

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I NORD-TRØNDELAG

Årsrapport 2011



Forord

Nord-Trøndelag fylkeskommune oppretta pasientombudsordning i 1997. Fra 2003 ble ordninga statlig. Fram til 1.9.2009 omfatta ordninga spesialisthelsetjenesten. Fra da av ble den utvida til også å gjelde for kommunale helse- og sosialtjenester. Navnet ble endra til pasient- og brukerombud.

Mens andelen henvendelser om forhold i kommunene i 2010 var på 22 %, er den i 2011 steget til 28 %. Auken er gledelig. Den kan bety at befolkninga i større grad kjenner til at Pasient- og brukerombudet også dekker kommunale tjenester. Ut fra hva vi hører og ser, er det likevel mange som kvier seg for å ta opp forhold innafor en sektor som en er avhengig av på mer eller mindre permanent basis. Det kan være lettere å ta opp negative erfaringer med tjenester som en bare sporadisk har kontakt med, slik tilfellet ofte er med spesialisthelsetjenesten. Mange av de kommunale sakene er omfattende, kompliserte og svært arbeidskrevende.

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har i 2011 innretta sitt arbeid både på de enkelthenvendelsene vi har mottatt, rundt særskilte fokusområder som er beskrevet i virksomhetsplan og mot prinsipielle forhold som genereres fra innkomne saker.

Også dette året har vært prega av stor utadretta virksomhet. Mens vi året før la vekt på informasjonsspredning blant politikere, administrasjoner og ansatte, har vi i 2011 satsa mest mot ulike brukergrupperinger. Vi sitter nok med opplevelsen av at Pasient- og brukerombudet er kjent rundt omkring i fylket, men det er nødvendig å formidle igjen og igjen hva ordninga egentlig innebærer.

Steinkjer 19.1.2012.



Kjell J. Vang.

-pasient- og brukerombud-

Innholdsregister

	Forord	s. 1
	Innholdsregister	s. 2
1.0	Innledning	s. 3
2.0	Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag	s. 3
	2.1 Arbeidsområde	s. 3
	2.2 Nord-Trøndelag fylke	s. 3
	2.3 Driftsforhold	s. 3
	2.4 Henvendelser	s. 3
	2.5 Utadretta virksomhet / møtepunkt	s. 4
3.0	Særskilte forhold	s. 4
	3.1 Generelt	
	3.1.1 Pasient- og brukerombudets tilfredshetspris	s. 4
	3.1.2 Pasientsikkerhet, kvalitet og system	s. 5
	3.1.3 Kreft – garanti og virkelighet	s. 5
	3.1.4 Helsehjelp til særlig sårbare pasienter	s. 6
	3.1.5 Pasienttransport	s. 6
	3.1.6 Andre generelle forhold	s. 7
	3.2 Særskilt om spesialisthelsetjenesten	
	3.2.1 ML-senteret og HELFOs rusbehandlingsinstitusjoner	s. 8
	3.2.2 Valg av sjukehus og vern mot spredning av opplysninger	s. 8
	3.2.3 Andre forhold i spesialisthelsetjenesten	s. 9
	3.3 Særskilt om kommunale helse- og omsorgstjenester	
	3.3.1 Ikke nødvendig helsehjelp (eller mangel på kommunikasjon?)	s. 9
	3.3.2 Individuell plan – fortsatt for lite brukt	s. 10
	3.3.3 Mangel på sjukeheimsplasser	s. 11
	3.3.4 Saksbehandling i kommunene	s. 11
4.0	Spesialisthelsetjenesten - statistikk	s. 12
	4.1 Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste	s. 12
	4.2 Spesialisthelsetjenesten – henvendelsesgrunner	s. 13
5.0	Kommunale helse- og sosialtjenester - statistikk	s. 14
	5.1 Kommunehelsetjenesten – områder og tjenester	s. 14
	5.2 Kommunal sosialtjeneste – områder og tjenester	s. 15
	5.3 Helse- og sosialtjenester – henvendelsesgrunner	s. 15
6.0	Pasient- og brukerombudets anbefalinger	s. 16
Vedlegg:	Lov om pasient- og brukerrettigheter kap. 8	s. 17

1.0 Innledning

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

Virksomheten er heimla i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 kapittel 8. Pasient- og brukerombudet utøver sitt faglige virke sjølstendig og uavhengig, men er administrativt knytta til Helsedirektoratet som har arbeidsgiveransvaret.

2.0 Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag

2.1 Arbeidsområde

Arbeidsområdet omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester som ytes til befolkninga i Nord-Trøndelag. Med kommunale helse- og sosialtjenester meines tjenester etter lov om helsetjenesten i kommunene av 19. november 1982 nr. 66, med unntak av lovas kapittel 4a, og tjenester etter lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 nr. 81. Fra 1.1.2012 gjelder tilsvarende ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30.

2.2 Nord-Trøndelag fylke

Nord-Trøndelag fylke bestod i 2011 av 24 kommuner og dekker et areal på 22.396 kvadratkilometer (6,9 % av fastlands-Norge). Fylket har ca. 134.000 innbyggere og 6 byer.

2.3 Driftsforhold

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har kontor i Fylkets hus på Steinkjer med kontordager ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Ansatte er førstekonsulent Anne Berit Lundås, rådgiver Inger Rita Hansen og pasient- og brukerombud Kjell J. Vang.

Budsjett og reknskap vises i tabellen. Auken skyldes i hovedsak mer bemanning fra 1.9.2009.

Økonomi	2009	2010	2011
Budsjett	1.431.000	2.001.000	2.054.000
Reknskap	1.419.345	1.897.161	1.986.630

2.4 Henvendelser

Tabellen viser antall henvendelser. Nedgangen kan skyldes tilfeldige svingninger. Tallet på henvendelser om kommunale tjenester har aukt mens spesialisthelsetjenesten har tilbakegang.

Henvendelser	2009	2010	2011
Antall	462	480	413

2.5 Utadretta virksomhet / møtepunkt

Det er i 2011 satsa mot ulike brukergrupper i henhold til virksomhetsplan. Lag, foreninger og organisasjoner er besøkt med tanke på gjensidig dialog og utveksling av informasjon.

