



2021

# Årsmelding for Møre og Romsdal

Alle kan kontakte Pasient- og brukerombudet for å fortelle sin historie.

Hjelpen fra oss er gratis og du trenger ikke henvisning for å ta kontakt. Vi har taushetsplikt og du kan være anonym om du ønsker det.

## Innledning

Vi har igjen lagt et år med pandemi bak oss, noe som har utfordret oss alle på ulike måter. Mange har kjent på konsekvenser av restriksjoner, endringer og tilpasninger i helse- og omsorgstjenestene. Samtidig erfarer vi at vi stort sett har et velfungerende helsevesen med faglig dyktige og omsorgsfulle ansatte som hver dag gjør sitt aller beste.

Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal mottok 621 nye henvendelser i 2021. Vi ble som regel kontaktet på grunn av negative erfaringer, skader/komplikasjoner og uheldige hendelser, samt at vi fikk spørsmål om rettigheter. I tillegg jobbet vi med saker på systemnivå, svarte ut henvendelser fra media, hadde møter med tjenestene og deltok i råd/utvalg som jobber for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Vi hadde også flere foredrag, både om Pasient- og brukerombudsordningen, våre erfaringer og om ulike pasientrettigheter.

Vi mottok få henvendelser knyttet direkte til pandemien. Dette bekymrer oss, når vi vet at mange har fått utsatt sin behandling, fått endringer i sitt tilbud og har opplevd at tjenestene var mindre tilgjengelige. I noen av sakene ser vi at pandemien indirekte kan være en del av problemet.

Som ombud er jeg særlig bekymret for de som i liten grad taler sin egen sak. Enten det dreier seg om barn og unge, mennesker med psykiske lidelser, rusavhengige, skrøpelige eldre, andre med store og sammensatte hjelpebehov eller for pårørende som har store omsorgsoppgaver. Vi håper at vi gjennom vårt arbeid og deling av erfaringer, kan hjelpe flere som har lignende utfordringer. Dette skjer kun ved at tjenestene ser verdien av erfaringer, klager og tilbakemeldinger, har evne til kritisk refleksjon og viser vilje til å lære og forbedre seg.

Jeg håper at årsmeldingen kan inspirere fagfolk, ledere og politikere til å jobbe for at tjenestene skal bli enda litt bedre, og til å ta tak i de områdene der man kjenner seg igjen og vet man har en jobb å gjøre.

Den lokale årsmeldingen bør leses sammen med den nasjonale årsmeldingen, for å få et mer helhetlig bilde av utfordringene vi ser i hele landet.

God lesing!



Hanne Haavde Stenseth  
Pasient- og brukerombud i Møre og Romsdal

## Innhold

Innledning.....	2
Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal .....	4
Nye henvendelser og problemstillinger i 2021.....	4
Kommunale helse- og omsorgstjenester.....	6
Fastlegetilbudet.....	6
Legevakt.....	7
Retten til en verdig og trygg eldreomsorg.....	8
Retten til sykehjemsplass .....	9
Omgjøring fra sykehjem til omsorgsbolig.....	9
Tomme vedtak .....	10
Koordinator og individuell plan.....	10
Palliativ plan.....	11
Brukerstyrt personlig assistanse (BPA).....	11
Saksbehandling.....	11
Spesialisthelsetjenesten.....	12
Rus og Psykiatri .....	13
Kirurgi .....	14
Indremedisin.....	14
Nevrologi.....	14
Fødselsomsorg.....	14
Vurdering av henvisninger og utsettelse av time/behandling .....	14
Kontaktlege.....	15
Fritt behandlingsvalg og likeverdige tjenester .....	15
Varslingsplikt ved alvorlige hendelser .....	16
Helsetjenester til Barn, ungdom og unge voksne.....	17
Oppfølging og behandling av sårbare barn og unge.....	17
Tilbud om Psykiske helsetjenester til barn og unge.....	17
Felles fokusområde Barn og unge .....	19
Informasjon og medvirkning.....	19
Pårørende .....	20
Verges rolle versus nærmeste pårørende i helsespørsmål.....	21

## Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal

Ved kontoret i Møre og Romsdal er vi 4 ansatte, med kompetanse og bakgrunn fra både helsevesenet, juss og forvaltning. Vi som jobber her er pasient- og brukerombud Hanne Haavde Stenseth, seniorrådgiver Reidun E. Helgheim Swan, seniorrådgiver Øystein Svendsen og rådgiver Torill Avnsnes Aspholm.

"Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten, den fylkeskommunale tannhelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene."

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i lov om Pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999, kapittel 8.

Vi arbeider tett på pasienter/brukere, pårørende og helsetjenestene, og jobber for å løse saker på lavest mulig nivå. Vi har fokus på dialog og gjenopprettelse av tillit, og at den enkelte skal få ivaretatt sine rettigheter. Vi har taushetsplikt og våre tjenester er gratis. De som henvender seg til ombudet har også rett til å være anonyme, dersom man ønsker det.

Pasient- og brukerombudet sin involvering har bidratt til at man kommer fram til gode løsninger i flere saker. Vi ser at det å samle de involverte for å diskutere en sak bidrar både til større forståelse og kunnskapsgrunnlag, og gir et bedre utgangspunkt for at saken løser seg. Enten det dreier seg om kvalitetsklager eller spørsmål om rettigheter, så bidrar vi til at pasienter og brukere får formidlet sine erfaringer og syn på saken. I møter må vi av og til minne tjenestene på hva som er deres ansvar, samt hvilke rettigheter pasienter, brukere og pårørende har. I tillegg er det et mål at tjenestene skal lære av erfaringer og tilbakemeldinger, slik at de kan forbedre seg.

Pasient- og brukerombudsordningen har fått en stadig mer krevende budsjettsituasjon. Dersom dette ikke endrer seg, vil vi tvinges til å yte mer av vår bistand og veiledning pr. brev, telefon eller videomøter. Det er ikke en ønsket utvikling, og vi er redd for at dette vil redusere våre muligheter til å bidra både i kvalitetsarbeid og dialogmøter.

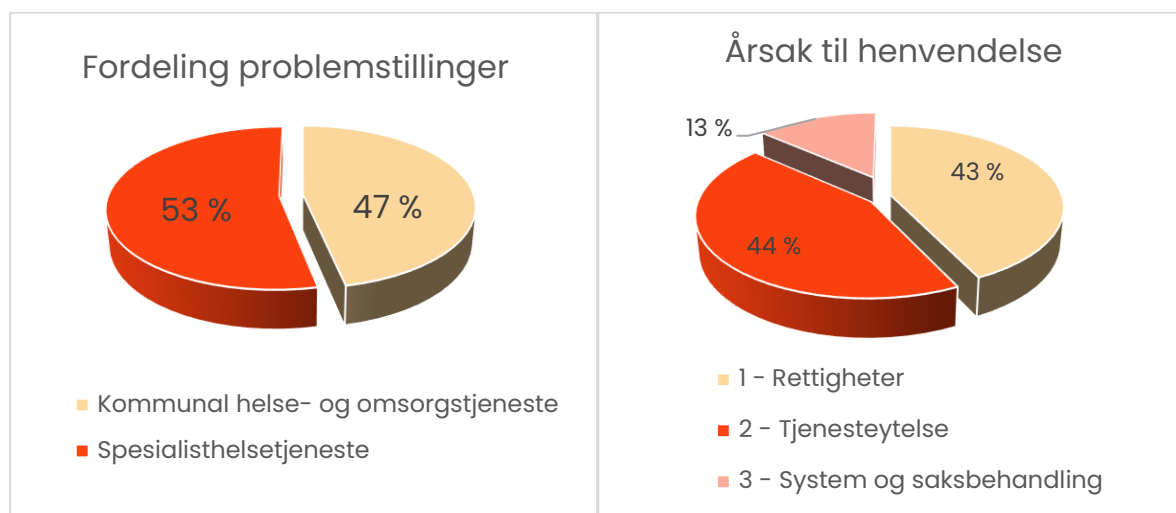
## Nye henvendelser og problemstillinger i 2021

Alle henvendelser til pasient- og brukerombudene registreres og kodes. Flere av sakene omhandler mer enn ett tjenestested og de kan inneholde flere problemstillinger og årsaker til kontakt. Enkelte saker jobber vi med over flere år, slik at det totale antallet saker vi jobbet med i løpet av 2021 er høyere enn det som framkommer i tabellen.

