

Upprättare: Sandra M Hansson

Fastställare: Gunilla K Nordström

Vår gemensamma patient

Patient och närståendes upplevelse av att vården inte tar sin del av ansvaret.

Patientnämndens förvaltning

Sandra Hansson, Handläggare
November 2023

Innehåll

RAPPORTSAMMANDRAG	2
INLEDNING	3
SYFTE	3
METOD	3
URVAL	3
ANALYS	4
RESULTAT	4
ÅLDER OCH KÖN	4
VERKSAMHET	4
KODORD	5
<i>Delaktighet</i>	5
<i>Hänvisar</i>	5
<i>Bollas</i>	6
<i>Utomlänsvård</i>	7
<i>Otrygg hemgång</i>	7
<i>Läkemedelsansvar</i>	8
ÅTGÄRDER VIDTAGNA AV VERKSAMHETERNA	9
DISKUSSION	9

Rapportsammandrag

Patientnämndens förvaltning har analyserat inkomna ärenden gällande patienters och närståendes upplevelse av att vården inte tar sin del av ansvaret. Rapporten har tagits fram på uppdrag av patientnämnden och avser ärenden inkomna till patientnämnden från och med juli 2022 till och med juni 2023. Antal ärenden som ingår i rapporten är 86 stycken.

Liksom tidigare analyser och sammanställningar visar även denna rapport att kvinnor är överrepresenterade i patientnämndens ärenden. Flest ärenden står åldersgrupperna 30-39 och 40-49 år för. Verksamhetsområdena inom somatisk specialistvård står sammanlagt för flest ärenden, drygt hälften.

Resultatet presenteras, efter genomläsning av ärendena, under specifika kodord.

Delaktighet: Upplevelse av att ingen tar ansvar, att patienten är utelämnad.

Brister i kommunikationen och vården missar att sätta patienten i centrum och göra denne delaktig i sin vård.

Hänvisar: Vården hänvisar patienten till annan verksamhet vilket får patienter att känna sig bortmotad, oroliga och frustrerade över att behöva vara drivande för att få vård.

Bollas: Patienten skickas fram och tillbaka mellan enheter vilket skapar en upplevelse av att ingen vill ta sig an patienten och att ärendet bedöms vara "någon annans problem".

Utomlänsvård: Synpunkter på bristande samverkan mellan Region Gävleborg och det län som patienten remitterats till.

Otrygg hemgång: Samverkan mellan specialistsjukvården, kommunen och primärvården har inte fungerat. Även kommunikationen med anhöriga har brustit.

Läkemedelsansvar: Oklarheter vem som har läkemedelsansvaret. Istället för att vården reder ut sinsemellan vem som har ansvaret så upplever patienten att hen inte tas emot någonstans utan bollas mellan enheter.

Verksamheterna beskriver att de utifrån ärenden från Patientnämndens förvaltning satt in åtgärder både på övergripande nivå och för enskild patient. På övergripande nivå beskrivs åtgärder som att flera specialiteter ser behov av att tillsammans titta på nya gemensamma rutiner, befintlig rutin kommer att aktualiseras, ärendet tas upp med medarbetare och verksamheten kommer arbeta med att förbättra överrapportering. Åtgärder som sätts in för den berörda patienten handlar om att man reder ut vart vårdansvaret för patienten ligger, skickar remiss till rätt verksamhet, åtgärddar brister i journal och ersätter patient för utlägg.

Gemensamt för majoriteten av ärendena i denna analys är att vårdpersonalen agerar utifrån att patientens ärende är "någon annans problem". Vården bör istället arbeta utifrån inställningen "vår gemensamma patient" för att uppnå framgång i det gemensamma nationella arbetet med God och nära vård och patientsäkerhet och inte minst för den enskilde patienten.

Inledning

Patientnämndernas verksamhet regleras i lag¹. Dess främsta syfte är att hjälpa och stödja patienterna att framföra synpunkter och klagomål till vårdgivaren och därmed bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet inom vården.