Pasient- og brukerombudet og Helse Nord-Trøndelag HF har god kontakt på mange nivå. Det er avholdt ett møte med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF. Rusbehandling Midt-Norge HF, LAR-Midt og pasient- og brukerombuda i Midt-Norge har hatt dialog.

Vi har halvårslige møter med Helsetilsynet / Fylkesmannen og nær ad-hoc-kontakt. Pasient- og brukerombudet, Fylkesmannen og KS arrangerte i fellesskap flere seminar sist høst om ny helse- og omsorgstjenestelov og endringer i det som nå heter pasient- og brukerrettighetslova, for målgrupper fra kommunene, helseforetaket og brukerorganisasjoner.

Ombudkontora i regionen treffes inntil tre ganger i året, landets pasient- og brukerombud møtes jamnlig, og det arrangeres fagsamlinger for alle ansatte. Det er gjennomført møter med Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Norsk pasientskadeerstatning.

Pasient- og brukerombudet har omtalt ulike tema i kronikker og avisinnlegg og kommentert forhold som er framme i mediebildet.

Vi prøver å holde nettstedet (<http://www.pasientombudet.no/fylke/9/NordTrondelag/>) mest mulig oppdatert. Sida er godt besøkt, først og fremst av folk som ser etter kontaktinformasjon, men også av andre som vil følge med på innholdet.

Våre ansatte har holdt foredrag og ellers deltatt ved ulike kurs og konferanser, og vi bidrar med undervisning på videregående, høyskole- og fagskolenivå.

3.0 Særskilte forhold

3.1 Generelt

3.1.1 Pasient- og brukerombudets tilfredshetspris

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har innstifta en tilfredshetspris. Målet er å skape fokus rundt og bidra til utvikling av tjenestenes pasient- og brukervennlighet. Sammen med henvendelser som etterspør informasjon, er det oftest misnøyen som havner hos ombudet. Likevel ser vi, både gjennom innkomne forslag til prisen og ellers, mye tilfredshet med tjenestene og at det legges ned godt arbeid i stadig kvalitetsforbedring.

Prisen for 2011 er tildelt aktivitetørene Åsta Brochmann, Helene Moe og Hjørdis Wendelboe i pleie- og omsorgstjenesten i Nærøy kommune og består av maleri, blomster og diplom. I begrunnelsen vektlegges omtanke for enkeltbrukere, engasjement mot ensomhet og mye ekstrainsats for å legge til rette aktiviteter som brukerne kjenner seg igjen i og trives med. Pasient- og brukerombudet meiner arbeidet har verdi som eksempel til etterfølging, spesielt i ei tid der aktivitetører og trivselstiltak lett blir offer i kommunale økonomivurderinger. Prisen er derfor også en tributt til Nærøy og andre kommuner som prioriterer dette arbeidet. Den ble overrakt ved en enkel seremoni ved sjukeheimen i Kolvereid 19. januar 2012.

3.1.2 Pasientsikkerhet, kvalitet og system.

Pasientsikkerhet har stort fokus for tida. Kampanjer og tiltak er satt i verk for å gi trygg og god behandling. Det er Pasient- og brukerombudet tilfreds med. Likevel kan det ikke sies at pasientsikkerheten er god nok, og mye må fortsatt gjøres for å bedre kvaliteten.

I 2011 fikk vi 46 henvendelser om svikt i system og samarbeid i tjenestene. 35 omhandla spesialisthelsetjenesten mens 11 gjaldt kommunene. I tillegg kom det 91 henvendelser om pasientskader og komplikasjoner som følge av behandling, 84 i spesialisthelsetjenesten og 7 i kommunehelsetjenesten. Bak tallene ligger det mye fortvilelse over tap av helse og livskvalitet hos dem som er ramma.

For samfunnet betyr det tap av menneskelige og økonomiske ressurser. Mange feil kunne vært unngått hvis rutiner hadde vært på plass og blitt overholdt. Det vil fortsatt være nødvendig med fokus på sikkerhet og system som reduserer sårbarhet og forekomst av farlige hendinger.

Flere som kontakter oss, stiller spørsmål ved at de i sjukehus kun ble vurdert av turnuskandidat, spesielt når vurderinga etterpå viste seg å være feil. I et tilfelle ble pasienten ved tre sjukehusbesøk tilsett av kandidater som ikke stilte korrekt diagnose, og utfallet ble dramatisk. I ettertid uttaler rådgivende lege i Norsk pasientskadeerstatning at sjukehuset bør vurdere organiseringa. Det kan være grunn til å mene at leger med erfaring bør være i frontlinja, og ikke turnuskandidater som fortsatt har mye å lære.

Flere henvendelser enn før fokuserer på røntgengranskinger. Pasienten får høre at det ikke er gjort funn. I ettertid viser det seg at det var en tilstand som kunne vært oppdaga før. Behandling forsinkes, og pasienten opplever at sluttresultatet ville vært annerledes ved korrekt gransking. Bedre kvalitetssikring er mulig ved at hver gransking gjennomføres av to kompetente leger. Også spesialister kan vurdere røntgenbilder feil og bør ha en back-up for å sikre at vesentlige funn ikke blir oversett.

Når pasienter er skada som følge av behandling, er det åpenhet som gjelder. Alle har rett til informasjon om påført skade og Norsk pasientskadeerstatning, men vi ser at dette svikter. Åpenhet og informasjon er grunnleggende for helsetjenestens omdømme når svikt skjer. Tildekking trigger fantasier, avviksbehandlinga blir ikke god, og feil kan gjenta seg.

Folk uttrykker at de vil bidra til at andre ikke skal oppleve det samme. De ønsker at det jobbes med kvalitet og avvik for at fatale hendinger skal unngås. Tilbakemeldinger og klager fra pasienter fortjener derfor å bli sett på som verdifulle innspill til pasientsikkerhetsarbeidet.

Ett sjukehus har valgt å publisere avvik og oppfølginga av dem på nettsidene. Det meiner vi er fortjenstfullt og bidrar til styrking av tillit og omdømme. Pasient- og brukerombudet har anmoda Helse Nord-Trøndelag HF om å gjøre det samme. Forslaget er under vurdering.