Vi mottok få henvendelser knyttet til den offentlige tannhelsetjenesten, og antar at dette skyldes at det ikke er tilstrekkelig kjent at dette er lagt inn under vårt mandat.

	2019	2020	2021
<b>Nye henvendelser</b>	625	544	621
<b>Problemstillinger</b>	963	793	864

### Hvilke tjenester gjelder problemstillingene og årsaken til henvendelser:

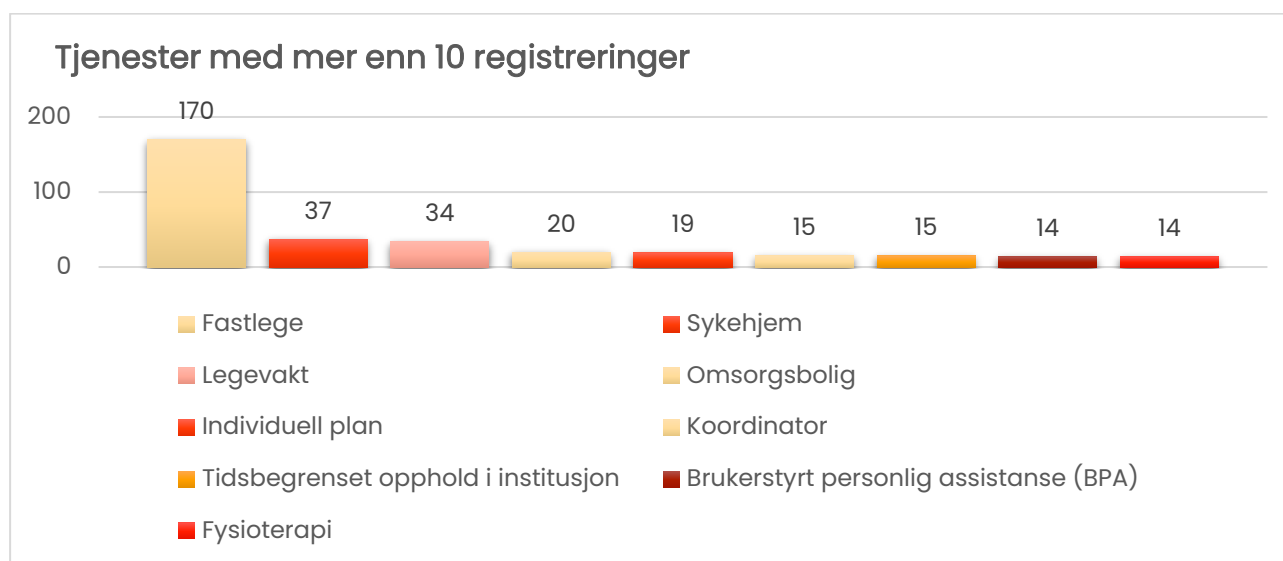
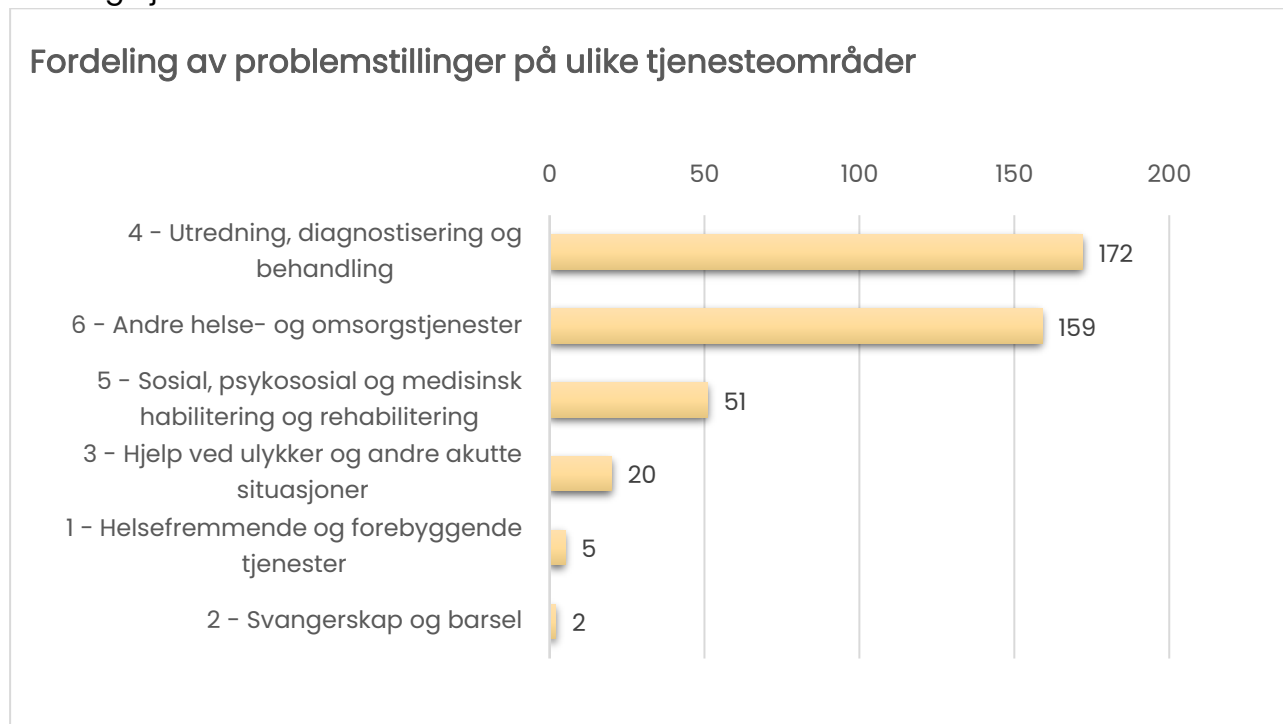


#### Årsak til henvendelse

Behandlingstiltak/type tjeneste/omfang av tjenester	173
Informasjon og medvirkning	144
Diagnostisering, vurdering og medisinerings	94
Oppfølging/samarbeid interne/eksterne/henvisning/utskrivning	94
Valg av behandlingssted/ventetid/behandling innen frist/avvisning	68
Manglende tildeling/bortfall/reduksjon/iverksetting av tjenester/vedtak	52
Omsorgsfull hjelp/Verdighet i tjenestetilbudet	38
Oppfølging/kommunikasjon/språk/personvern	37
Saksbehandling-/tid/manglende vedtak/tilgjengelighet	25
Egenandeler/finansieringsspørsmål/vilkår	22
Dokumentbehandling/journalføring/Dokumentasjonskrav	10
Oppholdskommunens ansvar	6
Samtykke	5
Barns særlige rettigheter	4

## Kommunale helse- og omsorgstjenester

I 2021 registrerte vi 409 nye problemstillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.



