



Årsmelding 2013

PASIENT- OG BRUKEROMBUDENE I NORGE

Innhold

Innledning	3
Anbefalinger	5
Samhandlingsreformen	6
Informerte pasienter gir effektive helsetjenester	7
Språkvansker	8
Psykisk helsetjeneste	9
Behandling av rusmiddelavhengige	11
Samtidig forekomst av psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet	12
Bolig til vanskeligstilte	12
Sykehjem – bekymring for kapasitet og kvalitet	12
Fastlege – bindeledd og bremsekloss	14
Brukerstyrt personlig assistanse	15
Manglende koordinering	16
Individuell behandlingsfrist	16
Venting, utsettelse og pasienter som faller ut av systemet	17
Et tillitsskapende tilsyn?	17

Innledning

Pasient- og brukerombudenes virksomhet er hjemlet i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 kapittel 8. Ombudene skal arbeide for å ivareta pasientene og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten på disse tjenestene.

Det er ansatt pasient- og brukerombud i hvert fylke og disse har tett kontakt og faglig samarbeid. Ombudskontorene har i gjennomsnitt 4 ansatte, og det legges vekt på tverrfaglig kompetanse.

Pasient- og brukerombudene er administrativt tilknyttet Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgiveransvaret. Ombudene utøver sin faglige virksomhet selvstendig og uavhengig.

I 2003 ble pasientombudene overført fra fylkene til Staten som en følge av helseforetaksreformen. Det ble presisert at ordningen skal komme de «tause» brukergruppene til gode, ved at ombudene skal være et talerør for de gruppene som ofte har vanskeligheter med å ivareta egne interesser. Dette er pasienter og brukere som ut fra sin diagnose, funksjonsnivå og livssituasjon vanskelig klarer å skaffe seg informasjon om regelverk og rettigheter. Ombudet må drive utadrettet virksomhet også overfor grupper som har behov for bistand og som ikke oppsøker ombudet.

Ombudets arbeid kjennetegnes ved:

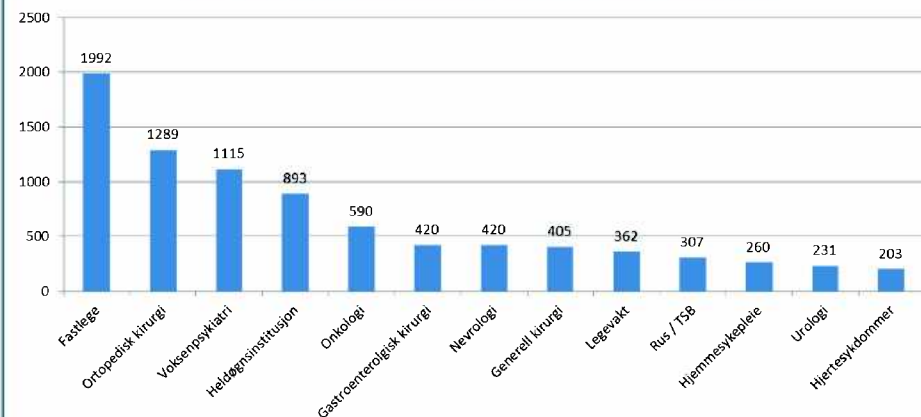
- tett og direkte kontakt med pasienter, brukere, pårørende og tjenestestedene
- råd, veiledning og informasjon
- bistand i forbindelse med henvendelser og klager
- arbeid for å bidra til bedre kvalitet i helse- og omsorgstjenesten

I 2013 mottok landets pasient- og brukerombud 14433 saker.

