

Patientnämnd

Tid: 2023-06-08 09:00

Plats: Regionens hus, Sal A

Öppnande

- 1 Närvaro
- 2 Val av protokollsjusterare
- 3 Fastställande av dagordning
- 4 Föregående protokoll

Informationsärenden

- 5 Besök Charlotta Larsdotter, direktör för primärvården
- 6 Redovisning av avslutade ärenden 3 - 23
- 7 Anmälningsärenden delegationsbeslut 24 - 26
- 8 Rapport - Informationssäkerhetens betydelse för en säker hälso- och sjukvård 27 - 44
- 9 Utlämnande av allmän handling 45
- 10 Gemensam analys, psykisk ohälsa 18-29 år PAN/IVO 46

Redovisning av genomförda aktiviteter

- 11 Redovisning av informationsuppdrag 47

Kurser och konferenser

- 12 Kurser och konferenser 48

Beslutsärenden

- 13 Psykiatrirapport för ärenden 2022 49 - 70

Övrigt

- 14 Övriga frågor
- 15 Avslutning

Patientnämnd

Tid: 2023-06-08 09:00

Kallade*Ordinarie ledamöter*

Bertil Nilsson (M), ordf

Carina Stridh Bjurhager (C), vice
ordf

Birgitta Svensson (S)

David Svensson (S)

Glenn Hummel (SD)

Ersättare

Annelie Andersson (M)

Jeanette Nyberg (S)

Jonathan Jansson (M)

Eva Stråth (KD)

Jan-Olof Svedberg (SD)

Tjänstemän

Anna Stålkranz, utredare

Sara Sjöberg, utredare

Daniel Thelin, utredare

Rebecka Siebers, utredare

Ida Vigrell, nämndsekreterare

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 35

Redovisning av avslutade ärenden

Diarienummer: RJL 2023/26

Beslut

Patientnämndens presidium

- Ger utredarna i uppdrag att ta fram underlag till patientnämndens sammanträde i september utifrån framkomna uppgifter i rapport 2023-03-27 – 2023-05-14.

Sammanfattning

Presidiet tar del av analys om periodens avslutade ärenden. Under perioden 2023-03-27 – 2023-05-14 har 188 ärenden avslutats. Antal registrerade ärende från 1 januari till 14 maj 2023 är 486 ärenden jämfört med samma period under 2022 som då var 400 ärenden, så en ökning med 86 ärenden, (22%).

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Ärendenr.	Problem	Datum för avslutat ärende
176782	1 Vård och behandling	2023-05-02
183122	2 Resultat	2023-04-04
184265	3 Kommunikation	2023-05-09
184635	3 Kommunikation	2023-05-09
184636	3 Kommunikation	2023-05-09
184637	3 Kommunikation	2023-05-09
185195	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-02
185196	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-02
185776	3 Kommunikation	2023-04-04
186662	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
186663	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
186665	3 Kommunikation	2023-04-11
186716	3 Kommunikation	2023-04-06
186766	7 Vårdansvar och organisation	2023-03-27
187008	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
187024	8 Administrativ hantering	2023-03-29
187308	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
187309	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
187310	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
187318	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
187515	1 Vård och behandling	2023-04-06
187588	6 Tillgänglighet	2023-04-06
187811	4 Dokumentation och sekretess	2023-05-02
187854	1 Vård och behandling	2023-04-12
187965	1 Vård och behandling	2023-04-18
188007	7 Vårdansvar och organisation	2023-03-28
188008	2 Resultat	2023-04-11
188138	1 Vård och behandling	2023-04-12
188210	3 Kommunikation	2023-04-12
188216	1 Vård och behandling	2023-03-29
188221	1 Vård och behandling	2023-03-31
188227	3 Kommunikation	2023-04-12
188229	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-12
188232	1 Vård och behandling	2023-03-31
188288	3 Kommunikation	2023-04-12
188302	3 Kommunikation	2023-04-12
188364	1 Vård och behandling	2023-05-02
188387	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-02
188390	7 Vårdansvar och organisation	2023-03-29
188446	1 Vård och behandling	2023-04-06
188519	2 Resultat	2023-04-17
188524	4 Dokumentation och sekretess	2023-04-20
188535	8 Administrativ hantering	2023-04-26
188540	1 Vård och behandling	2023-04-06
188653	2 Resultat	2023-04-06
188682	1 Vård och behandling	2023-03-28
188745	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-20
188792	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-02
188795	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-02

188797	2 Resultat	2023-05-02
188799	4 Dokumentation och sekretess	2023-04-12
188866	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-19
188870	1 Vård och behandling	2023-04-12
188882	1 Vård och behandling	2023-04-21
188885	1 Vård och behandling	2023-04-20
188922	1 Vård och behandling	2023-04-18
188924	3 Kommunikation	2023-04-25
188936	1 Vård och behandling	2023-05-11
189006	3 Kommunikation	2023-03-30
189065	3 Kommunikation	2023-05-02
189108	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-26
189177	1 Vård och behandling	2023-04-19
189197	1 Vård och behandling	2023-04-04
189199	1 Vård och behandling	2023-04-04
189202	1 Vård och behandling	2023-03-29
189203	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-26
189251	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-10
189258	1 Vård och behandling	2023-04-18
189364	1 Vård och behandling	2023-04-17
189449	1 Vård och behandling	2023-04-27
189480	1 Vård och behandling	2023-05-02
189606	1 Vård och behandling	2023-03-29
189641	1 Vård och behandling	2023-05-09
189658	1 Vård och behandling	2023-04-12
189678	1 Vård och behandling	2023-04-06
189694	6 Tillgänglighet	2023-04-11
189739	1 Vård och behandling	2023-04-11
189772	3 Kommunikation	2023-05-09
189783	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-20
189798	1 Vård och behandling	2023-04-24
189808	1 Vård och behandling	2023-04-11
189818	3 Kommunikation	2023-04-11
189824	3 Kommunikation	2023-04-12
189827	8 Administrativ hantering	2023-04-03
189834	1 Vård och behandling	2023-04-12
189839	7 Vårdansvar och organisation	2023-03-30
189870	1 Vård och behandling	2023-05-05
189871	3 Kommunikation	2023-04-06
189931	3 Kommunikation	2023-04-27
189937	1 Vård och behandling	2023-04-24
189979	1 Vård och behandling	2023-04-24
189994	3 Kommunikation	2023-05-09
190021	3 Kommunikation	2023-05-02
190022	3 Kommunikation	2023-05-02
190039	3 Kommunikation	2023-04-26
190050	3 Kommunikation	2023-05-05
190070	3 Kommunikation	2023-05-09
190082	1 Vård och behandling	2023-03-30
190101	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-09

