

Årsmelding 2016

Finnmark

Norsk og samisk versjon



Ombudet har ordet:

Året 2016 har for oss som jobber hos pasient- og brukerombudet vært et år der publikum har henvendt seg til oss med mange og ulike problemstillinger. Vi har hatt en økning i antall henvendelser, og langt flere enn tidligere ber om hjelp i forhold til kommunale helsesaker. Kommunehelsetjenesten ble lagt under ombudsordningen i 2009, men pårørende og pasienter har likevel i mindre grad kontaktet Ombudet for hjelp eller bistand her enn i spesialisthelsetjenesten. Dette til tross for at kommunene har store oppgaver innenfor helse til befolkningen. Vi som arbeider hos ombudet har forsøkt å nå ut til befolkningen med informasjon om at vi også kan bidra her ved behov. Dette har vært gjort gjennom kommunebesøk, møte med brukerorganisasjoner, arbeid med enkeltsaker, mediaoppslag og avisinnlegg. I tillegg har vi en aktiv facebook side som oppdateres jevnlig. I år er vi derfor glad for at 44 % av vår saksmengde omhandler kommunehelsetjenesten. Problemstillinger fra legevakt til fastlege, sykehjem m.m. Dette er viktige saker som omhandler samhandling og samarbeid internt i kommunehelsetjenesten, men også mellom sykehus og kommunene. Vi erfarer og ser at det ofte er i dette skjæringspunktet feil og manglende informasjon oppstår. Når flere aktører må samarbeide kreves det innsats og god dokumentasjon. I tillegg er en god dialog med pasient og pårørende viktig for at behandling og oppfølging av pasienten blir korrekt og av god kvalitet. Vi hos ombudet har hatt et stort fokus gjennom 2016 på de eldres behov for en verdig alderdom. Dette handler om at eldre skrøplige pasienter må få den omsorg de har behov for når hjelpebehovet melder seg. Individuelt tilpassede hjelpetiltak må gjøres hvor også integritet og selvbestemmelser blir ivare tatt. Vi ser en samfunnsutvikling hvor man ønsker at de eldre skal bo lengst mulig hjemme, men til tider har dette blitt uforsvarlig. Fallskader, underernæring, ensomhet og utrygghet er resultatet. En del eldre er redd, ensom og har selv et ønske om å bo i institusjon. Likevel må de vente i uviss tid på ledig plass. Noen ganger blir det så galt at den gamle må legges inn på sykehuset fordi de ikke lenger kan bo hjemme og kommunen har ikke ledig plass. Dette må vi som samfunn gjøre noe med raskt. En slik ivaretagelse av eldre kan vi ikke være bekjent med.

Pasient- og brukerombud i Finnmark

Nette Elisabeth Eriksen

Innholdsfortegnelse:

Innhold:

Ombudet har ordet	02
1.0 Pasient- og brukerombudets oppgaver og virke	05
1.2 Driftssforhold	06
1.3 Budsjett	06
1.4 Pasient-og brukerombudets arbeidsmetodikk	07
2.0 Året 2016 Utfordringer/problemstillinger	08
2.1 Pasienterfaringern kontra pasientopplevelser	08
2.2 Manglende fastleger	09
2.3 Legevakt	09
2.4 Eldre skrøpelige pasienter	11
2.5 Antall henvendelser 2014 til 2016	12
2.6 Fordeling av saker, hovedkategori	12
2.7 Henvendelser kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste	12
3.0 Spesialisthelsetjenesten	13
3.1 Henvendelser fordelt på de ulike sykehus gjennom de tre siste år (2014,2015,2016)	13
3.2 Årsaker til henvendelser spesialisthelsetjeneste	14
3.3 Hovedspesialitet kategori spesialisthelstjensten	14
3.4 Underkategorier spesialisthelsetjeneste	15
4.0 Kommunale helse- og omsorgstjenester	18
4.1 Årsak til henvendelse kommunehelsetjeneste	19
4.2 Hovedspesialitet kommunal helse-og omsorgstjeneste	19
4.3 Underkategorier kommunal helse-og omsorgstjenest	19
4.4 Klagegrunner hovedspesialitet kommunehelsetjeneste	20

5.0 Forespørsler	22
6.0 Pasientskade/komplikasjoner/Norsk pasientskadeerstatning	22
7.0 Pasient- og brukerombudets anbefalinger til helsetjenesten	23
8.0 Avslutning	24
Vedlegg: Pasient- og brukerretighetsloven kapittel 8. Pasient- og brukerombud	25

Samisk oversettelse av årsmeldingen ligger vedlagt som del 2.

1.0 Pasient- og brukerombudets oppgaver og virke

Pasient- og brukerombudet i Finnmark skal dekke et fylke med et areal på 48 637 km², med spredt befolkning på større og mindre steder. Fylket består av 19 kommuner, hvor 6 av kommunene er byer. Den største byen er Alta, deretter Hammerfest, Kirkenes, Vadsø, Vardø og Honningsvåg. Til sammen bor vel 75 000 mennesker i fylket. Ombudet i Finnmark skal ivareta norsk, samisk, kvensk og fremmedspråklig befolkning.

Pasient- og brukerombudets virksomhet er hjemlet i lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter, kapittel 8. Ombudet skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettsikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene. Unntatt fra arbeidsområdet er miljørettet helsevern og økonomisk sosialhjelp.

Pasient- og brukerombudene er administrativt knyttet til Helsedirektoratet, som har det formelle arbeidsgiveransvaret for ombudsordningen. Ombudet utøver sitt faglige virke selvstendig og uavhengig. Tilbudet er gratis og klientene har anledning til å være anonyme. Tilbudet er et lavterskeltilbud og klienter kan ta kontakt både ved direkte oppmøte, på telefon eller mail.

I år har ombudet behandlet 403 problemstillinger. Dette er en økning fra 2015. Ombudet har i 2016 jobbet med hele sitt mandat. Dette innebærer både individuell saksbehandling hvor den enkelte pasient, bruker eller pårørende får bistand fra vårt kontor. Dette bidrar til at helsetjenesten får tilbakemeldinger på områder i tjenesten som ikke fungerer godt nok. Hver og en sak som blir synliggjort er med på å bedre kvaliteten i helsetjenesten. Pasient- og brukerombudet har også hatt møter med både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjeneste for å reise problemstillinger som pasienter står ovenfor. Også landets pasient- og brukerombud har samarbeid med hverandre og overordnede myndigheter i landet. Vi melder fra om de tilbakemeldinger og problemstillinger vi får fra befolkningen. Dette er møter som skal sikre at pasientenes stemme fremmes og blir hørt.

Vi håper at årsmeldingen kan bli et viktig bidrag til en stadig forbedring av kvaliteten i helsetjenesten i Finnmark.

Årsmeldingen avgis til alle instanser i helsetjenesten, samt Helsedirektoratet som har det administrative ansvaret for ombudsordningen.