3.1.3 Kreft – garanti og virkelighet

I juni 2011 lanserte statsministeren ”kreftgarantien”. Det skulle ikke gå mer enn 20 dager fra kreft ble oppdaga til behandling var påbegynt. Avvik fra kravet skulle begrunnes medisinsk og dokumenteres i journal. Lanseringa vakte oppsikt. Mer rabalder ble det da det viste seg at det likevel ikke var en rettighet, men en intensjon om at 80 % skal få behandling innen denne fristen. For mange pasienter ble forventning forvandla til skuffelse.

Pasient- og brukerombudet mottar stadig henvendelser om kreftutredning og -behandling. Mange historier har fellestrekk som mangelfull informasjon og lange ventetider. Ubrukt tid er

en faktor som skaper engstelse hos pasient og pårørende. Spørsmål dukker opp, og grubling tar på. Det å ikke vite og ikke ha noe å forholde seg til, blir slitsomt. Pasienter og pårørende trenger beskjed om hva som skal skje videre og innen hvilket tidsperspektiv.

Andre fellestrekk ved henvendelser om kreft er:

- Opplevelse av forsinkelser i diagnostisering og viderehenvisning.
- Mangel på informasjon om diagnose, helsetilstand og prognose.
- Faglig sprik mellom og ulik informasjon fra forskjellige leger.
- Manglende ansvarsavklaring mellom ulike sjukehus som er involvert.
- Usikkerhet og mulige forsinkelser ved bruk av retten til fritt sjukehusvalg.
- Ikke tilstrekkelig grad av back-up når ansvarlig behandler er borte.
- Manglende oppfølging og kontroller.

Å være sjuk er å være sårbar, aller mest når en mulig eller konstatert diagnose truer sjølv livet, som ved kreft. Derfor er informasjon, tidsrammer og forutsigbarhet så viktig. Utfordringa ligger hos både kommune- og spesialisthelsetjeneste.

En person fikk påvist kreft med spredning. Leger var uenige om hvilke undersøkelser som trengtes. Pasient og pårørende visste ikke hva som skulle skje og når. Personen valgte sjøl et anna sjukehus. Etter en konsultasjon der falt brikkene på plass. Pasienten og nærmeste pårørende kjørte trygge og letta heim igjen tross alvorlig diagnose. De fikk svar på spørsmål, og det ble lagt konkrete planer framover, en plan A og en plan B. Det hjalp veldig å ha noe å forholde seg til.

3.1.4 Helsehjelp til særlig sårbare pasienter

Pasienter med alvorlig funksjonshemming eller kognitiv svikt kan være særlig sårbare. De kan mangle mulighet til sjøl å si fra eller påvirke omgivelsene slik at de får innfridd rettighetene sine. Noen har få eller ingen nære relasjoner som står på for dem.

Det kan være vanskelig å gjennomføre undersøkelser slik at fysisk sjukdom avdekkes og får behandling. Pasientens nonverbale kommunikasjon tolkes ikke godt nok av helsepersonellet. Vesentlige forhold ved tilstanden kan bli oversett, og pasienten må leve med unødige smerte og lidelse. I noen tilfeller ser vi alvorlig svikt i helsehjelpa.

Ei sak ble sendt til Helsetilsynet etter at pårørende hadde kontakta ombudet. Helsetilsynet konkluderte med at helsehjelpa ikke var forsvarlig, verken i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten, og et klart brudd på helselovgivninga. Pasienten døde, riktignok trulig av grunnlidelsen, men hadde ikke fått adekvat behandling for følgetilstander og sjukdom som hadde oppstått over tid.

Også ved langvarige psykiske lidelser ser vi at pasienter avvises av helsetjenesten uten tilstrekkelig vurdering av tilstanden. Det samme gjelder ved tvungent psykisk helsevern og tvangsmedisinering, der det av og til går automatikk i å videreføre tvang, uten nødvendig gjennomgang av hvorvidt tvang faktisk er nødvendig.

Pasient- og brukerombudet vil gi honnør til Helsetilsynet i Nord-Trøndelag som i konkrete saker dokumenterer årvåkenhet for særskilt sårbare pasienters rett til god helsehjelp.

3.1.5 Pasienttransport

I 2011 mottok Pasient- og brukerombudet 14 henvendelser om pasienttransport. I tillegg blir misnøye med transporten tatt opp med oss når vi møter lag og foreninger. Enkelte er lei av å

kjempe for tilpassa transport. Noen velger privat skyss i stedet, og andre har droppa avtaler i helsetjenesten fordi det oppleves brysomt å forholde seg til den etablerte transportordninga.

Henvendelsene rapporterer om seine beskjeder om hentetidspunkt, manglende overholding av angitte tider, dårlig framkommelighet på vinterføre, biler med for bratte rullestolramper, sjåførar som snakker i handholdte mobiltelefoner, og tilfeller av ubehøvla opptreden.

Det fortelles at kjørekontor og transportør overprøver leges erklæring om hvilken transport som trengs til konkrete pasienter. Pasient- og brukarombudet ba Helsetilsynet i fylket vurdere om et kjørekontor har kompetanse til å bestemme anna type transport enn den legen angir. Spørsmålet ble videresendt til Statens helsetilsyn for avklaring. Statens helsetilsyn ville ikke ta stilling på prinsipielt grunnlag og sa at forholdet må prøves ved enkeltklager. Det skaper imidlertid et rettssikkerhetsproblem når klage på tildelt transport sjelden kan avgjøres av klageinstansen før reisa gjennomføres. En spør seg om hvorvidt klageadgangen er reell når pasienten mottar beslutninga om type transport først en dag eller to i forkant av reisa.

Ombudet henvendte seg til Helse Nord-Trøndelag HF med spørsmål rundt informasjon om klageadgang ved pasienttransport. Det ble erkjent at den ikke var god nok, og enkelte tiltak ble iverksatt. Ombudet meinte at informasjonen fortsatt var for dårlig, og foreslo presiseringer i generell pasientinformasjon. Dette blir vurdert ved revisjon av informasjonsmateriell.