	2011	2012	2013
Henvendelser	13 913	15 225	14 433

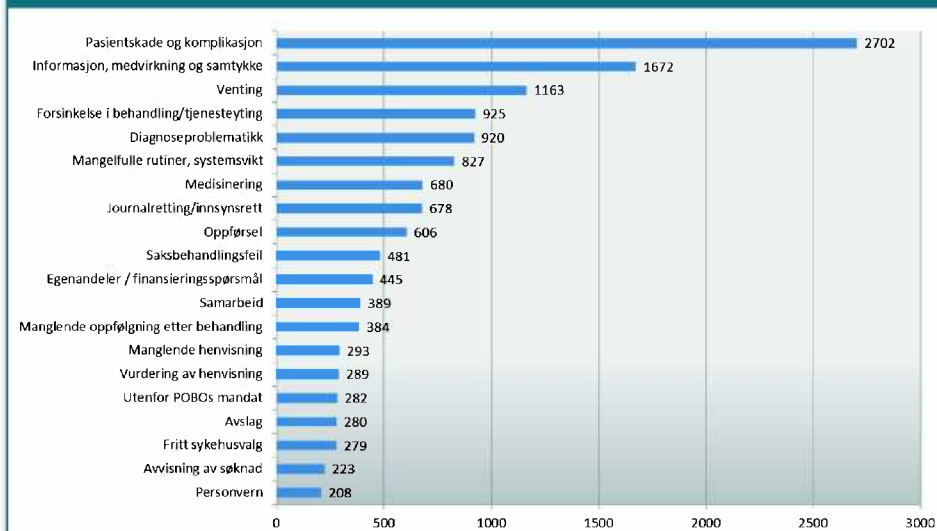
Totalt antall saker 2011-2013.

Antall problemstillinger per spesialitet



Antall problemstillinger per spesialitet 2013 (≥ 200).

Årsak til henvendelse



Årsaker til henvendelsene 2013 (≥ 200).

I statistikken er det en differanse mellom antall henvendelser og antall problemstillinger. Dette skyldes at det ved en og samme henvendelse kan bli registrert opp til tre ulike behandlingsteder og problemstillinger.

Ombudet har gjennom møter med brukere av helse- og omsorgstjenesten samlet erfaringer som kan brukes for å styrke kvaliteten i tjenestene og samhandlingen med pasientene og brukerne. Erfaringer som bør lyttes til og brukes til å styrke tjenestene og reetablere tillit. Det er noen av disse erfaringene vi ønsker å formidle. I tillegg til denne felles årsmeldingen, skriver ombudene årsmelding for eget fylke.

Anbefalinger

- **Pasienter må rutinemessig tilbys kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar**
- **Tolk må alltid benyttes ved behov**
- **Helse- og omsorgstjenestene til pasienter med psykisk lidelse og rusavhengighet må styrkes**
- **Koordinator må utpekes for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte helsetjenester**

Samhandlingsreformen

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

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

Pasienter blir nå utskrevet fra sykehus tidligere enn før og har behov for mer medisinsk oppfølging i kommunehelsetjenesten. Samarbeidsavtalene har bedret samarbeidet mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, men fortsatt ser vi uenighet om utskrivningsklare pasienter. Ofte mangler vesentlig informasjon om pasienten, som ajourførte medisinsklister og behov for hjelpemiddel.

Det reises spørsmål om helsetjenesten i kommunene er tilstrekkelig dimensjonert for å møte endrede oppgaver. I takt med den demografiske utviklingen er behovet for heldøgns pleie- og omsorgstilbud økende. Våre saker viser at terskelen for å få langtids sykehjemsplass i mange kommuner er svært høy og at avlastnings- og rehabiliteringstilbud er lite tilgjengelig. Det kan synes som om pasienter som blir utskrevet fra sykehus blir prioritert fremfor hjemmeboende med behov for avlastning og rehabilitering. Videre viser saker som omhandler sykehjem at mange pårørende er misfornøyd med innholdet i den behandling, pleie og omsorg som gis. Tilsynssaker viser at bemanning, manglende rutiner og mange ufaglærte er en utfordring for kommunene.

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

Informerte pasienter gir effektive helsetjenester

God og effektiv helsehjelp forutsetter samhandling og kommunikasjon mellom pasienter og helsetjeneste.

Pasient- og brukerrettighetsloven slår fast at pasienten og brukeren skal ha den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen, samt informasjon om mulige risikoer og bivirkninger. Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasienten og brukeren, som skal kunne avgi samtykke og medvirke på bakgrunn av mottatt informasjon.

Mange av våre saker viser at pasienter og brukere ikke mottar tilstrekkelig informasjon, og at de derfor ikke får medvirke i tråd med loven. Mangel på informasjon fører til usikkerhet og engstelse og undergraver tilliten til behandlingsapparatet. Pasienter og brukere må få god nok informasjon slik at de bedre kan ivareta egen helse.

