

Kapittel 9

Endringer i klageregler

– stor økning i klager etter samhandlingsreformen?

LINDA BØYUM-FOLKESETH

Høgskolen i Molde

RALF KIRCHHOFF

NTNU, Ålesund

SAMMENDRAG Vi diskuterer rettsikkerhetsmessige aspekter ved endringene i klageregler for pasienter i primærhelsetjenestene. Endringene synes ikke å ha ført til økt rettsikkerhet for pasienter.

ABSTRACT This article is about health care complaints and changes in the rules of appeal in Norway. Changes in the complaint rules in Norway have not resulted in significantly better legal protection for patients.

NØKKEORD pasientklager | pasientrettigheter | klageregler | primærhelsetjenesten

MERKNADER

Forfatterne har ingen interessekonflikter. Vi takker fagfeller for konstruktive tilbakemeldinger.

INNLEDNING

En utvikling mot en mer bruker-/pasientorientert (heretter bare pasient) politikk startet omtrent på 1970-tallet. Dette ble først og fremst ledet an av land i den vestlige verden. Omtrent på 1980-tallet kom denne politikken for alvor på den internasjonale agendaen. Senere, på midten av 1990-tallet, erklærte WHO The Decla-

ration on the Promotion of Patients' Rights in Europe (World Health Organization, 1994). Siden da har prinsippene som ligger til grunn for erklæringen materialisert seg i nasjonal lovgivning i mange land, deriblant i Norge. Pasienters rettighet til å kunne klage på behandlingen man har mottatt av helsetjenestene er et sentralt prinsipp i denne sammenheng. Vårt bidrag gir et innblikk i hvordan denne internasjonale trenden har fått fotfeste i norsk lovgivning, og vårt utgangspunkt og eksempel i denne sammenheng er endringene i klagereglene.

Utviklingen i Norge og andre land går i retning av å inkorporere pasientinteresser i helsesektoren og i lovverket (Martin, 2008; Mullen, Hughes, & Vincent-Jones, 2011). I dette perspektivet kan også harmoniseringen og forenklingen rundt pasientenes klageregler i primær- og spesialisthelsetjenestene forstås. Harmonisering og forenkling av regelverket var et av virkemidlene for å nå målene med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, (2008–2009)). Endringene kom i forbindelse med vedtakelsen av lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (Prop. 91 L, 2010–2011). Proposisjonen var en oppfølging av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47, (2008–2009)) og Innst.212 S (Innst.212 S (2009–2010)). Regler knyttet til helse – og omsorgstjenestene og retten til å klage på disse var før reformen hjemlet i ulike lover. Klagereglene er samlet i en lov; pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63). Endringene ble gjort ved endringslov i 2015 (LOV-2015-05-22-32). Det skal etter reformen kun være én klageinstans. Fylkesmannen er klageinstans uavhengig av hvilken helse – og omsorgstjeneste det klages på. Det er uten betydning om klagen gjelder tjeneste ytt av primær- og/eller spesialisthelsetjeneste. Retten til å klage på et forvaltningsvedtak til et overordnet organ er viktig for rettsikkerheten for brukere av helsetjenester. Klageretten skal sikre at det treffes rettsriktige avgjørelser i forvaltningen.

Forskning på samhandlingsreformens rettslige virkemidler, det vil her si rettslige virkemidler som er omtalt i Nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16, (2011 – 2015), s. 30), ble blant annet tatt inn i Forskningsrådets program Evaluering av samhandlingsreformen (EVASAM). Programmet ble formelt avsluttet i 2016 (Forskningsrådet, 2016). Mye av forskningen innenfor EVASAM var knyttet til innføring av avtaleverket mellom kommuner og helseforetak, samt rollen pasienter har i dette bildet (Brekke & Kirchhoff, 2015; Kirchhoff, Grimsmo, & Brekke, 2015). Vårt bidrag tar sikte på å øke kunnskapen om hvilken betydning de endrede klageregler har. Vi er opptatt av om det er samsvar mellom lovgivers intensjoner og mulige implikasjoner av endringen. Et sentralt spørsmål når det gjelder klageregler, er i hvilken grad og på hvilken måte lovstyring er egnet til å ivareta pasientinteresser i helsesektoren. Konkret gjennomgås de rettsikkerhets-

messige sidene ved endringene for pasientene, og vi har undersøkt om endringene har ført til en økning i antall klager.