Patientnämnden ska också analysera inkomna synpunkter och klagomål samt uppmärksamma vårdgivaren på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Samtliga inkomna ärenden hanteras i enlighet med den handbok som är utarbetad tillsammans med patientnämnderna i Sverige². Alla patientnämnder kategoriserar således inkomna ärenden utifrån åtta gemensamt framtagna huvudproblem som i sin tur innehåller sammanlagt tjugofyra delproblem. Ett nytt ärende registreras för varje verksamhet som synpunkterna eller klagomålen gäller. Därför kan samma patient förekomma i flera ärenden. Förutom patientens synpunkter och klagomål registreras även de åtgärder som handläggaren vidtagit. Om vården har kontaktats framgår även resultat av detta.

Patientnämndens förvaltning i Region Gävleborg kvalitetssäkrar ärendehanteringens genom kvalitetsgranskning av det som skrivs i ärendena samt säkerställer att ärendena är rätt kategoriserade och registrerade på rätt delproblem.

Patientnämnden i Region Gävleborg gav förvaltningen i uppdrag att analysera ärenden som berör patient/anmälares upplevelse av att vården inte tar sin del av ansvaret. Vidare gavs förvaltningen i uppdrag att identifiera brister utifrån patient/anmälares berättelser, där ansvaret läggs över på "någon annan".

Rapporten kommer att kommuniceras med regionen enligt den överenskommelse som tagits fram i dialog med hälso- och sjukvårdens ordförande och hälso- och sjukvårdens ledning.

Syfte

Det övergripande syftet med analysen är att den ska utgöra ett bidrag till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet samt bidra till ett lärande inom hälso- och sjukvård.

Metod

Urval

Rapporten inkluderar ärenden inkomna till Patientnämnden under ett år, från och med juli 2022 till och med juni 2023, och som handlar om patienters och närståendes upplevelse av att vården inte tar sin del av ansvaret. Rapporten innefattar åldrarna 0 till >90. Sökning genomfördes under delproblemen

¹ Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

² Nationell handbok för samtliga Patientnämnder i Sverige

Vårdflöde/processer (n=64), Fast vårdkontakt/individuell plan (n=18), Brister i hantering (n=43), Intyg (n=24). För att få ett så heltäckande urval som möjligt genomfördes dessutom fritextsökningar vilket resulterade i 33 nya träffar: bollar/bollats/bollar (n=17), hemgång (n=3), vårdplanering (n=5), hemtjänst (n=4), hänvisas (n=4). Sökorden budbärare, subspecialisering, helhetsperspektiv, holistisk/holistiskt, helhetsansvar användes men resulterade inte in några nya träffar. Sökning genomfördes även på, av förvaltningen, uppmärskta ärendet *Vår gemensamma patient*, *Samsjuk* och *Exempelärenden* vilket resulterade i 5 nya ärenden. Alla ärenden lästes igenom. Ärenden som inte hade relevans för analysen och ärenden med för knapphändig information exkluderas (n=101). Det slutgiltiga urvalet bestod av 86 ärenden. Av de 86 ärendena så är det 66 individer som lämnat synpunkter/klagomål.

