

Upprättare: Magnus J Moberg

Fastställare: Gunilla K Nordström

# Förbättringar och åtgärder i vården utifrån synpunkter och klagomål

**Ärenden 2021-07-01 – 2022-06-30**

## Patientnämndens förvaltning

Magnus Moberg, handläggare

### Innehåll

Sammanfattning .....	2
Inledning.....	3
Syfte .....	3
Metod och material.....	3
Beskrivning av koder .....	4
Aktualisera rutin .....	4
Ny/bearbeta rutin.....	4
Använda ärende i lärande syfte .....	4
Identifierat utbildnings/fortbildningsbehov .....	5
Avslutat uppdrag .....	5
Människa – teknik – organisation.....	5
Resultat och analys .....	5
Koder.....	7
Aktualisera befintlig rutin .....	7
Ny/bearbeta rutin.....	7
Använda ärendet i lärande syfte .....	8
Utbilda/fortbilda .....	8
Avsluta uppdrag .....	9
Åtgärder kopplade till MTO .....	9
Reflektion .....	9

## Sammanfattning

Denna rapport analyserar de åtgärder som vården presenterar i sina svar till patientnämnden och anmälaren. Fokus ligger på verksamheternas svar på inkomna synpunkter. Den tidperiod vars ärenden analyserats är andra halvåret av 2021 och första halvåret av 2022. Drygt 1500 ärenden hanterades under den tidsperioden och drygt 500 ledde till yttrande eller vårdmöte där vården besvarade synpunkter eller frågeställningar. De åtgärder som analyserades var de som var något så när specificerade och av övergripande karaktär. De åtgärder som är inriktade mot enskilt ärende/patient eller är av mer svepande karaktär redovisas men analyseras inte djupare.

87 ärenden hittades där det gick att hitta specificerade övergripande åtgärder kopplat till synpunkterna. Åtgärderna kunde efter analys koda utifrån vad verksamheten i sina yttranden sagt skulle göras för att förhindra upprepande. Koder: **Aktualisera befintlig rutin, ny/bearbeta rutin, använda i lärande syfte, identifierat utbildning/fortbildningsbehov, avsluta uppdrag och människa teknik organisation (MTO)**. Av de ärenden som handlagts av patientnämnden och lett till ett yttrande från berörd verksamhet leder 70 % inte till någon övergripande åtgärd utifrån innehållet i yttrandet. Lite mer än hälften av de redovisade åtgärderna handlade i någon mån om rutiner. Den vanligast förekommande koden var att **bearbeta befintlig rutin** eller **utarbета ny rutin**, utifrån att en brist identifierats, vilket hade beskrivits i 40 % av de specificerade övergripande åtgärderna. Övriga koder var relativt jämnt fördelade förutom koden **Avsluta uppdrag** som hade minst antal ärenden.

I de fall verksamheten identifierat behov av att **aktualisera befintlig rutin** utifrån att rutinen inte följts saknas ofta perspektivet om varför inte rutinen efterföljts. Åtgärder som handlar om att **ny rutin alternativt bearbetning av rutin** behövs visar på en ansats av systemtänk. Ärenden under koden **använda i lärande syfte** handlar oftast om specifika och mer sällan förekommande fall och tas därför upp för att förhindra upprepning. Under koden **utbilda/fortbilda** beskrivs bland annat att kompetensbrist identifierats inom vissa delar. Ärenden som kodades under **avsluta uppdrag** handlade huvudsakligen om hyrpersonal. I dessa ärenden läggs ansvaret på individen och rapporteras av verksamheten till hyrfirmorna. Däremot beskrivs inte vad som görs för att på sikt minska behov av hyrpersonal. Avseende ärenden kopplade till **människa – teknik - organisation** beskrivs bland annat åtgärder för att förbättra tillgänglighet samt rutiner för nya medicinska produkter.

Utifrån resultatet kan förhoppningsvis verksamheter i vården inspireras att använda synpunkter från patienter/närstående i sitt förbättringsarbete och redovisa det på ett tydligare sätt. Samverkan mellan patientnämnderna och vårdens verksamheter kan om den görs på rätt sätt leda till ökad patientsäkerhet och troligen till nöjdare patienter med ett återupprättat förtroende för vården.