METODE

I denne artikkelen anvender vi retts sosiologisk metode. Retts sosiologien består blant annet av å analysere hvilken virkning rettsreglene har i samfunnet. Dette innebærer at rettsreglenes innhold først må fastlegges på grunnlag av juridisk metode. Deretter må det foretas en undersøkelse av de faktiske virkningene av rettsreglene. Vi har brukt data i form av statistikk for å vurdere om rettsreglene som skal verne om pasienters rettssikkerhet – i vårt tilfelle klageinstituttet – har hatt den virkning som lovgiver har ønsket. Vi har avslutningsvis forsøkt å komme med mulige forklaringer på hvorfor regelverket ikke fungerer etter sine intensjoner.

Det å vurdere virkningen av endringer i regelverk innebærer systematisk innhenting av data, blant annet for å si noe om hvor man er på et gitt tidspunkt og hva som eventuelt er oppnådd. Ofte er det den relative suksessen og konsekvensene av lovendringer som er gjenstand for en evaluering. Det fordrer at man har et blikk på målene for endringen (det man ønsket å oppnå), virkemidlene (engelsk inputs) man tok i bruk, og en viss enighet rundt indikatorer for vurdering av resultater (engelsk outputs og outcomes) (Harris & White, 2013).

Utgangspunktet for valg og analyser av primærkilder i denne artikkelen er pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-1999-07-02-63) og forarbeider til pasient- og brukerrettighetsloven (Prop. 91 L, (2010–2011); LOV-2011-06-24-30). Hvorvidt endringer i klagereglene har ført til en stor økning i antall klagesaker, vises ved hjelp av frekvenstabeller og analyser basert på Helsetilsynets tilsynsmeldinger for tidsperioden 2012–2016 (Helsetilsynet, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016). Vi har tatt utgangspunkt i utvalgte klageområder innen primærhelsetjenestene, det vil si områder der man kan anta at det har vært en økning i antall klager etter samhandlingsreformen.

I neste seksjon redegjør vi i korthet for rettsikkerhetsbegrepet. Bakgrunnen for dette, er at vi tar stilling til de rettssikkerhetsmessige sidene ved klageordningen. Bruk av klageinstituttet vil etter vårt skjønn si noe om pasientenes rettssikkerhet blir godt nok ivaretatt i helseretten. Deretter følger en redegjørelse for bakgrunnen for endringene i klageordningen og hvorvidt én klageinstans innebærer en forenkling for pasienten og for de som yter tjenestene. Dette sammenholdes med data fra Helsetilsynets tilsynsmeldinger. Vi oppsummerer og diskuterer funnene i sammenheng med mulige forklaringer og implikasjoner.

RETTSSIKKERHETSBEGREPET

Denne artikkelen forholder seg til rettssikkerhetsbegrepet som et krav til rettsriktige avgjørelser, det vil si materielt riktige avgjørelser (Eckhoff & Smith, 2017). En viktig forutsetning for rettsriktige avgjørelser er at forvaltningen treffer sine avgjørelser på grunnlag av en forsvarlig saksbehandling. Dette er blant annet viktig for at pasientene skal ha tillit til at forvaltningen behandler sakene på en riktig og rettferdig måte. Videre ligger det i forsvarlig saksbehandling at saken må være tilstrekkelig utredet og at partene skal få muligheter å få interessene ivaretatt ved å få uttale seg. Forsvarlig behandling forutsetter også at de må ha adgang til å få overprøvd saken ved administrativ klage (Engelsrud, Jahren & Sletnes 2014, s. 80–81). Klage-reglene må således sies å være en del av rettssikkerheten. Klage-reglene skal være en sikkerhetsventil i forhold til om førsteinstansen/underinstansen (den som fattet vedtaket i første hånd) har gjort feil. Dersom materielle rettigheter skal oppleves som reelle, må de ha prosessuell beskyttelse, blant annet i form av klagemuligheter eller andre overprøvningsregler (Ot.prp. nr 12, (1998–99)). Videre må klageinstituttet brukes. Dersom det er få eller ingen klager på et område, vil ikke den sikkerhetsventilen som klageinstituttet er ment å være fungere i praksis. Ved få klager vil ikke eventuelle feilaktige vedtak i like stor grad bli avdekket.