190104	3 Kommunikation	2023-05-02
190105	1 Vård och behandling	2023-04-14
190189	3 Kommunikation	2023-04-17
190190	1 Vård och behandling	2023-04-25
190196	3 Kommunikation	2023-04-13
190202	6 Tillgänglighet	2023-04-20
190216	1 Vård och behandling	2023-04-13
190308	1 Vård och behandling	2023-04-04
190315	1 Vård och behandling	2023-04-17
190316	1 Vård och behandling	2023-05-02
190319	1 Vård och behandling	2023-05-09
190319	1 Vård och behandling	2023-05-09
190325	8 Administrativ hantering	2023-04-13
190330	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-17
190350	1 Vård och behandling	2023-04-20
190352	1 Vård och behandling	2023-05-04
190506	1 Vård och behandling	2023-04-12
190515	6 Tillgänglighet	2023-03-28
190554	1 Vård och behandling	2023-04-19
190560	3 Kommunikation	2023-04-17
190574	6 Tillgänglighet	2023-04-17
190588	1 Vård och behandling	2023-04-11
190593	4 Dokumentation och sekretess	2023-04-11
190595	3 Kommunikation	2023-04-04
190597	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-10
190599	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-03
190615	8 Administrativ hantering	2023-05-05
190684	3 Kommunikation	2023-03-27
190691	6 Tillgänglighet	2023-05-09
190746	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-11
190759	8 Administrativ hantering	2023-05-03
190770	5 Ekonomi	2023-04-25
190801	3 Kommunikation	2023-04-11
190810	3 Kommunikation	2023-04-17
190815	6 Tillgänglighet	2023-04-13
190818	6 Tillgänglighet	2023-04-26
190821	8 Administrativ hantering	2023-04-11
190869	4 Dokumentation och sekretess	2023-05-10
190875	6 Tillgänglighet	2023-04-11
190888	1 Vård och behandling	2023-04-11
190889	1 Vård och behandling	2023-04-11
190901	1 Vård och behandling	2023-04-18
190913	1 Vård och behandling	2023-04-26
190932	3 Kommunikation	2023-04-11
190949	3 Kommunikation	2023-04-11
190957	1 Vård och behandling	2023-05-11
190962	3 Kommunikation	2023-04-24
191061	3 Kommunikation	2023-04-19
191064	3 Kommunikation	2023-04-18
191071	6 Tillgänglighet	2023-05-03

191074	7 Vårdansvar och organisation	2023-04-20
191075	1 Vård och behandling	2023-05-03
191096	1 Vård och behandling	2023-05-03
191120	3 Kommunikation	2023-04-20
191122	4 Dokumentation och sekretess	2023-04-20
191123	4 Dokumentation och sekretess	2023-04-20
191184	1 Vård och behandling	2023-04-26
191191	1 Vård och behandling	2023-04-18
191342	3 Kommunikation	2023-04-21
191364	6 Tillgänglighet	2023-05-10
191366	2 Resultat	2023-05-10
191367	2 Resultat	2023-05-10
191465	4 Dokumentation och sekretess	2023-04-17
191479	8 Administrativ hantering	2023-04-17
191539	3 Kommunikation	2023-05-03
191673	3 Kommunikation	2023-05-04
191674	1 Vård och behandling	2023-05-04
191716	2 Resultat	2023-05-02
191718	6 Tillgänglighet	2023-04-18
191778	2 Resultat	2023-05-08
191831	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-10
191859	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-03
191866	3 Kommunikation	2023-05-04
191917	6 Tillgänglighet	2023-05-10
191957	3 Kommunikation	2023-05-10
192070	6 Tillgänglighet	2023-05-04
192100	3 Kommunikation	2023-05-10
192143	3 Kommunikation	2023-04-26
192185	3 Kommunikation	2023-04-26
192221	7 Vårdansvar och organisation	2023-05-04
192223	3 Kommunikation	2023-05-11
192231	1 Vård och behandling	2023-05-04
192262	3 Kommunikation	2023-05-10
192389	8 Administrativ hantering	2023-05-04
192399	1 Vård och behandling	2023-05-11
192400	4 Dokumentation och sekretess	2023-05-03
192408	2 Resultat	2023-05-05
192481	3 Kommunikation	2023-05-10
192819	4 Dokumentation och sekretess	2023-05-11

REDOVISNING AV PATIENTNÄMNDENS AVSLUTADE ÄRENDE 20230327-20230514



Redovisning av patientnämndens avslutade ärende 20230327-20230514 i Region
Jönköpings län skriven av utredarna Anna Stålkranz och Sara Sjöberg

Innehållsförteckning

Inledning	1
Syfte.....	1
Metod.....	1
Etiska övervägande.....	1
Resultat	2
Åldersfördelning.....	2
Vad har ärendena handlat om?	2
Verksamhetsområde	4
Avslutande reflektioner.....	11

Inledning

Till patientnämndens sammanträden ingår att redovisa de ärenden som inkommit till patientnämndens kansli och som handläggs av tjänstepersonerna där. Inför patientnämndens sammanträden sammanställer tjänstepersonerna en analys till ledamöterna av periodens avslutade ärenden i avidentifierad form. Enskilda ärenden kan också uppmärksammas som har betydelse både på individ som gruppnivå och där patienters/närståendes erfarenheter kan utgöra underlag för politiska beslut.

Rapporten innehåller en sammanfattande redovisning av patientnämndens avslutade ärenden för perioden 20230327-20230514. I rapporten redovisas statistik för hur ärendena fördelats på verksamheter samt vilka huvud- och delproblem som angivits. I rapporten beskrivs även mer ingående vad ärendena har handlat om samt en analys och reflektion.

Syfte

Syftet med rapporten är att uppmärksamma nämnden på de avslutande ärendena utredarna handlagt för att belysa patienters och deras närståendes synpunkter på vård given i Region Jönköpings län. Detta så att erfarenheterna kan tas tillvara och bidra till vårdens utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

Metod

Genomföra analyser av patienternas/närståendes synpunkter och klagomål och föra dessa vidare i den politiska organisationen så att erfarenheterna kan utgöra underlag för politiska beslut. Underlaget för analysen är hämtat ur patientnämndens ärendehanteringssystem Synergi.

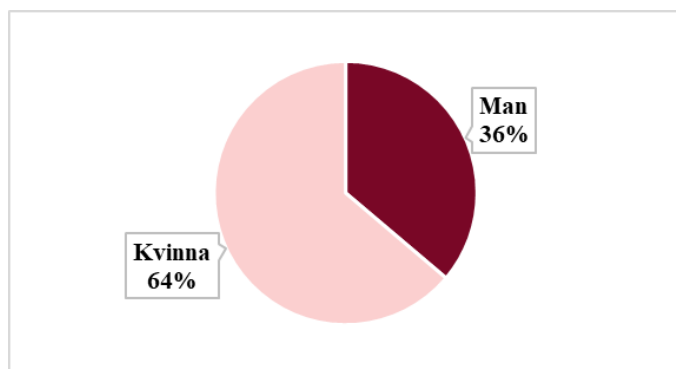
Patienter/närstående som kontaktar patientnämnden i Region Jönköpings län kan göra det genom att skicka in synpunkter och klagomål via E-tjänst 1177.se, ringa eller skicka mail och brev. När synpunkter och klagomål inkommit till patientnämndens kansli gör utredare en bedömning av vad ärendet handlar om och kategoriserar utifrån patientnämndernas gemensamma handbok. Kategoriseringen består av att patienternas synpunkter och klagomål med huvud- och delproblem samt andra för ärendet relevant information såsom kön, ålder och verksamhet för att på bästa sätt möjliggöra statistik och återföring.