1.2 Driftsforhold

Pasient- og brukerombudskontoret er lokalisert i sentrum av Hammerfest. Vi har kontorlokaler i Boreal transports bygg i Hamnegata 3, ved hurtigrutekaia og bussterminal. Kontoret har tre ansatte i 100 % stilling pr. 01.01.16, og er bemannet med pasient- og brukerombud Mette Elisabeth Eriksen, rådgiver Irene Skjeldnes og seniorrådgiver Odd Oskarsen. Kompetansen ved kontoret er både innenfor helse og jus. Vi håper og mener at denne fagkompetansen skal dekke det mandat Ombudet er gitt etter pasient- og bruker rettighetsloven.

Kontoret er åpent for henvendelser fra kl. 08.00 - 15.45 på vintertid, og 08.00-15.00 på sommertid. Klientene kan ringe oss eller møte opp personlig ved vårt kontor, sende mail om sin sak og avtale om saksgang.

1.3 Budsjett 3 siste år

Budsjett og regnskap for de tre siste årene:

	2014	2015	2016
Budsjett	2.293.000	2.183.156	2.001.604
Regnskap	2.201.799	2.081.540	1.938.351

Pasient- og brukerombudet hadde et underforbruk i 2016 som i all hovedsak skyldes sykepengerefusjon.

1.4 Pasient- og brukerombudets arbeidsmetodikk

Ombudet tar i mot alle saker for behandling som ligger innenfor vårt mandat. Enkelt saker behandles individuelt og er taushetsbelagt. Vi har et saksbehandlingssystem hvor vi registrerer alle saker, skanner alle dokumenter og dokumenterer vårt arbeid. Ut fra dette systemet utarbeides statistikk fylkesvis og nasjonalt.

Vi prøver å være minst mulig byråkratisk med rask saksgang. Av og til er en sak løst ved hjelp av en telefonsamtale. Ombudet må ha det formelle på plass ved at pasient eller pårørende gir oss fullmakt til å gå inn i saken. Dette for at tjenestested eller yter skal kunne gi oss de opplysninger vi trenger for å opplyse saken og kunne behandle denne videre.

I de mer alvorlige sakene bruker vi lengre tid med ulike tilnærminger. Dette gjøres alltid i samråd med pasient eller pårørende. Dersom det foreligger spørsmål om svikt eller uforsvarlighet ved helsehjelpen, sendes klagen for videre behandling og avklaring til Fylkesmannen i Finnmark. Fylkesmannen har tilsynsmyndighet med all helsehjelp i Finnmark og ombudet har varslingsplikt ved hendelser der det stilles spørsmål ved forsvarligheten i behandlingen.

Ved pasientskader oversendes saken Norsk Pasientskadeerstatning for vurdering, hvor vi kan være fullmektig eller kopimottaker.

Vi arrangerer også møter mellom pasient/pårørende og helsetjenesten hvor det har oppstått hendelser eller konflikter som best kan løses på en slik måte. Det å møtes for å få snakket ut om uheldige situasjoner kan være til god hjelp både for pasient, pårørende og etterlatte.

Ved systemsvikt kan vi løfte de aktuelle sakene opp på et høyere nivå hvor de blir behandlet på et generelt grunnlag. Pasient- og brukerombudet skal på en god måte forsøke å være konfliktløsende, og hjelpe pasientene til å få et best mulig forhold/ gjenskape tillit til helsetjenesten.

Å møte både pasienter og helsetjenesten med respekt er en viktig del av vår jobb.

I tillegg har ombudet møter med interesseorganisasjoner, brukerorganisasjoner, undervisning, og foredrag ved helseinstitusjonene. Her løftes problemstillinger opp som er av prinsipiell karakter og viktig for mange.

2.0 Året 2016 Utfordringer/problemstillinger.

2.1 Pasienterfaringer kontra pasientopplevelser

Når pasienter tar opp situasjoner som har skjedd i helsevesenet blir dette ofte kalt for «pasientopplevelser» I seg selv er jo dette riktig, men dette er også deres erfaringer. Begrepene har noe til felles, men får likevel en ulik betydning når de skal tas opp. Pasientopplevelser i denne sammenheng innebærer ofte en situasjon pasienten har opplevd som vanskelig i møte med helsetjenesten. Det blir i en del sammenhenger betraktet som noe privat, noe som bare pasienten har opplevd og som nødvendigvis ikke er sannheten. Samtidig kan ingen ta fra pasienten hans «opplevelse». Pasientopplevelsen er dermed ingen sannhet, fordi helsepersonell sitter ofte på en annen sannhet. Hvem har da rett? Kanskje er ikke det det viktigste, men at man tar på alvor det pasienten forteller.

I våre foredrag i helsevesenet bruker vi å spørre hvem som skal være fornøyd med helsetjenesten? Og hvordan kan man finne ut dette? Selvsagt svarer alle at det er pasientene som skal være fornøyde, og at det er deres svar, eller fortellinger som er viktige. Spørsmålet blir da om det er slik i virkeligheten? Sannsynligvis er pasientopplevelsene viktige, men begrepet skaper ofte en distanse mellom pasientens sannhet og personellens sannhet. Mange pasienter sier at de ønsker å ta opp sin sak slik at andre pasienter ikke skal oppleve det samme som de, og at de ønsker at kvaliteten skal bli bedre. De har ikke bare seg selv i sentrum når de velger å komme til pasientombudet. Likevel opplever både ombud og pasienter at begrepet «pasientopplevelser» kan bli brukt lite konstruktivt i kvalitetsarbeidet.

Pasient- og brukerombudene i landet mottar årlig rundt 15- 16 000 tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og er en stor leverandør av fortellinger, historier, opplevelser og erfaringer. Opplevelser kan ikke alltid bortforklares som noe subjektivt og som muligens egentlig ikke har hendt. Dette er pasientenes erfaringer i de mange møter med en kompleks og fragmentert helsetjeneste. Ved Ombudskontoret i Finnmark kommer vi til å være mer bevisst på begrepsbruken for framtiden og i større grad bruke

begrepet «pasienterfaringer», fordi det er nettopp dette det dreier seg om. Pasientens fortelling må være viktig for det videre kvalitetsarbeidet i helsetjenesten.

Case: En pasient tar kontakt med ombudet etter en innleggelse på sykehus. Der opplever hun å bli oversett, må vente på hjelp uforholdsviss lenge når hun ringer på, og at pleierne ikke bryr seg om hennes plager. Dette blir oppfattet som en subjektiv pasientopplevelse av sykehuset. Pasienten blir sett på som veldig følsom.