## Inledning

I Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården står det att patientnämnderna ska bidra till kvalitetsförbättringar och ökad patientsäkerhet i sjukvården<sup>1</sup>. Denna rapport ska kartlägga hur vårdgivarna i Region Gävleborg använder de synpunkter, klagomål och frågeställningar som kommer via patientnämndens förvaltning i sitt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Ärendena i sig samt de redovisade åtgärderna ska analyseras för att se mönster och om förbättringspotential i hur ärendena används kan ses. Hanteras ärendena utifrån en systemsyn och utifrån vetenskapliga modeller kring människa, teknik och organisation (MTO), ledarskap och säkerhetskultur? I tillägg finns Socialstyrelsens handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvård "Agera för säker vård" som kom 2020<sup>2</sup>. Där nämns också patientnämnderna som en aktör som genom återföring till vårdens verksamheter kan bidra till förbättringar och ökad patientsäkerhet. Denna rapport ska ses som en del i det uppdraget.

## Syfte

Syftet med rapporten är att analysera om den samverkan som finns mellan Patientnämnden och vårdgivarna leder till åtgärder som syftar till ökad patientsäkerhet och kvalitetsförbättringar i enlighet med lagstiftarens intentioner. Finns det systemperspektiv i vårdgivarens besvarande av synpunkter? Analysen kan av naturliga orsaker bara inkludera de fall där en anmälan gjorts till patientnämnden och där verksamheten i yttrande eller vid vårdmöte redovisat åtgärder som vidtagits utifrån synpunkterna/klagomålen. Berörd verksamhet kan naturligtvis ha vidtagit åtgärder som man av någon anledning inte redovisat till anmälaren. Åtgärder kan också ha initierats av synpunkter som kommit direkt till verksamheten utan att patientnämnden varit inblandad. Om dessa ärenden och eventuella åtgärder kan denna rapport inte ge några svar.

## Metod och material

Alla ärenden som inkommer muntligt eller skriftligt till patientnämndens förvaltning handläggs och diarieförs i ärendehanteringssystemet Platina. I de fall där frågeställningar finns görs i samråd med anmälaren en skrivelse som vårdgivaren får svara skriftligt på. I vissa fall genomförs ett möte mellan anmälare och vården där patientnämndens handläggare deltar. Om vården i svaret kopplat till skrivelsen eller under vårdmötet redovisar åtgärder som man planerar att genomföra för att antingen i det enskilda fallet åtgärda det som ledde till synpunkten eller om det är mer övergripande åtgärder taggas det i ärendet så att det blir sökbart i diariet. Patientnämnden i Region Gävleborg handlägger ca 1500

<sup>1</sup> [Lag \(2017:372\) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården | Lagen.nu](#)

<sup>2</sup> [Agera för säker vård - Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024 \(socialstyrelsen.se\)](#)

ärenden per år och ca 500 av dessa är skrivelser som leder till yttrande från vården eller ett vårdmöte. I denna rapport kommer fokus läggas på analys av de ärenden där patientnämnden taggat en åtgärd av övergripande karaktär och där den bedöms som specifik (#åtgärdÖS). Åtgärderna som mer gäller det specifika fallet (#åtgärdP) och de där åtgärden är av mer svepande karaktär (#åtgärdÖO) kommer redovisas men inte analyseras. Analysen utgörs av 87 ärenden och innehåller ärenden som registrerats från 1 juli 2021 till 30 juni 2022. Det som analyseras är hur vårdgivaren analyserat händelsen eller händelserna som lett till synpunkten och om de går att koppla till systemperspektiv och hur händelsen avgränsats. Är redovisade åtgärder riktade mot individer eller slår man an ett systemtänk? Finns det analys kring MTO, Säkerhetskultur och ledarskap, ses människan som en resurs?

