som følge av dette stillinger til pasient- og brukerombudsordningen i Oslo og Akershus gjennom en avtale med Oslo kommune.

Faglig uavhengighet



Faglig uavhengighet er grunnstenen for en velfungerende ombudsordning. Oslo kommune har valgt å plassere sine fire ombudsordninger; Personvernombudet, Elev- og lærlingeombudet, Mobbeombudet og Pasient- og brukerombudet, Sosial- og eldreombudet direkte under bystyre for å sikre denne uavhengigheten.

Ombudet har 22 tverrfaglige ansatte som er organisert i fire team, og en elderrådgiver som arbeider mer systematisk med utfordringer eldre har i møte med helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune.

Alle kan henvende seg til ombudet. Vi kontaktes av pasienter, brukere, pårørende, ansatte og organisasjoner. Det er mulig å ta kontakt anonymt, og tjenesten er gratis. Vi arbeider for å være et

tilgjengelig tilbud for alle som har spørsmål, tilbakemeldinger eller klager. Arbeidet kjennetegnes ved tett og direkte kontakt med brukere, pasienter, pårørende og tjenestesteder. Ofte løses saken gjennom råd og veiledning over telefon, andre ganger bidrar en telefon til tjenestestedet til en avklaring av misforståelser og reetablering av kontakt mellom bruker og tjenestested. Slik bidrar vi til oppklaringer som hindrer at det blir fattet uriktige vedtak og lange formelle klageprosesser unngås.

Ombudet deltar også i møter mellom tjenestested og bruker, pasient og/eller pårørende for å bidra til avklaringer og bedre samarbeid. Å løse saker på lavest mulig nivå gir større sannsynlighet for at tillit kan gjenopprettes mellom de som gir og de som mottar tjenester. Andre saker krever en mer formell saksbehandling. Det skjer ved skriftlig korrespondanse med blant annet tjenestestedene, kommunenes klagenemnder og Fylkesmannen (Statsforvalteren fra 2021). I søknader til Norsk pasientskadeerstatning bidrar vi som hovedregel kun med råd og veiledning.

Ombudet i Oslo og Akershus får årlig 6000 henvendelser. Tallene gir et bilde av hvor mange som henvender seg og om hva, men det er innholdet i henvendelsene vi formidler i møte med ansatte, ledere og politikere. Det er det som etterspørres når vi er ute og holder foredrag. Det er de erfaringene som må tas på alvor dersom uønskede hendelser ikke skal gjenta seg, rettigheter skal innfris og pasienter, brukere og pårørendes møte med tjenestene skal bedres.

Henvendelser totalt til Ombudet 2018 - 2020

	2018	2019	2020
Spesialisthelsetjenesten	1603	1768	1708
Kommunale helsetjenester	1423	1556	1619
Kommunale omsorgstjenester	395	339	348
NAV sosialtjenesten	1446	1340	907
Boligkontor/Boligbygg	107	104	86
Barnevern	27	36	31
Utenfor mandat*	524	490	418
Forespørslers**	696	630	629
Sum	6209	6263	5746

*Mange om NAV stat, private uten avtale, vergemål m. fl, **Forespørslers er henvendelser som ikke er knyttet til et konkret tjenestested.

Utadrettet virksomhet

Mesteparten av tiden til de ansatte hos Ombudet går daglig med til å hjelpe enkeltpersoner i klagesaker, det være seg der innbyggere mener de ikke har fått innfridd sin rett til hjelp eller hjelpen har vært av en dårligere kvalitet enn man må kunne forvente. Samtidig er det viktig at vi deler den kompetansen vi opparbeider oss i arbeidet med enkeltsakene, slik at tjenesten kan bli bedre. Vi er derfor opptatt av å jobbe utadrettet, møte politikere og administrasjon, og være i dialog med ansatte i tjenestene. Mange av våre erfaringer samler vi i årsrapporter som den du sitter med nå, en rapport vi ønsker å legge frem og fylle ut for de gruppene som er nevnt over. Ønsker du og din kommune, ditt sykehus eller din organisasjon at vi skal komme og legge frem årsmeldingen vår kan du gjerne sende oss en forespørsel.

Ombudet gir også innspill i høringer og vi blir spurt til råd i forbindelse med utformingen av lokale og nasjonale retningslinjer for de ulike tjenestene.

Like viktig for oss er det å bidra til å øke bevisstheten i befolkningen om hvordan vi alle kan søke om de tjenestene vi har krav på og hvordan den enkelte selv kan gi tilbakemelding til tjenestestedene for at de skal kunne se på muligheten for å hente ut et kvalitetsforbedringspotensiale. Det er også viktig å spre kunnskap om hvordan klageorgan og tilsynsmyndigheter arbeider og fungerer. Regelverk og ordninger er mange og omfattende, noe vi også tar opp i andre deler av denne rapporten. Kompetanseheving i befolkningen er derfor nødvendig.

Vi ser at de erfaringene vi som ombudskontor har opparbeidet oss gjør at vi blir invitert til å delta i debatter og holde innlegg på konferanser og kurs både på lokalt og nasjonalt nivå. I 2020 ble en del ting avlyst, alt fra lokale medlemsmøter til Arendalsuka, men etter hvert som pandemien vedvarte ble stadig flere møtepunkter gjenopprettet på digitale plattformer. Ansatte hos oss holdt flere titalls innlegg på pårørendeskoler, på flere kurs i regi av Aldring og helse, i pensjonistforeninger, pasient- og brukerorganisasjoner, fagdager for ansatte i kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt for studenter innen helse- og sosialfag.

Ombudet deltok på flere webinarer blant annet "Humanas hage" der hun deltok i en samtale knyttet til hvorvidt norske barn og ungdom med psykiske lidelser får den riktige hjelpen og et digitalt frokostmøte med lansering av rapporten "Pasientstemmen 2020 – Hvor er den og høres den" arrangert av Roche.

For første gang arrangerte også vårt kontor i 2020 en egen digital konferanse. Vi ønsket å rette søkelyset på botilbudet i Oslo til eldre ruspasienter med adferdsutfordringer. Vi inviterte ansatte, fagfolk og brukerorganisasjon til å holde innlegg og politikere til å debattere. Konferansen ble streamet og fulgt av et større antall deltakere.

I media har tema vært smittevern generelt, besøksrestriksjoner på sykehus og sykehjem, nedskalering av tilbud, endring av tilbudet til rusavhengige, endring av tilbudet til fødende mm.

Arbeidet utføres i tråd med den instruks som er gitt om Ombudets virksomhet av Oslo bystyre 23.9.2015 og pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 8.

Ombudet har i tett samarbeid med verneombud, tillitsvalgt og alle ansatte om gode smittevernrutiner klart å holde kontoret åpent for henvendelser på telefon og via post/e-post i hele 2020, mens vi måtte lukke for oppmøte et par måneder på våren og igjen noen uker fra slutten av november.

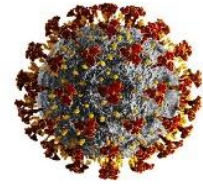
Eldrerådgiver har i deler av 2020 bistått Oslo kommune på Koronatelefonen.



Vi har kontorer i Lille Grensen 7

Innenfor gode smittevernregler- og med gode rutiner
er dere velkommen innom!

Covid-19 Forbedringsområder



2020 ble alt annet enn forventet. Et virus snudde opp ned på de fleste planer. Som Ombud har vi, som ellers, vært særlig bekymret for de som i liten grad taler sin egen sak. For barn og unge, rusavhengige, for psykisk syke, for innbyggere med store hjelpebehov på institusjon og ikke minst i eget hjem og for pårørende med store omsorgsoppgaver.

Du kan lese mer om våre erfaringer under de enkelte fagområdene i meldingen. Her følger noen synspunkter på hva vi mener kunne vært gjort annerledes av mer generell karakter.

- Informasjon. En kanal ut!
- Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner
- Retten til å ha med seg noen ved fødsel, for pasienter med kognitiv svikt og pasienter som skal få alvorlige diagnoser må ikke begrenses med mindre strengt nødvendig
- Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvensene. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene. Dette må evalueres
- Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt nok begrunnet?
- Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok i en krisesituasjon?
- Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene

Informasjon. En kanal ut!

All informasjon fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet og andre aktuelle aktører bør samles under en fane. I tillegg er det viktig at all oppdatert og ny informasjon blir datert.

Beslutninger må begrunnes bedre, også de som retter seg mot enkeltpersoner
Besøksrestriksjoner på sykehus og på kommunale institusjoner for heldøgns omsorg har vært preget av variasjon og til dels mangelfulle begrunnelser av rent smittevern faglig art. Når informasjon og tiltakene ikke er entydige, reduseres etterlevelse og tillit.

Pårørende etterlyser begrunnelser for restriksjoner når disse er strengere enn helsemyndighetenes anbefalinger selv når smittetrykket ikke er spesielt høyt eller økende lokalt. Mange erfarer også at det i for liten grad gjøres individuelle vurderinger.

I en del av sakene kan det se ut som vurderingene av besøksrestriksjonene på det enkelte tjenestested i for liten grad er beslutninger som drøftes i et tverrfaglig fellesskap, noe som gir enkeltpersoner stor makt. Ikke minst savner vi at pasienter, brukere og pårørende i tilstrekkelig grad blir tatt med i diskusjonen.

Retten til å ha med seg noen i møte med helsetjenesten

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter og brukere rett til som hovedregel å ha med seg noen når helse- og omsorgstjenester gis. Unntak kan gjøres, som relevant under en pandemi, av smittevern hensyn. Unntakene må begrunnes, de må ikke være uforholdsmessige og være tilpasset den enkelte

Ombudet har vært skeptisk til at det ikke har vært bedre tilrettelagt for å ha med seg noen ved fødsel. At smittefaren øker hvis partner er til stede i samme rom med de samme personene time for time har vært vanskelig å forstå. Det samme der en bistår den fødende som om hun ikke er smittet, hvorfor ikke behandle hennes partner som stort sett bor og sover sammen med henne, på samme måte. Til slutt at testing i tiden før fødsel og hurtigtesting ved ankomst sykehuset ikke har vært benyttet for å sikre at denne unike hendelsen i en families liv er noe de får dele. Slagordet fra ansatte om at *Du føder ikke alene*, treffer ikke helt. Dette handler ikke om den fødendes redsel for at det skal skje, men deres ønske å få dele fødselen med sin partner.

Vi er kjent med tilfeller der pasienter med kognitiv svikt ikke har fått ha med seg noen. Dette vil i mange tilfeller innebære at informasjonen som gis om pasienten blir utilstrekkelig og at oppfølgingen som gis til pasientene likeså.

Vi har også hørt om pasienter som i møte med helsetjenesten skal motta informasjon om alvorlige diagnoser, og kanskje gjøre valg mellom ulike behandlingsalternativer, unntaksvis ikke har fått anledning til å ha med seg noen.

Flytting av helsepersonell til nye oppgaver under pandemien har hatt store konsekvenser. Hvilke risikovurderinger ble gjort og hva ble konsekvensene - dette må evalueres

Spesialisthelsetjenesten ryddet plass til de sykeste pasientene, og mange oppgaver ble overført til kommunene. Hvilken sikkerhet var det for at ressurser og kompetanse var tilstrekkelig i de kommunale? Under pandemien mistet mange viktige tjenester som avlastning, støttekontakt, dagtilbud, helsestasjon, brukerrommet i Oslo ble stengt, eldre med demenssykdom ble tatt fra dagsenterplassen, elever mistet skolehelsesøster, tilbudet på helsestasjonene redusert, og pasienter skrevet ut fra psykisk helsevern. Dette er bare noen eksempler. Nye pandemier vil komme, og da må vi ha lært av denne.

Begrensningene som ble gjort i pasient- og brukerrettighetene må evalueres – var de godt begrunnet?

Regjeringen innførte i slutten av mars begrensninger i pasient- og brukerrettighetene. Fristen for å vurdere henvisninger til spesialisthelsetjenesten, ble utvidet fra ti til tretti dager. Retten til å få satt en frist for oppstart av behandling og med den pasientens rett til alternativt tilbud ved fristbrudd opphørte. Det samme skjedde med retten til fritt behandlingsvalg, retten til kontaktlege, retten til fornyet vurdering og retten til individuell plan.

Ombudet kan ikke se at behovet for å vurdere en henvisning til helsehjelp skal være annerledes under en pandemi. At prioriteringene om *hva* om *når* kan være annerledes er forståelig, men ikke tidspunktet for prioriteringen.

At ordninger som skal sikre samhandling og gode effektive behandlingsforløp reduseres mangler også en god begrunnelse. En kunne tenke seg at behovet var motsatt, jo større pågang av arbeidsoppgaver jo viktigere å sikre effektivitet.

De fleste av disse midlertidige endringene opphørte 27.mai. Men ikke pasientenes rett til et alternativt tilbud ved brudd på behandlingsfristen.