RETTIGHETSFESTING OG PASIENTKLAGER

Fylkesmannen fører tilsyn med helsetjenesten og behandler klagesaker for å bidra til at den enkelte pasient får de tjenester hun/han har krav på. Klager på helse- og omsorgssaker kan deles inn i to hovedgrupper – rettighetsklager og tilsynsklager (Fylkesmannen, 2014). I vår artikkel sees det på rettighetsklager etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Rettighetsklager er når man har fått avslag på en helse- og omsorgstjeneste man har søkt på – for eksempel avslag på sykehjemsplass eller rett til helsehjelp. Fylkesmannens vedtak i rettighetsklager er endelig, og ved medhold i klagen må den aktuelle helsetjenesten rette seg etter dette.

Over tid har det skjedd en økt rettighetsfesting innen helsesektoren. Med rettighetsfesting menes at det i lovgivningen er gitt regler som gir personer (i dette tilfelle pasienter) et rettskrav på å få rettsreglene oppfylt. Det kan både være materielle rettigheter (krav på konkrete ytelser o.l.), men også prosessuelle rettigheter (rett til å klage, medbestemmelsesrett etc.). Gjennom pasientrettighetsloven har pasienten fått stor grad av med- og selvbestemmelsesrett, se blant annet pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3. Pasientene har fått sterke formelle rettigheter med klagerett til Fylkesmannen om rettighetene ikke etterleves, se pasient- og

brukerrettighetsloven § 7-2. Klagerettigheter er med på å sikre at det blir en effektiv håndheving av rettighetslovgivning. Lovfestede rettigheter kan bidra til å beskytte individene mot vilkårlighet eller uforutsette endringer fra det offentlige. Rettighetene vil til en viss grad kunne beskytte individenes grunnleggende behov mot raske økonomiske og politiske svingninger. I siste instans er rettigheter med på å sikre at borgerne vet hva de har å forholde seg til, og at de kan forutberegne sin rettsstilling (Kjønstad & Syse, 2017).

Regelverket er komplekst, og det er mange forhold som kan påklages når det gjelder helse- og omsorgstjenester. Det kan for eksempel klages på manglende nødvendig helsehjelp etter loven eller at hjelpen ikke har vært forsvarlig. En klage kan også gjelde forhold som knytter seg til at helsepersonell har gitt utilstrekkelig eller gal informasjon. Videre kan det for eksempel klages på at helsepersonell bryter taushetsplikten eller ulovlig bruk av tvang overfor pasienter.

BAKGRUNN FOR ENDRINGER I KLAGEOORDNINGEN

Bakgrunnen for endringene i klageordningen er beskrevet i kapittel 34 i proposisjonen (Prop. 91 L, (2010–2011), s. 381–397). Her viser helse- og omsorgsdepartementet blant annet til de problematiske sidene ved regelverket, som før lovendringen hadde tre forskjellige klageordninger for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Disse var regulert i sosialtjenesteloven, kommunehelse-tjenesteloven og pasientrettighetsloven. Rettsbildet var komplisert og uoversiktlig. Forslaget om forenkling av klageordningen gikk i korthet ut på å opprette én klageinstans og at klageordningen ble samlet i én lov (pasient- og brukerrettighetsloven).

Helsedirektoratets høringssvar til lovendringsforslaget (Prop. 91 L, (2010–2011)) pekte på de rettssikkerhetsmessige utfordringene ved gammel klageordning. Direktoratet antok at en forenkling av regelverket kunne bidra til at flere vil klage på uforsvarlige tjenester (ibid., s. 386). Antakelsen var særlig knyttet til mennesker med psykiske lidelser og rusproblematikk, som i liten grad benyttet seg av klageordningen.