Under perioden mottog patientnämnden 1622 ärenden. 514 av dessa blev skrivelser som ledde till ett eller flera yttranden från verksamheten eller till ett vårdmöte. De specificerade åtgärder av övergripande karaktär som denna rapport huvudsakligen ska avhandla var 87 till antalet. Övergripande åtgärder som var av mer ospecifik karaktär var 67 st och de som var inriktade mot den enskilda patienten var 164. Det som skiljer de sistnämnda från de övergripande är att de oftast är i ärenden där det inte kommit in en skrivelse utan där handläggare tillsammans med verksamheten löser ett problem av enklare karaktär. Exempelvis att ett recept eller sjukskrivning inte förnyats som utlovats eller annat missförstånd som relativt enkelt går att åtgärda och där skrivelsehantering bedöms bli för långdraget. De specificerade åtgärderna kodades för att se mönster. Efter genomläsningar av ärenden och yttranden utkristalliserades 6 olika koder: **Aktualiserande av befintlig rutin. Ny eller omarbetad rutin. Använda ärendet i lärande syfte. Utbilda/fortbilda. Avsluta uppdrag. Människa-teknik-organisation (MTO).**

## Beskrivning av koder

### Aktualisera rutin

I besvarandet av synpunkten poängteras att rutin finns men att följsamheten till denna inte varit tillfredställande och lett till den händelse som anmälts. Rutinen ska därför aktualiseras till all personal för att förhindra upprepning.

### Ny/bearbeta rutin

Synpunkten har åskådliggjort att en befintlig rutin inte längre är täckande fullt ut eller att en lucka finns i de rutiner verksamheten har. Namngiven befintlig rutin behöver därför bearbetas eller ny rutin behöver tas fram.

### Använda ärende i lärande syfte

Det som inträffat bedöms som väldigt ovanligt utan att för den sakens skull vara unikt. Exempelvis att patientens undersökningsfynd varit atypiska för den diagnos man till slut kom fram till. Patientfallet kommer därför användas i lärande syfte i utveckling, fortbildning etc.

## Identifierat utbildnings/fortbildningsbehov

Utifrån synpunkten har ett konkret behov av utbildning/fortbildning av personal identifierats.

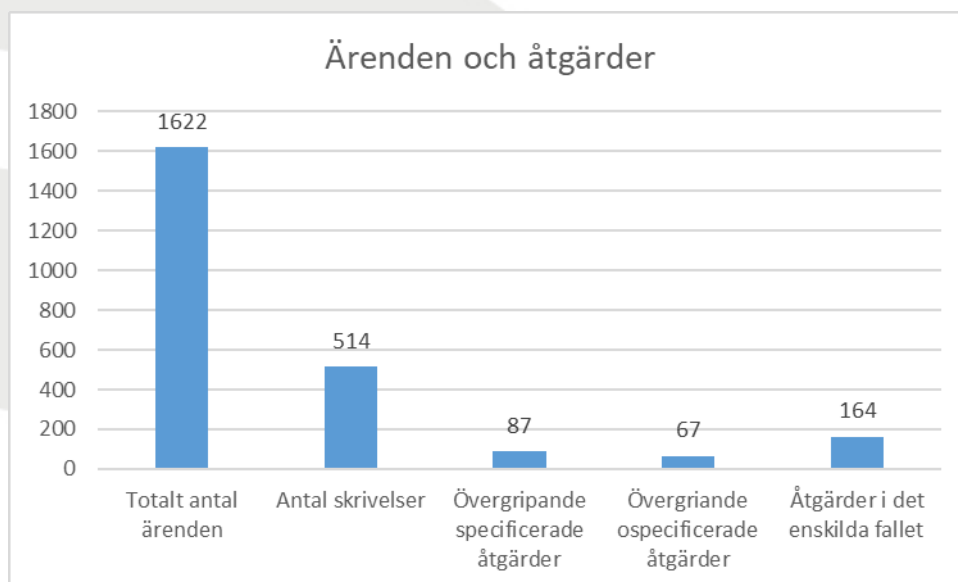
## Avslutat uppdrag

Pga. synpunkten och i de flesta fall även andra händelser har verksamheten valt att avsluta en anställning (i alla ärenden hyrkontrakt).