En pasient ble behandlet for en aggressiv kreftlidelse både ved lokalt sykehus og ved et universitetssykehus. Behandlingen så ut til å ha ønsket effekt. Etter 4 måneder fikk han nye symptomer, og det viste seg at kreften hadde spredd seg. Ved gjennomgang av journalen fant man et tre måneder gammelt notat som beskrev mulig spredning. Pasienten var ikke informert, og funnet ble ikke fulgt opp. Mange behandlere gjorde at pasienten selv måtte koordinere helsehjelpen og sørge for at behandlerne på de to sykehusene til enhver tid var oppdatert om hans helsetilstand. Pasienten savnet en pasientansvarlig lege/koordinator, og mente dette kunne ha sikret bedre informasjon og oppfølging.

Ombudene har i en årrekke foreslått at alle pasienter skal tilbys kopi av henvisning og epikrise. Vi ser at pasienter også med fordel bør tilbys kopi av prøvesvar. Dette er ikke gjennomført i helsetjenesten.

Dersom pasienter som ønsker det mottar slike kopier, mener vi en rekke uheldige hendelser kan forebygges. Det vil gi bedre informerte pasienter med større forutsetninger for å medvirke i gjennomføringen av helsehjelpen. Samtidig reduseres faren for svikt i oppfølgingen av pasienten.

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten gjennomførte i 2012 en nasjonal undersøkelse blant pasienter etter opphold i sykehus. Resultatene ble publisert i november 2013. [PasOpp rapport Nr 1–2013]. Pasientene fikk to spørsmål som omhandlet utskrivning fra sykehus. Over 50 % svarte at de ikke ble tilstrekkelig informert om hvilke plager de kunne regne med å få i tiden etter utskrivning, eller hva de kunne gjøre ved eventuelle tilbakefall. Dette er i samsvar med ombudenes erfaringer, og belyser et område hvor helsetjenesten har et stort forbedringspotensial.

Språkvansker

Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Bruk av kompetent tolk er svært viktig dersom pasienten eller brukeren har begrenset norskkunnskap, og tolk bør benyttes i langt større grad enn i dag.

Det er ikke tilstrekkelig at helsepersonellet gir informasjon. Mottakeren må forstå innholdet og betydningen av opplysningene, og det er helsepersonellet som må sikre at dette skjer i tilstrekkelig grad.

En pasient ble etter en kneoperasjon rutinemessig informert om nødvendig egentrening og rehabilitering. Pasienten behersket ikke norsk særlig godt, og oppfattet derfor ikke vesentlige deler av det han ble fortalt. Det ble ikke brukt tolk. Resultatet ble at han ikke trente som anbefalt og operasjonen var i realiteten bortkastet.

Pasienter og brukere forteller også om mange fremmedspråklige ansatte som snakker og skriver dårlig norsk. Dette gjelder både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgiver må ta et større ansvar for at ansatte i helse- og omsorgstjenesten har tilstrekkelig norskkunnskap.

Psykisk helsetjeneste

Samarbeid og samhandling mellom behandlingsnivåene går igjen i saker fra psykisk helsevern. Dette er bakgrunnen for at vi velger å omtale psykiatrisk spesialisthelsetjeneste og psykisk helsetjeneste i kommunene under ett.

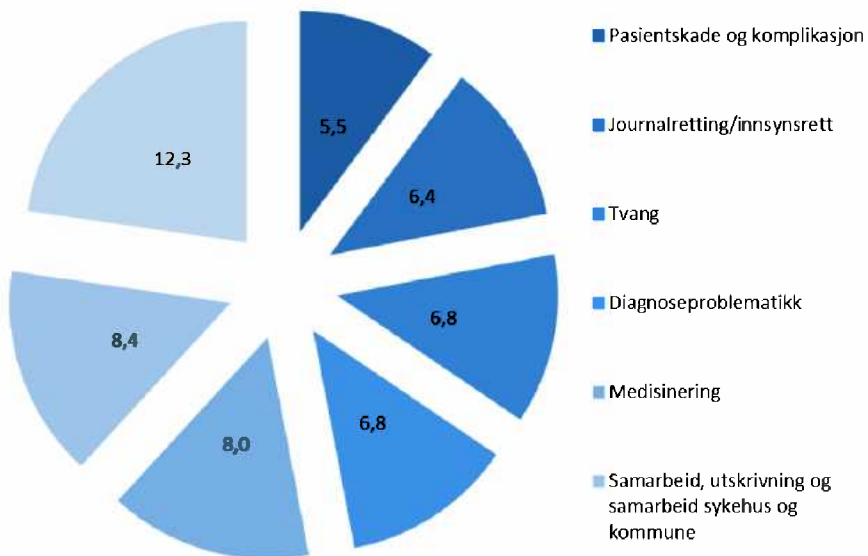
Tema som ofte tas opp av pasienter og pårørende er mangel på informasjon, medvirkning og samtykke, samt medisinerer. Andre viktige problemstillinger som tas opp er uenighet om diagnose, ulike problemstillinger ved tvangsbruk, pasientskader/komplikasjoner og spørsmål vedrørende journalinnsyn.

