

# Patienters och närståendes upplevelser av den kommunala hälso- och sjukvården

- En kartläggning utifrån synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden i Region Sörmland, från och med 1 januari 2020 till och med 31 augusti 2021.



REGION  
SÖRMLAND



## Sammanfattning

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

**Syfte:** Syftet med rapporten är att analysera och kartlägga patienters och närståendes upplevelser av den kommunala hälso- och sjukvården utifrån inkomna synpunkter och klagomål till patientnämnden. Syftet är också att resultatet ska kunna användas av hälso- och sjukvården som ett lärande, där patient och närståendes upplevelser tas tillvara i kvalitetsförbättringsarbetet.

**Metod:** Kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Granskär och Höglund- Niensens beskrivning av metoden.

**Resultat:** Patienter och närstående har upplevt att det finns brister i den omvårdnad som ges samt att det varit oklarheter gällande vilken vårdnivå patienten får i samband med en försämring i sin hälsa. Det har också förekommit synpunkter avseende en bristande informationsöverföring mellan kommunen och regionen.

**Slutsats:** Resultatet som framkommit i denna rapport visar på brister inom områden som på flera sätt samstämmer med de iakttagelser som IVO gjort i sin rapport avseende 2020. Bl.a. vad gäller övergången till palliativ vård, personaltäthet och dokumentation. Resultatet har också likheter med Vårdanalys rapport avseende patientlagens genomslag som visar på fortsatta brister inom områdena delaktighet, kontinuitet och samordning. Grundat på detta kan inte resultatet anses vara något som är unikt för kommunerna i Sörmland, utan istället spegla en bild av de utmaningar som finns i den svenska hälso- och sjukvården. Vi hoppas att rapporten kan utgöra en del i arbetet med att göra vården bättre.

Nyckelord: kommun, synpunkter, klagomål, pandemi

# Innehållsförteckning

<b>1. Introduktion</b> .....	<b>1</b>
1.1 Inledning.....	1
1.2 Bakgrund.....	2
1.2.1 Patientlagen.....	2
1.2.2 Patient – och personcentrerad vård.....	2
<b>2. Syfte</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Metod</b> .....	<b>3</b>
3.1 Urval och datainsamling.....	3
3.2 Analys.....	4
3.3 Etiska överväganden.....	4
<b>4. Resultat</b> .....	<b>4</b>
4.1 Vårdnivå.....	9
4.2 Omvårdnad.....	10
4.3 Informationsöverföring.....	11
4.4 Vårdens svar.....	12
<b>5. Resultatdiskussion</b> .....	<b>13</b>
<b>6. Slutsats</b> .....	<b>15</b>
<b>7. Referenser</b> .....	<b>17</b>
<b>Bilaga 1.</b> Översikt över huvudproblem samt delproblem vid registrering och kategorisering av synpunkter/klagomål	
<b>Bilaga 2.</b> Flödesschema för handläggning av inkomna synpunkter och klagomål på patientnämndens kansli	
<b>Bilaga 3.</b> Rapportens tillämpning av kvalitativ textanalys enligt Granskär och Höglund-Nielsen	

# 1. Introduktion

## 1.1 Inledning

Patientnämndens uppdrag är reglerat i lagen, *lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården* (SFS 2017:372). Patientnämnden i Sörmland är gemensam för regionen och länets nio kommuner. Till patientnämnden kan patienter och närstående vända sig för att framföra synpunkter och klagomål på vården. Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål som gäller:

- All offentligt finansierad vård; regionens och kommunens hälso- och sjukvård.
- Privata vårdgivare som har avtal med regionen eller en kommun.
- Folktandvården och den tandvård som regionen finansierar (SFS 2017:372).

Patientnämnden ska årligen analysera inkomna synpunkter och klagomål, för att på så sätt bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Nämnden ska också uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården, samt göra Inspektionen för vård och omsorg (IVO) uppmärksam på förhållanden av betydelse för myndighetens tillsyn. Förutom att tillvarata inkomna synpunkter och klagomål så ska nämnden tillhandahålla, eller hjälpa, patienter att få den information som de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården (SFS 2017:372).

I *patientsäkerhetslagen* (SFS 2010:659) framgår att vårdgivaren, i sin tur, ska ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående som är riktade mot den egna verksamheten samt snarast besvara dessa. Vårdgivaren ska, i sitt svar till patient/närstående, ge en förklaring till vad som har inträffat, och om det är aktuellt, en beskrivning av vilka åtgärder som planeras att genomföras för att en liknande händelse inte ska inträffa igen.

Svensk- och internationell forskning visar att de vanligaste drivkrafterna, för patienter och närstående, att klaga på hälso- och sjukvården är: att få en ursäkt och en förklaring av vad som hänt, att liknande händelser förebyggs och att någon ska ta ansvar (SOU 2015:14, 30). Det vanligaste skälet till att patienter i Sverige väljer att framföra synpunkter- och klagomål, till en patientnämnd, är för att det de har upplevt inte ska behöva upplevas av någon annan (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [Vårdanalys], 2015).

För att på bästa sätt tillvarata de synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden så har patientnämnden i Region Sörmland beslutat att ge ut rapporter. Rapporterna ska, utifrån, av nämnden valda aktuella områden inom hälso- och sjukvården, ge en djupare beskrivning av vad patient och närstående haft för synpunkter och klagomål på vården. Rapporterna och dess slutsatser, ska sedan delges berörda verksamheter i syfte att kunna bidra till ett lärande och en utveckling av hälso- och sjukvården. Patientnämnden har beslutat att denna rapport ska belysa patient och närståendes upplevelser av den kommunala hälso- och sjukvården.

## 1.2 Bakgrund

### 1.2.1 Patientlagen

Den 1 januari 2015 trädde en ny lag i kraft, *patientlagen*, (SFS 2014:821). Målet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen bygger främst på de skyldigheter som vårdgivarna och hälso- och sjukvårdspersonalen har, men också på de bestämmelser som rör patientens möjligheter till inflytande över sin egen vård (prop. 2013/14:106). Patientlagen innehåller bl.a. bestämmelser om tillgänglighet, information, samtycke och delaktighet (SFS 2014:821).

En stor del av patientlagen syftar till att stärka patientens ställning i vården, genom en ökad delaktighet i den egna behandlingen. Patientens ökade delaktighet i den egna vården och behandlingen, förknippas ofta med begreppen patient- och personcentrerad vård (Vårdanalys, 2016).

### 1.2.2 Personcentrerad vård

En personcentrerad vård skapas i ett samarbete mellan patienten och vårdens medarbetare. Även närstående ska, om patienten önskar, involveras i vården och patienters och närståendes erfarenheter, kunskaper och idéer ska tillvaratas när vårdens arbete utformas, även på organisationsnivå. Förutom att den personcentrerade vården har ett värde i sig, för patienten och dess närstående, så kan den bidra till en mer effektiv hälso- och sjukvård, då patienter som är involverade i sin egen vård i större utsträckning följer de råd som ges vid en behandling (Vårdanalys, 2018).

I Region Sörmlands dokument, *Framtidens hälso- och sjukvård 2.0* framkommer det att den personcentrerade vården ingår i ett av sex strategiska mål med utgångspunkten att Sörmland ska vara Sveriges friskaste län år 2025, sett till den självupplevda hälsan. Målet som ligger till grund för den personcentrerade vården är att patienternas delaktighet i vården ska förbättras. Den personcentrerade vården ska vara den sörmländska vårdens kärna och utgå från en gemensam värdegrund där patienten är delaktig och patientens resurs tas tillvara. ”Inga beslut om mig, utan mig” ska genomsyra arbetet. Patienten ska vara delaktig i alla beslut om den egna vården och, i samarbete med vårdpersonal och vid behov även med närstående, aktivt delta i planering och genomförande. Patientens ställning i vården ska stärkas och sjukvården ska bli bättre på att tillvarata patienters och närståendes engagemang i att utveckla verksamheten (Region Sörmland, 2018). Region Sörmland har tagit fram en egen definition av begreppet, personcentrerad vård (Lundstedt, 2015, 6).