2.2 Manglende fastleger

Ombudet får ofte tilbakemelding fra pasienter og pårørende som er frustrerte over manglende kontinuitet i fastlegeordningen. Stadig bytting av fastleger mellom ulike vikarer som jobber i korte perioder, gjør behandling og oppfølging vanskelig. Pasientene opplever utrygghet fordi legen har manglende oversikt og kontroll. Behandling, henvisninger/korrigeringer/endringer av medisiner er eksempel på hva som kan bli mangelfullt fordi legen i liten grad har tid nok til å lese seg opp på alle pasientene på lista. For kronisk syke og andre med alvorlige tilstander skaper dette frykt og stor utrygghet. Ombudet er i kontakt med kommunene om dette og kjenner til at det jobbes aktivt med legerekuttering. Enn så lenge har en del kommuner ikke annet valg enn å bruke en rekke vikarer. Men dette oppleves som svært utifredstillende for pasientene. Fastlegen har en svært viktig rolle i pasienters liv, de er selve navet i den totale helsetjenesten. Undersøkelser og behandling i spesialisthelsetjenesten skjer i samarbeid med fastlegen som har ansvaret for den videre oppfølging og koordinering. Det sier seg selv at det å skifte fastlege hyppig ikke kan fungere spesielt godt. Ombudet kjenner til at det jobbes kontinuerlig på ulike nivåer med rekruttering av leger til Finnmark.

Case: en pasient kontakter ombudet fordi han får ny vikarlege hver 14 dag. Pasienten står på en fast smertebehandling som krever at medikamenter skrives ut jevnlig. Dette blir bare rot da det ikke følges opp av vikarlegene. Pasienten er fortvilet og livskvaliteten blir svært dårlig. Ombudet må kontakte kommuneoverlegen som etter en tid får ryddet opp i dette.

2.3 Legevakt

Pasient- og brukerombudet i Finnmark har behandlet med jevne mellomrom henvendelser knyttet til retten til øyeblikkelig hjelp, hvor pasientene har

blitt avvist i første omgang. Ombudet finner derfor grunn til kort å gjøre rede for reglene knyttet til øyeblikkelig hjelp-situasjoner.

Med øyeblikkelig hjelp menes umiddelbart med mindre det er forsvarlig å vente noen tid.

Det rettslige utgangspunktet er at enhver som oppholder seg i riket har krav på øyeblikkelig hjelp når det er påtrengende nødvendig. Denne retten følger av pasient- og brukerrettighetslovens (pasrl) §§ 2-1a første ledd første punktum og 2-1b første ledd, som begge lyder: "Pasienten har rett til øyeblikkelig hjelp." Det innebærer at pasienten har rett til øyeblikkelig helsehjelp både fra kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, jfr. Helse- og omsorgstjenestelovens (hol) §.3-5 og spesialisthelsetjenestelovens (sphl) § 3-1.

Denne retten til helsehjelp er uavhengig av hvilken status pasienten har, altså om pasienten er norsk borger, har oppholdstillatelse eller ikke.

Etter spesialisthelsehelsetjenesten § 3-1 skal *"... sykehus og fødestuer straks motta pasienter... hvis den hjelp institusjonen eller avdelingen kan gi er påtrengende nødvendig"*. Den korresponderende plikten for kommunene følger av hol. §.3-5 første ledd, jfr. andre ledd, som pålegger kommunen *«straks tilby eller yte helse- og omsorgstjenester til den enkelte... ansvar for øyeblikkelig hjelp...»*.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp dersom det er påtrengende nødvendig, er uavhengig av om det er den kommunale legevakt eller et akuttmottak ved et helseforetak, for eksempel et sykehus eller klinikk. Øyeblikkelig hjelp-tilfeller kan være: *«alvorlige skader, livstruende infeksjoner, lungebetennelser, alvorlige psykoser, beinbrudd, sterke mavesmerter eller hindre sterke smertetilstander mv.»*. Sterke smertetilstander omfattes også av retten til øyeblikkelig helsehjelp, men ikke en rett til permanent smertelindring. Retten til øyeblikkelig hjelp gjelder for alle pasientgrupper.

Plikten til å yte øyeblikkelig hjelp er nærmere regulert i helsepersonellovens (hpl) § 7 hvor det heter at *« helsearbeidere skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig*. Dette er en selvstendig plikt som påhviler helsepersonellet. Hva som er påtrengende nødvendig gir rom for en viss skjønnsutøvelse, da ikke enhver øyeblikkelig hjelp-situasjon behøver å være det.

I slike tilfeller må helsepersonellet da bygge på de opplysninger han har fått fra pasienten og dennes symptomer. Det kan derfor være vanskelige vurderinger helsepersonellet må foreta i slike akutt-situasjoner.

Er helsepersonellet i tvil om pasientens helsetilstand, plikter de å foreta nødvendige undersøkelser. Den hjelp som gis skal i alle tilfelle være faglig forsvarlig etter hpl.S.4.

Når pasienten henvender seg til legevakten eller akuttmottaket i et øyeblikkelig hjelp-situasjon, er det for å få hjelp for akkurat denne lidelsen. Det er da avgjørende viktig for pasienten å få en relativt rask avklaring på situasjonen.

Det gjøres for øvrig oppmerksom på at øyeblikkelig hjelp-situasjoner ikke krever samtykke som rettsgrunnlag. Begrunnelsen er at tiden både kan være knapp og situasjonen kritisk. Uansett må det uten videre legges til grunn at samtykke til behandling allerede er gitt ved pasientens henvendelse.

Case: En ung voksen pasient blir svært dårlig med sterke smerter i rygg, skulder og har sykdomsfølelse. Hun oppsøker legevakten, men blir sendt hjem. Pasienten blir stadig dårligere, får mer smerter og er gjentatte ganger i kontakt med legevakt og fastlege. Til slutt har pasienten svært høy feber og familien må ta affære. Hun blir innlagt sykehus akutt og trenger avansert behandling i lang tid. Saken klages inn til pasient- og brukerombudet.

2.4 Eldre skrøplige pasienter

Dette er en stor gruppe pasienter, ofte med flere ulike sykdomstilstander. De fleste eldre klarer seg godt og opplever at de mestrer sine daglige oppgaver. De vil gjerne bo hjemme så lenge de føler seg trygge. Mange klarer seg også lenge med hjemmesykepleie og praktisk bistand. Når sykdom og skrøpeligheit blir stor, ønsker mange å få et tilbud om fast plass på institusjon eller bolig med heldøgns omsorg. Det vil si at de har personale som er tilgjengelig det meste av døgnet for å hjelpe med alt fra ernæring til stell, aktivitet og andre daglige gjøremål. Vi kjenner til at slik er det ikke alltid. Gamle blir boende hjemme med hjemmesykepleie i alt for lang tid fordi kommunen ikke har nok sykehjemsplasser. Hverdagen oppleves utrygg, fallskader med smertfulle brudd oppstår, og eldre kan bli liggende lenge før de får hjelp. Demente bor lenge hjemme fordi de har pårørende som gjør en formidabel jobb, men også de pårørende blir slitne og trenger avlastning. Ombudet får tilbakemelding om at det er for dårlig tilbud for demente

hjemmeboende. Det gjelder blant annet avlastningsplasser, manglende støttekontakter og langtidsplasser på sykehjem. Pårørende sliter seg ut og strekker seg maksimalt.