På tampen av året ba Pasient- og brukarombudet og Helsetilsynet om et felles møte med ledelsen og ansvarlige for pasienttransport i Helse Nord-Trøndelag HF. I tillegg til forholda ovafor ble spørsmål om erstatning ved uhell og personskader under transport tatt opp. I etterkant har senter for pasientreiser i Skien uttalt at erstatning vil måtte ytes gjennom private reise- og ulykkesforsikringer eller ved krav mot den som er ansvarlig for uhell og skade.

3.1.6 Andre generelle forhold

- Ei konkret sak i Norsk pasientskadeerstatning (NPE) så ut til å bli liggende hos rådgivende onkolog i nærmere ett år. Dette førte til prinsipiell henvendelse til NPE med påstand om at så lang ventetid i en enkelt fase i saksbehandlingsprosessen er uakseptabel. I svaret viste NPE til intensivert innsats for å skaffe rådgivende onkologer. Henvendelsen tok også opp det informasjonsmessige vakuemet som så omfattende ventetid representerer. NPE uttrykte at alle som henvender seg dit under sakas gang, skal få god informasjon om vidare progresjon og med størst mulig presisjon.
- Pasient- og brukarombuda i Sør- og Nord-Trøndelag sendte felles henvendelse til alle apotek i fylka. Spørsmålet gjaldt nødvendig skjerming av LAR-pasienter som får utelevert og må innta medisin i apoteket. Alle apotek i Nord-Trøndelag svarte at de hadde tilrettelagt for skjerming ved egne avlukker eller rom. I Sør-Trøndelag gjaldt det de fleste, men her var det noen avvik.
- En henvendelse hit som ble videresendt, førte til at Helse Nord-Trøndelag HF og Innherred interkommunale legevakt iverksatte arbeid med å forbedre rutiner for ivaretaking og oppfølging av tilfeldige som ankommer alvorlige ulykker og som involveres i redningsarbeidet. Saka resulterte i heilt nye prosedyrer.
- Pasient- og brukarombudet har levert til Statens helsetilsyn følgende forslag til tilsyn i 2012: Pasientinformasjon i spesialisthelsetjenesten, suicidalvurderinger i

helsetjenesten, overholding av pasienters rett til vern mot spredning av opplysninger i fastlegers henvisninger, kommunal saksbehandling og gjennomføring av vedtak.

3.2 Særskilt om spesialisthelsetjenesten

3.2.1 ML-senteret og HELFOs rusbehandlingsinstitusjoner.

Saka har pågått fra november 2008. Da mottok Pasient- og brukerombudet signal om at ruspasienter ved Mestrings- og læringssenteret (MLS) / ML-klinikken i Levanger ikke fikk den tverrfaglige og spesialiserte behandlinga de hadde krav på. Sju konkrete pasientklager ble i løpet av kort tid oversendt til Helsetilsynet.

MLS og andre institusjoner inngikk avtaler med HELFO pasientformidling om spesialisert behandling til ruspasienter som var utsatt for fristbrudd. Flere av institusjonene lå utafor etablert behandlingssystem og var ikke, som offentlig spesialisthelsetjeneste for øvrig, initiert av de regionale helseforetaka og dermed heller ikke underlagt nødvendig kvalitetskontroll.

Ombudet tok opp forholdet med HELFO pasientformidling og deretter med Helsedirektoratet som HELFOs overordna. Der forstod en bekymringa, og vesentlige forhold skulle drøftes med Helse- og omsorgsdepartementet. Ombudskollegiet kontakta de regionale helseforetaka, og saka ble parallelt drøfta med ledelsen i Helse Midt-Norge RHF (HMN) i to møter. Likevel har Rusbehandling Midt-Norge HF, som er underlagt HMN, betalt for et antall pasienter ved MLS uten å forsikre seg om behandlinga var i pakt med kravet til rusbehandling. Det samme har andre regionale helseforetak gjort.

Det er reist viktige spørsmål som ennå ikke er avklart: Hvorfor kreves ikke godkjenning av rusinstitusjoner som skal gi spesialisthelsetjenester? Hvorfor har ikke HELFO eller andre som ble varsla, gjort noe for å kvalitetssikre behandlinga? Hvorfor er det lagt opp til et system som kan bidra til å trigge framvekst av useriøse aktører i spesialisert helsetjeneste?

Etter å ha hatt klagesakene vel og lenge, bestemte Helsetilsynet seg for å iverksette tilsyn med MLS. Resultatet forelå i desember 2011 og var knusende: MLS leverer ikke tverrfaglige og spesialiserte tjenester til ruspasienter. MLS står med andre ord til stryk, og konklusjon fikk HELFO pasientformidling til umiddelbart å si opp avtalen med MLS.

Ombudets oppfatning er at i denne saka har alle svikta gjennom tre år. Det fins ingen grunn til å tru at en eneste av ruspasientene ved MLS har fått den behandlinga de har hatt krav på. Det er en skam. HELFO pasientformidling, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetaka og Rusbehandling Midt-Norge hadde alle muligheter til å opptre etter føre-var-prinsippet, men ingen gjorde det.

Ennå fins tilsvarende institusjoner i HELFO pasientformidlings regi. Det gir grunn til å frykte at flere ruspasienter ikke får den behandlinga de skal ha. Pasient- og brukerombudet kommer ikke til å legge saka på is så lenge de prinsipielle spørsmåla fortsatt er ubesvart.

3.2.2 Valg av sjukehus og vern mot spredning av opplysninger

Pasient- og brukerombudet har mottatt henvendelser fra pasienter som er avvist ved St. Olavs hospital (SOH). Sjukehuset har ikke etterlevd bestemmelsene om retten til å velge sjukehus. I

tillegg er taushetsplikt og vern mot spredning av opplysninger brutt ved at SOH har sendt mottatte henvisninger videre til anna sjukehus.