”Jag vill att vården ser och respekterar mig som person och inte som min sjukdom. Utgångspunkten för vården är att den intar mitt perspektiv som person och utgår från mina förutsättningar, resurser och hinder. Jag vill vara delaktig i utformningen av min vård och mötas som en jämlik partner”

## 2. Syfte

Syftet med rapporten är att analysera och kartlägga patienters och närståendes upplevelser av den kommunala hälso- och sjukvården utifrån inkomna synpunkter och klagomål till patientnämnden. Syftet är också att resultatet ska kunna användas av hälso- och sjukvården som ett lärande, där patient och närståendes upplevelser tas tillvara i kvalitetsförbättringsarbetet.

## 3. Metod

Materialet i rapporten har utgjorts av ärenden som inkommit till patientnämnden i Region Sörmland. Ett ärende på patientnämndens kansli skapas då en patient eller närstående tar kontakt med en utredningssekreterare och framför synpunkter och klagomål på vården. Synpunkterna/klagomålen registreras och kategoriseras av utredningssekreteraren i datasystemet *Vårdsynpunkter*, med hjälp av huvud- och delproblem. Huvudproblemet ska beskriva kärnan i synpunkterna/klagomålet och delproblemet ytterligare precisera dess innehåll. Det finns åtta olika huvudproblem, med tillhörande delproblem, att registrera under. För en översikt över registrering och kategorisering av synpunkter/klagomål se bilaga 1. Synpunkterna/klagomålen registreras på den vårdinrättning som klagomålet avser.

Den första kontakten tas oftast via telefon. I telefonkontakten erbjuds personen även att inkomma med ett skriftligt klagomål, en patientberättelse, vilken skickas till berörd verksamhetschef med en begäran om yttrande. Verksamheten har sedan normalt fyra veckor på sig att svara. Svaret ska ge en förklaring till det inträffade och, i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som verksamheten tänker vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen. Eventuella frågeställningar från patient/närstående ska också besvaras. Svaret skickas till patientnämndens kansli som sedan vidarebefordrar det till personen det gäller. Personen får, tillsammans med vårdens svar, ett slutsvar där hen ges möjlighet att lämna förslag på förbättringsåtgärder, för att undvika att liknande händelser inträffar igen. För att ett skriftligt klagomål, gällande en person som är myndig, ska kunna skickas vidare till vården för ett svar krävs ett medgivande från den person som klagomålet gäller. I de fall som personen är avliden skickas klagomålet på uppdrag av den närstående. För en förenklad bild av ärendeprocessen se bilaga 2.

### 3.1 Urval och datainsamling

Rapporten baseras på de ärenden som inkommit till patientnämnden mellan 1 januari 2020 till och med 31 augusti 2021, och som handlat om upplevda brister inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ärendena söktes fram i datasystemet *Vårdsynpunkter*. Totalt gav detta 38 ärenden. Ärendena numrerades från 1–38. De 38 ärenden som ingått i analysen har bestått av såväl besvarade ärenden, dvs. ärenden där patient/närstående inkommit med en skrivelse och vården bemött denna med ett skriftligt svar, samt ärenden där inte någon skrivelse inkommit. Således har inte alla ärenden bemötts skriftligt av vården.

## 3.2 Analys

Kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Granskär och Höglund- Nielsens (2015) beskrivning av metoden, har använts i analysen. Metoden lämpade sig väl då dess fokus är att, genom tolkning och granskning, identifiera skillnader och likheter i en texts innehåll. Fokus för analysen var patienters och närståendes egna berättelser och inte primärt vad vården svarat. Samtliga ärenden lästes till en början förutsättningslöst igenom av fyra utredningssekreterare på patientnämnden. Varje ärende analyserades genom att meningar, ord och stycken, som upplevdes vara centrala i klagomålet, noterades och markerades, vilket skapade meningsbärande delar. När alla utredningssekreterare, på egen hand, läst igenom och analyserat samtliga ärenden samlades de för att jämföra sina data. De meningsbärande delarna sammanställdes och gavs namn, koder, vilka kort beskrev innehållet i de meningsbärande delarna. Koderna granskades i sin tur för att se om vissa handlade om samma sak och därför kunde tas bort, eller om de kompletterade varandra. Koderna genererade sedan övergripande kategorier, huvudkategorier, vilka kunde kopplas till varandra och härledas till de meningsbärande delarna. För rapportens tillämpning av metoden se bilaga 3.

## 3.3 Etiska överväganden

Alla ärenden som inkommer till patientnämnden omfattas av sekretess. Resultaten som redovisas innehåller inga personuppgifter. Främst redovisas dessutom resultaten på gruppnivå, men i de fall som citat används röjs ingen ingående information om den person som inkommit med uppgifterna. Detta säkerställer enligt patientnämndens kansli frågan gällande sekretess.

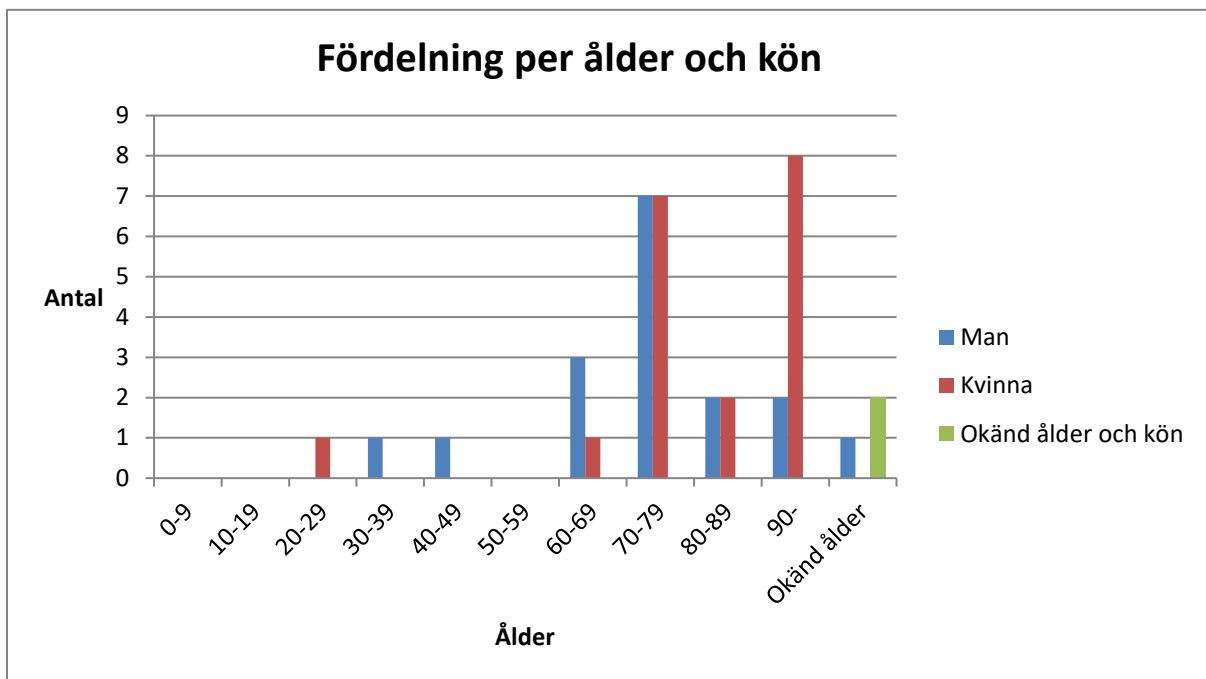
## 4. Resultat

Totalt analyserades 38 ärenden, vilket utgör ca 2 % av det totala antalet ärenden som inkom till patientnämnden under samma period.