## Människa – teknik – organisation

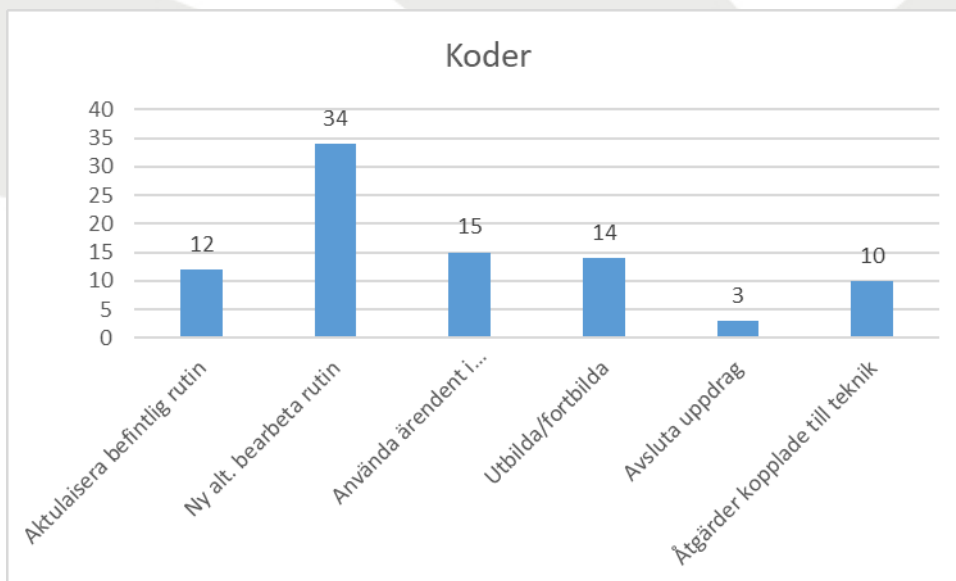
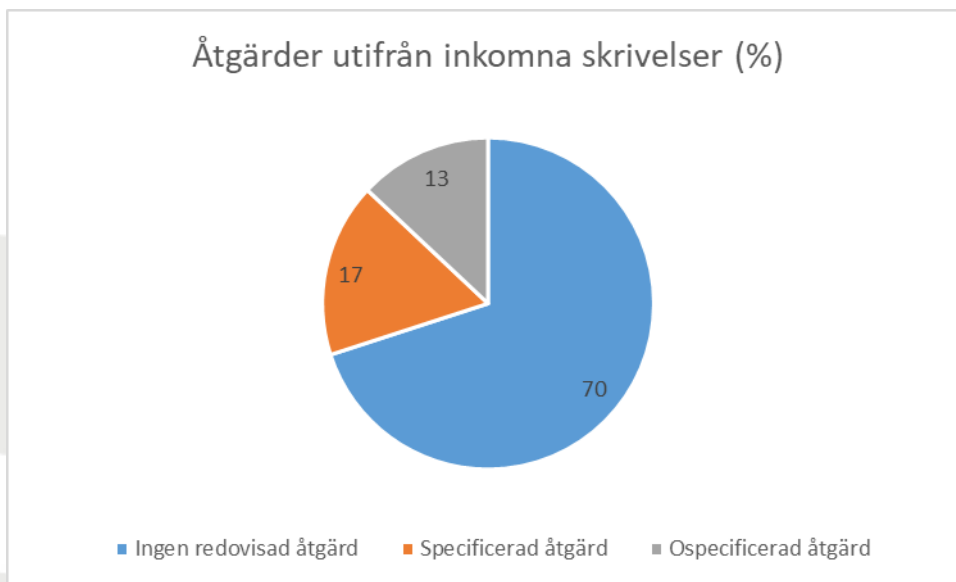
Medicinsk utrustning, IT-lösningar, inventarier etc. inte varit ändamålsenliga. Behov av att tillsammans med IT-enhet eller annan stödfunktion utforma bättre lösningar för att förhindra händelser så som den som anmälts.