Forholdet er tatt opp flere ganger. Hver gang er det lovt endringer, men snart har det samme gjentatt seg. Ledelsen har ikke evna å plante rett forståelse av regelverket i organisasjonen idet avdelinger og mellomledere trur at SOH generelt har et høgere behandlingsnivå enn lokalsjukehus. Det korrekte er at SOH nesten overalt har tilbud på lokalsjukehusnivå og omfattes dermed av pasienters valgtrett.

Etter nok en henvendelse herfra har SOH igjen erkjent at de har praktisert regelverket feil, og de vil endre praksis. Ombudet sendte også ei konkret sak til Helsetilsynet i Sør-Trøndelag som nylig ga pasienten medhold og la samme regelforståelse til grunn som Pasient- og brukerombudet. Nå er det bare å håpe at SOH er på rett spor en gang for alle.

3.2.3 Andre forhold i spesialisthelsetjenesten

- Ombudet mottar få henvendelser om brudd på individuell behandlingsfrist. Ei årsak kan være at pasienter sjøl tar kontakt med HELFO pasientformidling. Det er imidlertid svært ulikt hvilket innhold helsehjelpa har før sjukehusa anser behandlingsfristen som oppfylt. Noen ganger startes behandlingsforløpet, i andre tilfeller blir det kun foretatt vurdering som til forveksling er kopi av vurderinga fastlegen gjorde før henvisninga ble sendt. Pasient- og brukerombudet har i media sagt at behandlingsfristen iblant blir keiserens nye klær. Dette vil bli tatt opp med rette vedkommende myndigheter.
- Sjukehuspasienter fikk ikke bytte behandler. Ombudet ba Helsedirektoratet om uttalelse. De sa at sjøl om det ikke foreligger formell rett til å kreve ny behandler, må det legges stor vekt på pasientens medvirkningsrett. Når tilliten er borte, bør det legges til rette for bytte. Tillitsbrist har negativ betydning for behandlingsrelasjonen, og behandlinga kan dermed oppfattes å bli i strid med kravet om forsvarlighet.
- Mens Helse Nord-Trøndelag HF har gjort stor innsats for å bedre saksbehandlinga ved henvendelser, har situasjonen vært lite tilfredsstillende ved St. Olavs hospital (SOH) til tross for at dette er tatt opp gjentatte ganger. Forvaltningsreglement er ikke overholdt, og vi har erfart dårlig kvalitetssikring av saksbehandlinga og svara som går ut fra sjukehuset. SOH har igjen lovt forbedringer.
- På bakgrunn av tidligere vedtak i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) har ombudet fått henvendelser om forespeilt dialysetilbud ved Distriktsmedisinsk senter Steinkjer. Vi sendte forespørsel til HNT som svarte at tilbudet vil komme seinest i 2015. Direktøren orienterte også i styremøte. I etterkant skrev ei avis at tilbudet kommer i 2012. Direktøren har meddelt ombudet at dette er feil. Han vil derfor ha ei utfordring overfor publikum idet det ikke er observert noen retting av opplysninga i avisa.

3.3 Særskilt om kommunale helse- og omsorgstjenester

3.3.1 Ikke nødvendig helsehjelp (eller mangel på kommunikasjon?)

I 42 (36,2 %) av 116 henvendelser om kommunene, nesten dobbelt så mange som året før (23), ble det anført at retten til nødvendig helsehjelp ikke ble innfridd. De fleste som opplevde dette, meiner fastlegen ikke ga den hjelpa som trengtes. Noen viser til legevakta mens et

mindre antall har opplevelsene fra pleie- og omsorgssektoren. Sjøl om det i en del tilfeller ikke er objektive holdepunkt for at helsetjenesten har gjort feil, er det et tankekors at flere føler de ikke ivaretas godt nok. I tillegg er det sjølsagt alvorlig når det faktisk har vært svikt.

Det refereres til ei rekke forhold når folk meiner de ikke får oppfylt sin lovbestemte rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen. Dette er de som opptrer hyppigst:

- Blir ikke tatt tilstrekkelig alvorlig, bagatellisering.
- Manglende undersøkelser, overflatskhet.
- Manglende henvisning til sjukehus / mer kompetent instans.
- Utilstrekkelig medisinerer for smertetilstander.
- Manglende oppfølging ved langvarige / kroniske tilstander.
- Manglende diagnostisering i sjukeheim / pleie- og omsorgssektoren.
- Utilstrekkelig hjelp ved rus eller langvarig psykisk lidelse.

Pasient- og brukerombudet synes å legge merke til at flere av henvendelsene beror på mangelfull kommunikasjon. Pasienten veit lite om egen tilstand, hvilke vurderinger som er gjort, og hva som tenkes videre. Hos noen er underskottet på informasjon betydelig.

Likedan får vi inntrykk av at enkelte personer med rusproblematikk eller psykisk lidelse kan bli avfeid uten at det gjennomføres tilstrekkelig vurdering av status her og nå.

Når vi spør pasientene om deres tanker rundt årsaker til at de ikke får den hjelpa de meiner seg berettiga til, blir tidsfaktoren nevnt. Legen har det for travelt. Noen trekker fram ustabil legedekning og stadige vikarer mens andre vektlegger språkforskjeller.

Kommunal helsetjeneste har avgjørende betydning for folks opplevelse av trygghet for eget liv og egen helse. Det handler svært ofte om omsorgsfull ivaretaking og klargjørende kommunikasjon. Utfordringa må være å bidra til at tallet på dem som meiner de ikke får nødvendig helsehjelp, reduseres. Dersom tallet fortsetter å auke, vil det kunne innebære et truverdighetsproblem for kommunehelsetjenesten, uansett om pasientenes opplevelse beror på reell svikt i helsehjelpa eller på mangelfull kommunikasjon.

3.3.2 Individuell plan – fortsatt for lite brukt

Pasienter og brukere har rett til individuell plan ved behov for langvarige og koordinerte tjenester. Kommunene skal ha en koordinerende enhet med særskilt ansvar for planarbeidet. Pasient og bruker skal samtykke til og medvirke ved utarbeiding og gjennomføring. Målet er å utforme, koordinere, evaluere og endre tjenestene i tråd med behov og utvikling hos personen.