### Fastlegetilbudet

Hvert år har vi alltid flest henvendelser knyttet til fastlege, noe som ikke er rart ut fra det volum av pasientbehandling de har. Problemstillingene dreide seg både om behandlingstiltak/oppfølging, kommunikasjon, journalføring, tilgjengelighet, betaling, oppførsel og rettigheter.

### Fastlegekrisen

Fastlegemangelen merkes også i Møre og Romsdal, og flere tok kontakt med

ombudet og fortalte at de ikke lenger hadde en fast lege å forholde seg til. Noen fortalte at de var innom flere vikarleger i løpet av ett år, og at dette ikke ga den oppfølgingen og tryggheten de trengte. De fortalte om lang ventetid hos legen og at det var vanskelig å få fastlegen med på ulike samhandlingsmøter med andre tjenester. Det er også en rett å kunne bytte fastlege to ganger i året, men denne retten blir ofte tilsidesatt slik fastlegesituasjonen er nå. Noen klaget også på at de ble flyttet fra en fastlegeliste til en annen, fordi legen måtte redusere sin liste.

Flere kommuner sliter med å få erstattet leger som slutter, og ofte ser vi da at en fastlegeliste ivaretas av vikarer som bare er der kort tid av gangen. Noen steder står også lister uten vikar. I slike tilfeller plikter kommunen å sørge for at pasientene får et tilbud, noe som av og til betyr at de henvises til legevakt. Legevakt er ment til å ivareta mer akutte problem og tilstander, og er ikke tenkt til å skulle ivareta oppfølging og utredning over tid.

Ombudet har i intervju i media om fastlegekrisen, uttrykt bekymring for flere pasientgrupper. Særlig for sårbare grupper som har behov for kontinuitet og en lege som kjenner dem godt. Når kontinuiteten faller bort, oppstår en risiko for at sykdommer kan utvikle seg uten at det oppdages eller at det oppdages for sent. For mange kan terskelen for å søke hjelp bli for stor og det kan få alvorlige konsekvenser.

Problemstillingen er nasjonal, og er også omtalt i felles årsmelding. Det haster å komme med tiltak som gjør det mer attraktivt å jobbe som fastlege, samt andre tiltak som kan bidra til en god organisering og ivaretagelse av fastlegeoppgaver.

### **Digitalisering og betaling**

Vi mottok flere henvendelser som gjaldt *betalingsfrist og gebyrbruk* etter telefonkonsultasjon eller digital konsultasjon med fastlegen. Pasientene fikk i etterkant tilsendt en lenke på SMS, som de innen 24 timer skulle benytte for å betale for konsultasjonen. Ordningen er slik at dersom pasienten ikke betaler innen fristen, blir det utstedt en faktura med fakturagebyr. Mange pasienter kan ikke benytte digitale løsninger, og synes at ordningen er urimelig.

Ombudet har undersøkt lovligheten av digital betalingsordning. Konklusjonen er at digital betalingsløsning med frist på 24 timer er lovlig. Det samme gjelder spørsmålet om det er lovlig av fastlegen å ilegge et fakturagebyr dersom pasienten ikke betaler innen fristen. Vi har forståelse for at betaling via SMS og digitale løsninger er utfordrende for enkelte, og at fristen på 24 timer er kort. Dersom dagens praksis skal endres, krever det trolig en endring av lov eller forskrift.

### **Legevakt**

Ombudet fikk i 2021 flere henvendelser om pasienters erfaringer med legevaktssentral/legevakt. En del av disse beskrev gjentatt kontakt, uten at de

opplevde å få den hjelpen de trengte. Flere klaget også på dårlig oppførsel fra helsepersonellet og at de ikke opplevde seg tatt på alvor. Noen av disse sakene var alvorlig hendelser som fikk store følger for pasienten.

Fra Statsforvalterens tilsyn i en av sakene der vi bisto:

"Legevaktsoperatøren som tok imot henvendelsen om pasientens sykdom, forsto ikke alvoret i situasjonen..."

"Dette førte til mange timers forsinkelse i behandlingen, noe som fikk alvorlige konsekvenser for pasientens helse."

Møter mellom pasient og helsetjenesten i en akutt situasjon, der helsepersonell skal gjøre en umiddelbar vurdering av en pasient de ikke kjenner, stiller store krav til både system og fagkompetanse. Vi erfarer at det av og til svikter i kommunikasjonen mellom legevaktssentral og legevakt, slik at det tar for lang tid før pasienten får hjelp. Noen får ikke nødvendig oppfølging, til tross for gjentatte henvendelser til legevakt. Dette har ført til forsinkelser i både utredning og behandling.

Andre ganger ser vi at det er for dårlig kommunikasjonen mellom lege og pasient, både i forbindelse med undersøkelser og informasjon om hvordan pasienten skal forholde seg i etterkant.

Legevaktstjenesten har et stort ansvar for å samhandle både med fastlege og spesialisthelsetjenesten slik at pasientene blir fulgt opp videre etter at de har vært hos legevakten. De må sørge for å kommunisere forståelig og gi tydelig informasjon til pasienten slik at de blir trygge på at de er ivaretatt og vet hvordan de skal forholde seg videre.

## **Retten til en verdig og trygg eldreomsorg**

Vi er jevnlig i kontakt med pasienter, brukere og pårørende som opplever at tjenestene ikke er forsvarlige eller verdige. Flere opplevde også i 2021 mangel på informasjon og mulighet til medvirkning, noe som var ekstra krevende i forbindelse med pandemien og begrensninger i muligheten til å besøke sine. De oppga bekymringer knyttet til travle ansatte som ikke hadde tid til å gi nødvendig omsorg/helsehjelp, lav bemanning på jobb, mangel på fagkompetanse og bruk av ufaglærte uten tilstrekkelig opplæring. De opplevde at beboere ikke ble behandlet med respekt og verdighet, og at det ble stilt krav til pårørende om å påta seg oppgaver de ikke kan pålegges uten at de selv har samtykket til det. Dialogen var i mange tilfeller ikke preget av gjensidig respekt, men opplevdes av pårørende som krevende og at de ble sett på som vanskelige og kravstore.

Erfaringene skyldes nok flere forhold. Vi stiller i noen tilfeller spørsmål om mangel på ledelse er årsak til at noen av problemene ikke løser seg eller blir tatt tilstrekkelig tak i. Man kan ikke kreve at de ansatte skal løpe fortere og fortere, og samtidig forvente mer og bedre kvalitet på tjenestene. Det må være tid til erfaringsdeling, refleksjon og



læring. Vi opplevde også at helsepersonell tok kontakt med oss i sin fortvilelse over å ikke bli hørt av sine ledere eller i redsel for represalier dersom de sa ifra. Flere valgte å være anonyme.

Vi minner om at helsepersonell plikter å si ifra dersom de ikke kan utføre sitt arbeid på en trygg og forsvarlig måte, og ledelsen plikter å følge opp avvik for å sikre at tjenestene organiseres på en slik måte at tilbudet blir forsvarlig. Det er viktig at tjenesten hele tiden jobber for å lære av tilbakemeldinger og feil, og at man har en organisering og bemanning som sikrer at de ansatte kan utføre jobben sin i henhold til både lovverk og faglige anbefalinger.