## Resultat och analys



Nästan en tredjedel av de ärenden som kommit in till patientnämnden under perioden ledde till skrivelse som sin tur resulterade i yttrande eller i ett fåtal fall till vårdmöte. Det är nästan bara i de ärenden som handläggs som skrivelser som berörd verksamhet redovisar övergripande specificerade åtgärder. I vissa fall begär berörd verksamhet att få tillgång till personuppgifter i syfte att utreda händelsen utifrån den information som kommit i patientnämndens månatliga rapportering där alla ärenden är anonymiserade. Dessa utredningar kan leda till yttranden där brister och planerade åtgärder redovisas men det är i undantagsfall och har här bakats in med de som föregåtts av skrivelse från anmälaren. 17% av skrivelseärendena leder till att verksamheten redovisar övergripande åtgärder som handläggaren bedömer som specificerade. I 13% redovisas övergripande åtgärder som bedöms som mer svepande eller ospecificerade. De åtgärder som gäller det enskilda fallet finns i alla typer av ärenden dvs. det behöver inte komma fram i ett yttrande utan kommer fram i dialog mellan handläggare och berörd verksamhet

och skickas sen för kännedom till verksamhetschef. I 164 ärenden eller 10% av totala ärendemängden finns åtgärder inriktade på det enskilda fallet. Det handlar t.ex. om att ta en kontakt för att förnyande av läkemedelsrecept skrivs som utlovats eller att patienten inte kommer fram på telefon eller liknande.



Bland de ärenden som handlagts av patientnämnden och lett till ett yttrande från berörd verksamhet leder 70% inte till att någon övergripande åtgärd kan ses i yttrandet. I 17% redovisas specificerade övergripande åtgärder medan de i 13% bedöms vara allt för svepande. Den vanligaste koden är att verksamheten ska **bearbeta en befintlig rutin** som visat sig vara inaktuell eller **utarbета en helt ny rutin** då man utifrån synpunkten/frågeställningar sett en brist, dessa utgör 34 av ärendena vilket är drygt 40% av de specificerade övergripande åtgärderna. Koderna **Aktualisera befintlig rutin**, **Använda ärendet i lärande syfte**,



**Utbilda/fortbilda** samt åtgärder kopplade till **MTO** är relativt jämnt fördelade med 10-15 ärenden per kod. Koderna **Avsluta uppdrag** är minst till antalet med endast 4 ärenden.

## Koder

Nedan kommer en mer detaljerad genomgång och analys av koderna och exempelärenden för att illustrera hur verksamheterna redovisar de åtgärder man vidtagit utifrån synpunkterna.

### Aktualisera befintlig rutin

Utifrån ett systemsynsperspektiv blir denna typ av åtgärd inriktad på individ/grupp istället för system. Det finns en bra rutin men som inte följts, vilket är det budskap som verksamheten i många fall uttrycker. I många fall redovisas inte om ansats tagits för att titta på händelsen/händelserna ur ett bredare perspektiv för att finna orsaker till att den rutin som det hänvisas till inte efterlevts. I vissa fall kan det naturligtvis stämma att den rutin som finns är bra och adekvat men som en del i en säkerhetskultur behöver man ständigt resonera och reflektera över arbetssätt och rutiner vilket skulle kunna kommuniceras i ett yttrande.

#### Exempel:

- Ser att rutiner inte följts och behöver aktualiseras. Även kompetensfråga på individnivå vilket ska adresseras till berörd individ.
- Sett vid granskning att rutiner vid utskrivning inte följts och att informationen till närstående inte varit tillfredsställande.
- Brister i följsamhet i utskrivningsförfarande.
- Befintlig rutin inte följts. Aktualiserat rutin för all personal och tittat på om den behöver förtydligas.
- Lyfter befintlig rutin för provtagning då den inte efterlevts.

### Ny/bearbeta rutin

Denna typ av åtgärd är mer inriktad på systemperspektiv. Det är nästan tre gånger vanligare med bekräftelse av att man utifrån det material som analyserats behöver tänka nytt, än att hänvisa till befintlig rutin. Här uttrycker verksamheten att de utifrån synpunkten identifierat att befintliga rutiner inte varit tillräckliga och att man därför behöver bearbeta eller skapa nytt. Denna åtgärd anslår mer av ett systemtänk.

#### Exempel:

- Rutin för stabilisering och transport av frakturpatienter ska tas fram
- Uppföljning med leverantör då lokalvård inte fungerat tillfredsställande. Förtydligande av rutin för uppföljning av VRE (Vankomycinresistenta enterokocker).
- Upprättat nya checklistor för covid-teamen och uppdaterat beslutsstöd från sjuksköterska till undersköterska.