Etiska övervägande

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

Resultat

Denna period har det avslutats 188 ärenden. Utav dessa är det 120 kvinnor och 68 män som ärendena gäller.

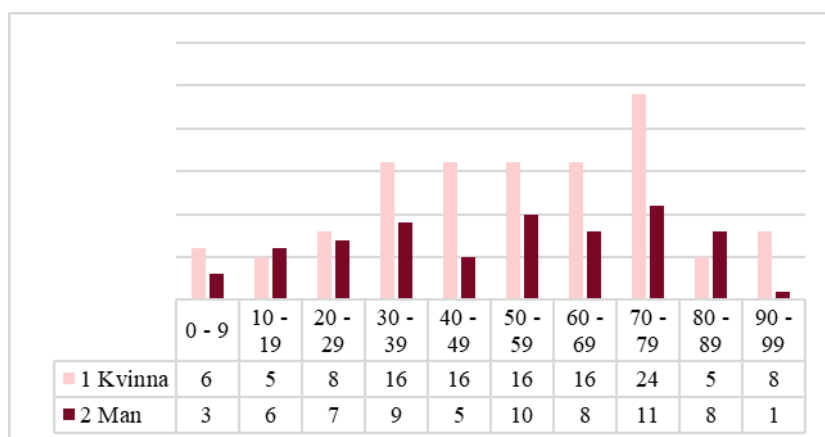


Figur 1. Könsfördelning period 2023-03-27-2023-05-14

Antal registrerade ärende från 1 januari till 14 maj 2023 är 486 ärenden jämfört med samma period under 2022 som då var 400 ärenden, så en ökning med 86 ärenden, (22 %).

Åldersfördelning

När det gäller åldersfördelning så var det flest i åldersgruppen 70-79 år, följt av 50-59 år och 30-39 år. Medelåldern denna period är 52 år.

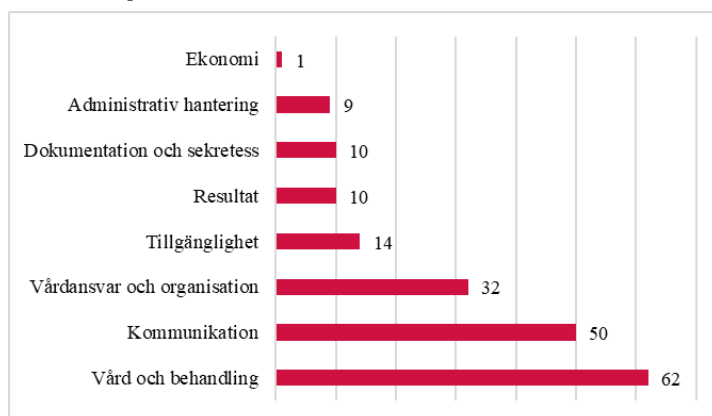


Figur 2. Åldersfördelning period 2023-03-27-2023-05-14

Vad har ärendena handlat om?

Under denna period är det huvudproblem *vård och behandling* som fått flest synpunkter följt av *kommunikation* och *vårdansvar och organisation*.

Huvudproblem



Figur 3. Huvudproblem period 2023-03-27-2023-05-14

Gällande *vård och behandling* så handlar det främst om undersökning/bedömning och diagnos. Exempelvis att man sökt vård upprepade gånger men ej blivit lyssnad på och därmed inte fått den undersökning som kanske varit nödvändig. Detta är återkommande i många ärenden över tid. När det gäller diagnos kan det handlat om fördröjd diagnos och att man tidigare fått en diagnos som inte visat sig att stämma. Exempelvis hade man har under flera år fått en läkemedelsbehandling för den satta ursprungdiagnosen som senare visade sig vara felaktig. En patient hade under lång tid behandlats med Lithiumtabletter för psykisk sjukdom som senare visade sig inte hade behövts då patienten hade en annan diagnos. Patienten hade under flera år haft mycket biverkningar av medicinen och varit sjukskriven under många år. När hen sen tillslut träffade en läkare som gjorde en ny utredning och bedömning så sattes patientens Lithium ut, patienten upplevde att livet kom tillbaka.

Kommunikation är det huvudproblem som fått näst flest synpunkter och där fler ärende handlat om bristande delaktighet. Om delaktigheten och informationen till patienten brister, kan det resultera i att patienter får minskad tillit till vården.

Detta leder även till en ilska och frustration och ett ifrågasättande över vårdens arbetssätt. Information är också vanligt att synpunkterna handlade om. Det kunde vara att närstående inte fått information, trots att patienten uttryckt det eller att patienten inte kunnat ta till sig av informationen som gavs. Ett exempel var att närstående inte informerades om att patienten flyttades för vård på annat sjukhus, trots att patienten inte var i det tillstånd att själv kunna förmedla detta.

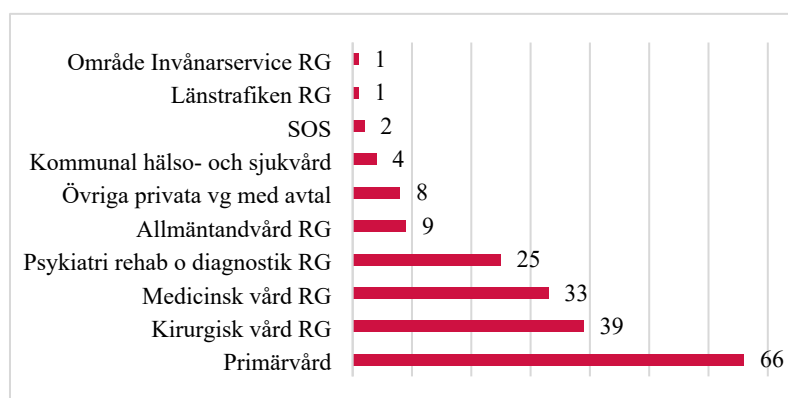
Vårdansvar och organisation hade denna period fler ärende procentuellt sett än tidigare period. Dessa ärenden handlade om samverkan mellan olika verksamheter men också mellan huvudmän. Ofta är det informationsflödet som brister och som gör att något går fel på vägen då denna information "försvunnit". Anhöriga har en viktig roll i denna samverkan och är viktigt att de får reda på vad som kommer att hända härnäst. Det är ofta de som inkommer med synpunkter då de inte fått vara involverad i denna process. Det kunde handlat om samverkan med kommunen att en patient kommer att skrivas ut och behöver stöttning eller att man möter upp i hemmet. I flera ärenden blev det ingen trygg hemgång då man inte säkerställt vårdkedjan. Ofta i denna typ av ärende är det en äldre patient, ofta över 80 år som blir drabbad.

