



Bristande vårdflöden och processer

- patienters och närståendes
upplevelser av när samordningen
i vården brister



REGION
SÖRMLAND

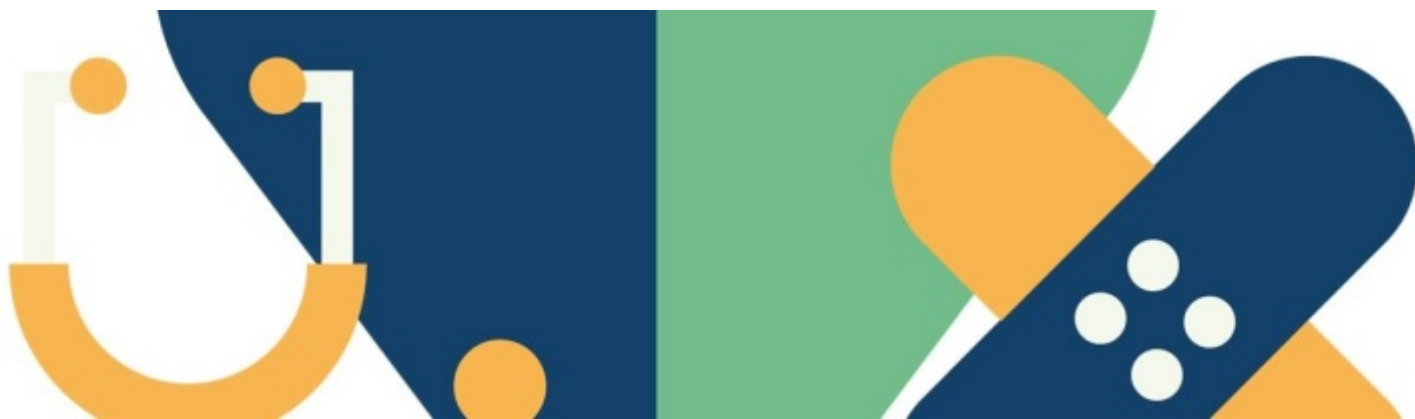
Inledning

Till patientnämnden kan patienter och närstående vända sig med synpunkter och klagomål på vården. Genom att tillvarata inkomna synpunkter, och förslag till förbättringar, så medverkar patientnämnden till en ökad patientsäkerhet och kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården.

En smidig väg för patienten genom vården är viktig. Denna rapport belyser 77 ärenden som har kommit in till patientnämnden gällande bristande vårdflöden och processer inom hälso- och sjukvården. Ärenden med patientberättelser som handlar om att befinna sig i ett mellanrum mellan vårdgivare har ökat. Ofta beskriver dessa ärenden att patienter själva måste samordna och koordinera sin vård för att kommunikationen mellan verksamheter och vårdgivare brister. Dessa kommunikationsbrister kan innebära en patientsäkerhetsrisk och kan leda till vårdskada. Uttryck som att "bollas runt" mellan vårdgivare och att "jaga vården" återfinns i dessa ärenden. Många ärenden visar på att brister i vårdkedjan fördröjt patienters vård- och behandling.

Syftet med rapporten är att belysa patienters och närståendes synpunkter och klagomål om brister i vårdflöden och i vårdkedjan. Rapporten är ett bidrag till hälso- och sjukvårdens kvalitetsarbete och ett underlag till andra intressenter.

Patientnämndens klagomål ger inte en bild av hur sjukvården i stort fungerar, men visar patienters och närståendes upplevelser av när vården brister. Deras berättelser kan ge en vägledning om hur sjukvården kan förbättras och är en viktig kunskapsskälla i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.



Klagomålen har ökat

Inkomna ärenden gällande bristande vårdflöden och processer under perioden januari 2021-juli 2022

Under perioden vände sig 60 personer till patientnämnden med synpunkter och klagomål gällande bristande vårdflöden och processer i vården. 57% av ärendena berörde en kvinna och 38% en man. I 5% av ärendena finns varken kön eller ålder registrerat. Flest antal klagomål gällde en kvinna i åldern 80-89 år.

Totalt inkom det under perioden 77 klagomål, detta då en person kan ha synpunkter riktade till flera olika verksamheter/kliniker. Flest antal klagomål berörde den somatiska specialistsjukvården och därefter primärvården. Det är inte alla ärenden som har skickats till vården med en begäran om svar. Således har inte alla ärenden besvarats av vården.

Det går inte att utläsa något tydligt mönster i när på året som klagomålen har inkommit, men att de ökat under våren 2022 framkommer tydligt. Flest antal ärenden inkom i april 2022.