### **Retten til sykehjemsplass**

Vi har også i 2021 fått henvendelser knyttet til nedleggelse av sykehjemsplasser, mangel på plasser, at pasienter blir tilbudt plass i andre kommuner. Noen pasienter ble liggende lenge på korttidsplasser, utskrivningsklare på sykehus eller fikk et mangelfullt og i verste fall et uforsvarlig tilbud i hjemmet.

Ombudet er bekymret for reduksjon i antall sykehjemsplasser der dette ikke er basert på befolkningens reelle behov, men kommunens økonomi. Kommunen skal sørge for et tilstrekkelig antall sykehjemsplasser for å sikre at innbyggerne får nødvendige og forsvarlige tjenester.

### **Omgjøring fra sykehjem til omsorgsbolig**

I 2021 fikk vi flere henvendelser fra pårørende der reduksjon i antall sykehjemsplasser førte til at sykehjemsbeboere fikk endret sitt tilbud til tjenester gitt i omsorgsbolig. I flere saker etterlyste de riktig og tilstrekkelig informasjon, og klaget på mangel på mulighet til medvirkning i prosessen og kartlegging av brukerens behov. Vi har i disse sakene bistått med råd og veiledning, vært i dialog med kommunene og bistått med klager.

Når en pasient skrives ut fra sykehjemsplass skal kommunen følge reglene i forvaltningsloven. Det betyr at kommunen skal fatte vedtak om utskrivning, og vedtaket kan påklages av bruker og/eller pårørende. Kommunen skal påse at en sak er forsvarlig opplyst før vedtak treffes.

Flere oppga at de hadde blitt forklart at nytt tilbud i omsorgsbolig vil være like bra som tjenester til beboere på sykehjemmet. En omsorgsbolig er et ordinært leieforhold der alle tjenester må søkes om og tildeles gjennom et vedtak og legetjenester må rekvireres ved behov. Dette er ikke det samme som opphold på sykehjem, som inkluderer nødvendige tjenester som bl.a. tilsynslege, sykepleier og andre heldøgns tjenester som imøtekommer beboernes behov og sikrer et forsvarlig tjenestetilbud hele døgnet. Når tjenestetilbudet overføres til tjenester i hjemmet

(omsorgsbolig), fører det ofte til ekstra omsorgsoppgaver og behov for oppfølging fra pårørende.

Ombudet vil minne om at kommunen har ansvar for å sikre sine innbyggere et tilbud som imøtekommer den enkeltes behov, og at pårørende ikke har omsorgsansvar for sine kjære ut over det de selv ønsker å bidra med. En overføring fra sykehjem til omsorgsbolig må derfor ikke føre til at beboerens tilbud reduseres på en slik måte at de blir avhengig av at pårørende må stille opp. Tjenestetilbudet skal være forsvarlig, og vi erfarer at kommunene ikke nødvendigvis har økt bemanningen og styrket tilbudet innen hjemmetjenesten tilstrekkelig, før de gjør slike endringer.

### **Tomme vedtak**

Pasient- og brukerombudet har mottatt saker der pasient/bruker hadde fått vedtak om en tjeneste uten at tilbudet hadde tredd i kraft. Vi har sett dette oftest i tilknytning til vedtak om støttekontakt. Kommunen hadde argumentert med at de mangler tilgang på helsepersonell eller assistenter.

Ombudet vil påpeke at kommunen skal sikre at tjenestene skal iverksettes fra det tidspunktet brukerens behov tilsier det, altså innen forsvarlig tid. Hva som er forsvarlig, vil bero på et helse- og sosialfaglig skjønn, og skal komme frem av vedtaket. Dersom de for eksempel mangler en støttekontakt må kommunen vurdere om de kan dekke pasientens behov med andre tiltak.

### **Koordinator og individuell plan**

Ombudet erfarer at retten til individuell plan og plikten til å tilby koordinator ikke fungerer etter intensjonen i mange av sakene vi er involvert i. Manglende koordinering fører til mye belastning på pårørende/pasientene/brukerne, noe som fører til mye plunder og heft og i noen saker til at tjenestene ikke blir forsvarlige. Det blir ofte mye mas på tjenestene og pasient/pårørende har inntrykk av at de blir ansett som "krevende".

For at helsetilbudet skal være forsvarlig, må aktørene i helse- og omsorgstjenestene samhandle seg imellom. Det er avgjørende at tjenestetilbudet er tilstrekkelig koordinert for at det kan defineres som forsvarlig. Pasienter/brukere med behov for langvarige og sammensatte tjenester skal tilbys en koordinator og utarbeidelse av individuell plan (IP). Kommunen har ansvar for å informere om dette og for tildeling av koordinator. Vi vil minne om at helseforetaket har varslingsplikt til kommunen dersom det ser at det er behov for koordinator og individuell plan. Foretakene har også *plikt* til å medvirke i arbeidet med planen.

Ombudet har i flere saker bidratt i dialog med kommunene, og vist til deres ansvar og plikter. Vi erfarer at når de får på plass kompetente koordinatorene og det utarbeides en plan som følges og evalueres, så er det av stor verdi for både

tjenestene og pasient/pårørende/bruker. Vi ser også det fører til mindre "mas" og misforståelser. Det er viktig at de som får rollen som koordinator, også får opplæring i hva som forventes og at koordinatoren får satt av nødvendig tid til å ivareta oppgaven.

### **Palliativ plan**

Kommunene i Møre og Romsdal og Helseforetaket har de siste årene utviklet en felles palliativ plan som skal bidra til å kvalitetssikre samhandlingen og oppfølgingen av pasienter med uhelbredelig sykdom.

Ombudet erfarte i 2021 at det i enkelte saker ikke var sikret tilstrekkelig medvirkning i planarbeidet. Vi så også at planene kunne mangle tilstrekkelig med mål og tiltak for å sikre et godt og forsvarlig forløp. Mangelfulle planer kan bidra til at det oppstår svært krevende situasjoner både for pasient, pårørende og helsepersonell.

### **Brukerstyrt personlig assistanse (BPA)**

Hvert år mottar ombudet henvendelser om BPA, og i 2021 så vi en økning i antall henvendelser. Vi fikk blant annet tilbakemeldinger fra brukere og pårørende om manglende oppfyllelse av rett til medvirkning, at de fikk avslag når de søkte om BPA eller at de av ulike årsaker mister sitt tilbud om BPA.

Enkelte brukere opplevde at ansatte i kommunen ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om regelverket knyttet til BPA, og flere mente å ha fått avslag eller endring i vedtak på feil grunnlag. Pasienter har fortalt at de opplevde seg presset til å søke om sykehjemsplass eller bemannet omsorgsbolig, og at de med det ville miste muligheten til å bo hjemme med bistand.

Det er ulike vilkår som må oppfylles for å kunne ha rett til BPA, men man kan og få innvilget BPA selv om ikke alle vilkårene er til stede. Kommunen skal alltid gjøre en individuell vurdering på hva som vil være det beste tilbudet for den enkelte, og det skal legges stor vekt på hva pasient eller bruker selv mener. Når brukeren har et ønske om å bo og klare seg i egen bolig, så skal dette vektlegges høyt. Det kan dessverre virke som det er alt for store ulikheter i kommunenes vurderinger knyttet til vedtak om BPA, noe som ikke gir like muligheter for alle.