Helse- og omsorgsdepartementet sine merknader til endringer i klageordningen samsvarer i stor grad med Helsedirektoratets høringssvar. Helse- og omsorgsdepartementet knytter sin argumentasjon for lovendringen opp mot en antatt nytteverdi (forenklingsgevinst) for personell, pasienter og pårørende (Prop. 91 L, (2010–2011), s. 392).

ÉN KLAGEINSTANS – FORENKLING FOR PASIENTEN?

I forarbeidene (Prop. 91L (2010–2011) s. 394) fremgår det at et viktig element i samhandlingsreformen er å oppnå harmonisering og samordning både horisontalt i kommunen og vertikalt overfor spesialisthelsetjenesten. Det sies videre at klageinstansen bør etter den nye loven være den samme uavhengig av hva klagen gjelder, slik at pasienter og brukere kan henvende seg til en klageinstans istedenfor to. Det antas at en slik forenkling, vil medføre økt rettssikkerhet for det enkelte. Målet fra lovgivers side synes i forarbeidene å forutsette økt rettssikkerhet. Det vises videre til at Fylkesmannen fremstår som en viktig administrativ rettssikkerhetsinstans for publikum og kommunene i forhold til kommunale vedtak (Prop. 91L (2010–2011) s. 394).

Å forholde seg til én klageinstans er i seg selv enklere enn om man skal forholde seg til flere. For pasienter som har behov for flere tjenester og klager på mangelfull oppfyllelse av en eller flere av disse, vil det være greit å forholde seg til en klageinstans. Ved klagebehandlingen kan klageinstansen vurdere de ulike tjenestene under ett. Avgjørelsene vil da kunne være preget av at man ser de ulike behovene i sammenheng og at pasienten vil få et mer helhetlig og bedre tilbud. Dersom man ser nærmere på regelverket, fremgår det av lovgivningen at klagen ikke skal sendes direkte til klageinstansen. Når pasienten skal sette frem en klage, skal denne rettes mot førsteinstansen – den som fattet vedtaket i første omgang, jfr. pasientrettighetsloven § 7-2, jfr. forvaltningsloven § 32 (1) bokstav a). Dette er i tråd med slik det ellers er i forvaltningen og også slik det var før lovendringen – dog formulert som krav om å anmode om endring i den tidligere pasientrettighetsloven. I kommunehelsetjenesteloven § 2-4 fremgikk det at det kunne klages til det organ kommunestyret bestemte. Hvis klagen ikke ble tatt til følge, kunne det klages til Helsetilsynet. Endringen i regelverket knytter seg til at det vil være én klageinstans. Dette ville medført en forenkling for pasienten dersom klagen kunne vært sendt direkte til Fylkesmannen ved sammensatte behov. Pasienter med sammensatte behov må sende flere klager til ulike aktører innenfor helsevesenet. Dersom pasienten for eksempel skal klage på at han er skrevet ut fra sykehuset for tidlig samt klage på at han ikke har mottatt sykehjemsplass, skal klagen sendes til forskjellige instanser. Disse er i tillegg på ulikt nivå – kommunalt og statlig. Etter vårt skjønn er ikke dette forenkling.

Det er også uttrykt på Fylkesmannens nettsider at det anbefales å sende to klagebrev dersom klagen retter seg mot mer enn én virksomhet, eller hvis klagen gjelder både en virksomhet og helsepersonell (Fylkesmannen, 2014). Det er imidlertid viktig å poengtere at det er gode argumenter for at klagen bør sendes den som fattet vedtak i første omgang. Den som fattet vedtaket i første omgang bør ha

muligheter til å endre på vedtaket dersom den finner grunn til det. Det vil kunne være arbeidsbesparende for klageinstansen at vedtaket endres i førsteinstansen dersom det er gjort feil. Videre har førsteinstansen en viktig rolle som saksforbereder av klagen. Ved god saksforberedelse vil klageinstansen kunne konsentrere seg om selve avgjørelsen. Men selv om det finnes gode argumenter med hensyn til saksbehandling og kvalitet, vil adressering av klagen til de som fattet vedtak i første omgang gjøre henvendelsesprosessen mer uoversiktlig for pasienter med sammensatte behov og som klager på flere mangelfulle tjenester.

ÉN KLAGEINSTANS – FORENKLING FOR DEM SOM YTER TJENESTENE?