Fra dette tidspunktet skulle spesialisthelsetjenesten sette en frist for når helsehjelpen skulle være påbegynt for at den skulle være forsvarlig, men tjenesten hadde ikke plikt til å varsle Helfo dersom det var i ferd med å oppstå et fristbrudd, slik de hadde før covid-19. Fristen mister da mye av sin verdi for pasienten. Et av svarene var at pasienten fortsatt kunne benytte seg av fritt behandlingsvalg.

Ombudet har tidligere uttrykt bekymring for at for mye av ansvaret for å følge opp helsehjelpen, legges over på pasientene, og at de med størst helsehjelpskompetanse får de beste tjenestene.

I forbindelse med omorganiseringer i spesialisthelsetjenesten for å møte utfordringer tilknyttet covid-19, ble så mye som 300.000 behandlinger utsatt, mange av disse venter fortsatt på ny time.

Det bør ikke være slik at de pasientene som får raskest hjelp er de som finner frem til ventetider for den aktuelle helsehjelpen ved ulike helseforetak. Ombudet mener dette har utfordret helse- og omsorgstjenestens plikt til å sørge for likeverdige tjenester.

Samhandlingen med private helseaktører – ble den totale kapasiteten utnyttet godt nok?

Et annet spørsmål er hva myndighetene har gjort for å sikre best mulig utnyttning av den totale kapasiteten i den offentlige og private helsetjenesten til det beste for innbyggerne under pandemien. Vi ser at kommuner sliter med å innfri kravet til testing, samtidig som private aktører forteller om god kapasitet. Så lenge det nå er en uttrykt målsetting at alle som har symptomer, blir testet, hvorfor kjøper ikke det offentlige disse tjenestene der de ikke har mulighet til å utføre et tilstrekkelig antall tester selv? For å sikre likeverdige tjenester uavhengig av hvem du er eller hvor du bor, må myndighetene se på mulighetene for å utnytte kapasiteten i helsetjenesten totalt sett. Ombudet har etterlyst økt samarbeid mellom sykehus, kommuner og private helsetjenester til beste for innbyggerne i en vanskelig tid.

Behandlingsalternativer som videokonsultasjon må ikke medføre økte utgifter for pasientene

Pandemien har økt bruken av telefon- og videokonsultasjoner. En arbeidsform som også før pandemien har vært en villet utvikling, men med mange motstandere. Ikke minst blant helsepersonell. Den erstatter selvfølgelig ikke direkte kontakt, men kan være et nyttig supplement. Utgiftene må det offentlige bære. At det ved en videokonsultasjon for mange pasienter ikke er mulig å betale der og da, må ikke medføre gebyrer for tilsendt faktura.

Manglende kapasitet hos Statsforvalteren i Oslo og Viken truer pasientsikkerheten

Saksbehandlingstiden hos Statsforvalteren i Oslo og Viken er i mange saker svært lang. Det har vært kjent over år at ressursituasjonen i dette embetet er dårligere enn i resten av landet. I tillegg fører de tilsyn med noen av de største og mest kompetansekrevene helseinstitusjonene i landet.

Som Ombud for innbyggere i Oslo og gamle Akershus sender vi hvert år mange saker dit. Klager på kvalitet i tilbudet og klager på at tjenester ikke er gitt, eller er gitt i et for lite omfang. Vi forsøker å avklare saker i direkte kontakt med tjenestene, men en del saker hører hjemme på tilsynets bord.

Hvis noen som leser dette også leste fjorårets årsmelding, vil den observante leser se at noe av teksten er *copy-paste*. Det er fordi at om situasjonen har endret seg, så er det til det verre. Her må vi skyte inn – gjennomgående opplever vi kvaliteten på de avgjørelser som fattes som gode. Det er ikke den vi i hovedsak er bekymret for, det er tidsbruken i sakene.

Rettighetsklager

Rettighetsklager skal ifølge tilsynsmyndighetenes saksbehandlingsveileder behandles senest innen tre måneder. Svært ofte kan vi registrere mer enn dobbelt så lang saksbehandlingstid. Dette er rettigheter det kan vise seg at innbyggerne allerede har hatt rett på i svært lang tid. Det kan ha gått ett år fra de opprinnelig søkte om en sykehjemsplass til saken er ferdigbehandlet hos tilsynsmyndighetene.

Det faktum at Fylkesmannens egen statistikk viser at omgjøringsprosenten er stor i saker knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester øker Ombudets bekymring ytterligere. Det betyr at det er flere som over tid må avfinne seg med tjenester i et mindre omfang enn hva som er forsvarlig og verdig, tjenester de har rett til.

Her noen eksempler fra vår portefølje:

En bruker klaget til bydelen i mars 2020. Bydelen sendte saken til Fylkesmannen i april. Først i desember sendte Fylkesmannen saken tilbake til bydelen for ny vurdering, da de mente den ikke var tilstrekkelig opplyst. På nyåret 2021 fikk klager medhold i bydelen og tjenesteomfanget ble økt. Det gikk med andre ord nesten ett år uten at bruker fikk de tjenestene det viste seg at han hadde krav på.

En pasient fikk avslag på behandling på DPS. Hun klaget, sykehuset opprettholdt i begynnelsen av juni sitt avslag og saken ble sendt til Fylkesmannen. Etter fem måneder ble avslaget opphevet og saken sendt tilbake til sykehuset for ny vurdering, ettersom Fylkesmannen mente begrunnelsen inneholdt selvmotsigelser. Etter å ha vurdert saken på nytt ble hun innvilget rett til nødvendig helsehjelp.

Sakene illustrer godt den trussel mot pasientsikkerheten en slik saksbehandlingstid er. Det bør legges til at også saksbehandlingstiden i tjenestene er lang, for lang.

Tilsynsklager

I tilsynssaker erfarer vi at det kan gå langt over 1 år, i noen tilfeller opp til 2 år eller mer før endelig avgjørelse faller. I saksbehandlingsveilederen er fristen seks måneder. Saksbehandlingstiden gir dårligere grunnlag for læring i tjenesten. Den bidrar til stor usikkerhet hos de som klager og bidrar ikke til å gjenopprette tillit verken til tjenesten eller de som skal vurdere om den behandling de har

fått har vært forsvarlig. I tilsynssaker etter uventede dødsfall bidrar den lange saksbehandlingstiden til at de etterlatte må vente lenge på endelig svar på sine spørsmål knyttet til forsvarligheten. Vi har bistått i flere saker der de etterlatte etter en stund har gitt uttrykk for at de skulle ønske at de ikke hadde klaget, da det har bidratt til å forlenge sorgprosessen.

Det er liten tvil om at en slik saksbehandlingstid, også er en belastning for involvert helsepersonell.

Følgende saker fra vår portefølje illustrerer problemet:

En ung mann tok livet av seg høsten 2019. Fylkesmannen opprettet tilsyn i februar/mars 2020. Til tross for flere påminnelser har vi fortsatt ikke mottatt hverken kopi av en eventuell uttalelse fra tjenestestedet eller noen konklusjon i saken.

En svært alvorlig fødselssak kom til Fylkesmannen på forsommeren 2019. Først i begynnelsen av mars 2021 konkluderte Statsforvalteren i saken.

En pasient døde under innleggelse i psykiatrisk institusjon våren 2019. Saken kom raskt til Fylkesmannen. Først på nyåret 2021 ble saken sendt over til sakkyndig hos Statsforvalteren for vurdering.

Ombudet mener dette er et alvorlig rettssikkerhetsproblem. Etter Ombudets erfaring har både Statens helsetilsyn, Fylkesmannen (Statsforvalteren) og departementet vært kjent med at slik har situasjonen vært i flere år. Skal statsforvalteren være den rettssikkerhetsinstansen Stortinget har bestemt, må politikere nå ta et større ansvar for dagens situasjon.

Helsehjelp til personer uten lovlig opphold i Norge – regelverket bør evalueres

Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus har gjennom sitt arbeid sett flere eksempler på utfordringer knyttet til helsehjelp til personer uten lovlig opphold i landet. Selv om egenfinansiering er utgangspunktet, må ikke manglende evne til å betale for seg sette en stopper for at helsehjelp blir gitt.

Utgangspunktet for å motta helse- og omsorgstjenester her i landet er at man enten har rettigheter som medlemmer av Folketrygden, at man har rett til tjenester som følge av internasjonale avtaler, for eksempel som innbygger i EU/EØS eller at man betaler for helsehjelpen selv.

Ikke alle som oppholder seg i Norge faller innunder ovennevnte kategorier. Noen er her uten ønske om eller uten mulighet til å få oppholdstillatelse, uten at de er i stand til å betale for helsetjenester. Disse har likevel rett på noe hjelp. Denne retten følger av *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket* og gjelder også der pasienten ikke har betalingsevne. Denne forskriften sier at alle som oppholder seg i Norge har rett til tjenester dersom det er snakk om helsehjelp som ikke kan vente uten at det er stor fare for død eller alvorlig helseskade hos pasienten. Det samme gjelder der vedkommende er psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse. De har også rett til smittevern hjelp, helsetjenester under svangerskap og fødsel eller dersom pasienten har store smerter. Barn under 18 år uten lovlig opphold har en utvidet rett til helse- og omsorgstjenester.

Det å ikke kunne hjelpe alle som har behov for hjelp setter til tider helsepersonell i en vanskelig situasjon, der de må avvise pasienter de ellers ville ha hjulpet. Noen av disse får hjelp ved Helsesenteret for papirløse som holder til i Oslo og Bergen. De tilbyr tverrfaglige primærhelsetjenester og psykisk helsehjelp. For spesialisthelsetjenester må de henvise pasienten til sykehus. Mange opplever å få avslag på henvisningene sine. Helsesenteret hjelper dem da med å klage, mens Ombudet bidrar med videre oppfølging av klagen.

I et avslag på henvisning på vegne av en hjertesyk pasient sto det:

Når det gjelder elektiv henvisning av personer uten lovlig opphold i landet har pasienten blitt diskutert med Utenlandskontoret ved X sykehus om videre håndtering.

Det anføres at pasienter uten medlemskap i folketrygden kun har rett til øyeblikkelig hjelp og helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente. Begrepet «helt nødvendig og som ikke kan vente» skal forstås som helsehjelp som ikke kan utsettes uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter.

Dersom pasienten blir innlagt eget sykehus grunnet akutt lungeødem eller andre symptomer relatert til kjent klaffeleksasje kan hun overflyttes hit som ø-hjelps pasient.

Det var ikke uenighet om at pasienten var syk og ville kunne ha nytte av helsehjelp, de måtte bare vente til han ble enda sykere. Ombudet har forståelse for at det vil være vanskelig å ubetinget tilby helsehjelp til alle som oppholdt seg i Norge, samtidig er dette et eksempel på at regelverket påfører enkeltmennesker unødvendig mye lidelse. I tillegg vil den helsehjelpen som til slutt må gis sannsynligvis bli mer omfattende og kostbar.

Ombudet har tidligere sett eksempler på at pasienter har vært hos lege og fått resept på akutt nødvendige medisiner, det kan for eksempel være antibiotika eller medisiner for hjertesykdom eller

diabetes, uten at de har hatt penger til å hente ut medisinene på apotek. Dette mener vi er bekymringsfullt og ba i 2020 om en tilbakemelding fra Helsedirektoratet om ikke pasienter uten betalingsevne i slike tilfeller burde få utlevert noe medisiner uten egenandel som en del av den nødvendige helsehjelpen. Helsedirektoratet har i sitt svar vist til gjeldende regelverk og sagt at det må gjøres vurderinger i hver enkelt sak hvor nødvendig dette er eller ikke.

Vi har også løftet en annen problemstilling inn i direktoratet i begynnelsen av 2020, retten til pasientreiser for denne gruppen. Dette er aktuelt i de tilfellene der det er fastslått at pasienten har rett til helsehjelp, men er avhengig av transport til å komme seg til og fra behandlingstedet. Direktoratet viste til at ovennevnte forskrift kun viser til enkelte av bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og at retten til pasientreiser ikke var en av disse. Samtidig så vi at deler av regelverket rundt pasientreiser var utarbeidet før forskriften om helsehjelp til personer uten lovlig opphold, noe som kan ha medført en manglende samstemming av disse. Retten til transport til helsehjelp er for enkelte en forutsetning for å kunne ta imot hjelpen. Ombudet fulgte derfor i oktober 2020 opp svaret fra Helsedirektoratet med et brev til Helse- og omsorgsdepartementet der vi ba om departementets vurdering av om ikke også dekning av transport til behandling burde være en del av den totale helsehjelpen disse pasientene har krav på fra det offentlige. I brev datert 05.01.21 skriver departementet:

Stortinget har pålagt regjeringen å foreta en evaluering av regelverket for pasientreiser. Helsedirektoratet fikk i oppdrag å foreta evalueringen av regelverket og avga rapport i oktober 2020. Departementet arbeider nå med oppfølgingen av rapporten og vil ta med seg spørsmålene fra Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus i det videre arbeidet.