I 17 av ärendena (45 %) var patienten en man och i de resterande 19 (50 %) var patienten en kvinna. I två av ärendena (5%), var personen helt anonym varför varken kön eller ålder finns registrerat i de fallen. Majoriteten av de ärenden som inkommit, gällande upplevda brister i vården i samband med kommunal hälso- och sjukvård, har berört en kvinnlig patient i åldern 90 år och äldre.

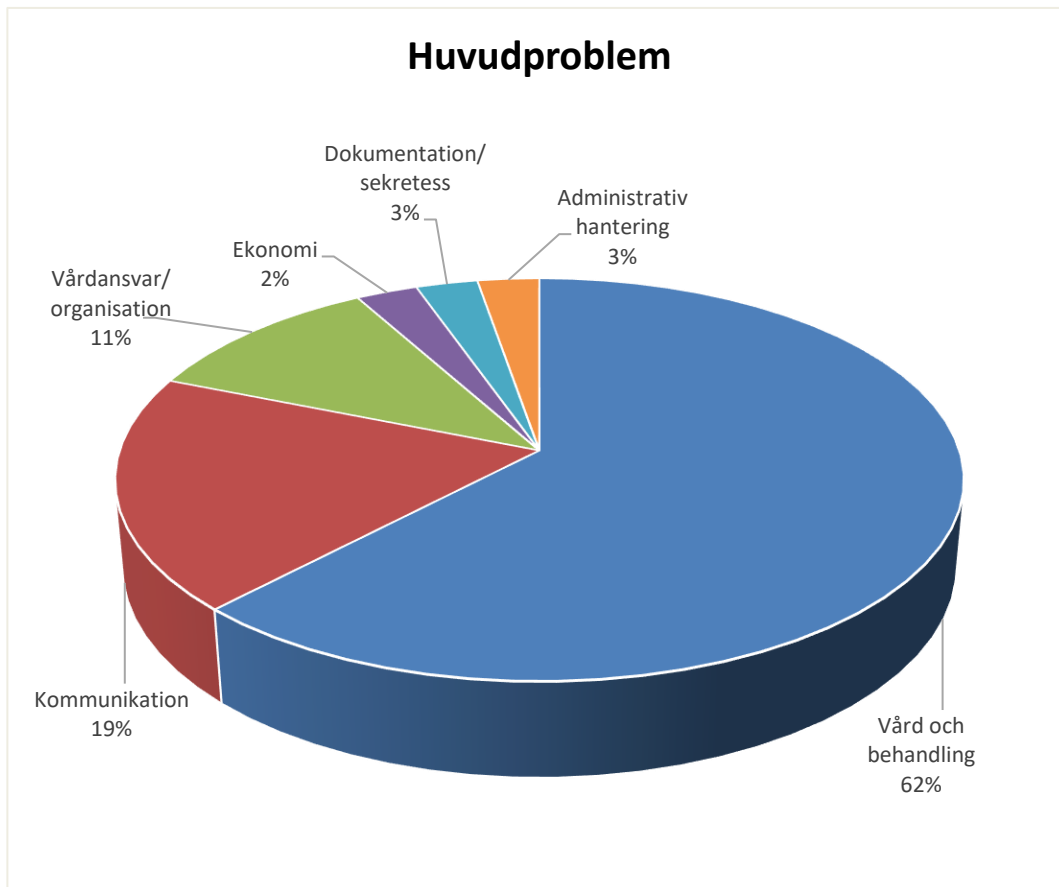
Utifrån det totala antalet ärenden som inkom till patientnämndens kansli under aktuell period, där kön är registrerat, så har 42 % av ärendena handlat om en manlig patient och 58% om en kvinnlig patient. Klagomålen har, baserat på det totala antalet ärenden för perioden, främst berört en kvinnlig patient i åldern 60-69 år.





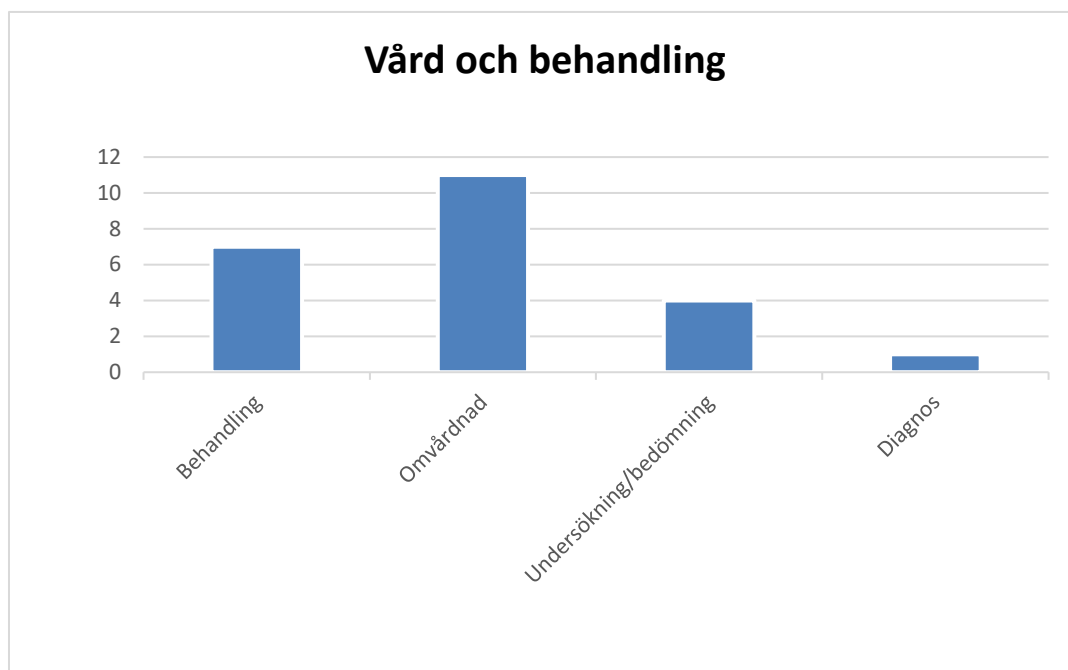
Figur 1. Antal klagomål per ålder och kön.

Av de analyserade 38 ärendena så har det förekommit 38 huvudproblem Fördelningen av antal klagomål per huvudproblem ser ut enligt följande.

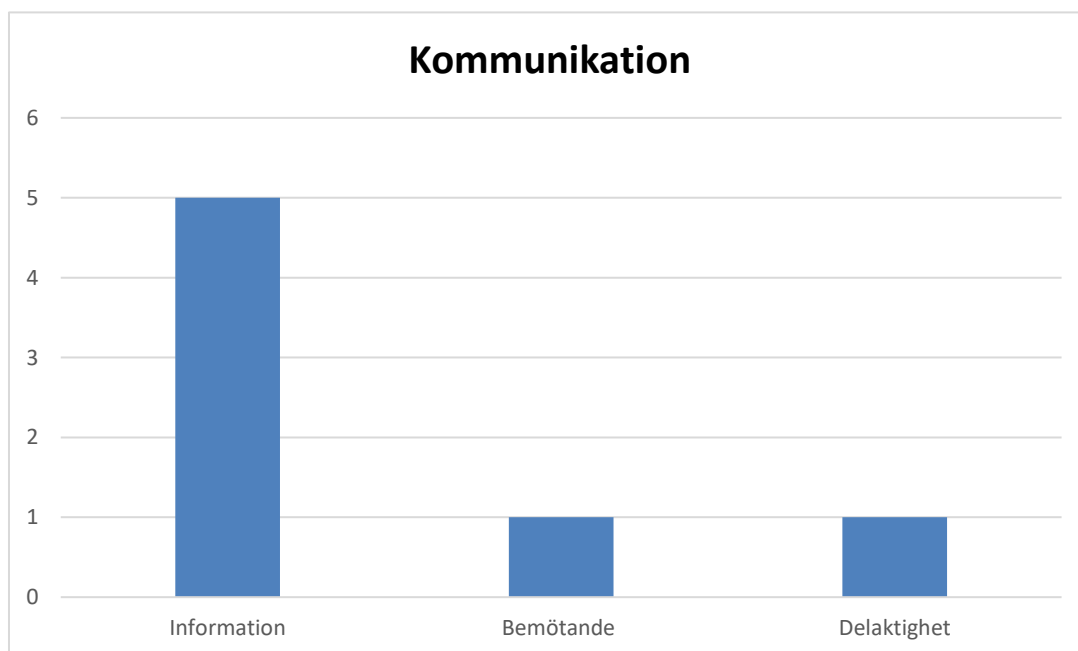


Figur 2. Fördelning av klagomål per huvudproblem.