Én klageinstans vil kunne fremstå som en forenkling for ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten. Når de forbereder klagebehandlingen kan de kun forholde seg til Fylkesmannen.

I forarbeidene fremholdes det at én klageinstans vil medføre en forenkling i forhold til å vurdere tjenestene i sammenheng (Prop. 91L (2010–2011) s. 394). Dersom en pasient klager på flere tjenester, synes ordningen med én klageinstans å være en forenkling som kan bidra til en helhetlig vurdering. Organet/helsepersonellet kan da behandle klagen samlet og sende de samtidig over til Fylkesmannen. Fylkesmannen kan vurdere tjenestene i sammenheng, der det er naturlig. En samlet vurdering må antas å kunne sikre et bedre og mer helhetlig tilbud, i tråd med samhandlingsreformens intensjoner. Forutsetningen er imidlertid at tjenestene er ytt på samme nivå, for eksempel innenfor en kommune.

Dersom en pasient klager på flere helsetjenester på ulike nivå, finnes det ikke noe system som sikrer koordinering mellom de ulike nivåene i vurdering av klage og klageforberedelse – for eksempel tjenester ytt av spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Pasienten skal sende klagen til førsteinstansen, noe som vil være forskjellig organ/person i disse tilfellene. Hvis klagen i slike tilfeller skal ses i sammenheng, må det skapes gode rutiner for samarbeid. Hvorvidt slike rutiner finnes er et empirisk spørsmål. Dersom førsteinstansen ikke er samme organ/person, vil klagen neppe sendes samlet. Klagen vil da antagelig komme inn til Fylkesmannen på forskjellige tidspunkt.

ANTALL KLAGESAKER ETTER REFORMEN

I tabell 9.1 har vi tatt utgangspunkt i utvalgte klageområder i primærhelsetjenestene, basert på statistikk som finnes i tilsynsmeldinger (Helsetilsynet, 2012–2016). Formålet med dette var å undersøke om eventuelle reformskapte endringer,

samt forenklingen av klagereglene, gjenspeiles i klagestatistikken. Vi har valgt ut tre klageområder innen primærhelsetjenestene der man med utgangspunkt i tidligere forskning (Forskningsrådet, 2016), kan forvente en økning i antall klagesaker. Blant annet viser Forskningsrådets evaluering av samhandlingsreformen (Forskningsrådet, 2016) at kommunene har fått et sterkere press på helsetjenester i hjemmet og sykehjem, siden pasienter skrives ut raskere etter reformen.

TABELL 9.1 . Utviklingen i antall klagesaker i klageområder-/saker om manglende oppfyllelse av rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven for tidsperioden 2012 – 2016 (hele landet)

Klageområder i primærhelsetjenestene*	2012	2013	2014	2015	2016
	Antall	Antall	Antall	Antall	Antall
Avlastningstiltak	192	205	216	193	214
Plass i sykehjem	115	148	140	165	150
Helsetjenester i hjemmet	60	85	72	88	74
Sum	367	438	428	446	438

* Små avvik fra tidligere publiserte tall kan forekomme. Ifølge Helsetilsynet rettes feil og mangler fortløpende etter hvert som de oppdages.

Tabell 9.1 viser utviklingen i antall rettighetsklager som gjelder avlastningstiltak, plass i sykehjem og helsetjenester i hjemmet (Helsetilsynet, 2017). Avlastningstiltak er et tilbud til personer og familier med særlig tyngende omsorgsarbeid (Helsetilsynet, 2017). Kommunen skal i slike saker vurdere behovet for bistand, og skal i samarbeid med den enkelte omsorgsyter avgjøre om det skal tilbys tjenester i form av avlastningstiltak. Økningen i denne typen klagesaker er 22, når man ser på perioden 2012 – 2016 (se tabell 9.1). Rett til å få plass i sykehjem eller bolig med heldøgns omsorgstjenester inntreffer når kommunen ikke kan gi forsvarlig hjelp i hjemmet (Helsetilsynet, 2017). Denne typen klagesaker økte med 35 saker, når man ser på perioden 2012 – 2016 (se tabell 9.1). Helsetjenester i hjemmet inkluderer hjemmesykepleie og andre former for helsehjelp som gis hjemme hos pasienten. Kommunen skal vurdere bistandsbehovet til den enkelte, og skal i samarbeid med pasienten avgjøre om det skal tilbys tjenester i form av helsetjenester i hjemmet. Økningen i denne typen klagesaker er 14, når man ser på perioden 2012 – 2016 (se tabell 9.1).