Ombudet er ellers kjent med at fire politikere på Stortinget har fremmet et forslag om utvidede rettigheter til helsehjelp for alle som oppholder seg i landet, fordi, som de skriver:

Uten god helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til store fysiske og psykiske lidelser, og også føre til større risiko for smitte. Det er derfor i alles interesse at ingen grupper over tid mangler tilgang til nødvendig helsehjelp. Dessverre er det et lite mindretall som i dag ikke får helsehjelp.

Ombudet med flere er bekymret for helsehjelpen til internerte på Trandum

Trandum er en fengselslignende institusjon på Trandum, rett ved siden av flystripa på Gardermoen. Dette er siste stopp på veien for mange som av en eller annen grunn blir utvist fra Norge. De er hentet av politiet og blir holdt innestengt bak høye gjerder frem til de blir plassert på et fly til hjemlandet. De aller fleste er her bare noen få dager, mens noen blir værende i flere måneder. Noen av de som kommer hit har store helseutfordringer, både fysiske og psykiske. Helsetilbudet disse



menneskene mottar er organisert under Politiets utlendingsenhet (PU), som kjøper tjenester av et privat selskap. Både leger og sykepleiere er ansatt, men mange har uttrykt bekymring for om tjenestetilbudet er godt nok og om det burde vært organisert utenfor politiet. De siste par årene har Ombudet

hatt flere saker knyttet til helsehjelpen enkeltpersoner har mottatt, i tillegg til at vi har stilt spørsmål ved selve organiseringen. Sivilombudsmannen har også uttrykt sin bekymring for helsetjenesten på Trandum, blant annet i en tilsynsrapport fra 2017, uten at dette har ført til endringer.

To av enkeltsakene har vi sendt over til Fylkesmannen i Oslo og Viken (nå Statsforvalteren). I begge sakene konkluderte Fylkesmannen med at det hadde vært svikt i tjenesten.

I det ene tilfellet døde en av de internerte inne på Trandum. Fylkesmannen kom til at både helsepersonellet og PU, som ansvarlig for helsetjenesten, hadde brutt kravet til forsvarlighet.

I den andre saken, som omhandlet helsehjelp til en kvinne som var internert i flere måneder, kom også Fylkesmannen til at helsehjelpen hadde vært uforsvarlig, blant annet fordi helseavdelingen ikke hadde hentet inn tilstrekkelig informasjon om tidligere utredninger og helsehjelp. I sin konklusjon skrev de blant annet at:

Uten god helsehjelp kan helseproblemer utvikle seg til store fysiske og psykiske lidelser, og også føre til større risiko for smitte. Det er derfor i alles interesse at ingen grupper over tid mangler tilgang til nødvendig helsehjelp. Dessverre er det et lite mindretall som i dag ikke får helsehjelp.

Helsetjenesten på Trandum ble bedt om å komme med tilbakemelding på hvilke tiltak de ville iverksette for å bedre kvaliteten i tjenesten i tilsvarende saker i fremtiden.

I januar 2020 sendte vi et brev til Helsedirektoratet der vi ba om en vurdering av om helsetjenesten på Trandum burde vært organisert på en annen måte. Både for å sikre uavhengighet fra politiet og gi en større mulighet for helsefaglig kvalitetssikring og oppfølging, slik for eksempel en kommuneoverlege ville gjort om tjenesten var lagt inn under kommunehelsetjenesten, etter samme modell som i fengslene. Vi har sendt flere påminnelser og venter fortsatt på en avklaring på spørsmålet. I svar fra 11. februar i år skriver direktoratet at de holder på å ferdigstille et svar som deretter skal sendes over til Helse- og omsorgsdepartementet. Ombudet ser frem til en avklaring i saken.

Samhandling er helsetjenestens største utfordring

Samhandlingsreformen fra 2012 skulle bidra til nettopp det – samhandling. Fortsatt er samhandling helsetjenestens største utfordring, til tross for reformer, piloter og et utall rettsregler som skal sikre pasienter og brukere mer helhetlig og god oppfølging i helse- og omsorgstjenestene. Virkemidlene er mange – resultatet ikke bra nok. Stadig nye regler kommer til, svært sjelden tas noen bort. Ordningen med pasientansvarlig lege fra er en sjelden fugl i den sammenheng. Den fungerte nemlig ikke til det beste for pasientene og ble tatt bort i 2011. Dog gjenoppstått i ny drakt som kontaktlege i 2016. Det er viktig å evaluere at reglene virker etter hensikten, og at de i form og innhold er kjent, forstås og følges både av tjeneste, pasienter og brukere.



Sykehusene skriver ut pasienter stadig tidligere – og kommunene må ta imot enten de er forberedt eller ikke. Pasientene blir eldre, sykdomsbildet til den enkelte mer sammensatt, og ambisjonene om at hver og en av oss skal få best mulig behandling, omsorg og pleie i eget hjem blir stadig mer krevende å innfri. Samhandlingsreformen fra 2012 har ikke ført oss til mål. Nå skal 19 helsefelleskap, 19 helseforetak med tilhørende kommuner, representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere møtes jevnlig for å planlegge og utvikle tjenestene sammen for å finne gode lokale løsninger. Fire pasientgrupper skal prioriteres: Barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusavhengighet, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Flere er bekymret for økt byråkrati. En bekymring som reises også i forhold til annen organisering av helsetjenesten.

Politisk- og administrativ ledelse av helse- og omsorgstjenestene i Norge bør i større grad enn i dag være opptatt av om virkemidlene som settes inn, faktisk gir ønsket resultat. Hvordan de ulike helsefelleskapene utvikler seg, bør følges tett opp, kanskje med følgeevaluering. Skaper det endring, ivaretas pasient- og brukermedvirkning og unngås ytterligere byråkrati er viktige spørsmål. I tillegg bør det ses på variasjon i utforming, tiltak og resultat mellom helsefelleskapene. Målet må være bedre og mer likeverdige helsetjenester.

En annen og ikke mindre relevant utfordring knyttet til samhandling er mangelen på felles IKT-løsninger. For pasienter og brukere er det uforståelig at dette arbeidet ikke er kommet lenger. Vi spør oss også om rasjonale bak at Helse-Midtd har en annen løsning enn resten av landet, en felles løsning for kommunene og spesialisthelsetjenesten. For resten av landet jobbes det fortsatt med en løsning som i første omgang skal bringe ulike deler i og mellom kommunene sammen.

Arbeid med pasientsikkerhet krever åpenhet og ledelse

Arbeid med pasientsikkerhet forutsetter åpenhet om hendelser i pasientbehandlingen som er uønsket. Det forutsetter ansatte og ledere som ønsker å gjøre noe med dette. Ombudets erfaring er at åpenhet rundt uønskede hendelser mange steder fortsatt er en mangelvare.

Den forsinkede oppfølgingen av en lege med stor komplikasjonsrate på sykehuset i Flekkefjord og mottagelsen fagdirektøren på Helgelandsykehuset fikk da hun påpekte det som fremsto som mangel på likeverdige tjenester for pasientene, er eksempler på dette. Mål om likeverdige helsetjenester må følges opp av rutiner for å undersøke og følge opp ulikheter i komplikasjonsrate – også i saker som betegnes som påregnelige. Alle tilgjengelige ressurser må tas i bruk; tilsynssaker, saker fra Norsk pasienterstatning, fra pasienter og pårørende og fra pasient- og brukerombud, oversikter fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, og selvfølgelig egne statistikker.

Ledelsen er pålagt å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere. Det følger av forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I veilederen står det blant annet at "(k)valitetsforbedring er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer."

Hvordan det arbeides med dette bør stå høyt på styrenes agenda.

Uten pårørende stopper Norge

Ombudet vil berømme alle pårørende som gjør en uvurderlig jobb for at personer med behov for hjelp får en så god hverdag som mulig i eget hjem. Som vi har skrevet i avsnittet om Covid-19 ble enda flere oppgaver lagt over på pårørendegruppen når mange tjenester ble borte. For å anerkjenne dette arbeidet samlet politikerne for noen år siden bestemmelsene om pårørendestøtte i én bestemmelse i helse- og omsorgstjenesteloven. Det omfatter *plikten kommunene har til å tilby pårørende veiledning og praktisk bistand, omsorgsstønad og avlastning*. Dessverre er det slik at mange pårørende ikke kjenner til disse rettighetene, samtidig som kommunene ikke alltid er like flinke til å tilby dem.

Ofte er henvendelsene til ombudene fra pårørende til pasienter og brukere. Enkelte har kun spørsmål rundt sin egen rolle og sine selvstendige rettigheter som pårørende.

I de senere år har pårørendes rettigheter blitt styrket, og de generelle reglene er inntatt i pasient- og brukerrettighetsloven. Dette gjelder også rettigheter til barn som pårørende. Mange av rettighetene er relativt sammenfallende med pasientens og brukerens rettigheter i helsetjenesten, med mindre pasienten eller brukeren ikke ønsker at pårørende skal involveres. Kunnskapen og etterlevelsen av disse reglene er varierende.

Kommunene har ansvar for å tilby opplæring og veiledning, avlastning og omsorgsstønad til personer med særlig tyngende omsorgsarbeid. Ombudene erfarer at pårørende har manglende kunnskap om dette, og dermed ikke får den informasjon og hjelp de har krav på og trenger.

I oversikten over omgjøringer ved de ulike fylkesmannsembetene har vi gjennom flere år sett at omgjøringsprosenten både for omsorgsstønad og avlastning har vært svært høy. I 2019 ble vedtak nasjonalt endret i så mye som 46 % av klagesakene knyttet til omsorgsstønad og 55 % av sakene

knyttet til avlastning. I tillegg kommer de sakene som ble omgjort i kommunen etter klage. I tillegg vet vi at fylkesmennene har sendt tilbake til fornyet vurdering fordi saken ikke har vært godt nok opplyst.

Døgnhjul for å avklare hjelpebehovet kan brukes oftere

Når noen tar kontakt med oss med spørsmål om pårørendestøtte anbefaler vi alltid å sette opp et døgnhjul for hele uken, der de time for time beskriver hvilken hjelp de gir, hvor lang tid det tar og hva som skjer om de ikke utfører disse. Dette er opplysninger vi mener kommunen burde ha hentet inn allerede i forbindelse med at søknad ble levert, eller enda bedre, på det tidspunkt kommunen blir gjort kjent med at en av innbyggerne har en funksjonsnedsettelse som medfører at de har behov for hjelp i det daglige. Vi tror god pårørendestøtte og aksept for den viktige jobben pårørende gjør hver eneste dag er et viktig bidrag til å innfri målsetningen om at så mange som mulig av oss kan bo hjemme så lenge som mulig.

Pårørende har i tillegg svært nyttig informasjon som kan være et gode for pasienten og som kan forebygge uønskede hendelser.

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal faglig veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenestene, <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>. Denne veilederen bør bli bedre kjent for helsepersonell og følges.

Tjenester til barn og unge må styrkes



Barnefamilier i Nav

Personer som søker økonomisk stønad, er i en vanskelig økonomisk situasjon. Har søkeren forsørgeransvar for barn, er situasjonen ekstra utfordrende – ikke minst for barna. Forskning har gitt kunnskap om barns sårbarhet i økonomisk vanskeligstilte familier, og har ført til økt faglig og politisk bevissthet rundt barnas behov. Lov om sosiale tjenester i Nav skal sikre at alle som har behov for hjelp skal ha mulighet for en trygg og god livssituasjon, jf. lov om sosiale tjenester i Nav § 1 første og andre ledd og §§ 18 og 19. Loven har også som formål å sikre at utsatte barn og unge og deres familier får et helhetlig og samordnet tjenestetilbud. Barn og unge skal sikres en trygg oppvekst og gode boforhold. De skal ikke oppleve at familiens økonomi er så dårlig at det er usikkert om de har penger til å betale husleien eller ikke har penger nok til å ha det godt og varmt der de bor. Det skal heller ikke være usikkert om barna får nok mat og har varme klær og sko. De skal kunne delta i de skole- og fritidsaktivitetene som er vanlige blant jevnaldrende der barnet vokser opp, selv om familien har vanskelig økonomi. Det stiller krav til møte mellom familien og ansatte i Nav der det gis rom til å fortelle om det som er vanskelig, der det gis råd og veiledning og der det gis konkrete begrunnelser for den økonomiske stønaden familien innvilges for å nå formålet med hjelpen.