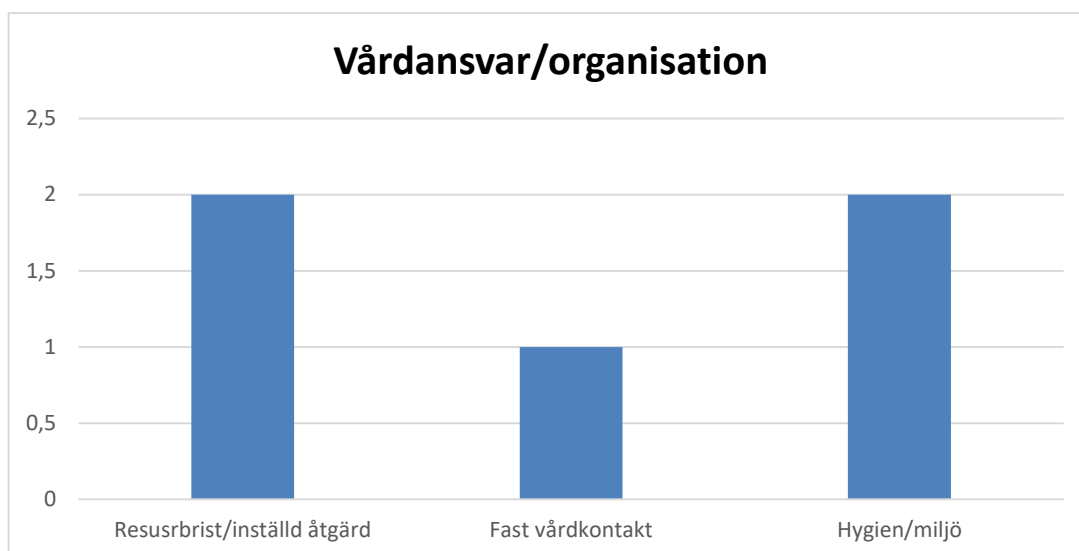
Huvudproblemen delas in i sk. delproblem, som närmare beskriver vad synpunkterna handlar om.



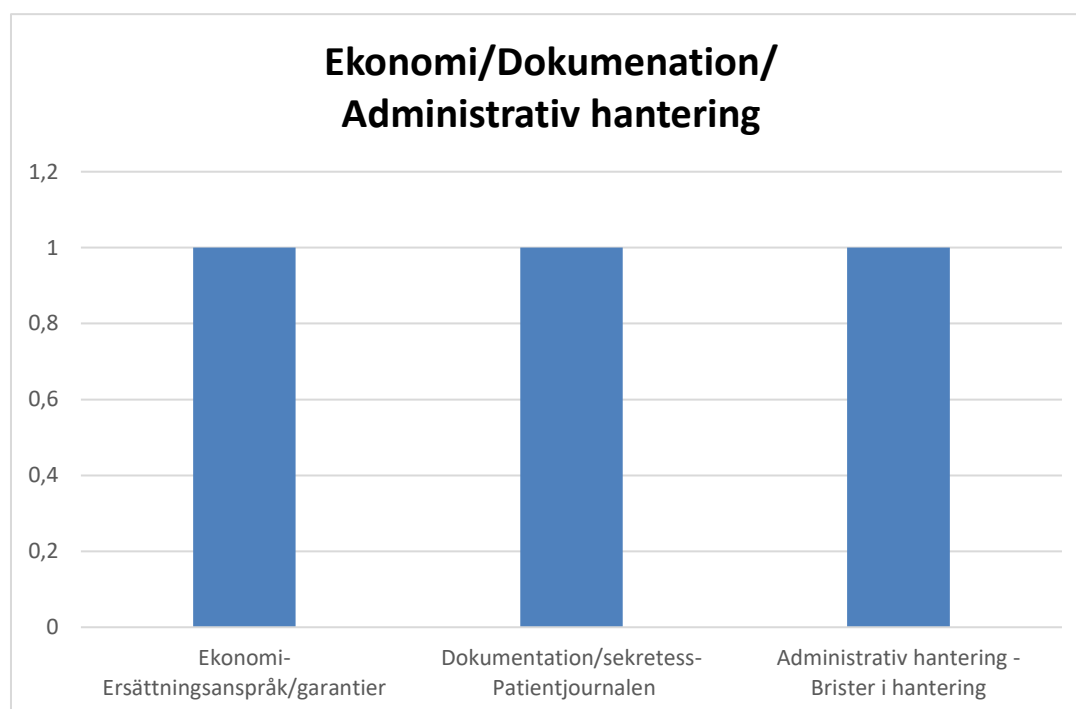
Figur 3. Fördelning av klagomål per delproblem inom vård och behandling.



Figur 4. Fördelning av klagomål per delproblem inom kommunikation.

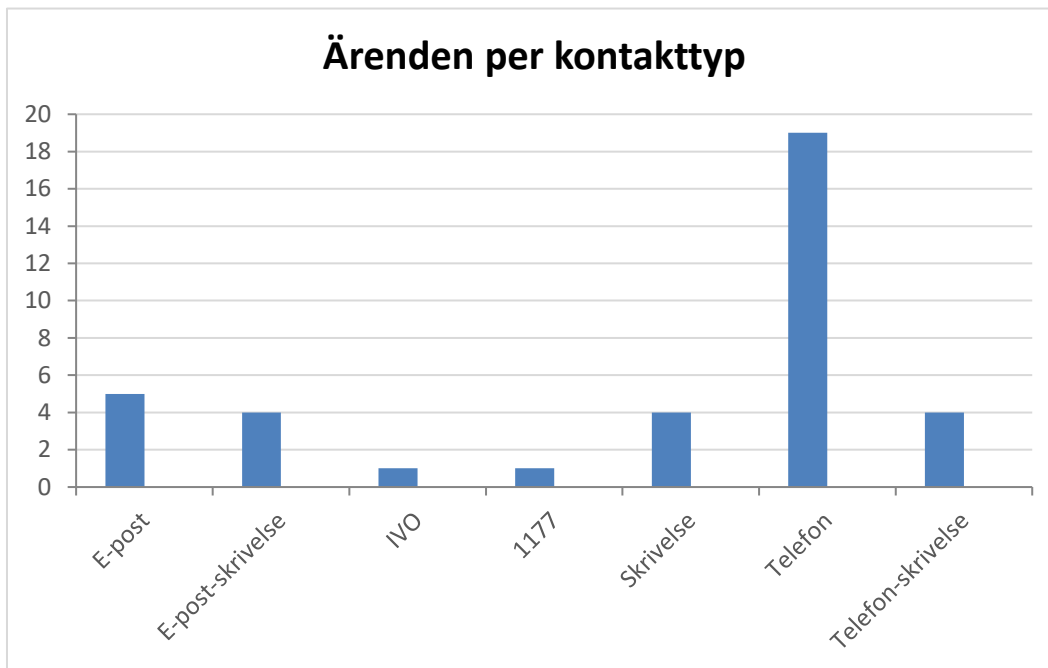


Figur 5. Fördelning av klagomål per delproblem inom vårdansvar/organisation.