DISKUSJON

Vår gjennomgang av endringene i klagereglene, sammenholdt med klagestatistikk fra helsetilsynet, viser ingen vesentlig endring i antall klagesaker på undersøkte klageområder for perioden 2012 – 2016 (jfr. tabell 1). Videre har vi pekt på at endringene i klagereglene ikke nødvendigvis gjør det enklere å klage for pasienter med sammensatte behov. Vi antar at for mange pasienter vil terskelen for å klage på helsetjenester være høy, og det er en rekke forhold som kan forklare den relativt lave klagehyppigheten. Videre vil vi peke på utfordringer, som vi ser i sammenheng med et relativt lavt klagevolum i primærhelsetjenestene.

Mange av avgjørelsene som treffes i helsevesenet er uformelle, de krever en medisinskfaglig vurdering som pasienten selv vanligvis ikke besitter. Videre vil det være slik i en del tilfeller at klageadgangen blir illusorisk – for eksempel vil det hjelpe lite for pasienten å få medhold i en klage på at taushetsplikten er brutt. Skaden er allerede skjedd. Et annet forhold er knyttet til at helsetilstanden til pasienter ofte er dynamisk. Helsetilstanden kan endres og spørsmål om klage vil dermed kunne bli mindre aktuelt. Eksempelvis vil behovet for hjemmetjeneste kunne endres til behov for sykehjemsplass fordi helsetilstanden forverres. Et nei på innvilgelse av hjemmetjeneste, vil da ikke lenger være relevant å klage på. Relasjonen mellom ansvarlig helsearbeider og den som mottar pleie og omsorg, kan også gjøre det vanskelig å klage på manglende oppfyllelse av helsehjelp. Det faktum at klagen også skal rettes til den som har fattet vedtaket, er det mulig at terskelen blir enda høyere. Kan klagen få negative konsekvenser for den som mottar hjelp, som kanskje har få eller ingen andre kommunale pleiealternativer å velge imellom?

Det at det foreligger relativt få klager (også etter lovendringen), kan etter vårt skjønn være et rettssikkerhetsproblem. Få klager på dette området medfører at klageinstituttet ikke har den effekten man ønsker – som en sikkerhetsventil for rettsriktige avgjørelser. Den manglende overprøvingen kan bidra til at en del avgjørelser med feil innhold blir stående uprøvd. Årsakene til få klager er som nevnt over sammensatte. Det har tidligere ikke vært tradisjon for å klage på tjenesteyting, da dette ikke var sett på som offentlig myndighetsutøvelse og derav ikke enkeltvedtak (Eckhoff & Smith, 2017). Det kan godt være at disse forestillingene fortsatt henger igjen – at man ikke har rett til å klage på tjenester.

I forvaltningen er det slik at det kun er enkeltvedtakene som kan påklages. For at en avgjørelse skal anses å oppfylle vilkårene for å være et enkeltvedtak, må avgjørelser være truffet under offentlig myndighetsutøvelse og være bestemmende for rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer, jfr. forvaltningsloven § 2 (1), bokstav a), jfr. b). Offentlig myndighetsutøvelse tyder rent språklig på at det må være tale om utøvelse av statens høyhetsrett, men grensene for hva skal regnes som

vedtak, må trekkes langt videre (Eckhoff & Smith, 2017). Men rene privatrettslige avtaler er imidlertid ikke omfattet. Det vil bli for omfattende for denne artikkelen å trekke grensen mellom vedtak kontra andre forvaltningsavgjørelser.

Lovgiver har på dette feltet i stor grad lovfestet hvilke avgjørelser som er enkeltvedtak kontra de som ikke er det. Et eksempel er at det etter en antitetisk tolkning av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-7 (2), så skal det ikke fattes vedtak for tjenester ytt etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6 bokstavene a til d, 3-6 og 3-8, som forventes å være kortere enn 2 uker. Når det ikke fattes enkeltvedtak, er det heller ikke adgang til å klage.