Antalet klagomål har ökat kraftigt de senaste åren

I jämförelse med samma period tidigare år, 2019-2020, så har det skett en ökning med 165% av klagomål gällande vårdflöden och processer. Ålders- och könsfördelningen är likvärdiga varandra. Liksom i den senare perioden så var det under 2019-2020 flest kvinnor som klagomålen gällde, men då i åldern 60-69 år.

De verksamhetsområden som klagomålen har berört är lika fördelat mellan de båda perioderna, då den somatiska specialistsjukvården har haft flest antal ärenden följt av primärvården.

Det har skett en ökning av klagomålen under våren 2022. Under våren 2020 avtog dem. En möjlig orsak till minskningen kan vara covid pandemin, som initialt ledde till färre vårdkontakter.



Klagomålens innehåll

Bristande remisshantering

Ett flertal klagomål handlar om en bristande remisshantering. Klagomålen beskriver bland annat att remisser inte skickats eller har skickats fel. Felet har ofta upptäckts då patienten själv eller en närstående kontaktat vården då de inte har fått någon återkoppling.

Bristerna har också varit att remisser skickas fram och tillbaka mellan kliniker pga att ingen vill ta ansvar.

Den bristande hanteringen har också i några ärenden berott på ofullständiga remisser som har behövt kompletteras av den remitterande enheten för en vidare handläggning, men då kompletteringen dröjt har ärendet inte kunnat hanteras vidare.

Generellt råder en informationsbrist till patienten/den närstående, gällande remissflöden. För patienten leder den bristande hanteringen till en ökad väntetid för att få hjälp och till en oro och frustration över att inte veta vad som händer.

En patient berättar:
” [...] alla bollar runt mig och ingen funderar ens på att det gäller en patient som mår dåligt och behöver hjälp.”

Vårdansvar

Vanligt förekommande i ärendena är att det har varit otydligt vem som har vårdansvaret för patienten. Oftast uppstår denna otydlighet mellan specialistsjukvården och primärvården men den återfinns också mellan olika specialistkliniker. Även mellan huvudmännen region respektive kommun finns en otydlighet gällande vem som har vårdansvaret för patienten liksom mellan olika regioner.

Otydligheten gällande vårdansvaret gör att patienten ofta hamnar mellan stolarna och själv får agera samordnare för sin vård, vilket bland annat innefattar att ringa till de olika instanserna. Det framkommer dock i ärendena att patienten ofta blir tillbakahänvisad till den andra instansen.

Patienterna beskriver en känsla av att bollas mellan olika verksamheter och vårdgivare. Patienten upplever sig således bli en budbärare mellan de båda instanserna istället för att vården pratar med varandra och reder ut vad som gäller. I några ärenden där detta beskrivs, har patienten haft en cancersjukdom.

Förskrivning av smärtstillande narkotikaklassade preparat, samt sjukintyg är områden där frågan om vårdansvar blir extra tydligt.



Krånglig vård

Patienter och närstående beskriver att de upplevt en krånglig vårdprocess då det varit många steg innan patienten hamnat rätt och fått en adekvat hjälp. Det beskrivs bland annat att det har varit svårt att komma i kontakt med vården via telefon och att få en läkartid.

I vissa fall har patienten behövt genomgå olika undersökningar/utredningar innan nästa steg i vårdprocessen kunnat påbörjas. Men då dessa undersökningar och utredningar av någon anledning dragit ut på tiden, upplevs processen som helhet som krånglig och tidsödande.

Det förekommer också klagomål gällande oklarheter vad som gäller utifrån lagar, regler och bestämmelser vilket lett till problem för patienten och en förväntan på vården som inte har kunnat infrias.

Patienter beskriver att de tvingas "jaga vårdhjälp" i ett system som inte är enkelt och svårt att förstå.

En närstående berättar:

"Tyvärr är intresset för hela människan något som faller [...] Nu är det skarpa gränser mellan specialisterna [...]."

Utskrivningar från sjukhuset

Brister i samband med utskrivning från sjukhuset gäller framförallt om de som sker till kommunen. Det har i samband med utskrivningen saknats eller varit en bristfällig kommunikation med den närstående och/eller kommunen inför hemgången. I vissa fall har ingen information getts alls om att patienten ska komma hem vilket har resulterat i en utebliven tillsyn från hemtjänsten.

Det har också förekommit ärenden där insatser inför hemgången inte har setts över innan patienten skrivits ut vilket har gjort att närstående fått ordna med detta i ett senare skede.