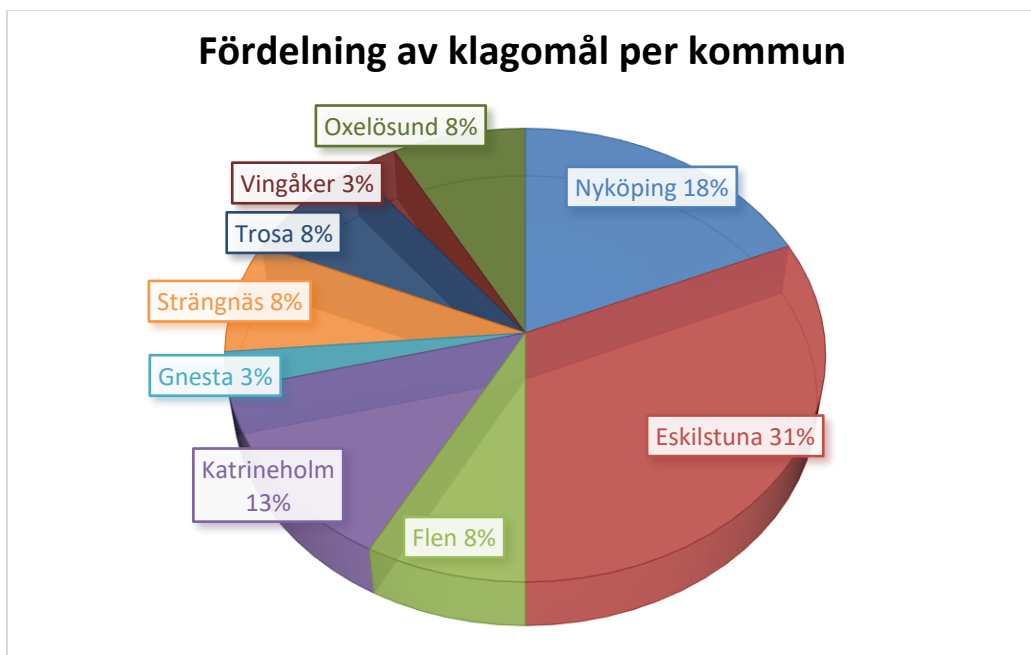
Figur 6. Fördelning av klagomål per delproblem inom ekonomi, dokumentation/sekretess och administrativ hantering.

Majoriteten av de som kontaktat patientnämndens kansli har gjort det genom att ringa till någon av utredningssekreterarna och berättat om sin, eller sin närståendes, upplevelse. I 79% av ärendena var det en närstående som stod för kontakten med patientnämnden.



Figur 7. Ärenden per kontakttyp

Fördelningen av klagomål per kommun.



Figur 8. Fördelning av klagomål per kommun

Analysen mynnade ut i fyra huvudkategorier, som beskriver de centrala delarna av innehållet i de klagomål som inkommit till patientnämnden i Sörmland, gällande patient och närståendes upplevda brister inom den kommunala hälso- och sjukvården. Huvudkategorierna som framträdde var:

- Vårdnivå
- Omvårdnad
- Informationsöverföring
- Vårdens svar

## 4.1 Vårdnivå

I ärendena framkommer att närstående upplever att patienter, som vistas på ett särskilt boende, får en sämre vård i samband med att det tillstöter något som påverkar dennes hälsa.

En närstående skriver följande

”Att riskera bli hänvisad till lägre medicinsk kvalitet bara för att man bor på ett särskilt boende får väl anses vara en diskriminering och troligen ett lagbrott.” (Ärende 22)

Upplevelsen av att patienten får en sämre vård, mynnar ofta ut i att hen inte har skickats in till den somatiska specialistsjukvården på sjukhuset för en bedömning inom en rimlig tid. Det är ibland först då den närstående har påtalat att så borde ske som patienten har fått åka till sjukhuset för en närmare undersökning. I samband med besöket har frakturer efter fall och infektioner kunnat diagnostiserats och behandlats. Ibland har det dock varit för sent för den givna behandlingen då patienten trots det har avlidit. De närstående upplever således att de måste stå på sig för att patienten ska få vård på rätt vårdnivå, vilket i majoriteten av ärendena har inneburit vård inom den somatiska specialistsjukvården. I några fall har också patienten kommit åter från sjukhuset i mycket dåligt skick varför närstående har ifrågasatt detta.

En närstående beskriver sin upplevelse av vården då patienten inte skickades in direkt till sjukhuset i samband med att hen insjuknade. Patienten avled senare.

”Att de sedan väntar ytterligare två dagar, totalt en vecka och låter [...] bli riktigt sjuk innan man alldeles för sent skickar [...] till akuten där man tar prov, ställer diagnos lunginflammation och ger antibiotika intravenöst” (Ärende 37)

Det har också förekommit synpunkter avseende palliativ vård, dvs. vård i livets slutskede. Närstående har i och med detta beskrivit att de inte varit införstådda med vad den palliativa vården innebär men också att de inte hållit med om att en palliativ vård varit aktuell då patienten enligt deras uppfattning inte varit så pass sjuk. Den närstående har således i samband med detta ifrågasatt varför inte kurativa behandlingar och läkemedel har givits. Det har också förekommit synpunkter gällande mer konkreta medicinska frågor såsom varför inte en patient på ett särskilt boende kan få dropp och syrgas, då detta i vissa fall kan erbjudas vid vård i hemmet. Närstående anger i ett förbättringsförslag att ett läkarsamtal borde erbjudas, innan frågan om palliativ vård tas upp.

En närståendes tankar kring patientens vård då hen inte fick en adekvat medicinsk behandling i och med sin vistelse på ett särskilt boende.

”Att följden av den uteblivna vårdinsatsen på [...] blir att [...] på ett för tidigt stadium aktualiserar palliativ vård – för att boendet inte kan/skall erbjuda andra insatser.” (Ärende 22)

Frågan gällande vilken vårdnivå som är aktuell aktualiseras också i och med de klagomål som berört Covid-19. Närstående har där ifrågasatt varför beslut om palliativ vård, eller annan inskränkt behandling, såsom att inte skicka in patienten till sjukhuset, har fattas i och med att man misstänkt att patientens symptom skulle kunna bero på covid 19. I några fall har provresultaten visat sig varat negativa och närstående har därmed än mer ifrågasatt vårdens agerande om en inskränkt behandling.

En närståendes tankar kring patientens vård, som innan ett negativt provsvar på covid erhöles, fick en palliativ vård. Patienten fick en behandling mot en infektion först efter ett negativt provsvar, men avled trots detta.

”Eftersom vi fick veta att det inte var Corona, så tyckte inte sköterskan på morgonen att vi skulle ta mer morfin och dämpande [...], plus att morfin tydligen egentligen ges mer i livets slutskede (!) och där var [...] ju inte... Och det fick vi veta först nu?” (Ärende 18)

## 4.2 Omvårdnad

Närstående, och i vissa fall patienten själv, har framfört synpunkter avseende en bristande omvårdnad. Det kan tex. handla om att patienten inte fått det den har rätt till, via beslut, men också att personalen på något sätt har brustit i sin omvårdnad av patienten.

Närstående har framfört att de upplevt en bristande tillsyn av patienten vilket bl.a. har lett till att olika sjukdomstillstånd inte har upptäckts i tid vilket har gjort att patienten fått behandling senare än nödvändigt.

I några covid relaterade ärenden anger närstående att de upplever att patienten fått en sämre tillsyn efter det att det misstänkts, eller konstaterats, att hen har drabbats av covid. Pga. besöksförbud har de närstående inte kunnat besöka patienten själva och har därför varit extra beroende av vårdpersonalen, både vad gäller tillsyn av patienten men också av information om hens mående.

En närståendes frågeställningar gällande patientens vård efter det att hen konstaterats ha covid. Den närstående ifrågasätter den omvårdnad som patienten fick i hemmet innan hen åkte in till sjukhuset.

”Jag vill veta varför hemtjänsten, som ålagts att tillse [...], inte hade koll på [...] vätskeintag? Varför skrevs ingen kontroll av faktisk intagen vätska.” (Ärende 14)

I några ärenden har skador åsamkats patienten pga. risker i hans miljö, som personalen inte har uppmärksammat. T.ex. så har fall ur sängen uppkommit då en madrass varit för hög i förhållande till sänggrindarna och en demenssjuk patient skadades då han hade tillgång till fjärrkontrollen till den elektriska sängen. Även andra brister i patientens miljö beskrivs i ärendena såsom att personalen inte drar för gardinerna för att skydda patienten från solen och att de inte hjälper patienten med dryckesintag.