Delproblem

Delproblem	Antal
Delaktig	26
Undersökning/bedömning	19
Diagnos	19
Vårdflöde/processer	15
Behandling	15
Information	12
Fast vårdkontakt/individuell plan	11
Bemötande	11
Resultat	10
Väntetider i vården	9

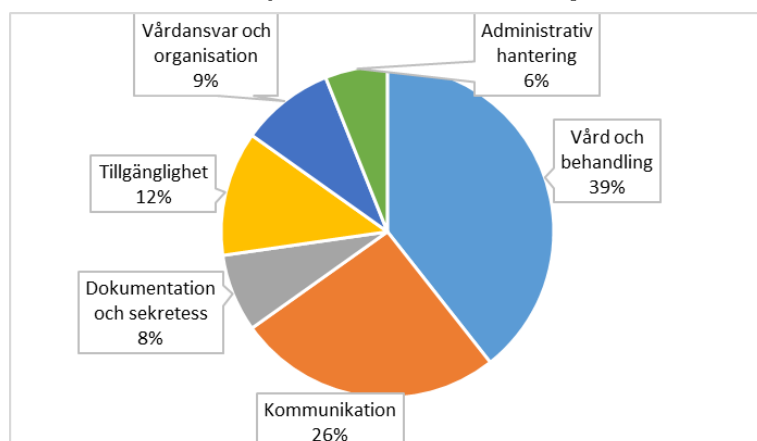
Tabell 1. De 10 vanligaste delproblemen period 2023-03-27-2023-05-14

Verksamhetsområde



Figur 4. Fördelning på verksamhetsområde period 2023-03-27-2023-05-14

Primärvården (Bra liv inklusive privata vårdcentraler), 66 ärende



Figur 5. Fördelning huvudproblem inom primärvården

Primärvården är det verksamhetsområde som fått flest ärenden. Huvudproblemet *vård och behandling* har fått flest synpunkter följt av *kommunikation*.

Det är främst undersökning och bedömning som fått synpunkter. En patient upplevde att läkaren ”tittar lite”. Även om det kanske inte var så, men så upplevdes det ändå som nonchalant och hastigt. Detta gjorde att man fick känslan av att inte bli trodd på. Ibland kunde vara så att man sökt flera gånger för samma besvär och tillslut åkte man till närakuten och då togs inte hänsyn till tidigare trauma som kan ha betydelse för bedömningen och därmed blev det en fel bedömning.

”Patienten bedömdes vid tre besök på olika vårdenheter med ordinationen att gå hem och vila. Vid fjärde besöket konstaterade man en propp i benet och man fick amputera en tå som dött. Hade patienten fått rätt hjälp en vecka tidigare då inte tån var till synes påverkad, så hade den kanske gått att rädda.”

I ett ärende beskrev en patient att denne fått söka vård flera gånger för samma besvär men haft olika läkare varje gång och fått olika besked gällande åtgärd och behandling av skadan.

I svaret från verksamheten skrev man att det bästa hade varit om patienten träffat samma läkare men på grund av läkarbrist har man varit beroende av hyrläkare för att klara läkarbemanningen.

Det man kan se i flera ärenden är att vårdcentraler som ligger i utkanten av vår region har fler synpunkter där man tar upp att man träffar olika läkare hela tiden, och att det även är mer vanligt med hyrläkare. Användandet av hyrläkare kan innebära svårigheter att upprätthålla läkar-kontinuitet för patienter och en fast läkarvårdkontakt. Att inte ha läkarkontinuitet kan skapa försämrad vårdkvalitet för patienterna och en pressad arbetssituation för övrig ordinarie personal men även en ökad risk för vårdskador.

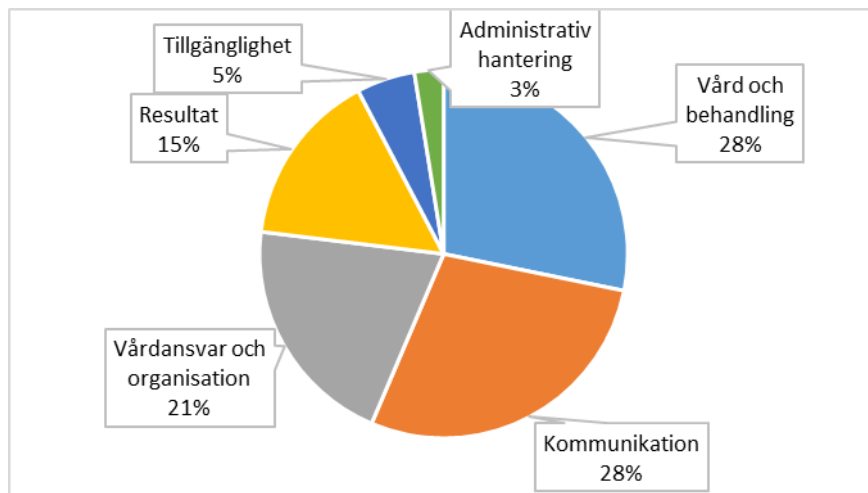
När det gäller kommunikation var det flera patienter som inkommit med synpunkter gällande bristande bemötande i telefonkontakt med vårdcentralen. Man tycker som patient att den sjuksköterskan man pratar med i rådgivningen är kort i tonen och inte lyssnar in vad patienten framför.

”Ringer sin vårdcentral för att få en tid för kontroll och receptförskrivning. Får till svar att de bara tar emot svårt sjuka och att jag får nöja mig med recept och att jag gärna kan byta vårdcentral.”

Kirurgisk vård, 39 ärende

Inom kirurgisk vård har den ortopediska verksamheten fått 16 ärenden. Vi såg att under denna period har Ortopeden i Eksjö fått lite fler ärende. Följt av kirurgkliniken med 8 ärenden.

Inom kirurgisk vård har många ärenden handlat om *vård och behandling* och *kommunikation* följt av *vårdansvar och organisation*.



Figur 6. Fördelning huvudproblem inom kirurgisk vård

I ett ärende som handlade om undersökning och bedömning där närstående inkom med synpunkter. I ärendet beskrevs om patienten som opererat sitt ben och som blivit utskriven från sjukhuset. Väl hemma fick patienten stark smärta i benet och fick åka tillbaka till sjukhuset. Patienten hade fått blodpropp i benet och fick blodförtunnande läkemedel och skickades tillbaka hem. Kort därpå åter söka vård för stark smärta, fick behandling för infektion och åkte hem. Fick söka en tredje gång för stark smärta. Närstående ifrågasätter hur man kan skicka hem en patient till en ohållbar hemsituation och lägga allt ansvar på anhöriga då det saknades en plan för patientens vidare vård.

I verksamhetens svar beklagar man och att handläggningen borde gjorts på annat sätt och lagt in patienten redan vid andra söktillfället.

I en del ärenden kan vi se att det ofta kan handlar om bristande information i samband med en undersökning och bedömning eller efter en operation. Vården har gjort de åtgärder man behöver men på grund av bristande information och att man inte lyckats förmedla informationen till patienten som då inte trott att man fått rätt undersökning eller rätt läkemedel efter en operation.

I verksamhetens svar så tar man tar till sig att man kunde kommunicerat bättre och på det vis förmedlat trygghet till patienten.