Kommunene må skaffe seg oversikt vedrørende situasjonen til alle hjemmeboende demente. Dette for å komme i forkant med tilbud om avlastning, støttekontakt, aktiviteter og praktisk bistand mm.

Case: Pårørende tar kontakt med ombudet da deres mor er blitt svært hjelpetrengende og trenger tilsyn og hjelp 24 timer i døgnet. De kan ikke reise bort, og må se til moren mange ganger om dagen. Moren har hjemmesykepleie, men når pårørende kommer ligger hun til sengs uten å ha stelt seg, kledd seg eller fått i seg mat. Moren virker svært deprimert. Pårørende ønsker permanent sykehjems plass og i påvente av dette et, lengere korttidsopphold. Situasjonen er blitt uholdbar både for den gamle og de pårørende.

2.5 Antall henvendelser fra og med 2014 til og med 2016

2014	360
2015	361
2016	403

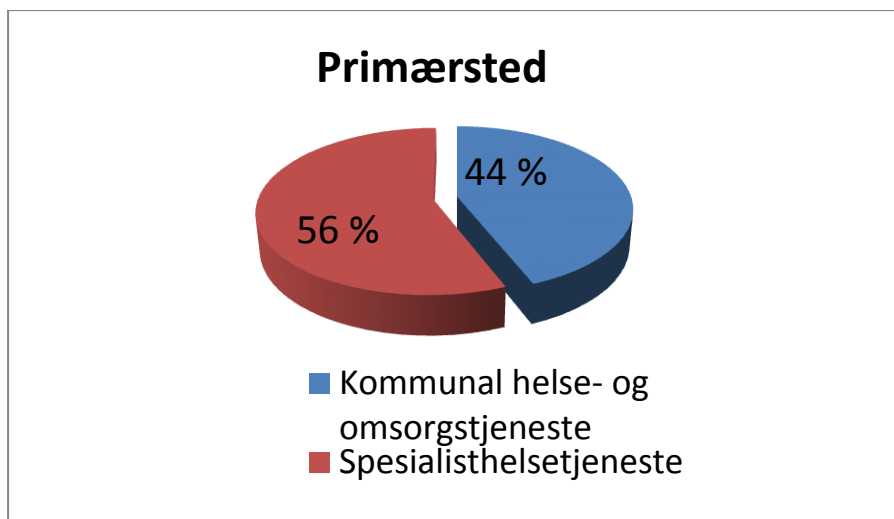
2.6 Fordeling av saker, hovedkategori

Spesialisthelsetjenesten	191 saker
Kommunale helse- og sosialtjeneste	147 saker
Annet (nav, tannhelse, områder utenfor ombudets mandat)	65 saker

2.7 Henvendelser kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste

56 % av henvendelsene omhandler spesialisthelsetjeneste

44 % av henvendelsene omhandler kommunal- helse og omsorgstjeneste



3.0 Spesialisthelsetjenesten

Staten har det overordnede ansvaret for at befolkningen gis nødvendige spesialisthelsetjenester. De regionale helseforetakene er utøverleddet (har et sørge for- ansvar).

I hovedsak mottar vi saker fra følgende helseforetak:

Finmarkssykehuset med klinikk Hammerfest, Kirkenes Kirkens, Klinikk for psykisk helsevern, klinikk for prehospitaltjenester, Pasientreiser, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, avdeling Tromsø (UNN; Tromsø).

Under Finmarkssykehuset inngår også klinikk for psykisk helsevern og rus. Klinikken består av tre distrikts psykiatriske sentra (DPS) med underliggende avdelinger og et senter for behandling av avhengighet og rus, Finmarksklinikken. De tre sentrene har ansvar for hvert sitt geografiske område. Sammen dekker de alle fylkets kommuner. Behandlingen gis både poliklinisk og i døgninstitusjoner.

Mange innbyggere i Finnmark behandles ved Universitetssykehuset Nord-Norge for både psykiske og somatiske lidelser. Allmennpsykiatrisk klinikk ved UNN har sentralsykehusfunksjon innenfor voksenpsykiatrien for Finnmark. Noen henvendelser kommer også fra private sykehus med og uten avtale med Helse nord.

3.1 Henvendelser fordelt på de ulike sykehus gjennom de tre siste år (2014,2015, 2016)

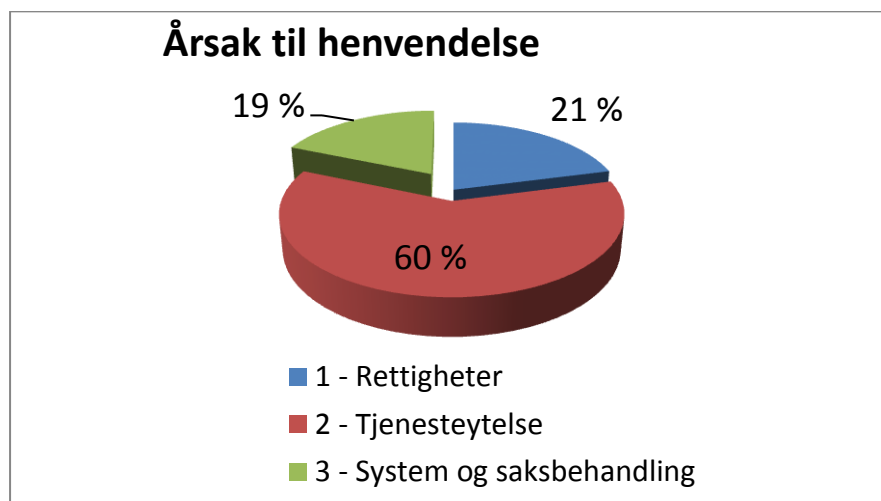
	2014	2015	2016
Helse Finnmark, klinikk Hammerfest	97	88	71
Helse Finnmark, klinikk Kirkenes	32	33	28
Universitetssykehuset Nord-Norge	66	52	53
Andre sykehus	5	9	14

3.2 Årsaker til henvendelser spesialisthelsetjeneste:

60 % av henvendelsene omhandler tjenesteytelse

19 % av henvendelsene omhandler system og saksbehandling

21 % av henvendelsene omhandler rettigheter



3.3 Hovedspesialitet kategori spesialisthelsetjenesten

Kirurgi	93
Psykisk helsevern	18
Indremedisin	14
Onkologi	9
Nevrologi	8
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	5

Rusmiddelavhengighet og annen avhengighet	4
Generelle tjenester	16
Øyesykdommer	4

3.4 Underkategorier spesialisthelsetjeneste:

Ortopedisk kirurgi	36
Generell kirurgi	20
Gastroenterologisk kirurgi	17
Syketransport	15
Psykisk helsevern voksne	14
Onkologi	9
Nevrologi	8
Lungesykdommer	5

Kommentarer til statistikk:

kirurgi:

I 2016 hadde kirurgi 92 henvendelser. Dette er en økning i forhold til 2015 (82). Kategorien omhandler gastroenterologisk kirurgi, generell kirurgi, karkirurgi, kjeve- og ansiktsskirurgi, nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, plastikkirurg, thoraxkirurgi og urologi.