I flere saker erfarer vi at barnas situasjon ikke er tilstrekkelig kartlagt og heller ikke vurdert. I flere saker fremkommer ikke hvilke negative konsekvenser for barna ved vurderingene sosialtjenesten gjør. En annen ting med barnefamilier er at det synes som det automatisk vurderes støtte med tanke på stordriftsfordeler, her vises det ofte til at barna kan arve fra hverandre, og at sosialtjenesten heller ikke her har kartlagt barnas faktiske behov.

Det forekommer i flere saker at barnetillegg innvilges til færre enn faktisk antall barn i familien. Noen ganger kommer dette tydelig frem i vedtakene. Ofte er det ikke særskilt begrunnet. Andre ganger står det ikke spesifisert i økonomisk oversikt hvor mange barn det innvilges barnetillegg for. Det skjer at klienter selv ikke har reagert på summen, og at forskjellen mellom innvilget sum og norm oppdages av Ombudet. Sosialtjenesten har ikke nok kjennskap til familiene de vurderer. I saker hvor sosialtjenesten har gått inn og kartlagt barnas og familienes behov, gjøres det også individuelle vurderinger i større grad.

I sakene vi har fulgt som har vært behandlet av Fylkesmannen, har Fylkesmannen lagt vekt på at barnekonvensjonen er tatt inn i norsk lov, og at dette stiller krav til sosialtjenestens kartlegging og vurdering. Å innvilge barnetillegg til færre barn enn faktisk antall er ikke lovmessig med mindre det foreligger en konkret begrunnelse, ifølge Fylkesmannens vurdering. En generell henvisning til stordriftsfordeler er ikke tilstrekkelig, ei heller at barna er tett i alder.

En familie med 7 barn fikk sosialhjelp etter norm for livsopphold for familie med fire barn. Ombudet påklaget vedtaket og argumenterte for at barnas situasjon ikke var kartlagt og vurdert. Klagen ble tatt delvis til følge ved at Nav sosialtjenesten innvilget et ekstra barnetillegg, Nav sosialtjenesten foretok fortsatt ingen konkret og individuell vurdering, men skrev at de vurderte at familien hadde stordriftsfordeler og at innvilget beløp var tilstrekkelig for familiens livsopphold. Fylkesmannen omgjorde vedtaket. "Dersom Nav-kontoret reduserer livsoppholdet fordi det er tale om stordrift av

familie må det foreligge en konkret og reell vurdering. I denne saken foreligger det ingen vurdering av reduserte livsoppholdssatser. Fylkesmannen vurderer at det ikke foreligger en forsvarlig begrunnelse for utmåling av stønad og har kommet frem til at reduksjon av livsoppholdet er uforsvarlig".

I saker hvor det søkes om dekning av utgifter til klær, fritidsaktiviteter, AKS og lignende viser sosialtjenesten i flere saker til at utgiftene kan dekkes av barnetrygden dersom det ikke kan dekkes av livsoppholdsnormen.

I to saker har NAV bedt familien om at barna bytter fotballag for å spare treningsavgift, eller finne bedre ordninger for utgiftsdekning. Barna i disse sakene hadde spilt på laget i lang tid, og hadde stort nettverk her.

En henvisning til barnetrygden gjør at sosialtjenesten i liten grad trenger å gjøre individuelle vurderinger, i noen av sakene vi har får dette urimelige utfall, hvor hele barnetrygden bindes opp til flere formål som ikke nødvendigvis svarer til størrelsen på barnetrygden.

Barne- og ungdomspsykiatrien

Ansatte i Barne- og ungdomspsykiatrien er bekymret for tilbudet til sine pasienter. Få klager. Ombudet oppfordrer ansatte til å informere både de unge selv, når det er riktig, og deres pårørende om deres klageadgang. Og deres mulighet til å få bistand fra Ombudet hvis de ønsker det. Regjeringen forteller om reduserte ventetider. Hva betyr det egentlig? Kortere behandlingstid? Flere avslag på henvisning og anvisning til kommunens tilbud. En kommune som i mange av tilbudene erkjenner mangel på egen kompetanse, ønsker å hjelpe og kaster kortene og henviser til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet må styrkes. Barn og unge må ikke tape på spillet mellom de ulike forvaltningsnivåene.

Rapportene

- Jeg skulle hatt BUP i en koffert fra Barneombudet
- Ungdom med uavklart tilstand fra Statens undersøkelseskomisjon for helse og omsorgstjenesten
- Flere tilsyn med BUP og barnevernet

uttrykker samme bekymring og etterlyser økt fleksibilitet i metodevalg på de unges vegne.

Egenandel for 16-åringer

Unge mellom 16 og 18 må få fritak for egenandel i møte med helsetjenesten. De er helserettslige myndige, og for å kunne ivareta denne autonomien kan de ikke være avhengig av å be foresatte om penger til å oppsøke helsetjenesten.

Barnevern

Barnets beste er ledestjernen for barnevernet, og for Ombudets arbeid i saker som handler om bydelsbarnevernet, om fosterhjem, om barneverninstitusjoner og andre hjelpetiltak.

Hva som er barnets beste er ikke vår oppgave å avklare, men vi kan bistå der ungdom, foreldre og andre nærstående ønsker hjelp i sin kontakt med barnevernet. Vi tar også imot henvendelser fra

ansatte som ønsker å opprette kontakt for en ungdom eller som ønsker å drøfte ulike problemstillinger knyttet til barn, unge og deres foreldres rettigheter.

Under pandemien har vi vært ekstra bekymret for barn og unge i utsatte livssituasjoner vegne. Tilgangen på *andre voksne* har vært liten og enkelte barneverntjenester har meldt om stor pågang da barna kom tilbake i barnehagen og på skolen.

Skolehelsesykepleiere, helsestasjoner og andre lavterskeltilbud der barn og unge kan henvende seg, må ikke stenge ned i den grad den har vært i deler av 2020. Ombudet har forståelse for at pandemien har utløst nye oppgaver som koronatelefonen, test- og vaksineoppgaver, men disse ressursene må ikke hentes fra tilbudene til barn og unge.

Barn og unges selvfølkelig rett til medvirkning

Når barnevernet foreslår tiltak er det viktig at barn og unge ikke bare høres, men at deres ønsker vurderes grundig. I en sak der ombudet bisto i en klage på mangelfull medvirkning skrev FM følgende:

Fylkesmannen understreker at medvirkning etter bestemmelsene i barnevernloven handler om at barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon fra barneverntjenesten. Barnet har rett til fritt å gi sine synspunkter, barnet skal bli lyttet til, og barnets synspunkter skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet. Etter forskrift om medvirkning og tillitsperson skal barneverntjenesten sørge for at barnet så tidlig som tilrådelig blir informert på en måte som barnet forstår om situasjoner der barnet kan uttrykke sine synspunkter, om saken og egen situasjon, om tjenestetilbud og om rettigheter.

Rett til innsyn i sakens dokumenter

Foreldrene en barnesak henvendte seg til Ombudet for å få hjelp til innsyn i innhentet informasjon om familien fra manglende de instanser som ble kontaktet i forbindelse med en undersøkelsessak.

De ble ikke vist disse opplysningene og fikk ikke mulighet til å kommentere disse. Klagen ble sendt Statsforvalteren som ba barneverntjenesten følge opp saken. Først etter purring fra Statsforvalteren fikk familien innsyn. Barneverntjenesten oppga på direkte spørsmål fra familien om hvorfor innsyn ikke var gitt tidligere, at det var fordi familien ble oppfattet som kranglete.

Tillit er viktig i møte mellom barnevernet og familier. Da er informasjon og full åpenhet der det er mulig helt avgjørende.

Høring om innføring av Barnekoordinator i kommunene

Ombudet støttet en lovfesting av rett til koordinator i pasient- og brukerrettighetsloven, slik at dette tilbudet korresponderer med pliktene i annen helse- og omsorgslovgivning. En rettighetsfesting vil i større grad kunne være med å klargjøre for tjenestemottakerne hva en koordinator kan bidra med. Dette vil kunne bidra til at barn og unge får et samordnet frem til de fyller 25 år.

Når det gjelder en innføring av en egen barnekoordinatorrolle har vi vært noe i tvil om det er nødvendig med en særregel for barn, all den tid barnet/foreldrene vil kunne ha rett til koordinator etter forslag om ny bestemmelse i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 b. Slik vi leser forslaget er det lagt opp til at barnekoordinatorer skal ha flere omfattende oppgaver og muligheter, så som å kunne pålegge andre instanser og organer å samarbeide, sørge for oppdatering av individuell plan og

holde familien orientert om tilbud og tjenester. Vi mener det er positivt, og at den oversikten og koordineringen kan bidra til en kompetanseheving for tjenesteyterne i kommunene. Vi støtter derfor at det innføres en slik rettighet for barn som har behov for det.

Beskrivelsen av rollen som barnekoordinator er mer omfattende og ressurskrevende enn dagens koordinatorrolle. Det er en forutsetning at det settes av ressurser til innføringen og god opplæring for dem skal inneha en slik rolle. Dersom forslaget blir vedtatt og tilbudet rettighetsfestes, tror vi også at tilbudet vil føre til at flere innbyggere får koordinator, noe som igjen vil kunne føre til behov for økte ressurser. Det er tatt forbehold om at forslagene først kan bli aktuelle når det er budsjettmessig dekning for det. Vi mener at dette ikke er tilstrekkelig. En god koordinering er nødvendig for å sikre forsvarlige tjenester og bør komme på plass snarest.

Det står i lovforslaget at barnekoordinatoren skal sørge for at familiene får nødvendig informasjon om «andre velferdstjenester og relevante pasient- og brukerorganisasjoner», og eventuelt får hjelp til å komme i kontakt med disse. Slik dette er formulert vil ikke informasjon om pasient- og brukerombudsordningen falle innunder informasjonsplikten. Pasient- og brukerombudene landet rundt er offentlige aktører, hjemlet i samme lov, som kan være en viktig støttespiller og veileder i slike saker. Vår erfaring er at det er uklart for mange tjenesteytere hva ombudene gjør, hva vi kan hjelpe til med, og hvilken rolle vi kan ha i denne sammenhengen. Vi oppfordrer derfor departementet til å utvide informasjonsplikten til også å omfatte pasient- og brukerombudsordningen.

Ombudet støttet forslaget om slå sammen de to eksisterende forskriftene om individuell plan. At organiseringen og retningslinjene samles på et sted gjør informasjon mer tilgjengelig, og vil kunne bidra til målet om et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud til den enkelte.

Ombudet støtter forslaget om å ta inn et punkt om barn og unge i samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, de nye helsefelleskapene.

Nav sosialtjenesten i Oslo

Ombudet har hatt en betydelig nedgang i antall henvendelser som gjelder Nav sosialtjenestene i Oslo i 2020. Nedgangen kom samtidig med at pandemien kom til Norge i mars 2020. En stor andel av våre henvendelser som gjelder Nav sosialtjenesten kommer ved personlig oppmøte fra brukerne. Av disse er det mange som behersker norsk muntlig og skriftlig i begrenset grad. Noen synes offentlige brev og vedtak er vanskelig tilgjengelig, også blant de som behersker norsk godt. Mange ønsker et fysisk møte for å få lagt frem sin sak.

Vi stengte kontoret for oppmøte samtidig som resten av Norge stengte ned. Men vi åpnet opp så raskt som dette ble mulig i mai. Nedgangen har trolig flere forklaringer. Det kan skyldes at brukerne har unngått å oppsøke oss av hensyn til smittevern.

Samtidig vet vi at da pandemien kom fikk Nav sosialtjenestene føringer på å fatte lengre vedtak, begrense krav til dokumentasjon, ikke stille vilkår og unngå nødhjelp. Kan dette har bidratt til at brukerne har vært mer fornøyde med Nav sosialtjenesten? At de ikke har hatt behov for kontakt med vårt kontor for klage? Dette bør Nav og politikerne være opptatt av. Kan en slik innretning på tjenestene gir bedre samhandling og mer ro til å følge opp den enkelte behov med mer enn økonomi?

Henvendelser fra brukere av Nav sosialtjenesten i perioden 2018-2020,

Sosialtjenester i Oslo	2018	2019	2020	2020
Nav Stovner	143	134	109	9%
Nav Gamle Oslo	308	270	160	6%
Nav Alna	189	127	83	6%
Nav Ullern	20	45	21	4%
Nav Frogner	72	112	65	5%
Nav Vestre Aker	22	50	29	4%
Nav Sagene	87	93	58	3%
Nav Søndre Nordstrand	111	82	62	4%
Nav Østensjø	81	64	34	3%
Nav Bjerke	65	54	44	4%
Nav Grünerløkka	116	92	78	3%
Nav Nordstrand	39	82	18	2%
Nav St. Hanshaugen	76	51	49	3%
Nav Grorud	53	47	49	4%
Nav Nordre Aker	21	23	24	3%
Ubestemt sosialtjeneste	41	65	30	
Sum	1446	1340	914	

Prosenttallet angir hvor stor andel av det totale antallet bruker på det enkelte kontor, det er som benytter seg av Ombudets tjenester. Variasjonen er stor. Ombudet har oppfordret Byrådsavdeling for arbeid, sosiale tjenester og mangfold til å se nærmere på hva som er ulikt mellom kontorer med få og med mange henvendelser. Kan det skyldes bedre rutiner, mer tilgjengelighet,

ressurssituasjonen eller er det andre årsaker, økt kunnskap om dette vil kunne medføre mer likeverdige tjenester til byens innbyggere.