Ombudet mottar få henvendelser om individuell plan. Når vi i samtaler med pasienter og brukere tar opp temaet, sier mange at de kan tenke seg en slik plan. Noen trur at de har plan, men kjenner ikke til innholdet eller hvem som er koordinator. Enkelte forveksler individuell plan med pleie- og ukeplaner. Andre sier at de ikke har fått informasjon om rettigheten. Atter andre forteller at deres plan er så omfattende og lite operasjonell at den ikke fungerer. Felles for mange er at de uttrykker forventning til at en individuell plan skal kunne bidra til trygghet, forutsigbarhet, egenmestring, sjølstendighet og et kvalitetsmessig godt liv.

Pasient- og brukerombudet oppfordrer kommunene til i større grad å tilby pasienter og brukere individuell plan. Den kan med fordel gjøres enkel og inneholde tre hovedelement:

Hvilke behov fins, hvordan skal behova møtes, og hvem har ansvar for hva? Det er vesentlig at planen enkelt kan endres i takt med endra behov.

3.3.3 Mangel på sjukeheims plasser

I september fortalte Dagsrevyen om pleietrengende som etter vedtak om sjukeheims plass må vente lenge før de kan flytte inn. Årsaka er mangel på kapasitet. Året før avslørte TV2 at mange kommuner opererte med ventelister. Da iverksatte Statens helsetilsyn landsomfattende tiltak for å få eliminert listene. Poenget er at når vedtak om plass er fatta, må en få plassen. Enten har en behov for sjukeheims plass, eller så har en det ikke. Det fins ingen mellomting.

I ettertid har kommuner prøvd ulike kreative måter å takle problematikken på. Noen fatter vedtak og lar pasientene vente. Pasient- og brukerombudet spurte seks kommuner i Nord-Trøndelag om hva de gjør når det søkes om plass i sjukeheim og det ikke fins ledige rom. Samtlige svarte at de unnlot å behandle søknadene inntil det var ledig plass.

Slik skjules et kapasitetsproblem. Samtidig går det ut over forsvarligheten når en person ut fra faglige vurderinger skulle hatt sjukeheims plass, men ikke får det. I tillegg er det en trussel mot rettssikkerheten når søknader legges til side ubehandla, fordi søkeren fratas muligheten til å klage på et vedtak.

Pasient- og brukerombudet meiner at folk oftere bør klage, både når en har fått positivt vedtak som ikke effektueres, når søknad ikke behandles innen rimelig tid, og når resultatet blir et avslag. Klager har gjerne den virkninga at de bidrar til endringer, ikke bare for den enkelte klageren, men også for dem som kommer etter.

En person fikk stadige vedtak om nye korttidsopphold ved sjukeheimen. Der ble vedkommende, som ikke var i stand til å bo heime, plassert på et bad. Det ble søkt om langtids plass, og kommunen ga beskjed om at søknaden ville bli behandla i løpet av tre måneder. Deretter skjedde heller ingenting før det ble purra. Omsider ble det fatta positivt vedtak, men fortsatt med badet som oppholdssted. Saka ble påklagd til Helsetilsynet, og det medførte at personen fikk plass i ordinært sjukeheimsrom. Klagen ble likevel opprettholdt blant anna i forhold til kommunens saksbehandling. Klagesaka er ikke avslutta.

3.3.4 Saksbehandling i kommunene

Gjennom flere år har vi sett mangelfulle vedtak, og kommuner har ikke vært flinke nok til å overholde forvaltningslovas bestemmelser om svartider og foreløpige svar. I 2011 registrerte vi imidlertid ei gledelig bedring i kommunenes saksbehandling. Vi har sendt færre purringer, og vedtak er bedre begrunna. Det er flott å se at kommunene beflitter seg på god jobbing.

Men det fins forbedringspotensial. Av og til tar grundigheten overhand, og saksframstillinger og vedtak blir så svære at de er vanskelige å forholde seg til. Det er en kunst å skrive konsise vedtak med gode begrunnelser. Pasient og bruker må kunne forstå det de leser. Ved avslag må begrunnelsene være tydelige, og informasjon om klageadgang må vektlegges.

Det fins minst to grøfter å falle i. Den ene er for omfattende, ordrikt og vanskelig tilgjengelig vedtaksdokument. Den andre grøfta er ei saksbehandling som ikke følger regelverket med hensyn til forberedelse og brukervedvirkning og som ender opp i for dårlig begrunna vedtak.

Vi har sammen med Fylkesmannen og KS også i 2011 arrangert saksbehandlingskurs for kommunene. Dette er nyttig for alle parter. Gjennom dialog rundt konkrete eksempler genereres læring, men også aukt gjensidig forståelse for hverandres roller og oppgaver.

Samhandlingsreforma og nytt lovverk medfører endringer som kan bety behov for enda bedre saksbehandling. I tillegg kan det forventes flere klagesaker som må behandles ryddig og godt. Det blir spennende å se hvordan disse utfordringene takles.

4.0 Spesialisthelsetjenesten - statistikk

4.1 Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste

Staten har det overordna ansvaret for nødvendig spesialisthelsetjeneste til befolkninga. I Nord-Trøndelag har Pasient- og brukerombudet mottatt følgende henvendelser:

Sjukehus / helseforetak / private	2009	2010	2011
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger	162	155	119
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos	83	93	64
St. Olavs hospital HF	40	52	45
Andre helseforetak (heile landet)	15	25	24
Privat spesialisthelsetjeneste	8	11	17

Sykehuset Levanger omfatter også DMS Stjørdal og DPS Stjørdal. DPS Kolvereid er en del av Sykehuset Namsos. Alle ligger i Nord-Trøndelag og tilhører Helse Nord-Trøndelag HF.

St. Olavs hospital HF rekrutterer pasienter fra Nord-Trøndelag. Noen velger seg dit på lokalsjukehusnivå, andre henvises på grunn av region- og universitetssjukehuskompetansen.

En merker seg generell nedgang i henvendelser om sjukehusa. Det er umulig å vite om det er en trend eller tilfeldig variasjon. Det samme gjelder auken for privat spesialisthelsetjeneste.