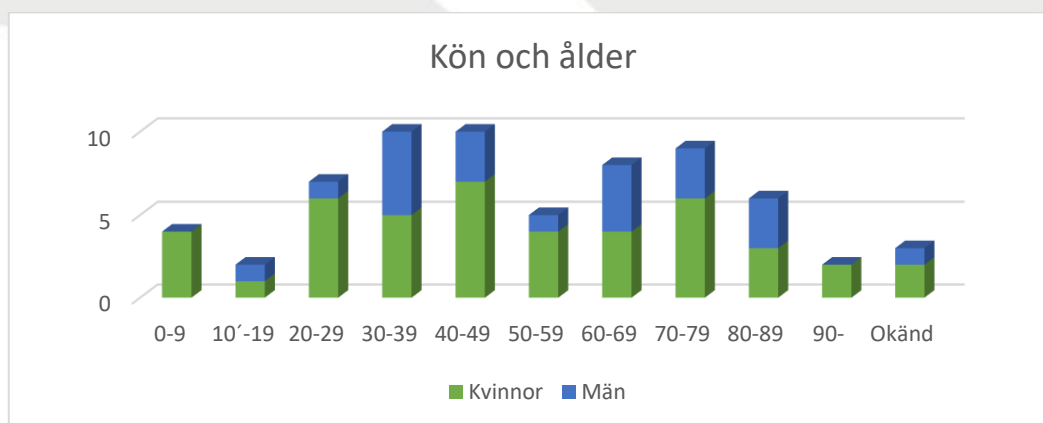
Analys

Alla ärenden har sammanställts och lästs igenom. Den första delen av resultatpresentationen utgörs av beskrivande statistik för urvalet, därefter följer resultatet av en kvantitativ analys. Efter genomläsning av innehåll i ärendena har ärendena kodats. De kodord som identifierats är **delaktighet, hänvisar, bollar, utomlänsvård, otrygg hemgång och läkemedelsansvar**.

Resultat

Ålder och kön

44 anmälningar (67%) berör kvinnor och 22 (33%) berör män.



Flest ärenden står åldersgrupperna 30-39 och 40-49 år för. I tre ärenden är åldern okänd. Fördelningen mellan kvinnor och män är lika i åldersgrupperna 30-39, 60-69 och 80-89 år. I övriga åldersgrupper är kvinnor överrepresenterade.

Verksamhet

Ärendena finns inom somatisk vård, primärvård, psykiatri och kommun. Verksamhetsområdena inom somatisk specialistvård står sammanlagt för flest

ärenden, 44 stycken (51%). Primärvården, både regiondriven och privat, står för 28 ärenden (33%), psykiatri 13 ärenden (15%), kommun 1 ärende (1%).

Kodord

Efter genomläsning av innehåll i ärendena har ärendena kodats. De kodord som identifierats är **delaktighet, hänvisar, bollar, utomlänsvård, otrygg hemgång och läkemedelsansvar**.

Delaktighet

I de här ärendena är patient och närståendes upplevelse att ingen tar ansvar, att de är utelämnade. I vårdens svar på synpunkterna visar det sig att det finns en plan men att patient/närstående inte känner till den. Här kan vi se att det är brister i kommunikationen och vården missar att sätta patienten i centrum och göra denne delaktig i sin vård. Exempel på ärenden:

Bollar mellan hälsocentralen och hud, får motstridiga besked. Besvär med leverfläck som hälsocentralen tycker ser onormal ut. Remitterad till hud som dock avslår remissen.

Resultat: Yttrande från vården. Ser att det är samstämmiga bedömningar, att förändringen är godartad men att den ska tas bort då den är till besvär. Patienten är uppsatt på väntelista för borttagning men har inte prioriterats. Beklagar att man inte kunnat förmedla det på ett bra sätt.

Bollar mellan verksamheter, får ingen överblick av insatser och plan. Sökt flera gånger med symtom som svår huvudvärk, försämrat tal och gång samt förvirring. Tumör hittats men biopsitagning misslyckades. Tumören har minskat av kortisonbehandling som nu ska sättas ut då tumören ska växa för att sätta diagnos. Förstår inte vem som fattat det beslutet och undrar om det inte finns andra möjligheter.

Resultat: Ser att kommunikationen internt mellan vårdenheter brustit och även kommunikationen mellan vården och patient.

Hänvisar

I flera ärenden hänvisar vården patienten till annan verksamhet. Det får patienter att känna sig bortmotad, oroliga och frustrerade över att behöva vara drivande för

att få vård. Patienterna har en önskan om att vården ska ta kontakten med den andra verksamheten istället för att låta patienten vara budbäraren. Exempel på ärenden:

Är sjukskriven för två olika åkommor, där den ena verksamheten hänvisar till den andra om vem som ska sjukskriva.

Läkare uppmanade patienten att höra av sig vid förvärrat tillstånd. Ringer mottagningen när smärta och kramper i magen tilltar, kraftig viktnedgång samt att händerna svullnat. Sjuksköterska hänvisar till hälsocentralen för bedömning av händerna samt hänvisar till endoskopin för uppgift om när patienten kan få planerad undersökning. Fick tid på hälsocentralen där läkaren hjälpte patienten och tog kontakt med endoskopin för prioritering. Patienten orolig och frustrerad över att behöva driva på vården och att vården inte ser till hela människan.