- Rutin kring permissioner skrivs om. Jobbar på att alla ska ha fast vårdkontakt och att det genomförs SIP (samordnad Individuell Planering) med de patienter som har många olika kontakter med vård/myndigheter etc.
- Utreder hur förberedelser inför förlossningarna ser ut och hur rutiner efterlevs samt om förändringar behövs.
- Vården inte följts upp korrekt varför nya rutiner tillkommit för att undvika upprepande.
- Ta fram ny rutin för hänvisning. (Samma verksamhet använt denna åtgärd upprepade gånger under mätperioden.)

### Använda ärendet i lärande syfte

Sjukvård är en verksamhet under ständig utveckling och förändring. I denna åtgärd finns de åtgärder som ger uttryck för det. Att svarande verksamhet i sitt yttrande givit uttryck för att man gjort felbedömningar men att detta specifika fall kan användas i lärande syfte för att förhindra att det händer igen. Patientfallet kan användas i verksamhetens arbete med fortbildning, introduktion etc. Här återfinns också de ärenden som lett till Lex Maria.

#### Exempel:

- Ändrat rutiner och tagit upp med personal som i detta fall gjorde en felbedömning. Lex Maria.
- Kommer använda ärendet som ett exempel på när man låser sig vid en diagnos för starkt och inte omprövar.
- Rutiner och riktlinjer för att ta in ny bedömning då behandling inte ger förväntat resultat uppdateras och sprids med utgångspunkt i patientfallet. Lex Maria.
- Kommer ha fallet som exempel i lärande syfte då undersökningsfynden var atypiska.
- Utbildningsinsatser kring bemötande av dementa och äldre patienter planeras. Stort arbete med bemötandefrågor i fokus pågår i verksamheten.
- Förbättra kommunikationen mellan enheter så liknande missförstånd inte ska upprepas.

### Utbilda/fortbilda

I de ärenden där svarande verksamhet i sitt yttrande identifierat specifikt utbildnings/fortbildningsbehov sorteras in under denna kod. Det saknas oftast en djupare analys kring hur det kommer sig att utbildning/fortbildning släpat efter.

#### Exempel:

- Ska se över överrapporteringsrutiner och utbilda personal kring vad som går att specificera vid beställning av sjukresa.
- Sett kompetensbrist kring specifik behandlingsmetod och initierat omfattande utbildningsinsatser i denna.
- Fortbildning av läkare kring svårtolkade strokefynd.
- Fördjupad utbildning i gipsteknik.
- Ta in utbildning i smärtlindring av barn.



- Utbildning för personal i omhändertagande av nyfödda.

### Avsluta uppdrag

Många vårdverksamheter är idag beroende av att hyra in personal. I denna kod sorteras de ärenden in då verksamheterna i sitt yttrande uppger att kontraktet med berörd medarbetare sagts upp utifrån de synpunkter som kommit in, oftast i kombination med andra observationer från medarbetare. I vissa fall har man även beskrivit att man tagit det vidare till berörd hyrfirma. Inga åtgärder redovisas om och vad som görs för att på sikt komma ifrån behovet av hyrpersonal, vilket hade varit att slå an ett systemperspektiv på denna fråga. Åtgärderna är istället inriktade på individ och i de flesta fall framgår inte om man tar det vidare till berörd hyrfirma för att förhindra att en person som bedömts som olämplig kan fortsätta hos andra uppdragsgivare. Inga analyser kring hur belastad den inhyrda personalen varit kan ses i yttrandena, ansvaret läggs helt på individen.

#### Exempel:

- Inte förlängt läkarens uppdrag samt återkopplat till firman om hens beteende.
- Berörd läkare fått sluta. Uppdaterat rutiner för prioritering

### Åtgärder kopplade till MTO

Sjukvården går som de flesta övriga områden i samhället mot allt mer teknik och ökad digitalisering. I denna kod återfinns ärenden där berörd verksamhet sett bister i hur man hängt med i teknisk utveckling och nya produkter kopplat till kvalitet och patientsäkerhet. Även ärenden kopplade till problem med tillgänglighet per telefon respektive digitalt sorterades hit.

#### Exempel:

- Ny rutin för verksamheten gällande hantering av ny medicinsk produkt då rutin för detta saknades.
- Översyn tillsammans med IT för att säkerställa att svar kommer till övervakande läkare.
- Förbättra digital uppkoppling så att anslutningen inte fallerar som i detta fall.
- Satt igång arbete för att nå ökad telefontillgänglighet.