Vid utskrivningen har det också saknats information om vilka mediciner som patienten ska ta och det har saknats recept på smärtlindring efter operation.



Vårdens svar

Vården beklagar det som hänt och tackar för synpunkterna som patient och/eller närstående lämnat då de kan bidra till att göra vården bättre. Ibland har en telefonkontakt tagits med patienten/den närstående och ytterligare kontakt har erbjudits om frågor skulle kvarstå.

Vården instämmer i vissa ärenden att remisshanteringen har dragit ut på tiden och att en anledning har varit pandemin. Ofta beskrivs den hanteringen som skett av aktuell remiss och de rutiner som finns gällande remisshantering.

I svaren från vården framkommer att det finns olika syn på vem som ansvar för vården samt vems ansvar det är att skicka remisser. Vården refererar ibland till aktuell vårdöverenskommelse, vilken beskriver primärvårdens respektive specialistsjukvårdens ansvar. Ofta svarar endast den berörda enheten för sin del och hänvisar sedan vidare till de andra berörda klinikerna för ytterligare svar.

De åtgärder som har vidtagits efter det att vården har mottagit och bearbetat det inkomna ärendet är bland annat att händelsen har lyfts i personalgruppen och med berörd medarbetare. I enstaka ärenden så har en händelseanalys genomförts efter kontakt med chefsläkare. Vården har också sett över behov av åtgärder för att samma sak inte ska hända igen.

Förbättringsförslag från vården och patienter/närstående

Förbättringsförslag som inkommit från vården är att personal tydligare ska informera om var gränsdragningen går mellan olika kliniker för att underlätta för patienten att ta kontakt med rätt klinik. Man konstaterar också att det borde vara kontaktsjuksköterskorna, i de ärenden där det finns en sådan, som ska kontakta varandra för att reda ut vad som gäller för att sedan återkoppla till patienten.

Patienter föreslår att det borde vara möjligt att följa remisser via 1177 och att vården borde ta ett större ansvar i att samordna vården.

Vårdgivaren svarar:

”[...] vi önskar alla att den oroliga resan genom vården du beskriver inte ska upprepas [...] arbetar vi aktivt med förbättringar för att situationer som dessa inte ska återupprepas där målsättningen för varje enskild patient är att resan genom vården blir smidigare.”



Reflektioner

Att antalet klagomål gällande bristande vårdflöden och processer har ökat de senaste åren är tydligt. Vad denna ökning beror på är dock oklart. Möjligen skulle pandemin och dess effekter på en redan belastad hälso-och sjukvård kunna vara en del av förklaringen.

De analyserade ärendena visar att det många gånger saknas en helhetssyn av patientens vård, vilket medför att den inte blir sammanhållen och personcentrad. Brister i samverkan mellan olika verksamheter kan innebära en stor risk för avvikelser och ytterst leda till vårdskador (Översikt – Vårdhandboken (vardhandboken.se)).

Brister i kommunikation mellan verksamheter är tydlig i flertalet av ärendena. Socialstyrelsen beskriver att kommunikation och informationsöverföring utgör en stor risk när viktig information inte följer med patienten i vårdens övergångar. Om information om vad som hänt och som är planerat framåt tappas kan det innebära en patientsäkerhetsrisk (Kommunikation och informationsöverföring - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)).

Ärendena visar att vårdkedjan ofta brister när verksamhetsrutiner inte täcker in alla situationer och vårdövergångar. När detta sker uppstår ett organisatoriskt mellanrum, vilket av patienten uppfattar

som att ha hamnat mellan stolarna. Det krävs en stark patient för att själv orka samordna sin vård och ta reda vilken verksamhet som har vårdansvaret. Patienter som inte har förmågan att driva sin fråga i vården kan bli bortglömda. I avsaknad av en närstående kan detta bli än mer påtagligt, då de närstående ofta antar sig rollen som samordnare när vården brister. Tydligt är att patienter och deras närstående, oavsett orsak, drabbas negativt när vården och dess flöden inte fungerar. Remisser som skickats fel och inte upptäcks i tid kan medföra en ökad ohälsa. Att som patient behöva "jaga vårdhjälp" leder ofta till onödiga kontakter med en redan belastad hälso-och sjukvårdvården.

Utifrån de klagomål som inkommit synliggörs följande förbättringsområden:

- En säkrare och tryggare remisshantering
- Kunskap om, och ett tydliggörande gällande, vem som bär vårdansvaret för patienten. Både inom regionen men också mellan regionen och kommunen.
- Att vården kommunicerar med varandra och reder ut vad som gäller istället för att föra en dialog via patienten.



REGION
SÖRMLAND