I ett annat ärende beskrevs av en patient att man i samband ett nybesök inte kände sig lyssnad på, vården gick endast utefter den remisstext som vårdcentralen skrivit och som inte innehöll

all information, vilket hade varit viktigt för patienten och den remissmottagande enheten. Istället uppstod då ett missförstånd och patienten fick ett dåligt bemötande.

”Vid besöket var läkaren försenat med 45 minuter. Fick inte ens en ursäkt att denne var sen när det var min tur. Några minuter in i besöket vill läkaren ge mig en spruta som jag inte vill ta då jag tagit denna innan utan effekt. Då säger läkaren att det är onödigt och tagit upp vårdens tid.”

I svaret från verksamheten att det är olyckligt att inte vårdcentralen skrivit i remisstexten vilka behandlingar du prövat tidigare, då hade vi kunnat ha med det i bedömningen av remissen. Verksamhetschefen beklagar att patienten fått ett dåligt bemötande och att de ständigt arbetar med detta. Att läkaren vid ditt besök var stressad är en förklaring men ursäktar inte beteendet.

Vårdflöde och processer är ett huvudproblem som fått flera ärenden denna period. Några av dessa ärenden handlade om att äldre och svårt sjuka patienter har blivit hemskickad mitt i natten i taxi utan att man från vårdens sida varken meddelat närstående eller försäkrat sig om en trygg hemgång och att någon möter upp hemma. I vissa av dessa ärenden beskrev närstående att patienten knappt kunnat stå på sina ben och blivit ledd in av taxichaufför.

Detta kan säkert vara ett resultat av att vi har färre slutenvårdsplatser och därmed inte kan lägga in patienter för observation i samma utsträckning som tidigare.

”Efter ca 6 timmar på akuten kom läkare och sa att all röntgen såg bra ut och att jag fick gå hem. Larmknappen försvann när personalen tog bort id-banden och jag hade så ont att jag inte kunde resa mig själv. Jag låg där ett tag till och fick kissa på mig till slut. När min partner kom fick jag hjälp att komma till en rullstol. Jag kunde inte klara mig själv. När jag frågade hur jag ska klara mig hänvisades jag till vårdcentralen. Den var stängd för dagen.

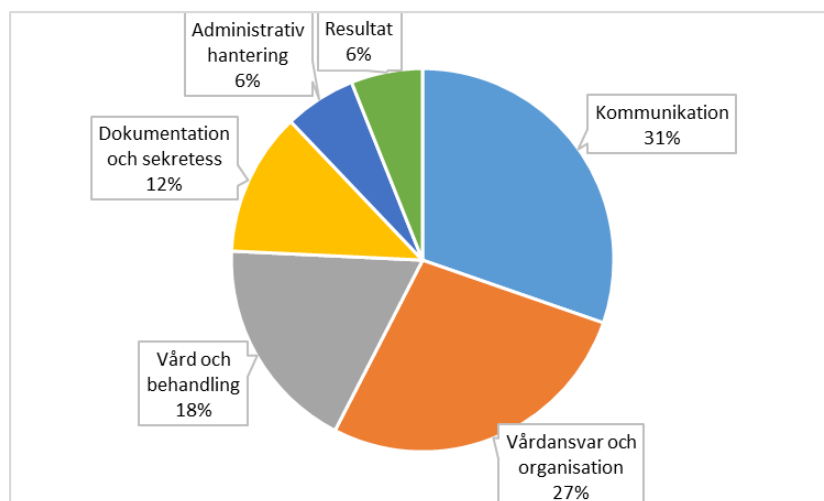
Jag vill framföra hur viktigt det är för en patient att känna sig trygg när man lämnar sjukhuset. Jag skulle önska att man kunde checka patienten minst en gång per timme, är man på akuten är det ju oftast lite skrämmande. Det andra mest viktiga är att läkaren tar sig tid i minst 5 min för att patienten ska hinna ställa ev frågor för en trygg hemgång.”

Ett annat ärende handlade om en otrygg hemgång för en patient och samverkan mellan två huvudmän och som blev utskrivet till ett korttidsboende. När det gäller kommunala boende är det en särskild vårdcentral knuten till det särskilda boendet. Patienten var sen tidigare inskriven i basal palliativ vård via sin vårdcentral som hen är listad på. Här blev det nu fel i kom-

munkationen på flera plan, vilket är en risk när man är listad på annan vårdcentral än den som är knuten till ett särskilt boende. I detta ärende var det tre verksamheter som blev tillskrivna och alla var de rörande överens om att kommunikationen och rutiner i denna process behöver ses över. Risken för att förlora information i de s.k ”gapen” är mycket stor. I dessa situationer är ofta en patient svårt sjuk och har svårt att förmedla sig och anhöriga har en stor betydelse i själva flödet. Har vi säkra rutiner för att rätt information går till rätt instans när fler är involverade? Vem ansvarar för vad?

Medicinsk vård, 33 ärende

Inom medicinsk vård var det vanligaste huvudproblemet *kommunikation* följt av *vårdansvar och organisation*. De kliniker som fick flest ärenden var akutklinikerna med 14 ärenden följt av medicinkliniken och medicin- och geriatrisklinikerna 13 ärenden.



Figur 7. Fördelning huvudproblem inom medicinsk vård

I flera ärenden framför patienter och närstående dels att man efter att legat i flera timmar på akuten inte fått något erbjudande om att äta eller dricka. I ett ärende berättar en äldre patient att efter ha varit på akuten i 9 timmar, först i samband med hemgång fått kaffe.

”I verksamhetens svar så beklagar man verkligen den upplevelse patienten haft när hen sökt akutmottagningen. Verksamhetschefen skriver att man frångått de rutiner som finns gällande att erbjuda smörgås och dryck när det är lång väntan på akuten”.

Annat som rör akutkliniken handlar om hemresa där patienten blivit lovad liggande transport med bärhjälp så hen kan komma in i sitt hem och som då inte blev beställt utan patienten fick med hjälp av chaufför och mycket starka smärtor ta sig in i sitt hem. När väl patienten kom hem var hen sämre än innan så efter ett antal timmar fick patienten söka akut vård igen.

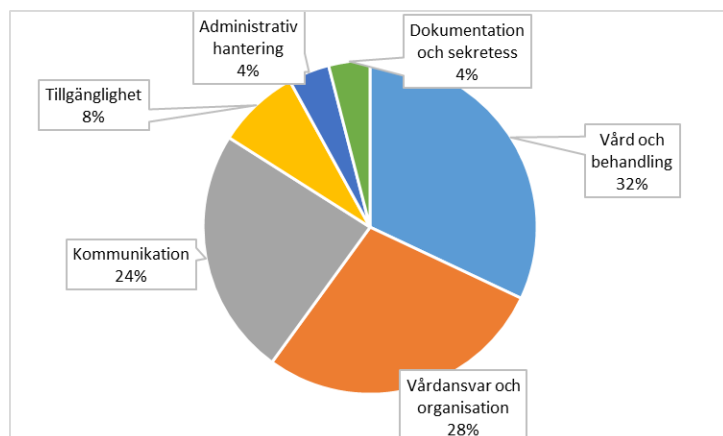
I svar som patientnämnden får ibland från verksamheter så förklarar man att personal inte visste om vissa rutiner och därför har situationen blivit som den blivit.