Avhengighetsforhold mellom pasient-helsepersonell, sykdomsforløpenes dynamiske karakter og komplisert regelverk er viktige grunner til lav klagefrekvens i mange andre land (Beaupert et al., 2014), og trolig også i Norge. Manglende kjennskap til og forståelse av regelverket, må antas å være en viktig faktor når det gjelder manglende klagefrekvens. Det kreves inngående fagkunnskap og forståelse for rettsreglenes innhold for å kunne nyttiggjøre seg dem. Det stiller store krav til de som forvalter rettighetene i forhold til å informere de som berøres på en slik måte at de forstår (Jørgensen, 2015).

Det er økende internasjonal interesse for å forske på klager i helsetjenestene (Beaupert et al., 2014). En litteraturstudie utgått fra et australsk forskningsmiljø viser at forskningen på dette feltet i all hovedsak har konsentrert seg om å kartlegge klagehyppigheten og hva man klager på, egenskaper ved klageren og utfallet av klager i ulike helsetjenestekontekster (Beaupert et al., 2014, s. 508). Andre studier viser at mange pasienter som føler de har en grunn til å klage, ikke klager (Gal & Doron, 2007; Wessel, Lynoe, Juth, & Helgesson, 2012). Pasienter som opplever problemer med kvaliteten på helsetjenester, klager i større grad uformelt (Gal & Doron, 2007). Slike uformelle, muntlige klager blir som regel ikke registrert i den enkelte virksomhet. Det at relativt få klager formelt på helse- og omsorgstjenester, er slik sett til hinder for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i helsetjenestene (Aase, 2015).

Å lovfeste rettigheter skaper ikke et bedre tilbud i seg selv. Behandlingstilbudet blir ikke bedre av rettigheter på papiret om det allerede foreligger ressursmangel. Det som kan skje er at rettighetene tilpasses de ressursene man har (Renland, 2015). På bakgrunn av dette blir det ekstra viktig at klageinstituttet anvendes. Klageinstituttet er en viktig indikator på om rettighetslovgivningen fungerer etter lovgivers intensjoner. Dersom det foreligger få klager vil ikke lovgiver fange opp om regelverket blir etterlevd i samsvar med gjeldende rett.

En løsning på å få opp klagevolumet kan være å øke kompetansen om regelverk hos de som er i kontakt med pasienter samt deres evne til å videreformidle denne kunnskapen til pasientene. Stadig flere pasienter har i tillegg et annet morsmål enn

norsk. De har også krav på informasjon, og informasjonen må være tilpasset. Det er ikke nok å fylle på med nye pasient- og brukerrettigheter og utforme nye retningslinjer og prosedyrer. Helse- og omsorgstjenesten må også være i stand til å oppfylle de forventninger rettighetene gir, slik det påpekes av Pasient- og brukerombudet (2015, s. 8). Helsedirektoratet sier i sin årsrapport for 2016 at kunnskapen om klagesaksbehandling og pasientrettigheter er mangelfulle i helsetjenestene, og at det medfører et rettssikkerhetsproblem. Direktoratet synes derfor å mene det samme som vi har funnet og konkludert med i vår artikkel.

I videre forskning bør man undersøke i hvilken grad pasientene og helsepersonell er kjent med regelverket og klagemulighetene. Videre vil det være interessant å se om bindingene mellom pasient og beslutningstaker, har betydning for pasientenes klagebeslutninger. Siden avhengighetsforholdet mellom helsepersonell og pasienten antas å være større i primærhelsetjenestene enn i sykehusene, foreslår vi satsning på forskning på dette området.