Tabellen nedafor gir oversikt over henvendelser fordelt på områder i spesialisthelsetjenesten. Spesialiteter som ikke framgår av lista, har små tall.

Områder i spesialisthelsetjenesten	2009	2010	2011
Ortopedi	75	77	47
Kirurgi	33	43	39
Psykisk helsevern voksne	30	43	38
Medisin	42	34	20
Onkologi	14	23	19
Gynekologi / føde	18	11	15
Radiologi	8	10	15
Revmatologi	26	19	9
Øre-nese-hals	3	8	8
Barn	8	5	7
Nevrologi	6	8	7
Rus og avhengighet	12	12	7

Øye	2	3	6
Psykisk helsevern barn/unge	3	7	5
Urologi	3	4	5
Nevrokirurgi	3	8	4
Akuttmottak	3	8	3
Rehabilitering	5	5	3

Det er nedgang i henvendelser om *ortopedi* og *medisin*. Noe kan forklares med den generelle reduksjonen for spesialisthelsetjenesten. Tallet for *revmatologi* synker mens *radiologi*, som ikke var representert i fjorårets tabell, har gjort et byks oppover. Det skyldes i hovedsak henvendelser på bakgrunn av at nye granskinger av røntgenbilder i noen tilfeller har avdekt forhold som ikke var erkjent ved opprinnelig granskning. Helsetilsynet / Fylkesmannen har bebuda tilsyn med røntgenavdelinger og -institutt i 2012.

4.2 Spesialisthelsetjenesten - henvendelsesgrunner

Tabellene nedafor gjengir folks grunner til å ta kontakt med Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. Vi viser to tabeller, en for lovbestemte rettigheter (pasientrettighetslova) og en for andre henvendelser. Det registreres ofte flere grunner for hver henvendelse. Talla viser ikke faktisk svikt, men hva de som henvender seg, har opplevd som svikt.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2009	2010	2011
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	34	38	39
Individuell behandlingsfrist (§ 2-1)	9	12	10
Vurdering / fornya vurd. (§§ 2-2 og 2-3)	9	8	10
Valg av sjukehus (§ 2-4)	11	19	15
Individuell plan (§ 2-5)	2	5	0
Sjuketransport (§ 2-6)	45	15	14
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	43	74	62
Journal (kap. 5)	21	26	33
Barns rettigheter (kap. 6)	0	0	0

Henvendelsene om *informasjon / medvirkning / samtykke* dominerer. Spesialisthelsetjenesten har mye å gå på før tilstanden er god nok. Grundigere informasjon og bedre ivaretagning av pasientens medvirkerrolle vil i mange tilfeller kunne avverge unødige klager.

For øvrig viser talla små svingninger, men vi registrerer et aukende antall henvendelser om *journal*. Det gjelder både manglende imøtekomning av ønska journalutskrift og oppfatninger om at journalen inneholder feilaktige, krenkende eller unødvendige opplysninger.

I tabellen over andre henvendelsesgrunner er det rangert etter forekomst i 2011:

Andre henvendelsesgrunner	2009	2010	2011
Pasientskade / komplikasjon	84	81	84
Forsinka / feil diagnose	47	35	40
System / samarbeid	31	33	35
Utskriving / oppfølging	21	47	27
Ventetid	18	29	26

Omsorgsfull hjelp	39	28	25
Medisinering	37	43	24
Forsinka / feil behandling	35	38	22
Helsepersonells oppførsel	15	25	20
Egenandeler	9	15	12
Henvising	12	13	10
Infeksjon / hygiene	9	22	9
Tvang	5	12	7
Taushetsplikt	9	8	5

På de fleste områda er endringene små fra år til år. En kan likevel merke seg store svingninger på *utskriving / oppfølging*. Ombudet vil følge utviklinga når samhandlingsreforma trer i kraft.

Antallet henvendelser om *medisinering* er kraftig redusert sammenlikna med de to foregående åra. Det samme gjelder *forsinka / feil behandling*. Tallet for *infeksjon / hygiene* har gått tilbake i forhold til året før.

5.0 Kommunale helse- og sosialtjenester - statistikk

Kommunale helse- og sosialtjenester ble med i Pasient- og brukerombudets virksomhet fra 1.9.2009.

Kommunale helse- og sosialtjenester	2009	2010	2011
Antall henvendelser	108	106	116

I 2011 utgjorde andelen henvendelser på kommunesektoren 28 % av samtlige henvendelser mot 22 % i 2010. Tabellen viser at andelsauken ikke først og fremst skyldes nominell endring fra tidligere år, men nedgang i henvendelser om spesialisthelsetjenesten. Tallet er fortsatt lavere enn en kunne forvente, men korresponderer med Fylkesmannens oppfatning av at det klages for lite på kommunenes tjenestetilbud og vedtak.

66 av henvendelsene, 57 %, gjelder fylkets fem største kommuner (24 kommuner totalt). Andelen for de samme kommunene var 61 % året før. For tre kommuner var det ingen henvendelser i 2011, det samme antallet som i 2010.

5.1 Kommunehelsetjenesten – områder og tjenester

Kommunene skal tilby nødvendige helsetjenester til alle som bor eller oppholder seg der. Tabellen viser antall henvendelser på ulike områder i kommunehelsetjenesten.

Kommunale helsetjenester	2009	2010	2011
Allmennlegetjeneste	51	58	60
Heildøgns boform /institusjon	22	12	11
Legevakt	7	9	11
Psykisk helsearbeid	5	0	8
Kommunal habilitering / rehabilitering	3	5	7
Heimesjukepleie	3	5	3

Områder som *helsestasjon, jordmortjeneste, skolehelsetjeneste og fysioterapitjeneste* er nesten ikke representert og følgelig ikke med i tabellen. På toppen ligger *allmennelegetjeneste* med en andel på 52 % av henvendelsene på kommunal sektor, en nedgang på tre prosentpoeng fra året før. Å oppleve svikt hos fastlegen er relativt dramatisk. Her dreier henvendelsene seg ofte om ikke oppfylt rett til nødvendig helsehjelp, feil ved medisiner, forsinka diagnostisering og manglende viderehenvisning.