Hur kan man förmedla på ett bra sätt de rutiner och riktlinjer man har på en arbetsplats i samband med introduktion?

En synpunkt har inkommit där man vill framföra bristande sekretess på akutmottagningen på Ryhov. I väntan på läkare blir man hänvisad till ett bås med draperi och en vikkvägg intill nästa patient.

” Personnummer och sjukhistoria som varje patient har hörs av alla i de olika båsen, vilket man verkligen inte önskar. Som patient måste man få känna trygghet och äga sin integritet i en utsatt situation.”

Psykiatri, rehabilitering och diagnostik, 25 ärende



Figur 8. Fördelning huvudproblem inom psykiatri, rehabilitering och diagnostik.

Psykiatrisk vård har fått flest ärende, 19 ärende, resterande ärende är jämt fördelade på övriga verksamheter inom detta område.

Synpunkter som inkommit inom psykiatrin har handlat om att man inte känner sig delaktig, eller lyssnad på. Att man saknat en vårdplan och inte haft en fast vårdkontakt. Detta ser vi även denna period.

Det som behöver uppmärksammas denna period är synpunkter gällande tillgänglighet – väntetider i vården. Att inte få nybesök inom 90 dagar. Patientnämnden har lyft frågan förut och vad som är klinikens ansvar om man inte kan hålla vårdgarantin. Detta har varit otydligt tidigare men sen hösten 2022 då nya tolkningar och ändring i regelverk i Region Jönköping gjordes så gäller vårdgarantin nybesök och behandling inom psykiatrisk vård.

I ett ärende som inkommit till patientnämnden och där patienten fick ett brev från psykiatrin där information gavs att man inte kan få en tid för nybesök inom 90 dagar, men inget om det

finns kortare kö någon annanstans. Detta ingår i verksamhetens ansvar att informera om det finns en möjlighet att skicka en vårdgarantiremiss till annan privat vårdgivare med avtal med vår region eller annan region. Därmed verkar det inte som att psykiatrin uppfyller sin skyldighet att informera om vad som gäller vårdgarantin.

I ett ärende gällande samverkan med flera kliniker, psykiatrin och habiliteringen, framför närstående synpunkter gällande sitt barns resa genom vården. Från vård inom Barn- och ungdomspsykiatrin med övergången till vuxenpsykiatri och där barnets intellektuella funktionsnedsättnings diagnos (IF) faller precis utanför gränsvärdet för riktlinjerna för att få behandling och hjälp inom habiliteringen. Som det är nu i Region Jönköping ser man inte till patientens behov utan endast diagnosen. För att komma till habiliteringen så ska man ha diagnosen IF. Patienten har också en autism nivå 2, låg begåvning. Vilket inte heller klassificerar att komma dit. Kombinationen av två diagnoser av lättare art kvalificerar inte patienten att få den hjälp den behöver. Det är ofta svårt att få lämpligt stöd för personer som har stora svårigheter men inte uppfyller diagnoskriterierna för till exempel adhd, autism eller intellektuell funktionsnedsättning. Dessa patienter hamnar mellan stolarna och får istället liten eller ingen hjälp. Förälders synpunkter är ett rop på hjälp då detta barn (nu vuxet) inte fungerar i vardagen på grund av de svårigheter med flera diagnoser som hen har men som var och en ej uppfyller kriterierna.

Detta kanske är någon man behöver titta vidare på?

Avslutande reflektioner

Många ärenden under denna period har handlat om att akuten är involverad på ett eller annat sätt. Akuten är ofta navet i kedjan och första kontakten med sjukvården. Även om en läkare på en av specialistklinikerna är involverad i händelsen på akuten så är det ändå omvårdnadspersonalen (sjuksköterska, undersköterska) som ordnar med kontakter med kommun, närstående och hemtransport. Det är viktigt när en patient skrivs ut från akutmottagning att man säkerställer en trygg hemgång för den fortsatta vården av patienten utanför sjukhuset. Det är viktigt att man som personal är väl insatt i rutiner som man har på en enhet för att detta ska bli rätt. Ibland kan det vara svårt att upprätthålla rutiner om personalomsättningen är hög.

Även när det gäller hyrpersonal tex på en vårdcentral är det väldigt viktigt att man får rätt introduktion för att upprätthålla en god patientsäkerhet och kan regionens rutiner och riktlinjer.

I några ärenden som rör akutmottagningen där man väljer att skicka hem en äldre patient mitt i natten, kan säkert bero på att man inte har tillräckligt med vårdplatser och därför inte kan lägga in för observation för resten av natten. Patientens tillstånd kanske inte alltid kräver en inläggning men att skicka hem en patient som är runt 90 år och som inte klarar hemgången själv kanske borde fått stanna kvar rent etiskt för att få en tryggare hemgång dagen efter och där kommunen har möjlighet att möta upp. Man minskar då också risken för återinläggning.

IVO kom nyligen ut med en rapport 2023 om sjukhustillsyn gällande disponibla slutenvårdsplatser. Där bedömer IVO att neddragningen av vårdplatserna har skett i alltför hög utsträckning på sjukhusen, utan att ha säkerställt att vården kan ges i andra delar av vårdsystemet. Detta drabbar bland annat de äldre patienterna extra hårt ¹.

Även att vårdas under för lång tid på akutmottagningen är förenat med patientsäkerhetsrisker, vilket även IVO lyfter i sin rapport. ”Patienter vårdas under lång tid i korridorer eller på andra integritetskränkande och olämpliga ställen, utan att få tillräckligt med mat, vatten eller ens hjälp att gå på toaletten. Den mest grundläggande patientsäkerheten kan inte tillgodoses”. Det som IVO beskriver ser även utredare i patientnämnden i Region Jönköping i sina ärenden.

Samverkan mellan två huvudmän innebär risker att information missas i olika rapporteringar. Denna kommunikation ser vi i våra ärenden kan förbättras, vilket även verksamheterna skriver i sina svar till patientnämnden. Rutinerna och rollerna behöver nog ses över och förtydligas för att patienterna ska få så patientsäkervård som möjligt. Detta ställs på sin spets när man är listad på en vårdcentral men skrivs ut till ett särskilt boende som har en annan vårdcentral knuten till just det boendet.

Hur säkerställer vi trygghet för den äldre patienten i vården? Både att involvera närstående men också säkerställa nästa steg är en stor utmaning för vården när tempot är högt och fler

¹ <https://www.ivo.se/tillsyn/pagaende-storre-tillsynsinsatser/stor-brist-pa-disponibla-varldplatser-inom-sjukhusvarden/>

och fler blir äldre. Att ha ett etiskt tänkande i situationer där exempelvis en äldre patient skrivs ut mitt i natten att åka i en taxi flera timmar. Hade vi kunnat göra detta annorlunda?

För ett bra liv i en attraktiv region.