### Reflektion

När patientförsäkringen Löf frågade de som anmält till försäkringen om varför de anmält var det tre saker som tydligt framträdde. Man ville få en ursäkt, en förklaring samt bidra till att det som hänt inte drabbar någon annan.<sup>3</sup> Patienterna och deras närstående vill helt enkelt bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Då patientnämnderna inte har något myndighetsmandat eller betalar ut någon ekonomisk ersättning finns starka skäl att anta att samma gäller för de som väljer att anmäla dit. Ett sätt att återkoppla vad synpunkter/klagomål i slutändan leder till är att i ett yttrande klargöra hur händelsen utretts samt om och

---

<sup>3</sup> Föreläsning 2022-12-16 Pelle Gustafsson, Chefläkare Löf.

hur verksamheten ser att man ska kunna förebygga så att det inte händer igen. I denna rapport struktureras de åtgärder som verksamheterna i Region Gävleborg redovisat i sina yttranden till anmälarna. Lite mer än hälften av de redovisade åtgärderna handlade i någon mån om rutiner. Antingen hänvisades det till brister i efterlevnad av befintliga rutiner eller behov av bearbetning av befintliga rutiner alternativt att det finns behov av helt nya rutiner. Om svarande verksamhet har ett systemperspektiv när man besvarar en synpunkt behövs förmodligen ett resonemang kring om befintliga rutiner är tillfredsställande och aktuella. Inte enbart hänvisa till att de inte efterlevts. Det kan finnas flera orsaker till att personalen inte följt de rutiner som finns och att det är det som behöver analyseras och åtgärdas.<sup>4</sup> Vad gäller patientfall som är atypiska och som sedan kan användas i lärande syfte är nog något man får leva med. Hur den gemensamma erfarenhetsbanken praktiskt används och ser ut framgår inte riktigt i de yttranden som granskats, utan formuleringarna är ganska svepande i stil med att ”patientfallet kommer tas upp i lärande syfte framöver”. I de mer konkreta exemplen om utbildningsbehov eller eftersläpande fortbildning kring teknik och medicinska produkter finns utrymme till mer systemperspektiv. En fundering är hur introduktionen generellt ser ut i organisationen samt hur införandet av nya produkter och system går till för att säkerställa att alla användare i organisationen kan använda dem korrekt. I de yttranden som beskrivit åtgärder inom detta område har analysen varit lokalt inriktad, på klinik/mottagning. Ingen reflektion om det finns brister på högre nivå.

Kan patientnämnderna på något sätt stötta verksamheterna i att hantera synpunkter och klagomål? Region Gävleborgs Patientnämndsförvaltning jobbar sedan några år tillbaka med avslutsbrev i alla ärenden som lett till skrivelse och yttrande. De är uppdelade så att det framgår dels vad anmälaren anser om yttrandet men också en del där handläggaren ger sin syn på yttrandet. En uppföljning avseende hur verksamhetschefer och vårdenhetschefer ser på avslutningsbrev har gjorts genom en enkät som visade att avslutsbrev varit till nytta för dem. Patientnämnden ser också en effekt i att det sker en positiv utveckling i hur synpunkterna utreds och vad de leder till. Från patientnämndens sida har det inte gjorts någon uppföljning avseende de åtgärder som verksamheterna själva sagt att de ska genomföra och det ligger för närvarande inte heller i planeringen. Genom att fortsätta uppmuntra det positiva och påtala det som saknas kan det leda till att patienternas synpunkter, klagomål och frågor hanteras på ett sätt som leder till mer utveckling, säkrare vård och att även patienterna och deras närstående inkluderas i vårdens säkerhets- och kvalitetskultur och ge befolkningen ett ökat förtroende för vården. Denna rapport kan förhoppningsvis även ge verksamheterna inspiration att analysera synpunkter och klagomål på ett annat sätt och återkoppla till anmälarna vilka åtgärder synpunkten lett till.

---

<sup>4</sup> Säker Vård. Synnöve Ödegård (red.) Kap 6 En ny syn på säkerhet. Jeanette Hounsgaard