### **Saksbehandling**

Pasient- og brukerombudet har i flere saker bistått med råd og veiledning og hvordan man skal gå frem for å få en korrekt saksbehandling av sin sak. Vi erfarte dessverre i noen saker at det var manglende kunnskap og/eller etterlevelse av forvaltningsloven.

"Du kan ikke forvente å få flere tjenester i hjemmet ditt, da det vil bety at naboen din vil få mindre..."

I tillegg så vi at det er mangel på kompetanse på pasient- og brukerrettigheter og ivaretagelsen av disse. Spesielt gjelder dette rett til informasjon og medvirkning, noe som er spesielt viktig i forbindelse med behandling av søknader om helse- og omsorgstjenester.

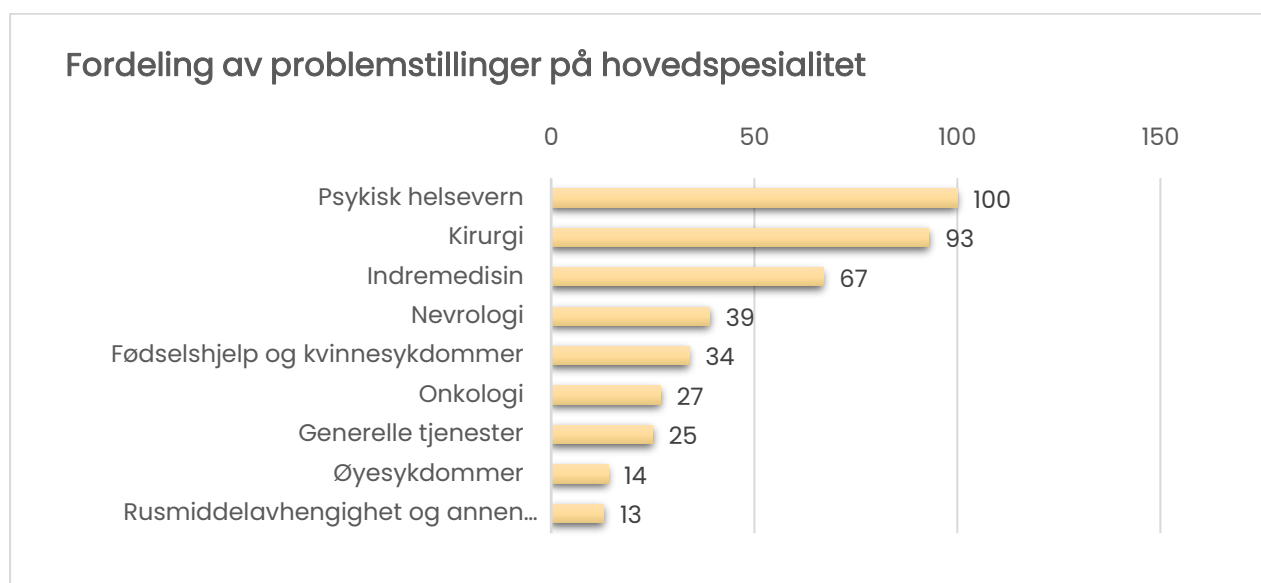
I noen saker startet vi med å etterlyse skriftlig saksbehandling fra kommunene. Vi erfarte at flere som tok kontakt med kommunen, enten det var skriftlig eller muntlig, fikk en muntlig tilbakemelding om at kommunen ikke hadde et egnet tilbud eller at en søknad om tjenester kom til å ende ut med avslag.

Ombudet har i tillegg merket seg at enkelte kommuner brukte lang tid på å behandle en søknad om helse- og omsorgstjenester, også i saker der bruker hadde et raskt hjelpebehov. Dette skapte frustrasjon og fortvilelse hos de som ventet. Hovedregelen er at kommunen skal avgjøre saker uten *ugrunnet opphold*, og de skal vurdere hastegrad og prioritere saker som haster foran saker som kan vente.

Ombudet minner om kommunenes veiledningsplikt, og oppfordrer kommunene til i større grad å veilede om hvordan innbyggerne kan søke om en tjeneste. Etter at kommunen har mottatt en søknad, skal kommunen fatte skriftlig vedtak. Vedtaket skal begrunnes, vise til de faktiske forholdene vedtaket bygger på og vise til hvilke regler som er anvendt. Et vedtak skal også inneholde opplysninger om hvordan man skal gå fram for å klage.

## Spesialisthelsetjenesten

I 2021 registrerte vi 453 nye problemstillinger innen spesialisthelsetjenesten.



## Rus og Psykiatri

Pasient- og brukerombudet har de siste årene hatt en økning i henvendelser som omhandler fagområdene rus og psykiatri. Vi har registrert at det er mangel på fagfolk. På samme tid er det flere pasienter som ikke har oppfølging fra fastlege, og tilbudene ute i kommunen for disse pasientgruppene er varierende og i noen tilfeller vanskelig å få oversikt over.

Utsagn fra ansatt i kommune: "Det er ikke vits i å henvise til spesialisthelsetjenesten. Der har de ikke sengeplasser allikevel"

Vi erfarer også at det er mangel på tilstrekkelig sengekapasitet i Helse Møre og Romsdal, samtidig som antall henvisninger til tjenesten har økt. Situasjonen gir grunn til bekymring, og vi vet at dette er en gruppe pasienter som ikke nødvendigvis har ressurser eller kapasitet til å klage selv.

Pasienter som henvendte seg til oss fortalte at det var lang ventetid for å få hjelp i spesialisthelsetjenesten. Når de først fikk et tilbud, opplevde de at det raskt ble satt begrensninger på tid til utredning og behandling. Dette påvirket mulighetene til å etablere et tillitsforhold, som for mange var en forutsetning for både riktig utredning og for å greie å ta imot behandling. Flere klaget på for tidlig utskrivning eller for rask avslutning av behandlingstilbudet, i tillegg til at noen opplevde at de ikke hadde fått den hjelpen de trengte. Noen av pasientene oppga at de hadde fått avslag på retten til å benytte "fritt behandlingsvalg". Andre klaget på manglende informasjon og medvirkning, ivaretagelse av pårørendes rettigheter og mangelfull samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

"Jeg skjønner at folk tar livet sitt, for dette er et håpløst system å stå imot når man må kjempe mot de som skal hjelpe. Hadde jeg ikke hatt barn, så har jeg ikke vært her nå."

Ofte dreier det seg om svært sårbare pasient- og brukergrupper med store utfordringer i hverdagen. I flere av sakene snakket vi med pårørende som var slitne og sto med en altfor stor omsorgsbyrde. Vi erfarte at kommunene ofte slet med å følge opp alvorlig syke pasienter, som de mente skulle vært innlagt og/eller hatt et annet tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Vi ser alvorlig på svikt i tjenestetilbudet til disse pasientene, og ønsker å bidra til at sakene får en god løsning. Dette gjør vi ved at vi å følge opp enkeltsaker gjennom dialog og møter med tjenesten, eller vi bistår med klage til tjenesten og eventuelt til Statsforvalteren. Noen saker har vi tatt opp med helsetjenesten på prinsipielt grunnlag, når vi har hatt en bekymring over forhold som kan ramme flere.