Statistikken gir ingen konkret tilbakemelding på innholdet i enkelthenvendelser til det enkelte tjenestested. Samtidig kan henvendelser som omhandler andre ha verdi for den enkelte. På langt nær alle brukere melder fra selv om de opplever at tjenesten ikke leverer som forventet.

Klagesaksbehandling og klager som tas til følge ved tjenestested

Ombudet undersøkte i 2019 antall klagesaker som var tatt til følge samt saksbehandlingstiden på disse ved Nav sosialtjenestene i Oslo. Svarene viste at det var stor variasjon i antall klagesaker som var blitt tatt følge ved tjenestene. Også klagesaksbehandlingstiden varierte mye mellom bydelene.

Fra Nav mottar klagesaken og frem til oversendelse til FM var gjennomsnittstiden for bydelen i 2020 3,4 måned, flere kontorer har en saksbehandlingstid på 5 måneder.

Vi informerte byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester om vår bekymring som i brev ba NAV-kontorene gjennomgå egne rutiner for klagesaksbehandling, innskjerpe saksbehandlingstiden og vurdere om det er forhold ved saksbehandlingen som kunne forbedres, og som påvirket antall klager som omgjøres i første instans.

Ombudet er usikker på om dette er tilstrekkelig med mindre det følges opp om forholdene endrer seg. Erfaringer vi har fra undersøkelsen, viser at det er utfordringer med rettssikkerheten for en del av befolkningen i Oslo. Mange av disse er barnefamilier og sakene handler om grunnleggende livsopphold.

Tilgjengelighet til skriftlig og muntlig informasjon

Vedtak kan fremstå som en byråkratisk øvelse der behovet for at det formelle er i orden, er viktigere enn at mottakeres forstår det som står der. Ikke sjelden tar personer kontakt med Ombudet for å få forklart innholdet i et vedtak. Dette er selvfølgelig et enda større problem for personer med mangelfulle norskkunnskaper. Det er derfor svært positivt at det det nå jobbes med klart språk i malene.

Vi minner igjen om plikten for ansatte til å bruke tolk dersom det er grunn til å tro at dette er nødvendig for at partene i en samtale skal forstå hverandre.

Kommunens normer for økonomisk sosialhjelp er godt gjemt

Ombudet får med jevne mellomrom henvendelser fra personer som lurer på hvordan økonomisk sosialhjelp beregnes. De fleste som spør har ingen eller lav inntekt, og lurer på om de har rett til sosialhjelp. Andre har fått innvilget støtte, men lurer på om beløpet er riktig.

Informasjon om satsene er ikke tilgjengelig på kommunens nettsider.

Vi har tidligere henvendt oss til byrådsavdeling for arbeid, integrering og sosiale tjenester og bedt om at satsene publiseres på Oslo kommunes nettsider om sosialhjelp. Så langt har ikke byrådsavdelingen vist vilje til å gjøre dette. De har heller ikke gitt oss en tilfredsstillende begrunnelse på hvorfor.

Kommunens satser for sosialstønad er veiledende, og NAV-kontorene skal alltid gjøre individuelle vurderinger. I praksis fungerer satsene som en standard for hvorvidt man har rett på støtte, og hva man får innvilget.

Kommunikasjonsstrategien for Oslo kommune sier at innbyggernes behov skal ligge til grunn for utvikling av informasjon og etablering av kommunikasjonstiltak. Videre at innbyggerne enkelt skal kunne finne relevant informasjon. Hvordan stemmer manglende publisering på nettsiden overens med byrådets ambisjon om åpenhet?

Normene for økonomisk sosialhjelp er i dag å finne på Ombudets nettsider. De bør også være å finne på hjemmesidene til Oslo kommune.

Kommunale boliger - noen må flytte ut hvis andre skal flytte inn – krav til BOPLAN bør styrkes



Boligmarkedet i Oslo er krevende. Etterspørselen etter kommunale boliger er større enn tilbudet. Når det er flere søkere til kommunal bolig enn antall boliger, bør regelverket sikre de mest hjelpetrengende. I dag er det viktigste inngangsvilkåret at søkeren "ikke selv greier å skaffe egnet bolig". Dette er et vilkår som er vanskelig å avgrense. Hvordan det skal forstås er heller ikke nærmere bestemt i instruksen fra byrådet. Det er derfor i stor grad opp til bydelen å avgjøre hvem som er i målgruppen. Dette er et rettssikkerhetsproblem.

Et vedtak om bolig er imidlertid ikke nok. Ofte må søkeren vente i lenge før en kommunal bolig tildeles. Ventetiden kan være opp mot et halvt år. Hvis ventetiden er for lang kan man risikere å få avslag selv om vilkårene er oppfylt – det blir foretatt en prioritering mellom kvalifiserte søkere. Hvis man ikke når opp i prioriteringen, settes man inn i en kø for de uprioriterte. På det kommunale boligfeltet betyr det å ha rett, ikke nødvendigvis å få rett.

Dersom nye søkere som oppfyller grunnvilkårene skal få tildelt en bolig, forutsetter dette en viss gjennomstrømning av leietakere. En ny vurdering av grunnvilkårene skjer derfor hver gang det søkes om å få forlenget en leiekontrakt av kommunal bolig. Å få avslag på forlengelse kan være dramatisk for den enkelte. Dette gjelder særlig hvis leieforholdet har vart lenge, og et nytt boalternativ ikke har blitt etablert.

I forskriften står det at alle som får vedtak om kommunal bolig skal få tilbud om en boplan. Dette erfarer vi brukes i liten grad. En boplan skal definere langsiktige mål for leietakerens bosituasjon. Målet kan være at leietakeren skal bli i stand til å kjøpe eller leie bolig på det private markedet. En vei mot målet skal også utarbeides. Ofte blir informasjon om boplan kun gitt som et tilbud i tildelingsvedtaket. Det er ingen plikt å takke ja til slik plan, og bydelen har ingen plikt til å utarbeide en. En mer aktiv bruk av dette virkemiddelet vil øke bevisstheten om at kommunale boliger ikke er en endelig løsning på bosituasjonen for den enkelte.

En omtalt enkeltsak på begynnelsen av 2021 skapte engasjement. Det er bra. Dette gjelder særlig hvis engasjementet benyttes til å gjennomgå og forbedre det regelverket som danner grunnlaget for beslutninger og vedtak. At leietakere av kommunale boliger må flytte mot sin vilje, er ingen ny problemstilling. Ombudet oppfordrer byens politikere til å nå se nærmere på dagens regelverk for

tildeling av kommunale boliger. **Ombudet foreslår at utarbeidelse av boplan gjøres obligatorisk for nye leietakere av kommunal bolig.**

Tilbud til rusavhengige

Tilbudet til rusavhengige ble sterkt preget av Covid-19. Tilbud ble stengt ned, innholdet i tilbud ble begrenset og begrunnelsen bak de ulike beslutningene vakte ikke alltid forståelse.

Brukerrommet – sprøyterommet i Oslo stengt store deler av 2020

Oslo kommune stengte sprøyterommet. Et tilbud til rusbrukere med tung avhengighet, svært dårlig helse og med stor risiko ved smitte av korona. Kommunen mente driften ikke kunne opprettholdes i tråd med nasjonale smittevernregler. Samtidig har Helsedirektoratet anbefalt at lavterskeltilbud som kan hindre smitte blant rusavhengige ikke bør stenges.

Sprøyterommet har vanligvis flere hundre brukere i uka, og det er ingen grunn til å tro at behovet er mindre nå enn før koronautbruddet, heller tvert imot. Det er uheldig at oppgavene som vanligvis ivaretas av sprøyterommet nå kun delvis er dekket opp av andre tjenester. Ansatte ved sprøyterommet har en unik kompetanse, og den må brukes til brukernes beste.

Ombudet er kritisk til at Oslo kommune ikke fant andre alternativer enn stenging.

Møte med pasienter og ansatte i TSB på OUS om reduksjoner i tilbudet

Ombudet ble kontaktet av både pasienter og ledelse ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, seksjon voksen, om vanskelige forhold for pasienter og ansatte som følge av tiltak i forbindelse med Covid-19. Vi deltok i møter med avdelingen, pasientrepresentanter og brukerrådsrepresentanter hvor pasientene fortalte at de ikke fikk permisjoner og at aktiviteter var stoppet opp som følge av smitteverntiltak, samtidig som de hadde felles oppholdsrom og toalett. Pasientene følte seg innesperret og opplevde at de ikke fikk rasjonelle forklaringer på tiltakene. Avdelingens ledelse opplyste at de måtte følge smitteregimet til sykehuset og at de opplevde dette som krevende. Samtidig innrømmet ledelsen at de kunne vært bedre på informasjon. Ombudet opplevde møtene som svært gode og at de bidro til bedre dialog og forståelse mellom pasientene og ansatte. Her fikk både pasientene og de ansatte anledning til å beskrive hvordan de opplevde situasjonen og dette ga både pasientene og de ansatte bedre mulighet til å forstå hverandres situasjon. I ettertid fikk vi tilbakemeldinger fra både pasientene og avdelingens ledelse på at møtene hadde vært nyttige.

Gir brudd på husordensregler i enhver situasjon grunnlag for å skrive ut en pasient?

Pasienter ved en helsetjeneste for pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser ble bedt om å skrive under på en advarsel om utskrivning, etter brudd på husordensregler. I advarselen sto det at pasienten kunne bli skrevet ut ved nytt brudd på husordensreglene.

Ombudet stilte spørsmål ved praksisen – er dette en praksis i samsvar med pasienters rett til nødvendige og forsvarlige helsetjenester? Er praksisen egentlig til å skape forvirring rundt pasientrettigheter, slik som klageadgang på utskrivning? Hvordan blir pasientens interesser ivaretatt når vedkommende blir bedt om å signere en advarsel, særlig når pasienten er uenig i de faktiske forholdene som ligger til grunn for advarselen?

I en enkelt sak ble dette berørt av Fylkesmannen som uttalte: **"Fylkesmannen understreker at en pasients rett til helse- og omsorgstjenester ikke faller bort selv om vedkommende bryter**

husholdningsregler, boavtaler og lignende." Og videre: "... brudd på husholdningsregler gir ikke i seg selv gir institusjonen adgang til å skrive en pasient ut fra en institusjon."

At pasienten har skrevet under på en advarsel om utskrivelse, var ikke tema i FM sin endelige avgjørelse. Det prinsipielle rundt dette spørsmålet må derfor utledes av den midlertidige avgjørelsen. Det sentrale er, etter Ombudets mening, at brudd på husholdningsregler ikke i seg selv gir institusjonen adgang til å skrive ut pasienten. Dette må også gjelde selv om pasienten har skrevet under på en advarsel. Både avgjørelsen om utskrivelse og det pasienten skrives ut til må være forsvarlig, og forsvarligheten må bygge på helse- og omsorgsfaglige vurderinger.

Pasient- og brukerombudenes høringsuttalelse til «Oppfølging etter rusmiddeloverdose», som er et kapittel i «Pakkeforløp TSB».

Personer med rusavhengighet har ofte en vanskelig økonomisk situasjon og flere helseutfordringer. Ombudene erfarer at noen personer med rusavhengighet har vanskeligheter med å få helsetjenester grunnet ubetalt egenandel fra tidligere kontakt med helsetjenesten. Vi erfarer også at pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) får krav om oppmøte på poliklinikken og at de må betale egenandel for dette. Noen får store inkassokrav grunn av manglende betaling av egenandeler og dette kan medføre at man kvier seg for å be om helsehjelp. Ombudene har over tid vært opptatt av denne problemstillingen. Ombudene i Rogaland, Hedmark og Oppland samt Oslo og Akershus mener at det bør organiseres et system som gjør at personer med alvorlig rusavhengighet skal fritas for betaling av egenandel ved helsetjenester. Alle ombudene støtter forslaget om at det ikke skal betales for egenandel når man mottar helsehjelp i forbindelse med rusmiddeloverdose.

Koordinerende enhet i kommunen skal få melding fra spesialisthelsetjenesten om gjennomgått rusmiddeloverdose. Dette bør medføre oppfølging fra kommunen og tilbud om IP. Ombudene erfarer at svært få av pasientene med rusavhengighet har IP. Tall fra Oslo kommune viser at det kun er 11% av rusavhengige i Oslo som har dette. Vi erfarer at det i liten grad tas initiativ til IP. Vi har fått tilbakemelding om at manglende kompetanse, uenighet i om hvem som har ansvar, manglende elektroniske systemer og manglende motivasjon fra pasientene er årsaken. Vi mener at dette arbeidet i kommunene må styrkes.