Klagegrunnene innen kirurgi er ganske lik fra tidligere år, bl.a. behandlingstiltak, diagnostisering, mangelfulle rutiner/systemsvikt, egenandeler, dårlig oppførsel, valg av behandlingssted (fritt sykehusvalg), manglende informasjon og ventetid.

Det klages på lang ventetid etter at skade har oppstått, pasienter må gå lenge med smerter og forlenget sykemelding som følge av dette. Noen pasienter får infeksjoner etter inngrep og har blitt påført ekstra kostnader og lidelser. Pasientskade og komplikasjoner oppstår naturlig nok i forbindelse med kirurgi. Noen av disse sakene oversendes Norsk Pasientskadeerstatning for vurdering om pasienten har rett til erstatning.

Kategori Indremedisin:

I 2016 hadde indremedisin 13 henvendelser. Dette er en nedgang i forhold til i 2015 (28). Kategorien omhandler blodsykdommer, dialyse, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonsmedisin og lungesykdommer.

Klagegrunner innen indremedisin dreier seg om bl.a. behandlingstiltak, diagnostisering, medisiner, omsorgsfull hjelp, oppfølging, rutiner og ventetid.

Noen pasienter mener de får for dårlig behandling for sin sykdom og de blir ikke fulgt opp på en god nok måte. Pasienter og pårørende klager på manglende samarbeid mellom lokalsykehus og regionsykehus. Når lokalsykehuset ikke klarer å behandle pasienten burde regionsykehuset vært neste behandlingssted. Det kan være vanskelig for pasienter og pårørende å forstå at regionsykehuset ikke bestandig har kapasitet til å ta imot pasientene når det er ønskelig.

Kategori Barn, fødsel og kvinnesykdommer:

I 2016 hadde disse områdene 9 henvendelser. Dette er en nedgang i forhold til 2015 (12). Kategorien omfatter barnesykdommer, nyfødt medisin, obstetrikk og generell gynekologi.

Klagegrunner i kategorien barn: har omhandlet manglende samarbeid mellom legevakt, lokalsykehus og regionsykehus. Foreldre har måttet stå på selv for å bli hørt og behandling igangsatt. Fødsel og kvinnesykdommer:

Komplikasjoner under fødsel med keisersnitt, klage på oppførsel av personale på fødeavdeling, samt klage på informasjonsflyt mellom behandlende klinikker.

Kategori Øye/øre, revmatologi:

I 2016 hadde disse områdene 9 henvendelser. Det er en nedgang i forhold til 2015 (20). Kategorien omfatter øyesykdommer, øre/nese/halssykdommer og revmatiske sykdommer/plager.

Klagegrunner innen øye/øre og revmatologi omhandler klager fra pasienter som har gått ut på forsinket behandling og manglende skriftlig henvisning, bivirkninger av medisinsk behandling, manglende helsehjelp og oppførsel. Det

klages på for lang ventetid hvor pasienten har blitt påført infeksjon som følge av dette. Det har også vært klage på dårlig oppførsel. I tillegg klages det på rot med henvisning slik at pasienter ble påført ekstra kostnader i forhold til dette.

Kategori Psykiatri og rus:

I 2016 hadde psykiatri og rus 16 henvendelser. Dette er en liten nedgang i forhold til 2015 (20). Kategorien omfatter psykisk helsevern for barn og voksne, i tillegg rusmiddelavhengighet.

Klagegrunner innen psykiatri og rus går bl.a. ut på manglende behandling og oppfølging, feilmedisinering, habilitet, journalføring og diagnose.

Noen pasienter mener de får for lite, for mye eller feil medisiner. Pasienter mener de har fått feil diagnose og behandling, og ønsker endring av dette. En del pasienter mener det står feilaktige opplysninger om dem i sin journal og ønsker dette rettet eller slettet. Pasienter klager på manglende helsehjelp når de trenger det, de blir henvist til behandling hos spesialist, men ventetiden er for lang. Endel klager går ut på dårlig samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste, det fungerer ikke og pasienten blir skadelidende. Dette skjer ganske ofte i forhold til medikamentell behandling. Det klages på feilaktige tvangsinnleggelses, hvor pasient likevel ikke skulle vært lagt inn på tvang. I tillegg klages det på manglende behandling i forhold til rusproblematikk.

Kategori Generelle tjenester/transport:

I 2016 hadde generelle tjenester/transport 15 henvendelser. Det er en liten økning i forhold til 2015 (10). Kategorien omfatter syketransport, AMK/ambulansse og AMK-sentral.

Klagegrunner innen generelle tjenester, transport går bl.a. ut Pasientreisere håndtering av pasienter som tar kontakt for syketransport. Pasientene klager bl.a. på noen av de ansattes oppførsel når de tar kontakt for bestilling av reiser. Det klages på egenandeler ved reiser, pasienter mener de ikke får dekket de utgiftene de faktisk har når de har vært til behandling. Det klages på dekning av utgifter for pårørende som har vært ledsager til sine nærmeste. Noen klager på manglende kontakt med Pasientreisere, pasientene får ikke svar når de forsøker å ringe for bestilling av reise. En del klager går ut på Pasientreisere rett til helseopplysninger om den enkelte pasient for å

få bestilt reise. Pasientene føler seg mistenkeliggjort med det egentlige formålet/hensikten ved behandling som skjer utenfor vår region. Noen klager på for lang ventetid ved hjemreise fra sykehus. En del pasienter reiser tidlig om morgenen og er ikke hjemme før sent på kveld, noe som er svært krevende og slitsomt. Dette begrunnes med økonomi og rimeligste reisemåte.

Kategori onkologi/nevrologi:

I 2016 hadde onkologi/nevrologi 16 henvendelser. Det er en økning fra 2015 (8). Kategorien omfatter kreftbehandling og pasienter med nevrologiske sykdommer.

Klagegrunner innen onkologi omhandler avvisning, behandling innen frist, diagnostisering, informasjon og medisinerings. Innen nevrologi omhandler klagen valg av behandlingssted, rutiner, omsorgsfull hjelp, medisinerings, informasjon og diagnostisering.

Det klages på tverrfaglig samarbeid mellom tjenestestedene når en pasient har sammensatt nevrologisk lidelse og annen somatisk sykdom. Det klages på medisinerings i forhold til nevrologi, pasienten føler seg ikke hørt i forhold til medisinerings. En klagegrunn er manglende behandling og oppfølging i forhold til nevrologisk lidelse. Noen pårørende/pasienter klager på for dårlig oppfølging i forhold til kreftbehandling og pakkeforløpet som skal følges. Det klages på manglende samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste, pasienten faller «mellom to stoler» og får ikke nødvendig behandling og oppfølging. Endel pasienter klager på manglende informasjon i forhold til sin sykdom. En klagegrunn er manglende samarbeid mellom lokalsykehus og regionsykehus, pasienten sendes hjem i dårlig allmenntilstand og ingen tar helhetlig ansvar.