I samtaler med pasienter kommer det ofte frem at de verken har kjennskap til eller har fått tilbud om individuell plan. Vår erfaring er at en individuell plan som brukes etter intensjonen gir pasienten større mulighet til medvirkning, og kan bidra til at samarbeid mellom de som har ansvar for å følge opp pasienten styrkes og behandlingen bedres.

Vi har mange eksempler på mangler i samarbeidet mellom helseforetakene og psykisk helsetjeneste i kommunene. Pasienter uttrykker engstelse for overgang til kommunal oppfølging. Mange klager på at tilbudet i kommunene ikke dekker deres behov, og en rekke saker tyder på at tilbudet på kommunalt nivå ikke er tilstrekkelig dimensjonert. I større kommuner er det gjerne et tverrfaglig psykiatriteam, i små kommuner kan tjenesten bestå av en deltidsansatt i hjemmesykepleien.

En pasient med alvorlig psykisk lidelse mottok langvarig behandling i spesialisthelsetjenesten. Det ble søkt om oppfølging fra psykisk helseteam i kommunen. Det tok over to måneder før pasienten mottok vedtak fra kommunen, der han ble tilbudt samtale én time hver annen uke. Kommunen ble invitert til ansvarsgruppemøter, men stilte ikke. Tre måneder etter at pasienten fikk vedtaket hadde kommunen fortsatt ikke iverksatt sin oppfølging. Sykehuset fant derfor at utskrivning var uforsvarlig, samtidig som pasientens behandler uttrykte bekymring for at det nødvendigvis ikke oppholdet i spesialisthelsetjenesten var skadelig. Oppfølging i kommunen startet et halvt år etter at pasienten hadde søkt om hjelp, og først etter at Fylkesmannen var varslet om forholdet.

Problemstillinger – psykiske helsetjenester



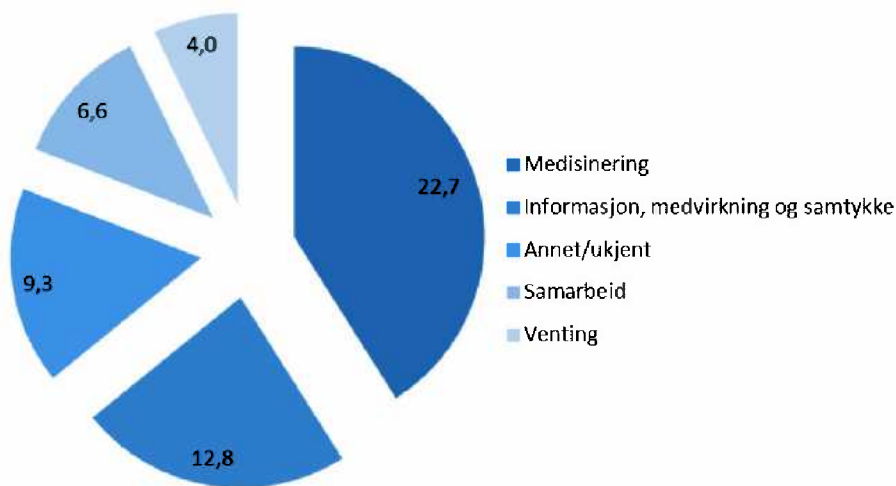
Problemstillinger – psykiske helsetjenester 2013.

Behandling av rusmiddelavhengige

Pasienter som lider av rusmiddelavhengighet synes å ha mange felles erfaringer med pasienter innen psykisk helsevern. Den vanligste årsaken til at pasienter med avhengighetsproblematikk tar kontakt er klager vedrørende medisiner, valg av medikament og utleveringsordninger. Informasjon, medvirkning og samtykke, avvisning av søknad, avslag på behandling og lang ventetid er andre hyppige problemstillinger.