I förbättringsförslag från närstående framkommer en önskan om att en riskbedömning bör göras för varje patient för att kunna eliminera så många risker som möjligt i dennes miljö. I ett annat förbättringsförslag framförs en önskan om att vården kontaktar närstående i samband med att någon olycka har inträffat. Den närstående anser vidare att vården borde göra en Lex Maria anmälan.

Det har också förekommit synpunkter avseende hemtjänstpersonal som inte kommer när de ska, samt att det varit en lång väntan på hjälp efter det att patienten har larmat. Upplevelsen har också varit att det är många olika personer från hemtjänsten som besöker patienten, och att alla inte har delegering på de läkemedel som ska ges vilket lett till besvär för patienten. I ett ärende har synpunkter, avseende en bristande hygien hos hemtjänstpersonalen, framförts i och med covid. Detta föranledde att patienten helt valde att avsäga sig hjälpen.

Det har också förekommit synpunkter gällande en låg bemanning av sjuksköterskor. Detta då problem som uppstått på jourtid, då bemanningen avseende sjuksköterskor är begränsad, lett till en lång väntan för patienten för att få hjälp med sina besvär. Det har också i vissa ärenden beskrivits att patienten inte fått den hjälp som önskats då aktuell sjuksköterska inte velat gå emot sin kollegas tidigare bedömning. Patienten har därför inte fått någon annan vård än vad som tidigare har beslutats.

Brister i omvårdnaden har också kunna härledas till en bristande kompetens hos vårdpersonalen. Extra tydligt blir det i de fall då brister i omvårdnaden uppkommit under sommar och semestertider, när ordinarie personal inte har varit på plats.

En patient fick ett sår som till en början verkade läka fint. Men efter sommaren hade det förvärrats. Den närstående som vänt sig till patientnämnden skriver följande.

”Tydligt hade inte sjuksköterskans ordination om behandling av såret följts under den aktuella perioden. När sedan såret försämrats och den ordinarie sjuksköterskan återkommit från sin semester hade behandlingsrutinerna börjat stramas upp. Dessvärre var det för sent. Såret kunde inte längre läkas och amputation var den enda utvägen.” (Ärende 23)

## 4.6 Informationsöverföring

I ärendena framkommer att det finns brister i informationsöverföringen, främst vad gäller den information som ges mellan de båda huvudmännen kommunen respektive regionen. Bristen framkommer tydligast då en patient läggs in på sjukhuset eller skrivs ut därifrån efter att han har fått vård. Det kan dels handla om att sjukhuset, dvs. regionen, inte fått tillräckligt med information från kommunen avseende patientens tillstånd och hur han normalt brukar må och fungera, samt att regionen inte informerat kommunen om vad som gjorts på sjukhuset innan patienten får komma åter till sitt boende. Bristerna i informationsöverföringen återfinns i både

ärenden där patienten bor på ett särskilt boende och där hen bor hemma med någon form av insats från kommunen.

Närstående har också framfört synpunkter gällande att patienter fått åka in själva till sjukhuset, utan personal, och utan någon att prata för sig. Det förekommer också ärenden där kommunen inte fått information om att en patient ska komma hem och därför har ingen funnits på plats för att möta upp hen vid hemkomsten. Den bristande informationsöverföringen har också lett till att ordinerade behandlingar, givna av regionen, inte har mottagits av kommunen vilket gjort att patienten inte har fått den ordinerade behandlingen,

Det finns även brister inom den egna organisationen, dvs. inom kommunen, vilket framförallt kommer fram i en bristande dokumentation. Detta har gjort att det varit svårt att följa vad som skett i vården av patienten, både vad gäller given vård och vilken information som har närstående har fått ta del av.

En närståendes synpunkter avseende en bristande informationsöverföring.

”Upphovet till de flesta av de frågor jag adresserat tycks ligga i organisationsstrukturen. Vilken inneburit ett allmänt ansvarsglapp mellan landstinget och kommun samt mellan ansvarsområden inom vårdenheten; mellan sjuksköterska och omsorgspersonal.” (Ärende 23)

Ett förbättringsförslag som inkommit från en närstående, gällande den bristande informationsöverföringen är att sjukhuset, via datasystemet i journalen, skulle kommunicera med patientens hemtjänst. Detta för att säkerställa att personalen utför det som patienten behöver få hjälp med efter hemkomsten.

## 4.5 Vårdens svar

I svaren från vården beklagar man det som föranlett att patient och närstående har vänt sig till patientnämnden. I flera ärenden håller man med om den kritik som riktats mot verksamheten bland annat att det funnits brister avseende dokumentation och rutiner.

”Kan inte finna någon dokumentation som stödjer att välkomstsamtal har genomförts med patient och närstående vilket är en brist i verksamheten. Detta ska enligt rutin genomföras snarast vid allas möjlighet efterföljande flytt till boende.” (Ärende 37)

”Det vi behöver bli ännu bättre på är att dokumentera i den sociala journalen för att kunna följa hur en patients dag har varit. I detta fall borde vi ha skrivit mer kontinuerligt hur dagarna har varit i den social journalen.” (Ärende 14)



Vården instämmer också i flera ärenden, att det har funnits brister i informationsöverföringen mellan kommunen och regionen.

”Det behövs bättre kommunikation mellan sjukhus och hemtjänst.” (Ärende 12).

”Jag stödjer er uppfattning att kommunikationen har brustit mellan vårdcentralen och hemsjukvården.” (Ärende 25)

”Det ni beskriver om svårigheter när olika personer från olika vårdgivare är involverade är ett generellt bekymmer och som arbetas med från alla håll. Vi har ett utarbetat avvikelssystem mellan Regionen och oss för att arbeta med det som ska göras bättre. Vi är dock väl medvetna att vi har en lång väg att gå innan vi når dit vi vill d.v.s. att man som individ inte ska märka vårdövergångarna.” (Ärende 23)

I svaren från vården framkommer vilka åtgärder som har vidtagits för att liknande händelser inte ska inträffa igen. Det kan tex. vara att ärendena lyfts på arbetsplatsträffar till diskussion och att befintliga rutiner ses över och att nya skapas. Gällande bristerna i informationsöverföringen mellan regionen och kommunerna, så pågår ett aktivt förbättringsarbete.

”Vi kommer att lyfta händelse på sjuksköterskemöte i början av 2021 för att problematisera kring det och öka medvetenheten.” (Ärende 20)

”Vi tar också med oss detta exempel (givetvis utan personuppgifter och namn) för att påvisa brister och vad de medfört samt för att kunna hitta alternativa, bättre sätt att samverka. Vi ser ett behov av tidigare kommunikation mellan oss.” (Ärende36)

”Vi har utrett klagomålet och synpunkterna i syfte att använda oss av det i det fortlöpande förbättringsarbetet.” (Ärende 22)

I vissa ärenden anser vårdgivaren att ärendet har handlagts korrekt, men medger samtidigt att det har förekommit brister. Orsaken till de uppkomna bristerna bedöms då ligga utanför den egna organisationen.

## 5. Resultatdiskussion

I arbetet med denna rapport har vi kunnat ta del av vad patient och närstående haft för upplevelser gällande den kommunala hälso- och sjukvården. Viktigt är dock att understryka att rapportens resultat endast är en beskrivning av vad de personer som aktivt valt att framföra sina synpunkter och klagomål till patientnämnden upplevt. Resultatet kan därmed inte anses vara tillämpningsbart generellt för hur patient och närstående upplever den kommunala hälso- och sjukvården i Sörmland. Underlaget på totalt 38 berörda patienter, anser vi vara för litet för

att kunna dra några definitiva slutsatser. Dock anser vi att rapportens resultat utgör en viktig del i arbetet med patientsäkerhet och kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården, samt för att främja den personcentrerade vården. Vår förhoppning är därför att det resultat som framkommit, ska kunna användas av hälso- och sjukvården i ett lärande syfte, där patient och närståendes upplevelser tillvaratas i kvalitetsförbättringsarbetet.