4.0 Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og sosialtjenester kom inn i pasient- og brukerombudsordningen ved lovendring 1.9.2009. Disse omfatter tjenester og tiltak etter Helse- og omsorgstjenesteloven av 24.6.2011 nr. 30.

Kommunene skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller oppholder seg i kommunen. Ordningen har eksistert i vel 7 år og henvendelsene fra kommunene varierer noe. Det har vært klar økning i antall

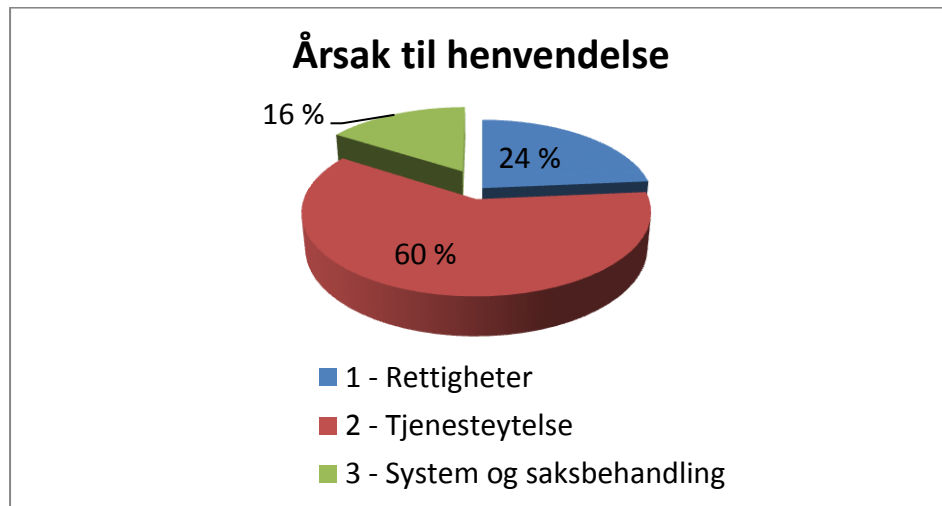
henvendelser det siste året. I 2016 har det vært 147 henvendelser mot 103 henvendelser i 2015.

4.1 Årsak til henvendelser kommunehelsetjeneste:

60 % av henvendelsene omhandler tjenesteytelse

24 % av henvendelsene omhandler rettigheter

16 % av henvendelsene omhandler system og saksbehandling



4.2 Hovedspesialitet kommunal helse- og omsorgstjeneste

Utredning, diagnostisering og behandling	95
Andre helse- og omsorgstjenester	41
Sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering	5
Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner	3
Helsefremmende og forebyggende tjenester	3
Svangerskap og barsel	1

4.3 Underkategorier kommunal helse- og omsorgstjeneste

Fastlege	84
Syketransport	17
Helsetjenester i hjemmet	12
Legevakt	12
Sykehjem	11
Tidsbegrenset opphold i institusjon	8
Brukerstyrt personlig assistanse	6

Kommentarer til statistikk:

Utredning, diagnostisering og behandling:

I 2016 hadde denne kategorien 95 henvendelse (i hovedsak klager på fastlege.) Kategorien omfatter fastlege, legevakt, fengselshelsetjeneste og syketransport. Klagene omhandler behandlingstiltak, bortfall/reduksjon av tjeneste, diagnostisering, egenandeler, henvisning, medisiner, omsorgsfull hjelp, oppførsel, rutiner og manglende verdighet i tjenesten.

I hovedsak klages det på manglende fastlege, dette er et stort problem i Finnmark. Det er stadig nye vikarer for fastlegen, som igjen har vikar for vikaren. Dette går spesielt ut over kronisk syke pasienter som trenger kontinuitet og oppfølging av en fastlege som kjenner deres helsetilstand godt. Mange pasienter føler seg mistenkeliggjort, vikar for fastlege reduserer eller fjerner medisiner som pasienten har stått fast på i mange år og pasientene blir både frustrert og fortvilet. Det er blitt et stort problem at vikar for fastlege brått kutter ut medikament som pasienten har fått foreskrevet fra spesialisthelsetjeneste (smerteklinikken). Dette er en vurdering som kan være til fare for pasientens liv og helse. Det krever en viss nedtrappingsplan dersom formålet er å redusere på medikamenter og bør gjøres i samråd med spesialist på området. Noen pasienter klager på manglende og for dårlig skrevet henvisning slik at pasienten ikke får den behandling de skal ha hos spesialisthelsetjenesten. Det klages også på oppførsel. Dette kan skyldes stadig nye vikarer for fastlege som ikke kjenner pasienten godt nok, og pasienten føler seg misforstått og dårlig behandlet. I tillegg er det noen klager på språkproblemer hvor legene er fremmedspråklige og det blir misforståelser mellom pasient og lege.

Det har vært noen klager på legevaktsordningen. Det klages blant annet på at pasienter blir avvist på legevakt til tross for alvorlig sykdom. Pasientene blir ikke tatt på alvor og sendes hjem med uforrettet sak. Som en konsekvens av legevaktlegens avvisning har det endt med akuttinnleggelser på sykehus, dette kunne vært unngått dersom pasientene hadde fått den behandlingen de skulle ved første konsultasjon.

Case:

En klient ble for en del år siden skadet i en alvorlig ulykke. Klager er i dag bevegelseshemmet. Som følge av ulykken fikk klager utskrevet et medisinregime sammensatt av ulike typer medikamenter, av smerteklinikken -spesialisthelsetjenesten. Denne behandlingen fungerte utmerket. Da en vikarlege ble klagers fastlege for en periode, besluttet vikarlegen å frata klager disse medisinene fra dag en. Dette ble gjort uten klagers medviten. På gjentatte oppfordringer fikk klager aldri noen forklaring på bakgrunnen for denne beslutningen. Ombudet tar opp saken med den aktuelle vikarlegen, men blir avvist. Saken blir derfor oversendt fylkesmannen for videre behandling. Som resultat av vikarlegens beslutning ble klager akuttinnlagt ved et sykehus og senere overført til et rehabiliteringssenter. Klager har nå fått tilbake sine faste medikamenter.

Saken stiller noen prinsipielle spørsmål om hvor langt en primærlege kan gå i å redusere eller fjerne et medisinregime fastsatt av et høyere behandlingsnivå. Når en pasient får fastsatt et medisinregime av f.eks. Smerteklinikk, er dette nødvendigvis gjort for å tilpasse ulike medikamenter som fungerer tilfredsstillende for pasienten. Å fjerne eller foreta en reduksjon i det etablerte smerteregime, skal skje gjennom en nedtrappingsplan. Det skal for øvrig gjøres i samarbeid med pasienten, slik loven krever. Å fjerne et medisinregime kan innebære en viss risiko for pasientens liv og helse. Ombudet vil derfor anbefale, i de tilfeller det er aktuelt å fjerne eller redusere medikamenter, bør dette skje i et samarbeid med smerteklinikken.