Pasienter med rusmiddelavhengighet forteller om vansker etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Særlig ser vi at manglende bolig eller dårlige boforhold kan umuliggjøre en vellykket rehabilitering. Uten egnet bolig og tett oppfølging etter opphold i behandling sinstitusjon ser vi at effekten av behandlingen blir kortvarig, og risiko for overdose øker. Kontinuitet i behandlingen er avgjørende. Her synes behandlingsapparatet å ha et betydelig forbedringspotensial. Tilbud om individuell plan burde være en selvfølge for pasienter som får langvarig behandling mot rusavhengighet.

Problemstillinger – tjenester til rusavhengige



Hyppigst forekommende problemstillinger – tjenester til rusavhengige 2013.

Samtidig forekomst av psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet

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

Det er få behandlingssteder som er spesialisert på samtidig behandling av psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet. Behandlingstilbudet til disse pasientgruppene må styrkes.

Bolig til vanskeligstilte

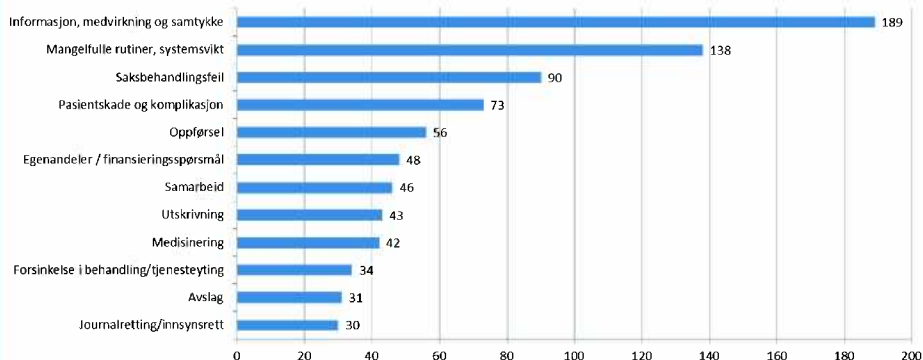
Rusavhengige og pasienter som mottar langvarig behandling i psykisk helsevern har ofte en sammensatt problematikk. Tett oppfølging og samarbeid mellom ulike instanser er avgjørende. Ikke minst er et godt og individuelt tilpasset bobilbud viktig. Vi mottar klager på at psykisk syke og rusavhengige tilbys et uverdilig botilbud, og i mange tilfeller uten tilstrekkelig oppfølging fra helsepersonell og tjenesteytere. Dette kan vanskeliggjøre en vellykket behandling.

Sykehjem – bekymring for kapasitet og kvalitet

Eldre er ikke en ensartet gruppe, heller ikke når det gjelder behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er et lovbestemt mål at den som ønsker og har evne til det, skal kunne bo og leve selvstendig i eget hjem. Men samtidig er det mange eldre som på grunn av sykdom og ulike aldringstilstander trenger sykehjem eller bolig med døgnkontinuerlig pleie og omsorg.

Pasient- og brukerombudene har hatt en økning i antall henvendelser som gjelder sykehjem fra 2012 til 2013. Økningen er fra 714 til 893 henvendelser.

Problemstillinger – sykehjem



Problemstillinger vedrørende sykehjem i kommunene 2013 (≥ 30).

Tema som oftest tas opp omhandler alvorlige forhold; mangel på sykehjems-plasser, kvaliteten på helsehjelpen, lite omsorgsfulle eller uverdige tjenester og dårlig forvaltnings-skikk. Pasienter og deres pårørende må innrette seg i forhold til tjenesten, og ikke omvendt. Lav bemanning og mangel på fagfolk fører til tidspress, rutinesvikt og dårlig helsehjelp. Viktige tiltak som individuell tilrettelegging av tjenestene og rehabilitering blir ikke gjennomført. Fallskader og feilmedisinering er ikke uvanlig ved sykehjem, og et kjennetegn ved flere av sakene vi mottar er at det kan gå lang tid før brudd og andre skader etter fall blir oppdaget og behandlet. Mangelfull helsehjelp på sykehjem fører til unødvendige innleggelser og reinnleggelser på sykehus.

Følgende uttalelse ble gitt av en sykehjemslege i en tilsynsak:

«...som det fremgår er beboer dement og svært lite mobil, er lite flink til å spise selv og pasientens ektefelle har selv uttrykt at det kan ta inntil 40 minutter med et måltid. Det i seg selv kan by på store problemer og det virker nokså innlysende at det er vanskelig å etterkomme en slik matsituasjon på en hektisk avdeling med mange dårlige beboere og kun 2 på vakt. Hvordan det skulle vært håndtert overlater jeg til fagpersonene å finne ut av.»