LITTERATUR

- Aase, K. (red.). (2015). *Pasientsikkerhet – teori og praksis* (2. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.
- Beaupert, F., Carney, T., Chiarella, M., Satchell, C., Walton, M., Bennett, B. & Kelly, P. (2014). Regulating healthcare complaints: a literature review. *Int J Health Care Qual Assur*, 27(6), 505–518. doi: 10.1108/IJHCQA-05-2013-0053.
- Brekke, Å. & Kirchhoff, R. (2015). Hvor ble det av pasienten i samarbeidsavtalene? *Nordiske organisasjonsstudier*, 17(3), 37–62.
- Eckhoff, T., & Smith, E. (2017). *Forvaltningsrett* (10. utgave.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelsrud, G., Jahren, G. & Sletnes, I. (2014). *Kommunalrett : oppgaver, organisering, kontroll*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Forskningsrådet (2016). Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen. Oslo.
- Fylkesmannen. (2014, 3. mars). Hvordan klage på helse- og omsorgstjenester. Hentet fra: <https://www.fylkesmannen.no/nb/Nyheter/Hvordan-klage-pa-helse--og-omsorgstjenester/>
- Gal, I. & Doron, I. (2007). Informal complaints on health services: hidden patterns, hidden potentials. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(3), 158–163.
- Harris, J. & White, V. (2013). *Evaluation. A Dictionary of Social Work and Social Care*: Oxford University Press. Hentet fra: www.oxfordreference.com/10.1093/acref/9780199543052.001.0001/acref-9780199543052-e-662. doi: 10.1093/acref/9780199543052.013.0662
- Helsedirektoratet (2016). Årsrapport. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1362/%C3%85rsrapport%202016%20-%20Helsedirektoratet.pdf>
- Helsetilsynet (2012). *Tilsynsmeldingen 2012*. Lest 13.06.2017 <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmelding/2012/>
- Helsetilsynet (2013). *Tilsynsmeldingen 2013*. Lest 13.06.2017 <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmelding/2013/>

- Helsetilsynet (2014). *Tilsynsmeldingen 2014*. Lest 13.06.2017 <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmelding/2014/>
- Helsetilsynet (2015). *Tilsynsmeldingen 2015*. Lest 13.06.2017 <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmelding/2015/>
- Helsetilsynet (2016). *Tilsynsmeldingen 2016*. Lest 13.06.2017 <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/tilsynsmelding/tilsynsmelding-2016/>
- Helsetilsynet. (2017). Rett til avlastningstiltak. Hentet fra: <https://www.helsetilsynet.no/no/Rettigheter-klagemuligheter/Helse-og-omsorgstjenester-og-helsepersonell/Rett-til-avlastningstiltak/>
- Innst.212 S (2009–2010). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om samhandlingsreformen og om en ny velferdsreform. Helse- og omsorgsdepartementet Hentet fra <https://lovdata.no/pro/INNST/forarbeid/inns-212-s-200910>.
- Jørgensen, J. M. (2015). Økt rettsliggjøring – til fordel for brukerne? *Rus & Samfunn*, 8(2), 32–34.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 18(2), 125–141.
- Kjønstad, A. & Syse, A. (2017). *Velferdsrett I. Grunnleggende rettigheter, rettssikkerhet og tvang* (6. utgave). Oslo: Gyldendal Forlag.
- LOV-1999-07-02-63 Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). Helse – og omsorgsdepartementet.
- LOV-2015-05-22-32. *Lov om endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- LOV-2011-06-24-30. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Martin, G. P. (2008). «Ordinary people only»: knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociol Health Illn*, 30(1), 35–54. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01027.x
- Meld. St. 16. (2011 – 2015). *Nasjonal helse- og omsorgsplan*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf>.
- Mullen, C., Hughes, D., & Vincent-Jones, P. (2011). The Democratic Potential of Public Participation: Healthcare Governance in England. *Social & Legal Studies*, 20(1), 21–38. doi: 10.1177/0964663910391349
- Ot.prp. nr. 12 (1998–99). Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Pasient- og brukerombudet. (2015). Årsmelding 2015. Oslo.
- Prop. 91 L. (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet.
- Renland, A. (2015). Lov og rett i praksis. *Rus & Samfunn*, 8(02), 35–37.
- St.meld. nr. 47. (2008 – 2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett tid – til rett sted*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Wessel, M., Lynoe, N., Juth, N. & Helgesson, G. (2012). The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 2(1), e000489. doi: 10.1136/bmjopen-2011-000489.
- World Health Organization. (1994). A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. Amsterdam: World Health Organization.