Bollas

Ärenden där patienten skickas fram och tillbaka mellan enheter. Patienten upplever att ingen vill ta sig an hen och att ärendet bedöms vara "någon annans problem". I ärendena tycks verksamheterna inte prata med varandra. Exempel på ärenden:

Bollades fram och tillbaka mellan sjukhus. Plötsligt problem med ögat. Kontaktade läkare i primärvården som bedömde att patienten behövde omedelbart omhändertagande. Remiss till sjukhus A. Väntade flera timmar, fick besked att ingen läkare hade tid. Information att åka till sjukhus B dagen efter. Kom till sjukhus B som bedömde att hen skulle tas om hand vid sjukhus A. Till sjukhus A, satt och väntade hela dagen utan mat och dryck. Ögonläkare undersökte patienten, men fick ingen undersökning av medicinläkare. Skickades åter till sjukhus B.

Bollas mellan enheter, ingen vill skriva remiss. Utredning och behandling vid klinik i annat län, utifrån vårdgaranti. Kliniken rekommenderar bettskena och hänvisar till remitterande klinik för remiss till Folktandvården. Specialistklinik säger att det inte är deras sak att skriva, bollas till hälsocentralen. Hälsocentralen säger att det är specialistklinik som ska skriva.

Utomlänsvård

Synpunkter på bristande samverkan mellan Region Gävleborg och det län som patienten remitterats till. Det handlar dels om remisser till ingrepp som inte utförs i Region Gävleborg och om patienter som remitteras utifrån vårdgarantin. Exempel på ärenden:

Besvär som bedömts måste opereras. Remitterades till vårdgivare utanför länet. Hörde inget och vid efterforskning fick patienten besked att mottagande klinik inte kunde ta sig an patienten utan returnerat remissen. Remitterande klinik nekar till att ha fått den åter. Får ingen information om vad som händer nu. Vill att verksamheterna ska prata med varandra. Upplever att ingen tar ansvar.

Skadat vänster axel. Remitteras till privat vårdgivare som rekommenderar vidare remiss till specialistklinik. Tillbaka till Region Gävleborg (RG) för ny remiss vilket inte skrevs förrän kontakt med patientnämnden. Specialistklinik avvisar remiss pga. att nödvändiga undersökningar inte är utförda. Tillbaka till RG, sätts på väntelista, åter på "ruta ett". Kritisk till att den klinik som patienten remitterats till inte får handlägga hela ärendet.

Otrygg hemgång

Under **Otrygg hemgång** finner vi ärenden där samverkan mellan specialistsjukvården, kommunen och primärvården inte fungerat men även ärenden där kommunikationen med närstående brustit. Exempel på ärenden:

Äldre som skickades hem mitt i natten efter att ha ramlat, kunde inte stå på benen. Till sjukhus A. Röntgen visade blödningar i höften. Skickades till sjukhus B för inläggning. Upplevde sig nonchalerad av personalen. Skickades sedan hem mitt i natten. Bor ensam. Närstående kontaktades inte. Ingen information till hemsjukvården.

Bristande samverkan mellan specialistsjukvården, hemsjukvården och hemtjänsten. Skickas hem för palliativ vård utan någon planering. Inga mediciner för smärta och ångest. Hemtjänst och hemsjukvården nära ge läkemedel som satts ut av sjukhuset. Anser att vården brister i flera steg. Bristande information.

Läkemedelsansvar

I flera ärenden råder oklarheter vem som har läkemedelsansvaret för patienten. Istället för att vården reder ut sinsemellan vem som har ansvaret så upplever patienten att hen inte tas emot någonstans utan bollas mellan enheter. Exempel på ärenden:

Övergången från specialistsjukvården till hälsocentralen har inte fungerat optimalt. Vid begäran om förnyat recept hänvisar hälsocentralen till specialistmottagning. Specialistmottagningen skrev ut patienten för över ett år sedan med information att medicineringen skulle skötas från hälsocentralen. Önskar att hälsocentralen kontaktat specialistmottagningen för att lösa ärendet.

Kritisk till att bollas mellan hälsocentralen och psykiatri. Remitterats till hälsocentralen från psykiatri. Kontaktat hälsocentralen för förnyelse av recept på ångestdämpande läkemedel. Hälsocentralen bollat till psykiatri som i sin tur bollat tillbaka till hälsocentralen. Det har skett flera gånger.