Fylkesmannen konkluderte med at sykehjemmet ikke hadde fulgt opp pasientens ernæringstilstand på en forsvarlig måte og fremholdt at rutinene måtte forbedres.

Fastlege – bindeledd og bremsekloss

Feil og forsinket diagnostisering og diagnoseproblematikk er fremtredende årsaker til at pasienter kontakter oss i saker som gjelder fastleger. Fastlegen kan drøye for lenge med henvisning til spesialisthelsetjenesten, med forsinket diagnostisering eller behandling som resultat. Dette gjelder både akuttssituasjoner og for pasienter med varige tilstander. En annen grunn til at det oppstår forsinkelser i behandlingsforløpet er mangelfulle rutiner og systemsvikt.



Problemstillinger – fastlege 2013 (≥ 50).

Det forekommer også ansvarsglipper mellom fastlege og spesialist i forbindelse med henvisninger og fastlegens oppfølging av pasienten etter undersøkelse eller behandling i spesialisthelsetjenesten. Viktig informasjon blir ikke formidlet eller fanget opp i samhandlingen mellom nivåene. Dette gjelder blant annet manglende oppdatering av medisinlister og svikt i forbindelse med epikriser etter innleggelse i sykehus.

Den vanligste årsaken til at pasienter kontakter oss når det gjelder fastleger er pasientskader og komplikasjoner. Dette har etter vår oppfatning sammenheng med problemstillingene som er omtalt over. Forsinkelsene og ansvarsglippene som pasienter opplever kan føre til at alvorlig sykdom får utvikle seg eller at pasienten får feil behandling.

*En pasient ble innlagt ved sykehus med plager i nyrene. Han ble utskrevet fra sykehuset og spesialisten skrev en utførlig epikrise, der han ga fastlegen klare og retningsgivende anbefalinger for den videre oppfølgingen av pasienten. Epikrisen ble imidlertid ikke lest før etter et halvt år, da en vikarlege tok imot pasienten. Pasienten var da blitt svært dårlig og ble innlagt på sykehus. Det ble konstatert nyresvikt. Begge nyrene var tapt og han trengte transplan-
tasjon.*

Epikrisen ble ikke lest fordi legekantoret hadde mangelfulle rutiner for behandling av epikriser. En alvorlig følge av at fastlegen ikke kjente til spesialistens anbefalinger var at pasienten ble satt på medisiner med bivirkninger som kunne skade nyrene.

Pasienter bør rutinemessig tilbys kopi av henvisning, epikrise og prøvesvar.

Brukerstyrt personlig assistanse

Kommunene skal ha et tilbud om brukerstyrt personlig assistanse (BPA), som er en ordning som skal styrke funksjonshemmede muligheter til deltakelse i samfunnet, basert på den enkeltes forutsetninger, jf. Ot.prp nr 8 (1999-2000).

Mange kommuner er kommet langt i dette arbeidet, men forskjellene er store. Brukere opplever at det ikke tas tilstrekkelig hensyn til individuelle behov og at kommunenes økonomi blir avgjørende for deres mulighet til en aktiv og selvstendig tilværelse. Dette til tross for at Norge gjennom ratifisering av FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne har forpliktet seg til at funksjonshemmede skal gis mulighet til å delta på lik linje med andre. Å rettighetsfeste ordningen med BPA vil kunne redusere ulikhetene.

Forslag om å rettighetsfeste ordningen var på høring i 2013. I forslaget stilles det strenge vilkår for å få rett til BPA. Disse vil etter brukerorganisasjonenes beregninger føre til at 2/3 av målgruppen ikke vil være omfattet av den foreslåtte ordningen. Kravene til omfang, alder, vedtaksperiode, og at andre tjenester som støttekontakt, avlastning og helsetjenester skal holdes utenfor BPA-ordningen, bør vurderes på nytt.

Manglende koordinering

I henvendelser om spesialisthelsetjenesten er rettighetsbrudd og manglende kontinuitet i behandlingen et gjennomgående tema. Pasienter og deres pårørende forteller at tjenestene er preget av at de må forholde seg til behandlere som ikke snakker sammen. Dette er særlig risikofylt når pasienten må forholde seg til flere avdelinger eller sykehus. Behandlingen har et fragmentarisk preg og kan av den grunn ta unødvendig lang tid. Pasienter får også motstridende opplysninger om sin helsetilstand og behandlingsforløpet. Resultatet kan bli forsinket diagnose og behandling og en forverring av pasientens helsetilstand.