Flertallet av overdoser i Norge i dag skyldes andre opioider enn heroin, blant annet sterke smertestillende medisiner som er forskrevet av lege. Antallet personer som fikk forskrevet oksykodon minst en gang økte fra 15.000 i 2008 til 53.000 personer i 2018. Det har vært mye bra arbeid med forebygging av overdose i Norge og vi har en overdosestrategi som har bidratt til dette. Ombudene mener at det nå bør fokuseres mer på legene både i kommunen og spesialisthelsetjenesten og hvordan de arbeider med pasientgruppen. Vi erfarer at en del pasienter med komplisert smerteproblematikk kan få utskrevet store doser av sterke smertestillende over lang tid og at det kan være vanskelig å trappe ned pasientene eller gi dem annet tilbud.

Personer med minoritetsbakgrunn benytter seg i mindre grad av hjelpeapparatet. Undersøkelser viser at dette skyldes tabu og skam. Det må tas hensyn til dette i oppfølgingen av denne pasientgruppen, og tolk må benyttes ved behov.

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Vi blir stadig flere eldre, vi lever lengre med flere sykdommer, vi skal være kortere tid på sykehus og vi skal motta mer hjelp i kommunen. Målet er at vi alle skal bo hjemme så lenge som mulig. Det forutsetter gode, trygge tjenester når helsa svikter, noe som igjen forutsetter tilstrekkelig ansatte med rett kompetanse.

Omsorgstrappen er et begrep som ble innført for å visualisere kommunens ansvar for å tilby tjenester på individuelt tilpasset nivå. Henvendelser til Ombudet synliggjør uenighet mellom legen på sykehus, i helsehusene, fastlegen og ansatte i kommuner og bydeler om hva som er rett nivå. Innbyggere med hjelpebehov får spørsmålet: *Hva er viktig for deg*, men det er ikke nødvendigvis slik at svaret ses igjen i det tilbudet de får.

Statsforvalteren skal representere en rettesnor - et utenfrablakk, i saker med uenighet mellom tjenesteyter og tjenestemottaker.

Ombudet har innhentet statistikk for perioden 1.1.2020 – 23.2.2021 hos Statsforvalteren i Oslo og Viken for å se nærmere på hvordan dette tilsynsblikket vurderer praksis.

Av 135 rettighetsaker innen helse og omsorg fra bydelene i Oslo ble 31% stadfestet, 13 % endret helt eller delvis og 56 % opphevet og sendt tilbake for ny behandling.

Av 133 saker fra kommunene i tidligere Akershus ble 69 % stadfestet, 5 % endret helt eller delvis og 26 % opphevet og sendt tilbake til ny behandling.

Tallene forsterker en bekymring Ombudet også i tidligere år har rapport til Bystyret i Oslo. Det er grunn til å tro at nivåene i omsorgstrappen ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn individuelle hensyn.

Det er viktig å være oppmerksom på at når saker sendes tilbake til ny vurdering, resulterer dette i at den totale saksbehandlingstiden blir svært lang.

Henvendelser om kommunale helse- og omsorgstjenester i Oslo og Akershus i 2018 - 2020

	2018	2019	2020	Oslo	Akershus
Fastlegene	571	608	706	432	243
Heldøgns boform	449	425	428	301	127
Hjemmesykepleie	179	174	199	136	61
Praktisk bistand	77	40	43	37	33
Barnebolig/omsorgsbolig	82	70	78	2	1
Avlastning/støttekontakt	67	69	63	33	30
Legevakt	65	54	72	34	31
Brukerstyrt personlig assistent	54	37	66	35	31
Omsorgsstønad	27	32	34	18	16
Fengselshelsetjeneste	6	33	12	4	3
Tannhelse			11	6	5
Andre helse- og omsorgstjenester	395	339		301	47
Sum	1879	1895	2052	1339	628

Fastlegeordningen – ytre og indre utfordringer

Ombudet mottok i året som gikk 706 henvendelser knyttet til fastlegeordningen. Som tidligere omhandlet de fleste henvendelsene kvalitet, kontinuitet og tilgjengelighet. De fleste er enige om at vi trenger flere fastleger, men ordningen har også andre utfordringer. Resultatene av pilotene med primærhelseteam, med sykepleier eller annet helsepersonell tilknyttet fastlegekontoret, vil være av stor interesse. Ansatte med administrativt ansvar frigjør tid til mer pasientrettet arbeid for legene. Finansieringsordninger må understøtte en slik utvikling.

For å sikre mer effektive og kvalitativt bedre behandlingsforløp må samhandlingen mellom fastlegene, sykehusene og hjemmetjenesten styrkes.

Videokonsultasjoner i direkte pasientkontakt har økt under pandemien, men vi vet mindre om bruken i trekantsamtaler med andre deler av kommunen eller med spesialisthelsetjenesten.

I tillegg må arbeidet med økt kvalitet på henvisninger videreføres. Kommunene må ta et større ansvar for å følge opp arbeidet som skjer i fastlegeordningen. Ikke overfor den enkelte pasient, men i oppfølgingen av fastlegeforskriften og annet kvalitetsarbeid.

Ombudet blir fortsatt jevnlig kontaktet av pasienter som reagerer på at de må betale et gebyr på seks kroner per melding når de skal kommunisere med legekontoret via SMS, som oftest når de bestiller time til konsultasjon. Dette er har Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og Helfo flere ganger slått fast at ikke er lov.

Ombudet ønsker å vise til et eksempel på hvordan en bydel følger opp saken med fastleger som benytter SMS gebyr. Bydelen har sendt brev til aktuelle fastlegekontorer i bydelen og påpekt at praksisen med at pasientene betaler for disse SMS er ulovlig. De informerer samtidig om at det finnes andre løsninger som ikke belaster pasientene økonomisk.

Bydelen har bedt om en redegjørelse for planer for å gå over til et alternativt system uten oppkreving av gebyr, samtidig som de opprettholder kravet om tilgjengelighet. Bydelen har videre orientert om at det kan bli aktuelt med bruk av de sanksjonsmuligheter som forskrift og rammeavtale hjemler dersom det ikke legges frem tilfredsstillende planer og fremdrift. Ombudet mener bydelen på en god måte har tatt et ansvar for pasientens rettigheter og viser til at de kan bruke sanksjonsmuligheter hvis fastlegekontorene ikke følger rett praksis.

Når det gjelder egenbetaling for timebestilling for SMS, sender vi jevnlig henvendelser til legekontor om dette, og da med kopi til bydels- eller kommuneoverlege. Også her har vi fått tilbakemelding om at legen mener det er urettferdig at de skal dekke denne utgiften. Vi viser i våre henvendelser til Helsedirektoratets uttalelse der det blant annet står at: **Helsedirektoratet har vurdert fastlegers og avtalespesialisters praksis med å ta gebyr for tilleggstjenester utover den finansieringen de får fra det offentlige. Dette gjelder for eksempel gebyr for timebestilling per SMS eller via internett, og pasientbetaling for andre typer tjenester som ikke er regulert i avtale med det offentlige. Helsedirektoratets vurdering er at det ikke er lov å kreve inn denne typen ekstra egenbetaling fra pasientene.**

Hvor langt strekker kommunens ansvar for fastlegeordningen seg?

I 2020 hadde vi en sak der en fastlege brått sluttet å besvare henvendelser fra sine pasienter. Heller ikke bydelsoverlegen kom i kontakt med legen. Pasientene fikk hverken innfridd sin rett til vurdering, konsultasjon eller behandling hos denne legen. Bydelen iverksatte tiltak slik at pasientene fikk tilgang til allmenlege, men problemet var ikke løst med det. Ingen fikk tilgang til pasientenes journaler. Legen besvarte ikke henvendelser fra noen. Ombudet fikk informasjon fra bydelen om at de ville

kunne få tilgang til journalene, men de måtte da betale selskapet som var ansvarlig for datasystemet til legen rundt 80.000 kroner. Det var ikke bydelen villig til, uten at de var sikret å få dette beløpet refundert fra fastlegen, som de mente var ansvarlige for å frivillig og uten kostnad å gi fra seg journalene. Det tok flere måneder før saken løste seg. De skadelidende her ble pasientene. Pasientjournalene inneholdt informasjon av stor viktighet både for oppfølging av sykdommer og avklaringer hos NAV. Også Statsforvalteren og Statens helsetilsyn var involvert i saken, uten å finne virkemidler som kunne løse saken raskere.

Ombudet mener kommunen bør ha et ansvar for å få på plass en løsning der de etter kort tid får tilgang til pasientjournalene der en lege av en eller annen grunn ikke lengre er tilgjengelig eller uten grunn nekter å innfri pasientens rett til å få utlevert en utskrift av sin journal.

Hvor ble det av tillitsreformen i hjemmetjenesten Oslo?

Etter kommunevalget i 2015 tok Arbeiderpartiet, Miljøpartiet de Grønne og Sosialistisk venstreparti over byrådet i Oslo kommune. I byrådserklæringen skriver de om organisering av kommunen. "Tillit ligger til grunn for byrådets styring av Oslo kommune". For byrådet handler økt tillit om overføring av faglig myndighet og ansvar, tilstrekkelig bemanning, åpenhet, dialog kompetansehevingstiltak og forankring".

Hjemmetjenesten skulle også endres. Den skulle i økende grad baseres på tillit og medvirkning. «Situasjonen i hjemmetjenesten i Oslo krever endringer. Faglige vurderinger og samarbeid mellom ansatte og de som mottar tjenester har kommet i bakgrunnen, byråkrati, stoppeklokker og for lite helhetlig omsorg er blitt normen. Stoppeklokkene skal fjernes og erstattes av en tillitsreform med behovsprøvde omsorgsplaner, der den som trenger tjenesten og de ansatte utformer tilbudet sammen.»

Et pilotprosjekt i fire bydeler ble gjennomført fra 2017-2018. Flere bydeler startet sin tillitsreform parallelt med prosjektet med bakgrunn i Byrådssak 1055/17. For å høre om tillit er et "bærende prinsipp i styring og ledelse" gjorde Ombudet nylig en muntlig henvendelse til syv bydeler for å høre status (Frogner, Grorud, Ullern, Vestre Aker, Gamle Oslo, Stovner og Sagene). Vi kontaktet kommunens sentabord, og ønsket å bli satt over til utøvende sykepleiere i hjemmetjenesten. De som arbeidet nærmest den hjemmeboende hadde i liten grad hørt om Tillitsmodellen. Ved direkte spørsmål som *Har du hørt om Tillitsmodellen?* fikk vi svar som *Nei, den har ikke vi, og Ja, har hørt om den, men er ikke kjent med den og Tør ikke svare ja eller nei*. Flere ønsket ikke å svare på Ombudets spørsmål. I en bydel hvor utøvende sykepleier svarte *er ikke kjent med den* svarte lederen Ombudet ble satt over til at Tillitsmodellen var iverksatt.

Med tillitsmodellen er det et mål at brukerne skal få mer innflytelse på hva de vil ha hjelp til og når. Spørsmålet *Hva er viktig for deg* skal være styrende. Tillitsmodellen har i liten grad medført økte økonomiske rammer til hjemmetjenesten. Spørsmålet Ombudet stiller er om det da er mulig å vedta tillit, når helsepersonell i byens hjemmesykepleie må vurdere fru Kristensen sitt økte behov for hjelp (for å bli boende hjemme) opp mot herr Hansen sitt vedtak.

Overordnet standard for tjenester i hjemmet har som mål å skape et mer likeverdig tilbud uavhengig av hvor du bor i byen. I eksempel på vedtak hjemmesykepleie står det: "Du vil få oppfølging og bistand til medisinhåndtering, personlig pleie og ernæring med besøk hver morgen og kveld. Hjemmesykepleien vil sammen med deg avtale nærmere om tjenestens innhold og tidspunkt" ([Overordnet standard for tjenester i hjemmet](#)). Vi har eksempler på at personer som har ernæringsvedtak får maten plassert utenfor døren til sitt hjem. Om maten blir spist er ikke dokumentert.

I et intervju i [Fagbladet](#) setter Eric Brugman, avdelingsdirektør i Østensjø bydel ord på det vi har hørt flere si.– Vi ønsker at de som kjenner pasientene best, skal bruke sin faglige kompetanse til på å prioritere. Men det finnes så mange gode grunner til å gi mer, ikke mindre, og det er den største utfordringen. Det som ikke kom så tydelig fram i politikernes taler om tillitsreformen, er at alt må skje innenfor økonomiske rammer. – Hvis en sykepleier spiller inn at «fru Hansen» må få mer tid fordi hun har det vanskelig nå, da må vi kutte ned på tilbudet til en annen bruker.