I Møre og Romsdal er vi bekymret for om foretaket har tilstrekkelig med fagfolk, tilpasset tilbud til ulike diagnosegrupper og nok sengeplasser til pasienter med de

alvorligste psykiske lidelsene. Vi har også bekymring for om tjenesten i stor nok grad henviser til annet behandlingstilbud når de selv ikke har kapasitet eller riktig tilbud.

## **Kirurgi**

I 2021 har vi hatt en liten nedgang i antall saker knytte til kirurgi. Henvendelsene dreier seg i hovedsak om spørsmål om mulig svikt relatert til uventede komplikasjoner og skader, feilbehandling, mangel på informasjon, oppfølging og behandling innen forsvarlig frist.

Antall henvendelser om retten til fritt behandlingsvalg gikk igjen i flere av våre saker på kirurgi. Noen henvendelser handlet om at sykehusene ikke bidro til at pasienter fikk oppfylt retten til fritt behandlingsvalg, og i andre tilfeller gjaldt problemstillingen at pasienten ble sendt til et annet sykehus mot sin vilje. Videre så vi en økning i saker som omhandlet spørsmål om for tidlig utskriving. Pasienter klaget også på at de ikke kom i kontakt med tjenesten eller ansvarlig kontaktlege for å få informasjon og/eller videre oppfølging.

## **Indremedisin**

Indremedisin er et bredt fagfelt, og årsakene til de henvendelsene vi har mottatt er veldig varierte. Vi har hatt en økning i saker relatert til dette fagfeltet, og økningen omhandler i hovedsak pasienter som har vært til behandling for hjerte-karlidelser og mage -tarm problematikk. Her har det bl.a. vært reist spørsmål om det var gitt riktig behandling, om det var gjort tilstrekkelig utredning, eller om pasienten har blitt for tidlig utskrevet. Enkelte av disse sakene har hatt stor alvorlighetsgrad, og i noen tilfeller med døden til følge.

## **Nevrologi**

Ombudet har mottatt flere henvendelser knyttet til fagfeltet nevrologi. Klage på mangelfull utredning og oppfølging/behandling gikk igjen i flere av sakene, samt mangel på informasjon og medvirkning. I enkelte av sakene hadde pasienten ønske om å benytte seg av fritt behandlingsvalg, uten at de opplevde å bli hørt på dette.

## **Fødselsomsorg**

Henvendelser vi mottok om fødselsomsorg dreide seg i hovedsak om klager på manglede omsorg og dårlige opplevelser i forbindelse med fødsel, for dårlig eller for lite informasjon, mangel på medvirkning, samt klage på feil behandling som fikk alvorlige følger. Det var også noen som klaget på at de ikke fikk ha partner med under fødselen.

## **Vurdering av henvisninger og utsettelse av time/behandling**

Under pandemien fikk flere pasienter utsatt sine timer til utredning, behandling og kontroll. Enkelte har opplyst at de har fått utsettelse uten informasjon om ny dato for

time/behandling. Selv om vi ikke hadde mange henvendelser om dette, er det grunn til å minne om at man alltid har rett på behandling innen det som er anbefalt og vurdert som forsvarlig for den enkelte pasient.



Fristen som ble gitt ved vurdering av henvisningen skal sikre at helsehjelpen kan startes og fullføres forsvarlig i hele behandlingsforløpet. Pasienter har krav på forutsigbarhet og en plan for når behandlingen kan gjennomføres. Det er viktig at sykehusene har rutiner som ivaretar dette, og at pasientene får informasjon om at de kan klage dersom de ikke får behandling innenfor det tidsrommet som er forespeilet og vurdert som forsvarlig.

### **Kontaktlege**

Ombudet erfarer at det fortsatt er mange pasienter som ikke får oppnevnt kontaktlege når de har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet. Vi ser at dette kan være en trussel for pasientsikkerheten, da en god del pasienter har flere sykehus og avdelinger involvert i sitt pasientforløp. Pasienter og deres pårørende melder tilbake om økt uforutsigbarhet, usikkerhet, og direkte feil som oppsto på grunn av mangel på kontaktlege.

Vi har tatt opp disse forholdene i klagesaker til Statsforvalteren, og i møter med ledelsen i Helse Møre og Romsdal. Ombudet minner om at det for disse pasientene er en rettighet, og sykehusene plikter å sikre ivaretagelsen av denne rettigheten.

### **Fritt behandlingsvalg og likeverdige tjenester**

Pasient- og brukerombudet erfarer at retten til fritt behandlingsvalg ikke blir tilstrekkelig ivaretatt i vårt fylke. Dette kan ha flere årsaker. Vi ser at det er mangel på kunnskap om denne rettigheten både hos fastlegene, og hos helsepersonell i spesialisthelsetjenesten. Vi hadde henvendelser der pasienter ikke opplevde å bli informert om retten og ordningen, at helsepersonell kom med direkte feilinformasjon eller at de ignorerte pasientens ønske om å få benytte denne ordningen. Fastleger skal ha kommet med utsagn som at ordningen ikke fungerer, og andre sykehus utenfor fylket opplyste at pasienten måtte få behandlingen på sitt lokalsykehus i Møre og Romsdal.

Enkelte uttaler at deres nærmeste “blir sendt som pakkepost fram og tilbake mellom sykehus”, mens de fremdeles er ganske medtatte og syke.

En slik praksis kan også true retten til et *likeverdig* tilbud, noe vi blant annet ser i saker der pasienter ble behandlet ved et annet sykehus, og deretter ble returnert tilbake til sitt lokalsykehus imot eget ønske. Noen opplevde i den forbindelse mangel på informasjon og medvirkning når de ytret ønske om å bruke fritt behandlingsvalg. Flere oppga økt belastning og økte kostnader pga reise mellom flere sykehus. Samtidig så vi at koordinering og kommunikasjon sviktet, og at dette i enkelte tilfeller utgjorde en reell pasientrisiko. Pasientene påpekte også at tilbudet og kompetansen ikke er lik alle steder, og at de av den grunn

ønsket å velge å få behandlingen et annet sted.

Helseforetaket har i flere sammenhenger uttrykt et mål om å redusere kostnader ved gjestepasienter, det vil si pasienter som behandles utenfor eget helseforetak. Dette kan oppfattes som at det skal gå på bekostning av pasientens rett til å velge behandlingssted. Her mener ombudet at helseforetaket bør vurdere å omskrive sine mål, og i stedet jobbe for å være så attraktive og kompetente at pasientene velger å få sin behandling lokalt. Da må også tilbudet være tilstrekkelig, noe som innebærer nok fagfolk, kapasitet/sengeplasser og tid til å gi nødvendig og forsvarlig behandling. Å nekte pasientene å benytte seg av fritt behandlingsvalg er brudd på en sentral pasientrettighet og lovstridig.

### **Varslingsplikt ved alvorlige hendelser**

Ombudet har mottatt henvendelser om alvorlige hendelser på sykehus som har påført pasienter alvorlig skade eller død. Et av spørsmålene som kan oppstå er om hendelsen utløste en varslingsplikt for helsepersonell til Statens helsetilsyn.

Vi erfarer at enkelte alvorlige hendelser ikke alltid blir varslet, også i saker der det er uklart hva som har skjedd. Når en alvorlig hendelse ikke varsles, kan det føre til at pasient og pårørende sitter med et inntrykk av at sykehuset ikke tok hendelsen på alvor. Det kan påføre pasient og pårørende en økt belastning og føre til at tilliten til tjenestene svekkes.