Etter vår oppfatning svikter koordineringen av tjenestene, kommunikasjonen mellom behandlere og dokumentasjonen av beslutninger og behandlingstiltak. Dette må fungere dersom man skal sikre trygge og kvalitativt gode behandlingsforløp.

Pasienter som trenger komplekse eller langvarige og koordinerte helsetjenester har krav på en koordinator. Koordinator har ansvar for å sikre samordning, helhet, plan og kontinuitet i tjenestene. Koordinatorfunksjonen erstattet den tidligere ordningen med pasientansvarlige lege. Vi har erfart at helseforetakene ikke har lagt særlig vekt på å benytte ordningene.

Ordningen med koordinator har vært på høring i 2013. Ombudene mener at helseforetakenes plikt til å koordinere behandlingsforløp må innskjerpes og tydeliggjøres.

Individuell behandlingsfrist

En sentral problemstilling om individuell behandlingsfrist er at helseforetakene har ulike oppfatninger og ulik praksis når det gjelder å fastslå hva som skal til av behandlingstiltak for at fristen skal anses overholdt. Det har vist seg at en del sykehus registrerer ventetid slutt før behandlingsforløpet faktisk starter. I forbindelse med tilsyn og lignende oppfølging av helseforetakene har helsepersonell fremholdt at det er vanskelig å få etablert en konsekvent praktisering av ordningen.

Det er behov for klarere retningslinjer på dette området for å gjøre helseforetakene i stand til å oppfylle lovens krav. Praktiseringen av dagens ordning kan medføre at mangler i helsetjenesten blir tilslørt.

Venting, utsettelse og pasienter som faller ut av systemet

Pasienter som ikke er blant de prioriterte kan vente i lang tid før de får tilbud om undersøkelse eller behandling. Sykehusene oppgir en omtrentlig ventetid overfor denne pasientgruppa. Pasientene opplever at de enten ikke får nærmere informasjon om tidspunkt for undersøkelse eller behandling, eller at tidspunktet blir skjøvet frem i tid uten nærmere begrunnelse. Utsettelse i behandlingen kan skje uten at det er gjort en medisinsk forsvarlighetsvurdering. Pasienter opplever at de faller ut av systemet.

Dette er systemfeil som kan skyldes mangelfulle rutiner for oppfølging av pasienter. Det er også en kjensgjerning at helseforetakenes IKT-systemer er for dårlige.

Pasienter som opplever utsettelse eller som faller ut av systemet er særlig sårbare dersom informasjonen i tillegg er mangelfull. De står i fare for at de ikke blir i stand til å ivareta egen helse og interesser gjennom å gjøre gjeldende rettigheter, som retten til fornyet vurdering, fritt behandlingsvalg og klage.

Et tillitsskapende tilsyn?

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

Avgjørende for befolkningens og helsepersonells tillit til tilsynsmyndighetens arbeid er at dette kjennetegnes ved faglig kompetanse, rask og tillitvekkende saksbehandling og uavhengighet i avgjørelsene.

Pasient- og brukerombudenes erfaring er at denne tilliten utfordres.

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

Rask saksbehandling er viktig for pasientenes tillit til tilsynet, og av avgjørende betydning dersom avgjørelsene skal bidra til læring i helsetjenesten og bedre pasientsikkerhet.

Pasienter og pårørende gis ulik mulighet til å opplyse hendelsesforløp og innsynsrett gis i varierende grad.

Virksomheter som omfattes av lov om spesialisthelsetjenesten m.m. har plikt til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser som skjer i spesialisthelsetjenesten. Med alvorlig hendelse menes dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Hendelsene skal meldes til en undersøkelsesenhet som ble etablert som en prøveordning på to år fra 1. juni 2010. Denne ordningen ble lovfestet fra 1. januar 2012. Bakgrunnen for etableringen var blant annet mangelfull tillit til oppfølgingen av alvorlige uønskede hendelser i helsetjenesten. En forutsetning for at ordningen skal bidra til økt tillit, er at sakene som meldes gis nødvendig oppfølging. I 2013 ble 399 saker meldt. 13 saker ble fulgt opp med stedlig tilsyn. Ombudene har vært en annen. Det er bekymringsfullt, og er viktig informasjon til myndighetene.

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



www.pasientogbrukerombudet.no