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 36

Anmälningssärenden delegationsbeslut

Under perioden 2023-03-27 – 2023-05-15 har 6 förordnande av stödpersoner samt 2 entledigande skett.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2023-05-22

Utskriven av: Ida Vigrell

Diarieenhet:	Patientnämnd
Beslutsfattare:	Alla
Kategori:	Alla
Beslutsinstans:	Patientnämnd
Sammanträdesdatum:	2023-06-08
Sekretess:	Visas ej

Id	Beskrivning	Paragraf
Datum	Avsändare/Mottagare	Beslutsfattare
Ärendenummer	Ärendemening	Kategori
		Ansvarig
2023.373	Stödpersonsförordnande	Daniel Thelin §
2023-03-29		Daniel Thelin
RJLP 2023/96	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin
2023.421	Stödpersonsentledigande	Daniel Thelin §12/2023
2023-04-12		Daniel Thelin
RJLP 2023/79	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin
2023.447	Stödpersonsförordnande	Daniel Thelin §17/2023
2023-04-18		Daniel Thelin
RJLP 2023/112	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin
2023.458	STÖDPERSON FÖRORDNANDE	Daniel Thelin §13/2023
2023-04-21		Daniel Thelin
RJLP 2023/114	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin
2023.463	Stödpersonsförordnande	Rebecka Siebers §6/2023
2023-04-21		Rebecka Siebers
RJLP 2023/119	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Rebecka Siebers
2023.494	Stödpersonsentledigande	Daniel Thelin §14/2023
2023-05-03		Daniel Thelin
RJLP 2022/22	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin
2023.530	Meddelande om stödpersonsförordnande	Daniel Thelin §15/2023
2023-05-08		Daniel Thelin
RJLP 2023/138	Stödpersonsärende	PAN 2.7

Daniel Thelin

2023.533

Meddelande om stödpersonsförordnande

Daniel Thelin §16/2023

2023-05-08

Daniel Thelin

RJLP 2023/150

Stödpersonsärende

PAN 2.7

Daniel Thelin

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 37

Rapport - Informationssäkerhetens betydelse för en säker hälso- och sjukvård

Beslut

Rapport för kännedom till nämnden.

Beslutet skickas till

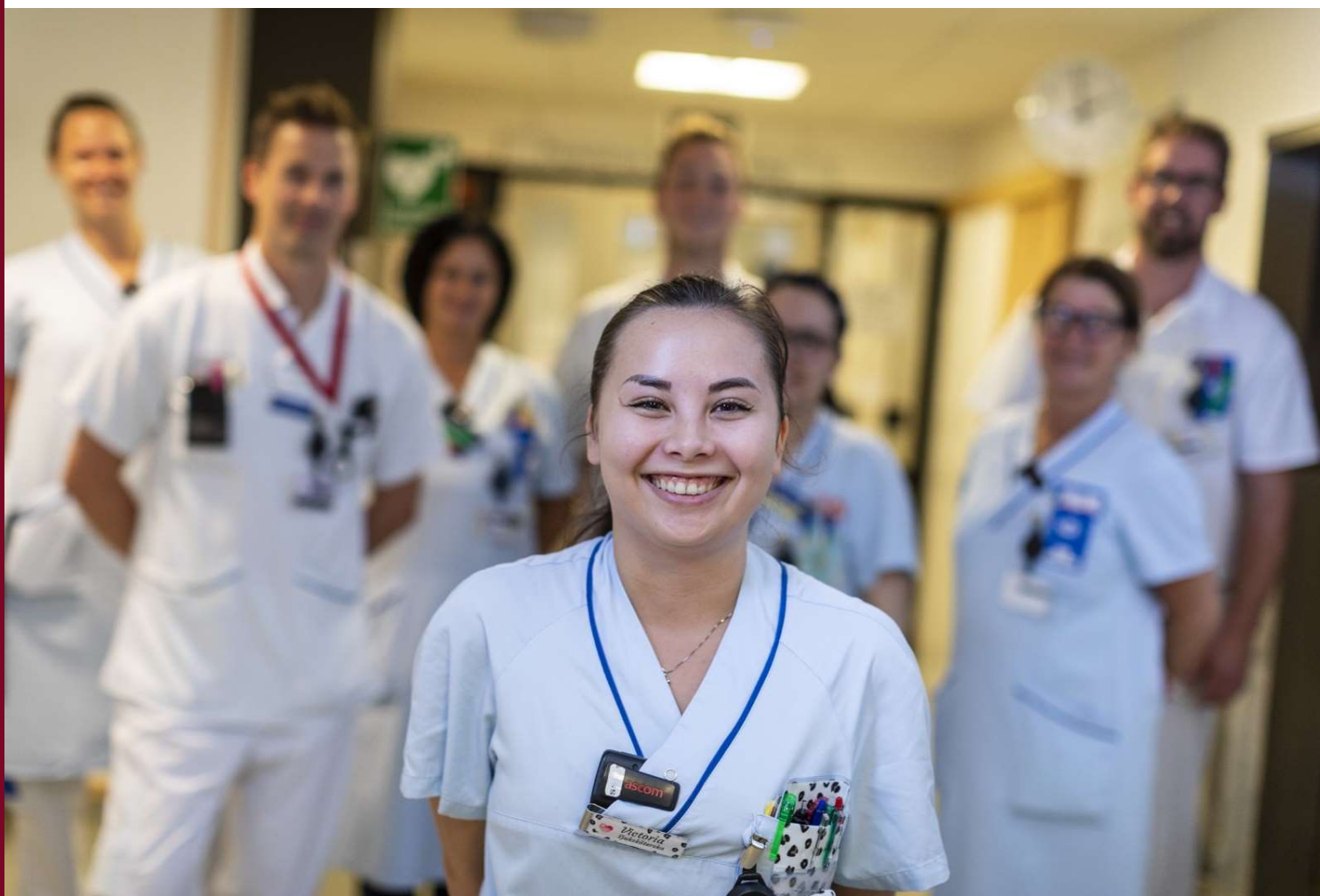
Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

INFORMATIONSSÄKERHETENS BETYDELSE FÖR EN SÄKER HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

INFORMATIONSSÄKERHETSINCIDENTER I SYNERGI



Region Jönköpings län
Sektionen för informationssäkerhet och juridik
Kerstin Adolfsson
Carina Ölmskog



Informationssäkerhetens betydelse för en säker hälso- och sjukvård är producerad av Region Jönköpings län i Februari 2023.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Inledning.....	3
Metod	5
Resultat.....	6
Nya typer av informationssäkerhetsincidenter.....	6
Exempel på händelser	7
Redovisning av registrerade möjliga orsaker.....	9
Sambandet mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet	9
En jämförelse med Patientnämndens resultat	10
Diskussion och slutsats.....	11
Nyttan med de nya typerna av informationssäkerhetsincidenter	11
Sambandet mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet	11
Sambandet mellan informationssäkerhet och patientintegritet	12
Reflektion kring Patientnämndens rapporter	12
Reflektion kring registrerade möjliga orsaker	12
Slutsats	12
Förbättringsmöjligheter	14
Patientsäkerhet	14
Patientintegritet	14

Sammanfattning

Arbetet med att analysera inrapporterade informationssäkerhetsincidenter påbörjades i november 2021 och har fortsatt till och med december 2022. Under arbetets gång har resultatet omarbetats och förfinats till det resultat som presenteras i den här rapporten och som omfattar perioden 1 juni 2022 till och med 31 december 2022.