Något som vi kan konstatera är att andelen ärenden som berör den kommunala hälso- och sjukvården är få till antalet, sett utifrån det totala antalet ärenden som inkommit till patientnämnden under samma period, (2%). Detta är något som är årligen återkommande, såväl inom Region Sörmland som hos andra patientnämnder i Sverige. Vad detta beror på är oklart. Vi har dock noterat att samtliga kommuner, via sina hemsidor, har en egen klagomålshantering vad gäller synpunkter och klagomål. En annan förklaring skulle också kunna vara att det kanske inte är självklart för en patient, eller närstående som har synpunkter på den kommunala hälso- och sjukvården, att vända sig till patientnämnden som organisatoriskt ingår i Region Sörmland. En annan aspekt som vi problematiserat kring är att en patient som får vård och omsorg inom kommunen står i en annan beroendeställning än vad en patient som får vård och omsorg inom den regiondrivna hälso- och sjukvården gör. Detta skulle kunna göra att patienten och/eller den närstående, väljer att inte framföra sina synpunkter med rädslan för att få en sämre vård. Vårdanalys har i sin rapport *En lag som kräver omtag* kunnat konstatera att en av anledningarna till att man väljer att inte framföra synpunkter och klagomål på vården är pga. en rädsla för att få en sämre vård. Dock var det största skälet till varför man inte valt att framföra synpunkter och klagomål på vården att man inte hade några synpunkter att framföra (Vårdanalys, 2021). En annan aspekt på situationen skulle således kunna vara att klagomålen är få då patienter och närstående upplever att vården och omsorgen fungerar väl. Socialstyrelsen har i sina undersökningar av hur äldre upplever hälso- och sjukvården på landets äldreboenden, fått information från svarande närstående att de generellt sett varit nöjda med vården och omsorgen av patienten (Socialstyrelsen 2020 a). Oavsett är det fortsatt av vikt att patientnämnden fortsätter att sprida information om sin verksamhet till regionens kommuner.

Vi kan se att de ärenden som ingått i denna rapport, huvudsakligen har berört en kvinnlig patient i åldern 90 år och äldre. Att klagomål och synpunkter till patientnämnden övervägande berör en kvinnlig patient är något som är återkommande. IVO har i sina årliga sammanställningar, gällande de klagomål som inkommit till landets samtliga patientnämnder, flera år i rad bekräftat detta (IVO, 2017; IVO, 2018; IVO, 2019). Vad kvinnors överrepresentation gällande klagomål beror på är dock oklart (SOU 2015:14). Något som skulle kunna bidra till statistiken är att det är fler kvinnor än män, 65 år och äldre, som får socialtjänstinsatser i landet. T.ex. så var det under 2020, 65 % kvinnor och 35 % män som bodde på ett särskilt boende (Socialstyrelsen, 2021).

Vi har noterat att en majoritet av klagomålen (79%) har framförts av en närstående till patienten. En anledning till detta utfall skulle kunna vara att den äldre patienten, pga. sjukdom som ibland också kan innebära en kognitiv nedsättning t.ex. demenssjukdom, inte alltid har förutsättningar för att själv kunna lämna synpunkter. Socialstyrelsen har i sin årliga återkommande undersökning *Vad tycker de äldre om vården?*, flera år i rad kunnat konstatera att frågorna som ställs kring vården, besvaras mer positivt när den äldre personen svarat själv, någon mindre positivt när den äldre svarat tillsammans med någon och minst positivt när någon annan svarat åt den äldre personen (Socialstyrelsen, 2020b). Detta skulle således också kunna vara en förklaring till att det främst är närstående som vänt sig till patientnämnden med synpunkter och klagomål.

Likheter med denna rapports resultat återfinns i IVO:s rapport *Vad har IVO sett 2020?*, där myndigheten redogör för de viktigaste iakttagelserna från tillsyn och tillståndsverksamhet under

året. IVO konstaterar att det funnits brister i vård och behandling av personer på äldreboenden bl.a. vad gäller övergången till palliativ vård, personaltäthet och dokumentation. Rapporten präglas mycket av pandemin, men myndigheten tydliggör att många av de iakttagelser som gjorts fanns redan innan pandemin men att den har satt ett fokus på redan kända brister och risker (IVO, 2021). Även i de delbetänkanden som den sk. Coronakommissionen författat, återfinns likheter i resultat, då man där lyfter fram den bristande samordningen och informationsöverföringen mellan den kommunala hälso- och sjukvården och den region drivna vården, som ett hinder för en god och samordnad vård. Men konstaterar också att ansvarsgränserna mellan de båda aktörerna påtalats under en lång tid och inte uppkommit i och med pandemin (SOU: 2020:80). Man kan dock se att pandemin lett till en bättre samverkan de båda aktörerna emellan, men slutsatsen är ändå att regioner och kommuner ytterligare behöver stärka sin samverkan för att under normala förhållanden kunna säkerställa att patienten får en god och samordnad vård och omsorg (SOU 2021:89).

Likheter har också återfunnits i Vårdanalys rapport, *Lag som kräver omtag*, där man för tredje gången analyserat hur patientlagen efterlevs. Liksom tidigare år (Vårdanalys, 2015, 2016) noteras fortsatt flera svagheter i lagens efterlevnad, till exempel vad gäller bristande tillgänglighet, delaktighet, kontinuitet och samordning i vården (Vårdanalys, 2021).

Grundat på ovanstående så är inte resultatet för denna rapport något som är unikt för Sörmland, utan istället speglar det de utmaningar som finns generellt i den svenska hälso- och sjukvården. Utifrån det material som vi tagit del av verkar det dock som att Corona pandemin satt den kommunala hälso- och sjukvården under lupp, och lyft upp redan befintliga problem till en annan nivå. Detta har bl.a. resulterat i att frågan kring samverkan mellan kommuner och regioner har belysts och förbättringsarbeten har påbörjats. Ett exempel på detta är de patientsäkerhetsronder som nu genomförs gemensamt, av regionen och kommunerna, på särskilda boenden i Sörmland, med syfte att förbättra hälso- och sjukvården för de patienter som bor där.<sup>1</sup>

Vår förhoppning är att resultatet av denna rapport kan vara en del i arbetet med att göra vården bättre. Vi ser också vikten av att vi fortsatt informerar om patientnämndens uppdrag och om patientlagen, med målet att fler patienter och närstående ska få information om sina rättigheter och möjligheter i vården.

## 6. Slutsats

Genom att analysera och kartlägga de synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden i Region Sörmland, gällande upplevelser av den kommunala hälso- och sjukvården, så har en fördjupad kunskap erhållits kring klagomålets innehåll. Det har övervägande varit en närstående till patienten som vänt sig till patientnämnden med synpunkter och klagomål på vården. Synpunkterna har bl.a. handlat om en bristande omvårdnad och att det varit oklarheter gällande vilken vårdnivå som patienten får i samband med en försämring i sin hälsa. Det har också förekommit synpunkter avseende en bristande informationsöverföring mellan kommunen och regionen. Vården beklagar den händelse som legat till grund för att patient/närstående tagit en kontakt med patientnämnden. I många avseende instämmer vården i de synpunkter som riktats till verksamheten. Bl.a. vad gäller en bristande dokumentation och samordning.

---

<sup>1</sup> Florim Delijaj, chefsläkare Region Sörmland. Mejlkontakt 2021-11-12.