Åtgärder vidtagna av verksamheterna

Av 86 inkomna ärenden hanterades 40 som skrivelser, dvs. en skriftlig anmälan från patient/närstående där Patientnämnden begär svar från berörd verksamhet. I 18 (45%) av de 40 yttranden som inkom från vården framkommer det att berörd verksamhet har gjort någon form av åtgärd. Det handlar om åtgärder både på övergripande nivå och för enskild patient. De förmedlar i flera yttrande en förståelse för patientens synpunkter. På övergripande nivå beskrivs åtgärder som att flera specialiteter ser behov av att tillsammans titta på nya gemensamma rutiner, befintlig rutin kommer att aktualiseras, ärendet tas upp med medarbetare och verksamheten kommer arbeta med att förbättra överrapportering. I flera ärenden presenteras direkta åtgärder för den berörda patienten. Det handlar om att man reder ut var vårdansvaret för patienten ligger, skickar remiss till rätt verksamhet, åtgärder brister i journal och ersätter patient för utlägg.

I 22 (55%) av 40 yttranden som inkom från vården har de inte presenterat någon åtgärd utifrån händelsen. Det är i sig inget fel så länge det inte förekommer brister som hade varit möjliga att åtgärda. I denna analys har 3 ärenden identifieras där det hade varit av värde att presentera åtgärder i yttrandet. Vården har i yttrandet identifierat brister men utelämnat beskrivning av vilka eventuella åtgärder som satts in för att förhindra upprepning. I dessa ärenden påtalar Patientnämnden saknaden av åtgärdsbeskrivning till berörd verksamhetschef i syfte att väcka reflektion så att det i framtida yttranden finns beskrivet.

I 8% av ärendena har Patientnämnden förmedlat en kontakt med berörd chef eller kvalitetssamordnare. Patientnämnden får därmed ingen återkoppling på eventuella åtgärder men kan anta att patienten är nöjd efter en direktkontakt med verksamheten då de inte har hör av sig till Patientnämnden igen.

Diskussion

Runtom i Sverige pågår omställningen till en god och nära vård. Överenskommelsen mellan staten och Sveriges kommuner och regioner, SKR, består av fyra olika utvecklingsområden som alla syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården³. Omställningen syftar till att vården i högre grad organiseras och bedrivs med utgångspunkt från patientens behov och förutsättningar. Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.⁴

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet.⁵ Den nationella handlingsplanen ska stärka kommuner och regioner i det systematiska patientsäkerhetsarbetet och bidra till att förebygga

³ God och nära vård 2023 En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.

⁴ Sveriges Kommuner och Regioner

⁵ Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso-och sjukvården 2020-2024

vårdskador. En av fyra grundläggande förutsättningar för en säker vård är patienten som medskapare. Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Kommunikation och dialog med patient och närstående är centralt.

Brister i informationsöverföringen i vårdens övergångar utgör en stor risk. När en patient har kontakt med flera vårdgivare finns det risk för glapp i vårdkedjan. Det kan leda till att patienten och inblandad hälso- och sjukvårdspersonal inte kan skapa eller tappa den gemensamma bilden av vad som har hänt och vad som är planerat. Då finns risk för att nödvändig information inte följer med patienten. Äldre patienter och patienter med kroniska sjukdomar är särskilt utsatta. Det beror på att många av dessa patienter har kontakt med både kommunal hälso- och sjukvård, primärvård och specialist- och akutsjukvård. Dessa patienter har stort behov av en sammanhållen vård där alla inblandade har samma bild av målet, de aktuella åtgärderna och rollfördelningen.⁶

Patientnämndens förvaltning tar emot värdefulla patientberättelser som kan bidra till vårdens förbättringsarbete. Patient- och närståendebestämmelser är en viktig pusselbit i omställningen till God och nära vård likväl som ökad patientsäkerhet. Den här analysrapporten utgår från ett patientperspektiv och lyfter fram synpunkter från patienter och närstående.