Ombudet vil minne om at varslingsplikten ikke må tolkes for strengt, slik at hendelser som burde vært varslet ikke får oppfølging fra tilsynsmyndighetene. Tilsyn gir ofte svar på hva som har skjedd og om det er behov for forbedring i tjenesten. Disse vurderingene er også av stor verdi for pasienter og pårørende. At pasient og pårørende får svar, gjør at de lettere kan forsones seg med hendelsen. Tillit til helsetjenesten kan gjenopprettes gjennom at de ser at det gjøres forbedringstiltak. Hvis sykehuset ikke varsler om en alvorlig hendelse, vil ombudet minne om at pasienter, brukere og nærmeste pårørende også har *rett* til å varsle slike hendelser til tilsynsmyndigheten selv.



# Helsetjenester til Barn, ungdom og unge voksne

## Oppfølging og behandling av sårbare barn og unge

Vi har også i 2021 hatt saker knyttet til behandling og oppfølging av sårbare barn og unge. Vi erfarer at det fremdeles er utfordrende å få på plass et koordinert tilbud, samt tilbud om nødvendig utredning og behandling. Det var vanskelig å få på plass både god samhandling mellom ulike tjenester, koordinering av helsehjelpen og samhandling mellom pårørende og helsetjenestene. Det ble lagt stort ansvar og press på pårørende, som ofte endte opp med å måtte koordinere tjenestene rundt sine barn selv, samtidig som de ikke opplevde at de fikk den hjelpen og støtten de trengte.

I noen saker vi jobbet med hadde helsetjenesten tatt kontakt med barnevernet. Når barnets utfordringer eller diagnoser utløser rett til helsehjelp, minner ombudet om at det er helsetjenesten som plikter å gi et forsvarlig tilbud og sørge for tilstrekkelig koordinert helsehjelp både på skole, i fritiden og hjemme. Det vil bli en økt risiko for at omsorgsbyrden for foreldrene blir for stor, dersom kommunen svikter i oppfølging og koordinering av tilbudet til barnet og familien. Ombudet erfarer at foreldre fryktet at de ble stående igjen med "skylden" dersom barnet fikk økte vansker, og at fokus i stedet ble rettet mot deres omsorgsevner.

Pasient- og brukerombudet har gitt råd og veiledning til foreldre, vi har deltatt i møter mellom tjenestene og de pårørende, og vi har hatt dialog direkte med tjenestene for å minne om deres ansvar og pasienten/pårørende sine rettigheter. Vi erfarte at vår involvering bidro til at man fant løsninger og kunne gi et bedre tilbud, samt at man fikk på plass både koordinator og individuell plan. I andre saker endte det med at vi måtte hjelpe med å sende klage og bistå pårørende klageprosessen.

## Tilbud om Psykiske helsetjenester til barn og unge

Gjennom rapport 3-2020 fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom), ble vi kjent med flere utfordringer knyttet til oppfølging av og tilbud om behandling til barn og unge med uavklart behov. På bakgrunn av rapporten sendte ombudet våren 2021 et brev til Helse Møre og Romsdal. Vi etterspurte informasjon om hvordan foretaket vurderte og prioriterte de ulike henvisningene, og om henvisningene de mottok var i henhold til kriterier/forløp. Vi spurte også om de sikret at de hadde god nok informasjon om pasientens tilstand når de vurderte henvisningene, samt om de ville iverksette forbedringsarbeid og tiltak på de områder der det var avdekket risiko for svikt.

Helseforetaket svarte at de ville bruke Ukom rapporten til intern forbedring og til å bedre samarbeid med kommunale instanser og fastleger. De viste til interne undersøkelser som viste lite avvik i praksis i forhold til hvordan henvisningene ble vurdert, og de opplyste at de i 2020 hadde en avslagsprosent på 26 %. Videre skrev

de at de ved avslag ga anbefalinger, råd og veiledning til henviser og pasient/pårørende om alternative tiltak, og at de ikke hadde oversikt over hvordan disse anbefalingene ble fulgt opp kommunalt. De viste til at henvisning til pakkeforløp innen psykisk helsevern forutsetter at det er satt i verk kommunale tiltak både med tanke på utredning og behandling i forkant av beslutningen om at pasienten trenger hjelp på spesialistnivå. Denne hjelpen skal være koordinert og samorganisert slik at anbefalingen fra inntaksansvarlig spesialist skal kunne følge opp. De henviste også til fastlege sitt koordinerende helseansvar.

I etterkant av svaret til helseforetaket sendte vi ut brev til alle kommunene i Møre og Romsdal. Vi ba om en tilbakemelding på hva slags tilbud de har til barn og unge, hvordan de sikret at de fikk forsvarlig helsehjelp og om de opplevde at det er en avklart ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. Vi spurte og om de kjente seg igjen i ulike risikoområdene som ble skissert i UKOM sin rapport. Vi fikk svar fra 19 kommuner.

"vi har god kompetanse i kommunen, men når vi henviser, trenger vi hjelp"

Kort oppsummert så bekrefter 17 kommuner at de kjenner seg igjen i funnene/bekymringene som rapporten omtaler, enten delvis eller i stor grad. Det kom blant annet fram at informasjonsutvekslingen med BUP i noen tilfeller opplevdes som tilfeldig. Et stort flertall svarte nei på spørsmål om ansvarsfordelingen er avklart mellom nivåene, og det ble etterlyst mer system for samhandling og samarbeid.

Det var stor variasjon i svarene fra kommunene på hvilken kompetanse de har til utredning, behandling og oppfølging av barn og unge. Enkelte svarte at tilbudet er mangelfullt, og andre viste til at de har tilgang på ulike fagpersoner, team og tjenester. Flere svarte at de ikke får nødvendig veiledning fra spesialisthelsetjenesten, mens andre sa at de delvis får ivaretatt dette og at det varierer fra sak til sak. Flere av kommunene beskrev at det ikke er rutiner for systematisk oppfølging ved avslag fra BUP, og at det er vanskelig å fange opp alle som får avslag siden svaret som regel kun går til henviser (ofte fastlege) og ungdommen/pårørende. Det ble etterlyst systematisering av kommunikasjonen, slik at det ble sikret at kommunen ble koblet på ved avslag.

Helseforetaket har tatt tak i utfordringene gjennom satsingen "*barn og unges helseteneste*" som skal rulles ut i Møre og Romsdal fra 2022. Dette er et verktøy de har laget for at fagfolk skal klare å gi barn og unge et sammenhengende hjelpetilbud, samt at det skal gi informasjon til familiene om hvor de kan få hjelp. Ombudet håper dette kan bidra til at tilbudet blir bedre, og synes det er positivt at foretaket har tatt tak i utfordringene rundt samhandling og avklaring av roller og ansvar.

Dette erstatter allikevel ikke mangel på fagfolk og behovet for nok kapasitet innen spesialisthelsetjenesten. Det løser heller ikke problemet med svært ulikt tilbud ute i kommunene. Mange kommuner er ikke rigget for å gi et tilstrekkelig tilbud til barn og

unge, uten at barnet/ungdommen samtidig får behandling og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Ansatte i kommuner og pårørende har også behov for undervisning/veiledning og bistand fra spesialisthelsetjenesten i saker der det er sammensatte problemstillinger og diagnoser. Det må også på plass flere koordinatorene som har tid til å ivareta rollen etter intensjonen.