Det ansvaret ligger nå i langt større grad på den enkelte i hjemmetjenesten. Det kan være et stort ansvar og en belastning for den enkelte når behovet er større enn tilbudet, det kan også seg utslag i redusert likebehandling som følge av mindre objektivitet.

I den gamle organiseringen var det færre som fattet vedtak. De hadde mer avstand til den enkelte mottaker. Det hadde to sider; det kunne gi mindre kjennskap til den enkelte, det kunne også gjøre avgjørelsene mer objektive. Når vedtakskompetansen flyttes nærmere brukene og til flere ansatte, er det et spørsmål om saksbehandlingskompetansen er sikret.

Brukerstyrt personlig assistanse

Det er fortsatt mange som tar kontakt med oss med problemstillinger knyttet til tildeling og organisering av BPA. En av de største utfordringene slik vi ser det, er de store ulikhetene i tildeling og utmåling av antall timer avhengig av hvilken kommune eller bydel søker bor i. Selv om den kommunale selvråderetten står sterkt, burde det ikke være slik at det ved søknad om BPA er avgjørende hvilken side av kommune- eller bydelsgrensen du bor på. Vi ser at det kan være utfordrende å samkjøre regelverk knyttet til omsorgstjenester og regelverk knyttet til likestilling i et og samme vedtak, men her tenker vi en god, samkjørt opplæring av de som fatter disse vedtakene vil være viktig. Det er nedsatt et BPA-utvalg som skal se på hvordan BPA-ordningen fungerer i dag og hvordan den burde fungere og vi ser frem til at de kommer med sin rapport.

Det er likevel flere ting kommuner og bydeler kan bli bedre på, ikke minst selve kartleggingsbiten. Også her har vi sett mange saker der kommunen ikke har hjulpet søker med å sette opp gode døgnhjul, der hjelpebehov kommer frem. Blant de sakene som har blitt sendt over til Fylkesmannen har vi sett alt for mange saker som blir sendt tilbake fordi vedtaket er ugyldig, ettersom saksbehandler ikke har sørget for å innhente nok informasjon før vedtaket ble fattet.

Ombudet vil også anbefale at kommunene setter av tid til å gå gjennom omgjøringssakene fra tilsynsmyndighetene. På lik linje med saker knyttet til pårørendestøtte, er omgjøringsprosenten stor, i 2019 var den på 39 %. Det gjelder både det å få hjelpen organisert som BPA og omfanget av tjenesten. For å fatte mer korrekte og like vedtak bør omgjøringsvedtak i klageorganet fungere som en rettesnor, både i og utenfor den aktuelle kommunen/bydelen. Mange håpet og noen trodde at rettighetsfestingen av ordningen med brukerstyrt personlig assistanse skulle styrke denne delen av befolkningen sine rettigheter. Svaret er nei.

Helsehus i Oslo kommune

Ombudet har i 2020 hatt møter med de fire helsehusene, og en av to trygghetsavdelinger i Oslo kommune. Ombudet ønsket å bli bedre kjent med de ulike helsehus- og trygghetsavdelinger i Oslo kommune, og utfordringer de ser for sitt tilbud til innbyggerne i Oslo. Informere kommunens ledelse og politikere om våre erfaringer og øke tjenesteapparatets kunnskap om Pasient- og brukerombudet, Sosial- og eldreombudet. Du kan lese rapporten her, eller kontakte oss så kan du få den tilsendt.

[Rapport om helsehus og trygghetsavdelinger i Oslo kommune](#)

Ombudets forslag til forbedringer etter samtaler med ansatte på helsehusene og erfaringer fra brukere og pårørende som har erfaring fra helsehus

Samhandlingen mellom helseforetakene, bydelene og helsehusene må styrkes. Ombudet mener det bør vurderes om helsehusene bør ha en plass i de nye Helsefelleskapene for å sikre bedre samhandling og bedre behandlingsforløp for pasientene.

Kravet til kompetanse er stort og økende. Kommunen må sikre planer for nødvendig kompetanseheving i helsehusene i tråd med nye arbeidsoppgaver.

Kommunen må sikre at pasienter med behov for spesialplasser får dette. Kompetanse og pasientens behov må avgjøre behandlingssted, ikke bydelens økonomi.

Også rusavhengige blir stadig eldre. Det må lages en forpliktende avtale mellom Sykehjemsetaten og Velferdsetaten som omhandler hvor eldre syke pasienter som tidvis bruker illegale stoffer skal bo når de får behov for heltids omsorg og pleie.

Det er viktig at brukerundersøkelser gir reell merverdi. Ombudet etterlyser en evaluering av hva de gir av informasjon i dag, og om det finnes andre supplerende eller alternative arbeidsformer for å avdekke forhold som kan bli bedre. Dette gjelder ikke bare brukerundersøkelser i helsehusene.

Sykehjemsetaten har et felles kvalitetsutvalg for både helsehus og langtidshjem. Ombudet mener det bør vurderes om det kan opprettes et eget kvalitetsutvalg for helsehusene, som har helt andre arbeidsoppgaver enn langtidshjemmene.

Tilbakemeldingene fra helsehusene er at dagens ordning for bydelens kjøp ikke er den beste. For å sikre forutsigbar og forsvarlig drift bør ordningen evalueres. Erfaringer fra henvendelser til Ombudet støtter dette, som denne saken er et eksempel på:

Ved ankomst til avdeling lindrende enhet, blir datter informert først av ansvarlig sykepleier, og deretter av ansvarlig lege, om at det er sendt melding om alvorlig avvik rettet mot Bydel. Det refereres til at avdeling for rehabilitering har fått oppgitt av Bydel X at lindrende enhet har vært full, og at ingen ledige plasser tilgjengelig. Dette medfører ikke riktighet. Ved pasientens ankomst er 9 plasser ledige. Både sykepleier og lege oppfordrer datteren til å ta kontakt med Pasient- og brukerombudet. Saken er nå sendt Statsforvalteren.

Eksempelet kan være et resultat av finansieringsordningene i Oslo. Det kan også være en illustrasjon på ulikheter i faglig kompetanse og skjønn. Ingen av delene til pasientens fordel.

Avlastningsopphold må flyttes til langtidshjem, hvor det er tilrettelagt for aktivitet og omsorg, ikke rehabilitering.

Helsehusene må ikke brukes til langvarige opphold for pasienter som skal på langtidshjem.

Hva skjer når pasienter med vedtak på helsehjelp ikke åpner døra?

Spørsmål om samtykkekompetanse er krevende. At noen ikke ønsker å ta i mot hjelp som kan bedre deres helse- og livssituasjon kan være vanskelig å akseptere. Det kan også aksepteres for lett:

En flerårig LAR pasient med vedtak på utdeling av metadon fra hjemmetjenesten hver morgen sluttet etter mange år gradvis å åpne døra når de kom. Etter et kortvarig opphold på Gatehospitalet og hjemme hos familie, opplevde hjemmetjenesten over tre dager ikke kontakt. Etter 4 dager ble pårørende kontaktet, og bydelen gikk inn i leiligheten. Der fant de mannen død.

Ombudet hjalp etterlatte med en klage. Bydelen svarte kort at prosedyren i slike tilfeller var å forsøke og oppnå kontakt ved å ringe og undersøke i journalen om det er nevnt noe som kan begrunne at vedkommende ikke ville åpne. De skulle også kontakte vaktansvarlig og avklare hva man skulle gjøre videre. I mannens journal er det kun skrevet at de ikke oppnådde kontakt med han de aktuelle dagene. Det kom heller ikke frem om de andre prosedyrene ble fulgt i svaret til Ombudet.

Statsforvalteren kom til at det var brudd på helselovgivningen, herunder manglende oppfølging av pasienten ved at rutinene for oppfølging ikke ble fulgt da de ikke oppnådde kontakt med han. Videre at det var mangelfull journalføring. Det er pekt på at det er et ledelsesansvar å følge opp at de ansatte har rutiner, systemer og mulighet til å overholde sin journalføringsplikt, men at denne saken antyder at dette ikke har blitt fulgt godt nok opp.

Mangelfullt tilbud om rehabilitering

Allerede før Covid-19 hørte ombudene om store forskjeller i tilbudet i kommunene - lang ventetid og for få fysioterapeuter og ergoterapeuter. Pasienter fortalte at de har gått glipp av sitt potensiale fordi ventetiden var for lang. Når vi nå også vet at fysioterapeuter og ergoterapeuter i enkelte kommuner ble omdisponert til andre stillinger, er det urovekkende. For de pasientene som har vært smittet og blitt alvorlig syke, er det behov for å komme raskt i gang med rehabilitering.

Det er ikke nytt at rehabilitering er mangelvare og at mulighetene er ukjente for mange. At rehabiliteringstilbudet i kommunene varierer skrev Pasient- og brukerombudene i felles årsmelding 2019, "*Rehabilitering – av mange beskrevet som de hemmelige tjenestene*". Pasienter som var innvilget rehabilitering fortalte at dette er noe de selv hadde etterspurt. Det kom ikke som et tilbud.

Helsedirektoratet har nedsatt et utvalg som skal se på oppfølging av de som sliter med senvirkninger etter Covid-19. Det skulle være ferdig til nyttår. For mange er det for sent. Det er heller ikke slik at retningslinjer i seg selv gir nødvendig helsehjelp.

Spesialisthelsetjenesten

Henverdeler om spesialisthelsetjenesten i 2018-2020

	2018	2019	2020
Oslo universitetssykehus	622	680	714
Lovisenberg Diakonale sykehus	89	100	89
Diakonhjemmet sykehus	78	92	72
Akershus universitetssykehus	432	445	409
Vestre Viken	120	165	128
Sunnaas sykehus	6	18	7
Privat helsetjenesten med avtale	245	268	101
Andre helseforetak			195
Sum	1603	1768	1708

Henvendelsene fordeler seg på følgende spesialiteter:

	2020
Psykisk helse	458
Kirurgi	287
Indremedisin	178
TSB	131
Fødsel/kvinne	128
Nevrologi	110
Onkologi	52
Annet	
SUM	1708

TSB = tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Kommenteres under overskriften Tilbud til rusavhengige

Fødsel/kvinne = fødselshjelp og kvinnesykdommer

Onkologi – flere saker som omhandler kreft sorteres under andre spesialiteter, så antallet gir ikke et godt bilde.

Psykisk helse

I 2020 var mange av henvendelsene om psykisk helse knyttet til endringer i behandlingstilbudet som følge av Covid-19.

Og fortsatt er avslag på behandlingstilbud et gjennomgående tema. Pasientene fortviler. Kommunen sier de ikke har flere tilbud å komme med, fastlegen henviser til spesialisthelsetjenesten som viser tilbake til kommunen. Dette er et viktig område for de nye Helsefelleskapene.

Også tvang går igjen i henvendelsene – både for mye og for lite bruk. Kravet for bruk av tvang innen psykisk helsevern ble ytterligere innstrammet fra 1. september 2017. Manglende samtykkekompetanse ble et av hovedkriteriene for at tvang kan utøves overfor pasienter. Hvis

pasienten ikke er vurdert til å være samtykkekompetent og motsetter seg behandling, kan behandling bare gis med bakgrunn i tvang.

Ikke sjelden hører vi at pasienten blir utskrevet dagen etterpå etter å ha fått akutt medisinsk behandling og blitt vurdert til å være samtykkekompetent og at det ikke er grunnlag for bruk av tvang. Pårørende fortviler over at pasienter med behandlingsbehov blir utskrevet for raskt. Spørsmålet er hvordan kan man komme i posisjon til å hjelpe alvorlig syke pasienter med samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelp? Det er lov å ta dårlige valg, men det kan være vanskelig å se at pasienter eller noen man er pårørende velger bort behandling en selv mener er fornuftig. Problematikken er vanskelig og har ingen enkle løsninger.

Fødselshjelp

Tilbudet til fødende har vært et tema både i media og i henvendelsene til Ombudets kontor. Så mange tok kontakt at vi møtte ledelsen, kvalitetsrådgivere og en brukerrepresentant på Kvinneklinikken på Oslo universitetssykehus. Der ble det uttrykt forståelse for de forhold Ombudet tok opp; fravær av partner, lite amnehjelp og generelt for liten bistand fra ansatte.

Klinikkleder forteller at de hadde møte med Oslo kommune i starten av pandemien for å etablere et samarbeid med helsestasjonene i bydelene, men at kommunen ikke hadde kapasitet i tillegg til at mange jordmødre har blitt trukket ut til smittearbeid. Når jordmødrene på sykehuset fikk flere oppgaver som følge av smittevernrutiner og i tillegg mistet tilstedeværelsen og hjelpen fra fedrene, så hadde dette konsekvenser for fødekvinnene. Mange kvinner hadde også fått mindre oppfølging i for- og etterkant av fødselen fra bydelen de bor i. Klinikkleder forteller at de har et pågående prosjekt om tidlig hjemreise fra sykehuset, og at det da er viktig at kvinnene blir fulgt opp hjemme.