Andre helse- og omsorgstjenester:

I 2016 hadde denne kategorien 41 henvendelser. Kategorien omfatter avlastning, barnebolig, bolig til vanskeligstilte, brukerstyrt personlig assistanse, dagtilbud, heldøgns omsorgsinstitusjon rusmiddelavhengige, helsetjenester i hjemmet, omsorgsbolig, omsorgslønn, praktisk bistand og opplæring og råd/veiledning, støttekontakt, sykehjem og tidsbegrenset opphold i institusjon.

Klagene her omhandler avvisning, bortfall/reduksjon av tjeneste, manglende iverksetting av tiltak, omsorgsfull hjelp, rutiner, saksbehandling og verdighet i tjenestetilbud. En stor del av disse klagene kommer naturlig nok fra pårørende da mange av disse pasientene ikke har kapasitet til å fremme sin klage selv. Noen klager omhandler behandlingen de eldre får på sykehjem både i forhold til medisiner og pleie. Det er også klager på manglende sykehjems plass, pasienter som er såpass dårlig at de burde vært på sykehjem får ikke plass selv om behovet er tilstede. Noen klager omhandler hjemmesykepleie og den (manglende) behandling de får. Det har vært klager på manglende IP-plan og ansvarsgruppe for pasienter som har behov for det.

Noen klager omhandler brukerstyrt personlig assistent hvor det er vanskelig å få dette til å fungere. Det er pasienter som har fått tildelt BPA, men det finnes ikke personale som kan utføre jobben. Andre pasienter får avslag om BPA, selv om de har behov for det.

Sosial, psykososial og medisinsk habilitering- og rehabilitering:

I 2016 hadde denne kategorien 5 henvendelser. Kategorien omfatter ergoterapi/hjelpemidler, fysioterapi, logoped, individuell plan og koordinator. Klagen omhandler behandlingstiltak, informasjon, omsorgsfull hjelp og diagnostisering.

Det er få klager i denne kategorien. Det klages i hovedsak på manglende koordinator mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for de pasientene som har behov for det.

5.0 Forespørsler

I 2016 mottok vi 65 forespørsler. Dette er henvendelser som ikke blir registrert som sak, men hvor pasienter/pårørende kun får råd/veiledning om det de etterspør. Noen eksempler på forespørsler kan være at de ber om telefonnummer til sykehus/pasientreiser etc., spørsmål om klageordninger, tannhelse, dekning av advokat, fri rettshjelp, dekning av reiseutgifter, fritt sykehusvalg, pasientrettigheter, bytte av fastlege, Nav-ordningen og andre rettighetsspørsmål. De som ringer kan fritt velge om de vil være anonyme, alle kan ta kontakt med oss.

6.0 Pasientskade/komplikasjoner/Norsk pasientskadeerstatning

I møte med helsetjenesten forventer pasientene at de møter høyt kvalifiserte og flinke fagfolk som gir gode råd og kyndig god behandling. Tanken på at noe kan gå galt eller at akkurat de kan være den ene som får alvorlige komplikasjoner kan være fraværende, selv om informasjon om dette er gitt på forhånd. De fleste behandlinger og inngrep skjer uten de store komplikasjonene. Likevel går ikke alle inngrep som planlagt og noen pasienter opplever at de får store komplikasjoner. Dette fører igjen til et langt og

krevende sykdomsforløp. Noen ganger mener pasientene at behandlingen ikke har vært god nok eller at den har vært direkte feil, samt at de ikke har vært godt nok informert på forhånd om komplikasjonsfarene. En del av disse pasientene kommer til oss, og vi bistår disse i klagesaker til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Å få sin sak behandlet hos NPE er gratis, og pasientene får en objektiv sakkyndig vurdering av behandlingen som er gitt. Mange er fornøyde med akkurat dette, selv om de ikke alltid får utbetalt erstatning.

Pasientene bestemmer selv om de vil sende sin sak til NPE. Vi er behjelpelig ved utforming av skadebeskrivelser, innspill til sakkyndig erklæringer og til uttalelse fra behandlingssted. I noen tilfeller bistår vi også ved klage på avslag fra NPE. I 2016 bisto vi 20 pasienter å sende sin sak inn til NPE.

7.0 Pasient og brukerombudets anbefalinger til helsetjenesten

- Jobbe systematisk med kvalitetsarbeid der pasientens erfaringer og fortellinger analyseres og aktivt brukes i forbedringsarbeidet
- Sikre at rutiner og prosedyrer vedlikeholdes og oppdateres, og at alle ansatte kjenner til disse
- Empati og medmenneskelighet må løftes fram i møte mellom helsepersonell og syke mennesker. Forståelse for at syke mennesker ikke har krefter til å kjempe alle kamper selv. Helsepersonell må være deres gode hjelpere
- Plan for behandling og pleie for den enkelte pasient må alltid foreligge, og pasient/pårørende må få informasjon om dette
- Jobbe for å få til kontinuitet i pasientbehandlingen, alt for mange pasienter må forholde seg til for mange leger og annet helsepersonell
- Sikre at pasienten får en sikker og god transport til og fra behandling
- Sikre at ø-hjelpspasienter både på legevakt og i spesialisthelsetjenesten får riktig og rask behandling
- Jobbe med samhandling slik at helsetjenesten fungerer som en helhet i møte med den syke pasienten

8.0 Avslutning

Året 2016 har vært et år hos ombudet preget av mange enkeltsaker. Noen ganger har disse blitt løst i samarbeid mellom pasient, pårørende, helseforetak og oss på en effektiv og god måte, og noen ganger ikke. Vi hos ombudet erfarer at der helsepersonell er lydhør, imøtekommende og aktivt lytter til det pasienten forteller, der lar saken seg løse på en god måte. Selv der alvorlige feil er oppstått med store konsekvenser, ser vi at der leger og sykepleiere beklager oppriktig, deltar på møter og snakker med familiene dette gjelder på en medmenneskelig måte, klarer pasienter og pårørende å gå videre med verdigheten i behold. Noen ganger skjer ikke dette. Konflikten er blitt stor, og vi hos ombudet kan ikke tvinge noen til å beklage det inntrufne. Helsepersonell kan oppleve seg urettferdig behandlet og oppriktig mene at de har rett og pasienten feil. I slike tilfeller blir det vanskelig å finne gode løsninger, og dessverre sendes ofte disse sakene over til Fylkesmannen som er øverste instans innenfor pasient-behandlingen. Fylkesmannen vurderer om behandlingen er gitt forsvarlig og har dette som hovedoppgave. Vi hos ombudet opptre ofte som meklere når uheldige situasjoner har oppstått mellom pasienter og helsepersonell. Vi forsøker etter beste evne å finne fram til gode løsninger slik at pasienten kan gå videre og fortsatt ha tillit til helsevesenet. For å få dette til er vi avhengige av et godt samarbeid med både kommunehelsetjenesten og sykehus. Alle er tjent med fornøyde pasienter og pårørende.