Det er grunn til bekymring når ventelistene av barn og unge som trenger hjelp øker, på samme tid som helseforetaket sliter med å ha tilstrekkelig tilgang på viktig nøkkelpersonell. Kommunene er også presset økonomisk og må prioriterer mellom tjenester og tilbud. Vi ser at dette i noen tilfeller rammer forebyggende helsetjenester og at tilbudet til barn og unge ikke blir tilstrekkelig prioritert. Det er bekymringsfullt at barn og unge må vente til de har utviklet alvorlige symptomer på sykdom og økende adferdsforstyrrelser, før de blir prioritert til å få hjelp.

## Felles fokusområde Barn og unge



Vårt hovedmål for 2021 og 2022 er å gjøre pasient- og brukerombudet kjent for unge i aldersgruppen 16-20 år, slik at de kan benytte seg av våre tjenester. Dette er en felles satsing for alle landets pasient- og brukerombud. Tema ble valgt med bakgrunn i at ungdom i liten grad tar kontakt selv. Vi antar at ombuds-ordningen er lite kjent i denne aldersgruppen, at de ofte ikke er godt nok kjent med sine rettigheter og hvilken bistand de kan få hos oss.

Pasient- og brukerombudet i Møre og Romsdal har i 2021 hatt møter med ungdomsrådet, mobbeombudet og elev- og lærlingeombudet. Vi har sendt ut presentasjonsmateriell om Pasient- og brukerombudet til kommuner, helsestasjoner, skolehelsetjenesten og videregående skoler. I tillegg har ombudsordningen inngått i et samarbeid med [Ung.no – offentlig og kvalitetssikret informasjon for ungdom](https://ung.no), der vi kan svare på spørsmål fra barn og unge. På denne måten håper vi at de får kjennskap til at de kan kontakte oss for råd og veiledning om hvilke rettigheter de har, og eventuelt få hjelp til å få ivaretatt sine rettigheter.

## Informasjon og medvirkning

Pasient- og brukerrettighetslovens kapittel 3 omhandler retten til informasjon og medvirkning, og er grunnleggende pasient- og brukerrettigheter. Hvert år får vi flest saker som omhandler svikt i ivaretagelsen av disse rettighetene, og 2021 var dessverre ikke noe unntak. God og tydelig kommunikasjon er grunnleggende for helsetjenesten. Gode møter mellom helsepersonell, pasienter og brukere er tuftet på klart språk, og handler derfor om å bruke språk/kommunikasjon som folk forstår.

Misforståelser, feil og klager kunne ha vært unngått dersom helsepersonell hadde vært mer klar og tydelig i sin kommunikasjon med pasient, brukere og pårørende. Vi

ser i klagesaker hos oss at det dreier seg om manglende/mangelfull informasjon, feil informasjon eller at informasjon er misforstått eller formidlet på en måte eller et språk som mottaker ikke forstår. Vi ser også eksempler på manglende respekt, og at helsepersonell opptrer med arroganse og makt. For liten tid til å gi og få informasjon går igjen i flere saker, og misnøye som følge av dette oppstår selv om helsehjelpen fra et medisinsk ståsted kan være forsvarlig.

Pasienter har rett på informasjon om sin helsetilstand og om innholdet i helsehjelpen, og det er en plikt å formidle informasjon til pasienter/brukere på en slik måte at de forstår informasjonen og dermed kan ta veloverveide valg. Vi minner om at det er et krav om bruk av folk, når det er nødvendig for å sikre god og riktig informasjon og dialog. Her ser vi dessverre at det svikter i enkelte saker.

Fagfolk skal "oversetter" faglige uttrykk og begrep slik at det blir forståelig for den enkelte pasient. Helsepersonell skal også så langt som mulig forsikre seg om at pasienten har forstått innholdet og betydningen av informasjonen som er gitt. Som en del av dette er det nå kommet en ny språkløp som pålegger tjenestene å kommunisere på et språk som er klart, korrekt og tilpasset målgruppen.

## **Pårørende**

Pårørende opplever seg i mange sammenhenger som brysomme og at de blir behandlet deretter. Dette til tross for at deres engasjement og innsats er knyttet til et ønske om best mulig behandling til sine kjære og nære. Vi ser i flere saker mangel på å sikre informasjon og rett til medvirkning, til tross for rettighetene som nærmeste pårørende har.

Noen pårørende pålegges et uforholdsmessig stort ansvar i behandlingen av sine kjære. Pårørende kan oppleve å bli påført økonomisk tap knyttet til å være en del av behandlingen, uten at det finnes ordninger som kompenserer for dette. De fleste rettigheter ved sykdom er knyttet til den som er syk.

Ombudet erfarte i en sak at pårørende til barn over 18 år etter gjeldende regelverk ikke hadde rett til pleiepenger, på tross av at barnet var svært alvorlig sykt. På samme tid ble det stilt en forventning om betydelig bistand i hjemmet, der pårørendes innsats og tilstedeværelse var avgjørende for å kunne tilby en forsvarlig behandling. Foreldrene har i utgangs-punktet ingen plikt til å yte omsorg for barn over 18 år, men hadde selvfølgelig et ønske om å kunne hjelpe.

Vi ser her at lovverket ikke er tilstrekkelig tilpasset for å sikre dekning av tapt arbeidsfortjeneste for pårørende med særlig tyngende omsorgsoppgaver, og som blir involvert i behandlingen av pasienten i hjemmet.

*Ett av hovedmålene fra regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan:*

"God og helhetlig ivaretagelse av alle pårørende slik at pårørende kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og arbeid".

Mange av de pårørende som tar kontakt har over tid bistått sine kjære med omsorgsoppgaver. Pårørende kan ofte være slitne, utrygge, og kan føle seg misforstått i kontakt med tjenesten. De sitter med et ansvar de kan føle de ikke makter lengre. I enkelte saker har det endt med at pårørende blir sykemeldt på grunn av belastningen omsorgsoppgavene har medført.

Pårørende har ikke en juridisk eller faktisk omsorgsplikt for voksne over 18 år. Det er ikke adgang for kommunen til å pålegge pårørende å utføre omsorgsoppgaver, eller skrive i et

vedtak at pårørende skal utføre omsorgsoppgaver. Kommunen kan kun forvente at pårørende stiller opp der det er inngått en frivillig avtale med pårørende om oppgaver de ønsker å ta på seg.

### **Verges rolle versus nærmeste pårørende i helsespørsmål**

Pasient- og brukerombudet ser at det i en del saker oppstår misforståelser i forhold til rollen som verge og rollen som nærmeste pårørende til en pasient eller bruker. Dette er veldig uheldig, da helsetjenesten skal sikre en reell brukermedvirkning og ivaretagelse av retten til informasjon i avgjørende forhold for pasient/brukers liv og helse.

Vi forventer at helsepersonell får tilstrekkelig opplæring i forståelsen av lovverket. Utgangspunktet er at pasienten selv har rett til å medvirke og få informasjon. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent i helsespørsmål, og dermed ute stand til å ivareta egne interesser tilfaller disse rettighetene den som har rollen som *nærmeste pårørende*. Dette medfører at en verge ikke har noen rolle tilknyttet behandling eller andre helsespørsmål med mindre vergen også er pasientens nærmeste pårørende, eller dette er tydeliggjort i mandatet /avtalen med vergemålsavdelingen hos Statsforvalteren.