Klinikkleder forteller at det nylig hadde vært gjort en gjennomgang av jordmortjenesten, som viste at fødepopulasjonen har endret seg, ved at flere kvinner er eldre når de får sitt første barn. Eldre fødende medfører mer komplikasjoner, noe som innebærer mer jobb med hver fødekvinne for jordmødrene, selv om fødetallene går ned. De må også planlegge for å dekke opp som følge av konsekvensene av endringene i bioteknologiloven.

I etterkant av møtet har særlig partners tilstedeværelse vært et tema. Dette ser nå ut til å nærme seg en bedre løsning, blant annet ved bruk av hurtigtester, noe som også har vært foreslått fra Ombudet. Vi har i tillegg uttalt at dersom den fødende behandles som frisk, er det vel grunn til å gjøre det samme med partneren som i alle hovedsak deler hus og seng med den fødende.

Sykehusodontologi - et tilbud ved blant annet Lovisenberg Diakonale Sykehus

Ved Lovisenberg Diakonale sykehus i Oslo har man siden 2006 drevet en sykehustannklinikk som gir et tilbud til pasienter med utfordringer knyttet til rus og psykisk sykdom. Fra 2014 har sykehuset vært del av ordningen «Forsøksordning med orale helsetjenester i sykehus», sammen med Oslo universitetssykehus. Denne ordningen har medført at sykehuset også kan gi et tilbud om tannhelsetjenester til somatisk syke pasienter som har behov for slike tjenester i sykehus

Tilbudet har vært svært godt mottatt av både pasienter og annet personell i sykehuset. En lege i medisinsk klinikk skriver i en tilbakemelding til sykehustannklinikken:

«For oss er det nyttig å kunne henvise pasienter ved behov fra sengepost. Vi får inn mange med elendig tannstatus, med behov for rask vurdering og evt. sanering. Det er en grunn til at disse pasientene ikke har gått til tannlege på mange år, og det fungerer erfaringsmessig dårlig å be dem om å ta kontakt med den offentlige tannhelsetjenesten i kommunen.»

Følgende sak illustrerer dette:

En eldre pasient ble henvist til sykehustannklinikken fra en bolig for eldre med psykisk sykdom på grunn av svært redusert munnhelse, noe som medførte redusert matinntak og underernæring. Pasienten nektet å la seg behandle, og det var tvil om vedkommende var samtykkekompetent. Det ble innkalt til et tverrfaglig møte med pårørende, fastlege, psykiatrisk sykepleier og sykehustannlege og det ble fattet tvangsvedtak og avgjort at tannbehandling skulle utføres i narkose. Kort tid etter ble pasienten innlagt medisinsk post ved sykehuset, og hadde da fått lagt inn et perifert venekateter. Personell på post, som kjente situasjonen, så da muligheten for å bidra til tannbehandlingen ved å gi beroligende medikamenter gjennom venekateteret, og dermed unngå narkose. Alle tenner ble trukket. Behandlingen har ført til at pasienten tar til seg mer næring. Det er i ettertid laget en tannprotese. Dette hadde vært vanskelig å få gjennomført utenfor sykehus.

Forsøksordningen er under evaluering og HOD skal avgjøre om ordningen skal videreføres etter 2021.

Pasientenes økonomi skal ikke være grunnlag for henvisning til sykehustannklinikken, men tilbakemeldinger fra ansatte er at dette medfører flere dilemma

Ved alvorlig somatisk sykdom må ofte infeksjoner i munnhulen elimineres, noe som for eksempel kan innebære trekking av en rekke tenner. Dersom pasientene skal få bittet rehabilitert hos privat tannlege vil det, selv for de som har rett til refusjon av utgifter til tannbehandling fra Folketrygden, kunne bli svært dyrt. Det er flere eksempler på at pasienter må betale tresifrede beløp for rehabilitering av munnhelse etter et alvorlig sykdomsforløp. Ved sykehustannklinikken har de derfor også valgt å gjøre rehabilitering, selv om det er ikke er nok ressurser til å hjelpe alle. Dermed skapes ulikheter. Det er behov for en gjennomgang av regelverket på dette området, og at det tydeliggjøres hvor slik behandling skal skje og at det etableres finansieringsordninger som hindrer at enkeltpersoner får store utgifter.

Ombudet mener det er naturlig at rehabilitering av munnhelse som skyldes alvorlig sykdom inkluderes i en helhetlig behandling.

Helseatlasenes betydning i pasientsikkerhetsarbeidet

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) utarbeider rapporter som synliggjør variasjon i helsetilbudet til Norges innbyggere, både i omfang og kvalitet.

Det siste helseatlas fra januar 2021 gir mulighet til å se nærmere på variasjon i kvaliteten av helsetjenester ut fra pasientenes bosted. Det er kunnskap som er en viktig forutsetning for å kunne redusere ulikhet i helsetjenestetilbud, og som kan styrke kvaliteten på helsetilbudet til den enkelte.

Norge har generelt gode helsetjenester og tilliten - ikke minst til den enkelte helsearbeider - er høy. En forutsetning for å fortjene en slik tillit er at pasientene mottar nødvendig helsehjelp av god kvalitet, uavhengig av alder, bosted og helsekompetanse. I Norge har vi en egen pasient- og brukerrettighetslov som skal bidra nettopp til dette. Det er likevel viktig å understreke at det er helsetjenesten, og ikke den enkelte pasient, som har ansvaret for at dette skjer i praksis.

I Helseatlas kan vi lese at: "Selv om de nasjonale resultatene overordnet sett var gode, var det samtidig betydelig variasjon i måloppnåelse mellom opptaksområdene for flere av indikatorene."

Sammenstillingen av kvalitetsindikatorer viser variasjoner i kvalitet som vanskelig kan aksepteres uten nærmere forklaring. Jeg undrer meg for eksempel over at noen pasienter ser ut til å leve kortere med en kreftdiagnose, fordi de er bosatt på feil sted i landet.

Oppfølging av rapporten bør være en selvfølgelig del av kvalitetsarbeidet i de regionale helseforetakene som en del av deres "sørge-for-ansvar", i de enkelte helseforetakene og i deres styrever. www.SKDE.no

Spesialisthelsetjenestens "trygdeskandale"

Fra 1.1.2018 ble det gjort endringer i blåreseptordningen. Utgifter til legemiddelbehandling som tidligere ble betalt av HELFO etter søknad, skulle nå dekkes av helseforetakene. Det fikk imidlertid ikke behandlingsstedene med seg, og pasientene ble skadelidende. HELFO ga heller ikke ved avslag tilbakemelding til helseforetakene eller pasientene om at finansieringsansvaret nå var flyttet. Pasient- og brukerombudene ble først kjent med saken etter at Dagens Medisin satte den på dagsorden.

Flere av pasient- og brukerombudene henvendte seg til sine regionale helseforetak og etterspurte en oppfølging av de pasientene som urettmessig hadde betalt for medisin helseforetakene skulle betalt - og, ikke mindre viktig, de pasientene som unnlot å følge opp anbefalt behandling på grunn av egen økonomi. Saken ble deretter fulgt opp av Helse Sør-Øst RHF overfor de andre regionene og landets helseforetak med informasjon om problemstillingen, og hva som burde gjøres i juli 2020.

Saken viser endringer som trådte i kraft uten at ansvaret var avklart. Vi ser en helsetjeneste med stadig sterkere lovreguleringer, og der det ikke i tilstrekkelig grad er sikret at den enkelte aktør kjenner endringene. Og da mener vi ikke pasienten, som ikke må forutsettes å ha en slik inngående kjennskap til regelverket - i denne saken - endringer i finansieringsordningen for off-label legemiddelbehandling. Slik sett kan saken ha en viss likhet med trygdeskandalen. Vi må kunne forutsette at det er helsetjenesten, ikke pasientene, som har ansvar for å tolke regelverket og sørge for at pasienter får ivaretatt sine rettigheter.

Læringen må være at når nye regelverk etableres, må en forsikre seg om at tjenestene kan gjennomføre dem i tråd med formålet. Å få adekvate svar på disse spørsmålene, er maktpåliggende for at vi skal ha tillit til vår offentlige helsetjeneste.

Det er kritikkverdige at dette arbeidet ikke ble gjort før endringene i finansieringsansvaret trådte i kraft. Etter at Helse Sør-Øst RHF ba helseforetakene om å finne frem til alle pasienter som kan ha rett på tilbakebetaling av penger, er vi - igjen gjennom Dagens Medisin - kjent med at en etterforskningsgruppe jobber med å finne pasientene ved Oslo universitetssykehus (OUS) med rett til tilbakebetaling. Vi forutsetter at dette skjer også ved alle andre helseforetak i landet.

– Akkurat nå leter vi etter de pasientene som urettmessig har betalt sine egne legemidler, som vist i reportasjene i Dagens Medisin tidligere i år, sier spesialrådgiver Skule Ingeberg ved Seksjon for legemiddelkomite og sikkerhet på OUS til Dagens Medisin 20.11.2020.

Nå venter vi en oppfølging av de pasientene som har unnlatt å følge opp anbefalt behandling som følge av økonomiske utfordringer. Både med tanke på etablering av behandling og med informasjon om tilsynsmyndighetene, Norsk pasientskadeerstatning og pasient- og brukerombudsordningen. Alle stener må snus og saken må være en alvorlig vekker for etablering av rutiner i forkant av endringer som dette. Det er avgjørende for tilliten til helsetjenesten.

Ombudet etterspør psykebil

Syke mennesker bør i størst mulig grad møtes av helsepersonell, ikke uniformert politi skrev Beate Gangås, politimester i Oslo politidistrikt i Avisa Oslo 26.1.202. Ett tiltak Ombudet har vært opptatt av dette over år og har flere ganger etterspurt dette tilbudet. Gangås skriver:

Oslo politidistrikt har i flere år forsøkt å få helseforetaket til å iverksette en prøveordning med psykiatriambulanse, men blir ikke hørt. Vi mener helsemyndighetene må engasjerer seg og få dette på plass. Oslo politidistrikt bistår helsevesenet i flere tusen psykiatrisaker årlig. Erfaringer fra Bergen tilsier at en stor andel av disse kunne og burde ha vært løst uten hjelp fra politiet. Forskjellen på Oslo og Bergen er at Bergen har såkalt psykiatriambulanse, det vil si tilpassede kjøretøy med særlig kvalifisert helsepersonell. Når de ikke er på psykiatrioppdrag, kjører de ordinær ambulansetjeneste. Tilbakemeldingene fra Bergens politi, helsevesen, pasienter og pårørende er svært positive. Ordningen er senere etablert flere steder, blant annet i Stavanger, Stockholm, København og Amsterdam. Men i Oslo har ikke innbyggerne dette tilbudet. Selv om politiet gjør en god jobb i møte med sårbare mennesker, er likevel kompetansen til spesielt utdannet helsepersonell mer pasientrettet. Det kan også av noen oppleves som uverdigg og provoserende å bli hentet av politiet, når han eller hun er syk og ikke nødvendigvis er til fare for seg selv eller andre. Videre kan politiets oppmøte og tilstedeværelse medføre unødvendig stigmatisering av den syke, for eksempel blant naboer. I ytterste konsekvens kan dette medføre utagering og ytterligere belastning på den syke. Vi har forståelse for at en psykiatriambulanse ikke vil være like resurseffektiv i alle deler av landet, men i og rundt store byer som Oslo, hvor helseforetaket har ansvaret for 1,5 millioner innbyggere og avstandene er korte, burde det være en hensiktsmessig løsning. Pasientbehandling er primært et ansvar for helsevesenet.

Ombudet støtter dette.

Avtalespesialister i psykisk helsevern

Ombudet er kritisk til hvordan avtalespesialister er organisert i spesialisthelsetjenesten.

Avtalespesialister bør inngå i det samme systemet som den øvrige spesialisthelsetjenesten når det skal vurderes hvem som skal gis rett til nødvendig helsehjelp.

Ombudet har vært i dialog med Helse Sør-Øst om problemstillingen. Vi er kjent med at Helse Sør-Øst RHF i 2019 planla å gjennomføre en pilot for å se om det var gjennomførbart for avtalespesialister å rettighetsvurdere pasienter i avtalepraksis med tanke på et fremtidig felles henvisningsmottak. I brev til Ombudet informerte de om at det ble en utfordring å rekruttere avtalespesialister i psykisk helsevern inn i dette prosjektet, og at piloten strandet i november 2019.



Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus

Sosial- og eldreombudet i Oslo

www.ombudet.no

www.pobo.no

Telefon: 23139020

Lille Grensen 7, inngang Arbeidergata

0159 Oslo