Resultatet som framkommit i denna rapport visar på brister inom områden som på flera sätt samstämmer med de iakttagelser som IVO gjort avseende 2020 bl.a. vad gäller övergången till palliativ vård, personaltätthet och dokumentation. Resultatet har också likheter med Vårdanalys rapport avseende patientlagens genomslag som visar på fortsatta brister inom områdena delaktighet, kontinuitet och samordning. Grundat på detta kan inte resultatet anses vara något som är unikt för Sörmlands kommuner, utan istället speglar en bild av de utmaningar som finns i den svenska hälso- och sjukvården.

Utifrån det material som vi tagit del av så har Corona pandemin satt den kommunala hälso- och sjukvården i fokus och lyft upp redan befintliga problem till en annan nivå. Detta har bl.a. resulterat i att frågan kring samverkan mellan kommuner och regioner har belysts och förbättringsarbeten har påbörjats. Vi hoppas att rapporten kan utgöra en del i detta arbete och på så sätt bidra till en kvalitetsförbättring av hälso-och sjukvården. Det ska bli intressant att se hur den kommunala hälso- och sjukvårdens samarbete med landets regioner, kan komma att utvecklas framöver, baserat på de iakttagelser som lyfts i och med pandemin.

## 7. Referenser

- Granskär Monica, Höglund-Nielsen Birgitta. 2015. Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur AB.
- Inspektionen för vård och omsorg. 2017. Hur upplever patienter och närstående vården. Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015.
- Inspektionen för vård och omsorg. 2018. Sammanställning av klagomål till patientnämnderna 2017.
- Inspektionen för vård och omsorg. 2019. Något färre klagomål på vården 2018.
- Inspektionen för vård och omsorg. 2021. Vad har IVO sett 2020?
- Lundstedt, Hanna. 2015. Slutrapport. Pilotprojekt för personcentrerad vård. Landstinget Sörmland.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. Patientlagen i praktiken, en baslinjemätning. Rapport 2015:1
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016. Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag. Rapport 2016:1.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2018. Från mottagare till medskapare. Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021. En lag som kräver omtag. Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet.
- Proposition 2013/14:106. Patientlag.
- Region Sörmland. 2018. Framtidens hälso- och sjukvård 2.0.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen.
- SFS 2014:821. Patientlagen.
- SFS 2017:372. Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsen. 2020a. Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2020.
- Socialstyrelsen. 2020b. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen 2020?
- Socialstyrelsen. 2021. Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2020.

SOU 2015:14. Sedd, hörd och respekterad, ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården: delbetänkande.

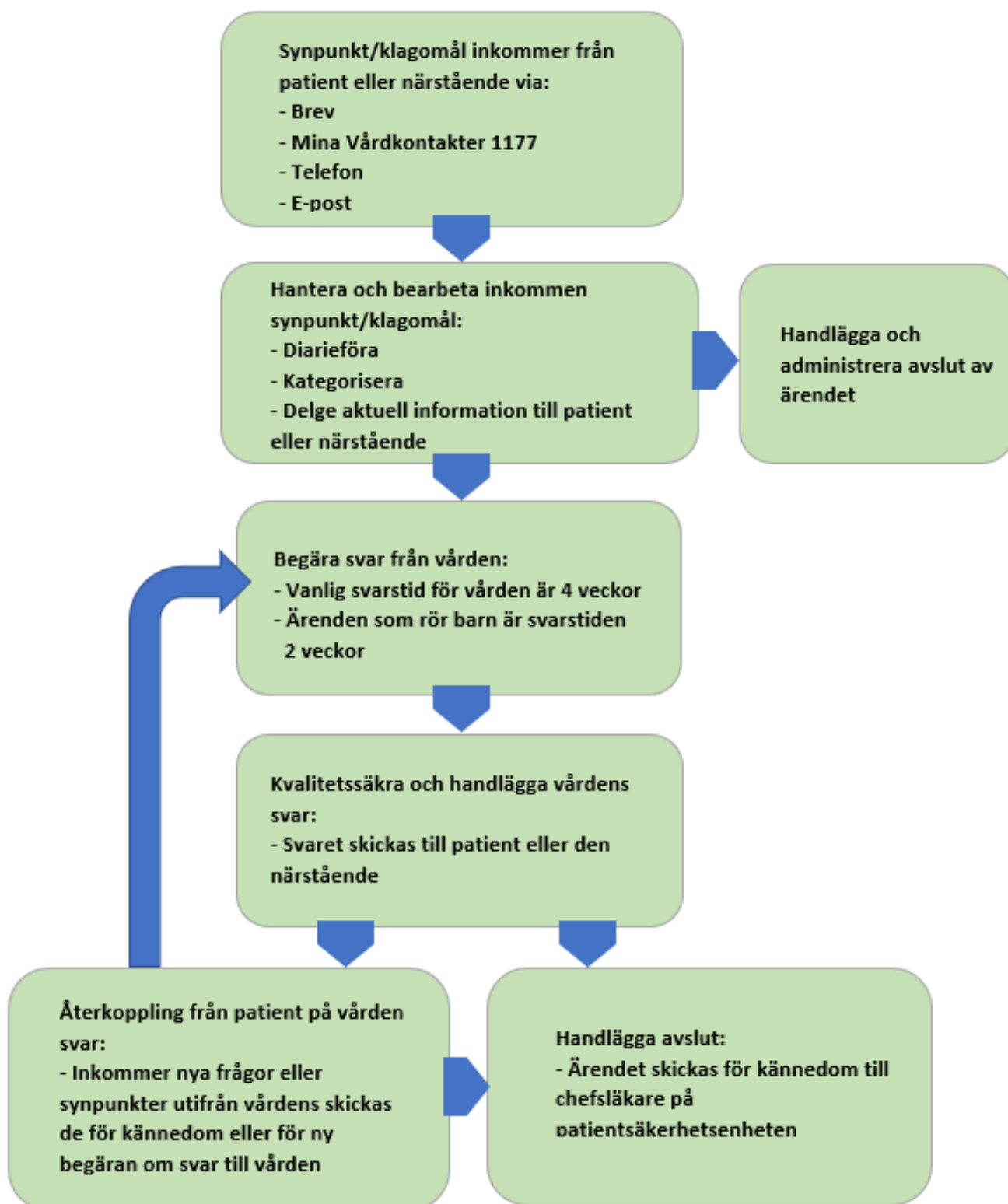
SOU 2020:80. Äldreomsorgen under pandemin. Delbetänkande av Coronakommissionen. Delbetänkande 1.

SOU 2021:89. Sverige under pandemin. Volym 2 Sjukvård och folkhälsa. Delbetänkande av Coronakommissionen. Delbetänkande 2.

## Bilaga 1. Översikt över huvudproblem samt delproblem vid registrering och kategorisering av synpunkter/klagomål

Huvudproblem	Vård och behandling	Resultat	Kommunikation	Dokumentation och sekretess	Ekonomi	Tillgänglighet	Vårdansvar och organisation	Administrativ hantering	Övrigt
<b>Delproblem</b>	Undersökning /bedömning Diagnos Behandling Läkemedel Omvårdnad Ny medicinsk bedömning	Resultat	Information Delaktighet Samtycke Bemötande	Patientjournalen Bruten sekretess/ dataintrång	Patientavgifter Ersättningsanspråk/ garantier	Tillgänglighet till vården Väntetider i vården	Valfrihet/ fritt vårdsökande Fast vårdkontakt/ individuell plan Vårdflöde/ processer Resursbrist/ inställd åtgärd Hygien/miljö/ teknik	Brister i hantering Intyg	Övrigt

## Bilaga 2. Flödesschema för handläggning av inkomna synpunkter och klagomål på patientnämndens kansli





### **Bilaga 3. Rapportens tillämpning av kvalitativ textanalys enligt Granskär och Höglund Nielsen**

Genomläsning av samtliga ärenden



Meningsbärande meningar och fraser markeras/noteras



Utredningssekreterarna träffas gemensamt och jämför sina data



Utifrån de meningsbärande meningarna och fraserna som hittats skapas koder



Koderna slås ihop eller tas bort. Koderna som blir kvar skapar övergripande kategorier vilka beskriver innehållet i de klagomål/synpunkter som inkommit.