Hammerfest 28.02.17

Mette Elisabeth Eriksen/pasient- og brukerombud i Finnmark

Vedlegg

Pasient- og brukerrettighets lovens kapittel 8

Kapittel 8. Pasient- og brukerombud

Overskriften endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

§ 8-1. Formål

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

Endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

§ 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 sosialtjenester. Med kommunale helse- og sosialtjenester menes i dette kapitlet helsetjenester etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, med unntak av lovens kapittel 4a, og sosialtjenester etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Ombudet skal utføre sin virksomhet selvstendig og uavhengig.

Endret ved lover 15 juni 2001 nr. 93 (ikr. 1 jan 2002 iflg. res. 14 des 2001 nr. 1417), 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102), 18 des 2009 nr. 131 (ikr. 1 jan 2010 iflg. res. 18 des 2009 nr. 1584).

§ 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 sosialtjenesten, 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.

Endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

§ 8-4. Behandling av henvendelser

Pasient- og brukerombudet avgjør selv om en henvendelse gir tilstrekkelig grunn til å ta en sak opp 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.

Endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

§ 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.

Endret ved lov 17 juni 2005 nr. 90 (ikr. 1 jan 2008 iflg. res. 26 jan 2007 nr. 88) som endret ved lov 26 jan 2007 nr. 3, 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

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

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

Endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

§ 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.

Endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

§ 8-8. Forskrifter

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

Endret ved lov 22 aug 2008 nr. 74 (ikr. 1 sep 2009 iflg. res. 21 aug 2009 nr. 1102).

Jahkedieđáhus 2016

Finnmárku



Dárogielat ja sáme-gielat veršuvdna Jahkedieđáhus 2016

Mildosat

Pasieanta ja - geavaheaddjiáittardeaddji

8. kapihtal Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji

Bajilčála nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-1. Ulbmil

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá bargat divššohasaid ja geavaheaddjiid dárbbuid, fuolaid ja riektesihkarvuoda áimmahuššamiin stáhta spesialistadearvvasvuodabálvalusa ja gieldda dearvvasvuoda- ja sosiálabálvalusa ektui, ja dáid bálvalusaid kvalitehta buoridemiin.

Nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-2. Bargoviidodat ja ortnega ovddasvástáduš

Stáhta galgá fuolahit ahte juohke fylkkas lea divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji. Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji bargoviidodahkii gullet stáhta spesialistadearvvasvuodabálvalusat ja gieldda dearvvasvuoda- ja sosiálabálvalusat. Gieldda dearvvasvuoda- ja sosiálabálvalusain oaivvilduvvo dán kapihttalas dearvvasvuodabálvalusat lága skábmam 19.b. 1982 nr. 66 mielde dearvvasvuodabálvalusa birra gielddain, earret lága 4a kapihtal, ja sosiálabálvalusaid lága juovlamánu 13.b. 1991 nr. 81 mielde sosiála bálvalusaid jna. birra.

Áittardeaddji galgá čađahit doaimmas iehčanasat ja sorjjaskeahttá.

Nuppástuhtton lágas geassem 15 b 2001 nr. 93 (fámus ođđajagim 1 b 2002 juovlam 14 b 2001 nr. 1417 res. mielde), borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde), juovlam 18 b 2009 nr. 131 (fámus ođđajagim 1 b 2010 juovlam 18 b 2009 nr. 1584 res. mielde).

§ 8-3. Vuoigatvuohta váldit oktavuoda divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddjiin

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji sáhtta váldit meannudeapmái áššiid mat gusket diliide stáhta spesialistadearvvasvuodabálvalusas ja gieldda dearvvasvuoda- ja sosiálabálvalusas, juogo go soames lea suinna njálmmálaččat dahje čálalaččat váldán oktavuoda dahje ieš dan ovddida.

Juohkehaš sáhtta váldit oktavuoda divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddjiin ja bivdit ášši ovddidit meannudeapmái. Guhte váldá oktavuoda divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddjiin, lea vuoigatvuohta leat anonyma.

Nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-4. Oktavuoda váldimiid meannudeapmi

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji mearrida ieš leago dat man geažil lea váldán oktavuoda doarvái bidjat ášši meannudeapmái. Jus divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji ii bija ášši meannudeapmái, de galgá sutnje guhte lea váldán oktavuoda dieđihuvvot dan birra ja oanehaččat vuđuštit manne.

Nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-5. Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji vuoigatvuohta oažžut dieđuid

Almmolaš eiseválddit ja eará orgánat mat hálddahusa bálvalit, galget áittardeaddjái addit daid dieđuid mat dárbbášuvvojit čadahit áittardeaddji doaimmaid. Riidolága 22 kapihttala regelat geavahuvvojit vástideaddji áittardeaddji vuoigatvuohta ektui gáibidit dieđuid.

Nuppástuhtton lágas geassem 17 b 2005 nr. 90 (fámus ođđajagim 1 b 2008 ođđajagim 26 b 2007 nr. 88 res. mielde) mii nuppástuhttui lágas ođđajagim 26 b 2007 nr. 3, borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-6. Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji beassan dearvvasvuođabálvalusa lanjaide

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá beassat visot lanjaide gos almmolaš spesialistadearvvasvuođabálvalusat ja gieldda dearvvasvuođa- ja sosiálabálvalusat doaimmahuvvojit.

Nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-7. Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji barggut

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá sutnje guhte dan bivdá govttolaš duhkodagas addit dieđuid, rávvagiid ja oaivadeami dakkár diliid birra mat gullet áittardeaddji bargoviidodahkii.

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá sutnje guhte lea jearran áittardeaddjis, mitalit makkár boađus lea su meannudeamis muhtin áššis ja oanehaččat vuođuštit dán bohtosa.

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddjis lea vuoigatvuohta cealkit oaivilis dakkár diliid birra mat gullet áittardeaddji bargoviidodahkii, ja evttohit konkrehta doaimmaid buorideapmái. Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji mearrida ieš geasa cealkámušat galget leat. Cealkámušat eai leat čadni.

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá dieđihit bearráigeahččoeiseválddiide dakkár diliid birra mat gáibidit ahte sii daid čuovvolit.

Divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji galgá fuolahit ahte ortnet boahtá dihtovassii.

Nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

§ 8-8. Láhkaásahusat

Departemeanta sáhtá addit láhkaásahusaid čađahit ja deavdit mearrádusaid divššohas- ja geavaheaddjiáittardeaddji hárrái.

Nuppástuhtton lágas borgem 22 b 2008 nr. 74 (fámus čakčam 1 b 2009 borgem 21 b 2009 nr. 1102 res. mielde).