Delaktighet: I ärendena under **delaktighet** kan vi se att vården missat att ta med patienten som medskapare vilket är en grundläggande förutsättning för en säker vård. Vi kan se att i de flesta ärenden under **delaktighet** är patienten nöjd efter vårdens yttrande. Det beror troligen på att patienten fått en roll som medskapare i sin vård. En anmälare beskriver det så här *"Efter anmälan fungerar stödet från hälsocentralens läkare bra, jag har nu fått förtroende för de bedömningar och åtgärder som vidtas"*.

När patienten är välinformerad, får delta aktivt i sin vård och ges möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar, kan vården bli ännu säkrare. Med patienten som medskapare ökar följsamheten i den upprättade vårdplanen vilket bidrar till att vårdförloppet blir som det är tänkt.

Hänvisar: Av inkomna ärenden till patientnämnden kan vi se att vårdpersonal hänvisar patienten vidare till annan verksamhet utan att säkerställa att patienten hamnar rätt. Det är istället önskvärt att hjälpa patienten att etablera en kontakt med rätt person/verksamhet. Givetvis finns det ärenden där det är rimligt att hänvisa patienten att själv ta kontakt med annan verksamhet men då bör hänvisningen vara säkerställd så att patienten hamnar rätt.

Bollas: I tredje stycket under rubriken "diskussion" beskrivs vikten av god informationsöverföring. När patienten bollas mellan verksamheter är risken stor att informationsöverföringen brister. I de fall patienten bollas mellan verksamheter skickas inte sällan patienten fram och tillbaka mellan

⁶ Socialstyrelsen. Samlat stöd för patientsäkerhet; kommunikation och informationsöverföring.

verksamheterna flera gånger innan ärendet förhoppningsvis reds ut. Förfarandet är resurskrävande i tid och ekonomi för såväl vården som patienten. Patienterna önskar att de olika vårdgivarna själva talar med varandra istället för att skicka patienten som ”budbärare”.

Utomlänsvård: Ärenden som handlar om **utomlänsvård** rör uteslutande en specialistklinik. De handlar dels om brister i remisshantering dels om att vårdgarantin spelat ut sin roll. Patienten uttrycker i flera ärenden att vårdgivarna inte talar med varandra och att patienten upplever sig vara budbärare. Vårdgivaren beskriver i yttrande att, enligt nuvarande avtal, så har inte mottagande klinik rätt att vidareremittera patienter utan kontakt med remitterande klinik. Detta innebär att patienten, som remitterats enligt vårdgarantin, bollas tillbaka till remitterande klinik och därmed åter hamnar i vårdkö. Patienterna önskar att mottagande klinik får mandat att utföra den remittering som de bedömer vara nödvändig, t.ex. magnetröntgen.

Otrygg hemgång: I merparten av ärendena rörande **otrygg hemgång** är patienten 70 år eller äldre. Gemensamt för alla ärenden är bristande kommunikation. Patient och/eller närstående har inte informerats eller varit medskapare i planeringen av hemgång. Vi ser även bristande kommunikation och samverkan mellan vårdgivare vilket lett till otrygg hemgång. Önskvärt är givetvis det motsatta, trygg hemgång.

Läkemedelsansvar: Ärendets art upprepas under **läkemedelsansvar** dvs. att patienten bollas mellan verksamheter. Patienten får känslan av att ingen vill veta av hen. Återigen lyfts önskemålet om att verksamheterna talar med varandra och löser situationen sinsemellan.

Gemensamt för majoriteten av ärendena i denna analys är att vårdpersonalen agerar utifrån att patientens ärende är ”någon annans problem”. Om man tittar på de nationella arbetena med God och nära vård och patientsäkerhet så rimmar vårdpersonalens agerande i dessa ärenden dåligt. Vården bör istället arbeta utifrån inställningen ”vår gemensamma patient” för att uppnå framgång i det gemensamma nationella arbetet och inte minst för den enskilda patienten.

Rapporten redogör endast synpunkter och klagomål som inkommit till Patientnämnden. Enligt klagomålshanteringen kan patient/anmälare även ta kontakt direkt med berörd verksamhet för att framföra synpunkter och klagomål. Hur många som vänder sig direkt till vården och hur dessa klagomål ser ut har patientnämnden ingen vetskap om.