5.2 Kommunal sosialtjeneste – områder og tjenester

Kommunene er ansvarlige for oppgaver etter sosialtjenestelova og som ikke ivaretas av statlige organ. Blant anna dreier dette seg om tjenester etter lovas kapittel 4.

I Nord-Trøndelag har Pasient- og brukerombudet kun mottatt 11 slike henvendelser i 2011 (12 i 2010). Tallet er så lavt at det ikke gir grunnlag for å brette ned tallet på ulike områder og typer tjenester.

5.3 Helse- og sosialtjenester - henvendelsesgrunner

Nedfor gjengis to tabeller med henvendelsesgrunner. I den første framstilles pasienters og brukeres oppfatning av brudd på lovbestemte rettigheter mens den andre viser øvrige grunner til å ta kontakt med Pasient- og brukerombudet.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2009	2010	2011
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	12	23	42
Valg av sjukehus (§ 2-4)	4	1	2
Individuell plan (§ 2-5)	5	4	2
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	22	23	11
Journal (kap. 5)	5	8	9

Øvrige rettigheter har ubetydelige tall eller er lite relevante i kommunehelsetjenesten. Vi ser bortimot en fordobling i opplevelse av ikke å ha fått innfridd retten til *nødvendig helsehjelp*. I 2011 er dette tallet høyere for kommunehelsetjenestens enn for spesialisthelsetjenestens del. På den andre sida viser tallet for mangler ved *informasjon / medvirkning / samtykke* ei halvering sammenlikna med de to foregående åra.

Tabellen med andre henvendelsesgrunner rangerer etter forekomst i 2011:

Andre henvendelsesgrunner	2009	2010	2011
Saksbehandling	17	20	21
Medisinering	17	19	17
Forsinka / feil diagnose	21	10	16
Henvisning	17	15	15
Omsorgsfull hjelp	23	13	12
Oppførsel	4	8	12
System / samarbeid	13	16	11
Oppfølging	3	5	10
Pasientskade / komplikasjon	6	5	7

Taushetsplikt	6	5	7
Forsinka / feil behandling	6	10	4
Egenandeler	6	12	3
Tvang	2	3	3

Kategorien *saksbehandling* omfatter både helse- og sosialtjeneste. Pasient- og brukerombudet og Fylkesmannen fortsetter samarbeidet om seminar for saksbehandlere i kommunene.

Flere som tok kontakt i 2011, hadde merknader til helsepersonells *oppførsel*.

6.0 Pasient- og brukerombudets anbefalinger

Pasientrettighetslova § 8-7 tredje ledd gir følgende bestemmelse: *"Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer."*

Nedfor følger anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. Anbefalingene er ikke uttømmende og utelukker ikke at det kan være behov for andre tiltak overfor forhold som ellers er fokusert i denne rapporten. Rekkefølgen gir ikke uttrykk for prioritering.

- Høg grad av åpenhet rundt feil, svikt og arbeid med pasientsikkerhet (kommuner og spesialisthelsetjenester)
- Positiv holdning til pasienters klager og tilbakemeldinger som verdifulle innspill til kvalitetsforbedring (kommuner og spesialisthelsetjenester)
- Tydelig oppfølging av regjeringas anbefalinger om rask kreftutredning og -behandling (kommuner og spesialisthelsetjenester)
- Særskilt årvåkenhet overfor pasienter som har vansker med å uttrykke seg godt nok (kommuner og spesialisthelsetjenester)
- Ved ny anbudsrunde om pasienttransport: Kravspesifikasjon og forberedelser som forebygger klageforhold som i inneværende periode (pasientreiser)
- Tiltak for pasienters opplevelse av å ha fått innfridd retten til nødvendig helsehjelp, herunder fokus på kommunikasjon (særskilt kommuner)
- Mer tilbud om og bruk av individuell plan: Det enkle er ofte det beste (særskilt kommuner)
- Ivaretagning av pasienters og brukeres rettssikkerhet: Søknader (f. eks. om sjukeheimplass) må behandles og ikke settes på vent (kommuner)
- Vurdering av hvorvidt sjukeheimskapasiteten er tilstrekkelig (kommuner)
- Etablering av godkjenningsordning for institusjoner som skal yte tverrfaglig og spesialisert rusbehandling og som ikke har avtaler med regionale helseforetak (Helsedirektoratet / Helse- og omsorgsdepartementet)

Vedlegg:**Lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 8: Pasient- og brukerombud***§ 8-1. Formål*

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

§ 8-2. Arbeidsområde og ansvar for ordningen

Staten skal sørge for at det er et pasient- og brukerombud i hvert fylke. Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

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

Pasient- og brukerombudet kan ta saker som gjelder forhold i den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, opp til behandling enten på grunnlag av en muntlig eller skriftlig henvendelse eller av eget tiltak.

Enhver kan henvende seg til pasient- og brukerombudet og be om at en sak tas opp til behandling. Den som henvender seg til pasient- og brukerombudet, har rett til å være anonym.

§ 8-4. Behandling av henvendelser

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

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

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

§ 8-6. Pasient- og brukerombudets adgang til helse- og omsorgstjenestens lokaler

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

§ 8-7. Pasient- og brukerombudets oppgaver

Pasient- og brukerombudet skal i rimelig utstrekning gi den som ber om det informasjon, råd og veiledning om forhold som hører under ombudets arbeidsområde.

Pasient- og brukerombudet skal gi den som har henvendt seg til ombudet, underretning om resultatet av sin behandling av en sak og en kort begrunnelse for resultatet.

Pasient- og brukerombudet har rett til å uttale sin mening om forhold som hører under ombudets arbeidsområde, og til å foreslå konkrete tiltak til forbedringer. Pasient- og brukerombudet bestemmer selv hvem uttalelsene skal rettes til. Uttalelsene er ikke bindende.

Pasient- og brukerombudet skal underrette tilsynsmyndighetene om tilstander som det er påkrevet at disse følger opp.

Pasient- og brukerombudet skal sørge for å gjøre ordningen kjent.

§ 8-8. Forskrifter

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