I analysarbetet uppmärksammade vi att informationssäkerhetsincidenterna förmodligen hade ett starkt samband till patientsäkerhet och fokuserade därför arbetet på ett resonemang kring detta samband.

I Synergi väljer rapportören först händelsekategori informationssäkerhet och därefter anges säkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, sekretess (konfidentialitet) och spårbarhet.

Resultatet visar att det främst är säkerhetsaspekterna tillgänglighet och riktighet som är starkast kopplat till patientsäkerheten.

Inom säkerhetsaspekten tillgänglighet visar resultatet framförallt att det är information som saknas eller att information inte har varit tillgänglig. Inom säkerhetsaspekten riktighet visar resultatet framförallt att det är information som har varit felaktig eller otydlig och där kommunikation och dokumentation på och mellan enheter har varit bristfällig. Här kan man också se exempel på otydlig kommunikation med patienterna inför undersökningar.

Vid en jämförelse med Patientnämndens rapporter har vi också uppmärksammat att det finns förbättringspotential inom kommunikationsområdet som kan ge gemensamma positiva effekter inom områdena informationssäkerhet och patientsäkerhet samt patientnöjdhet.

Slutsatsen av den här rapporten är att informationssäkerheten har en stor betydelse för hälso- och sjukvården. Den belyser också vikten av att informationssäkerheten behöver vara en del av ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40).

Inledning

Detta är en rapport som i huvudsak beskriver sambandet mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet utifrån en genomförd analys av de informationssäkerhetsincidenter som har rapporterats in i Synergi. Rapporten tar också upp sambandet mellan informationssäkerhet och patientintegritet. Informationssäkerhetsincidenterna har kategoriserats utifrån säkerhetsaspekterna *tillgänglighet, riktighet, spårbarhet* och *sekretess* (konfidentialitet).

Utifrån Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården ska informationssäkerhet vara en del av ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete.

Enligt 3 kap, 2 § HSLFS-FS 2016:40 ska vårdgivaren genom ledningssystemet säkerställa att:

- Dokumenterade personuppgifter hos vårdgivaren är åtkomliga och användbara för den som är behörig (tillgänglighet).
- Personuppgifterna är oförvanskade (riktighet).
- Obehöriga inte ska kunna ta del av personuppgifterna (konfidentialitet).
- Åtgärder kan härledas till en användare (spårbarhet) i informationssystemet som är helt eller delvis automatiserat.

Bestämmelsen avser vårdgivarens ansvar för att genomföra processer och rutiner i ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete och säkerställa de grundläggande informationssäkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, konfidentialitet och spårbarhet. Begreppen är centrala i arbetet för en god informationssäkerhet, men också för att bibehålla en god patientsäkerhet och patientintegritet.

Även i Patientdatalagen (2008:355) finns sambandet med säkerhetsaspekterna (tillgänglighet, riktighet, spårbarhet och konfidentialitet).

Patientdatalagen syftar bland annat till att *”personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras”* och att *”dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem”* (2§).

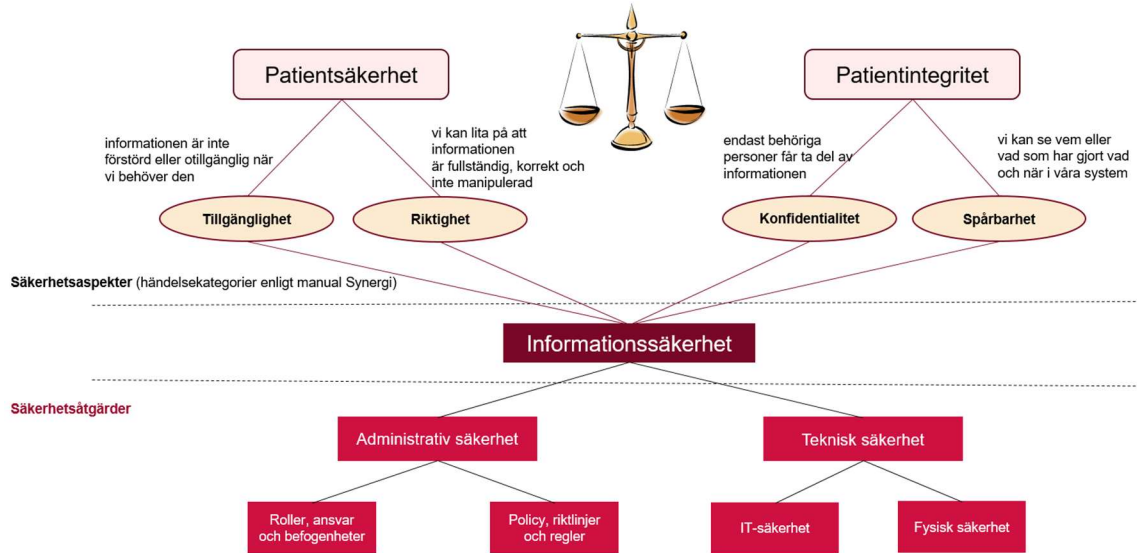
Figur 1 visar sambandet mellan informationssäkerhet, patientsäkerhet och patientintegritet.

Synergi är Region Jönköpings läns digitala verktyg för att rapportera och följa upp avvikelser, patient- och kundsynpunkter samt förbättringsförslag. Samtliga medarbetare inom Region Jönköpings län tilldelas vid anställning behörighet till systemet. En rapportör kan välja händelsekategori informationssäkerhet och därefter ange säkerhetsaspekterna tillgänglighet, riktighet, sekretess (konfidentialitet) och spårbarhet. Därefter beskrivs händelsen och rapportören kan också ange möjliga orsaker till informationssäkerhetsincidenterna.

Den information som rapporteras in i Synergi och som gäller informationssäkerhet används i syfte att få en helhetssyn i vilka administrativa och tekniska säkerhetsåtgärder som behöver

vidtas för att förbättra informationssäkerheten och säkerhetsmedvetandet i Region Jönköpings län. Inrapporterade incidenter kan också användas för att vägleda i vidare insatser av utbildning i informationssäkerhet.

Figur 1 visar innebörden av administrativa och tekniska säkerhetsåtgärder.



Figur 1 Informationssäkerhet – Starkt samband till patientsäkerhet och patientintegritet

Metod

Arbetet med att analysera inrapporterade informationssäkerhetsincidenter påbörjades i november 2021 och har fortsatt till och med december 2022. Under arbetets gång har resultatet omarbetats och förfinats till resultatet som presenteras i den här rapporten och som omfattar perioden 1 juni 2022 till och med 31 december 2022. Eftersom det ganska snart uppmärksammades att informationssäkerhetsincidenterna hade ett starkt samband till patientsäkerhetsarbetet så fokuserades arbetet mer på detta samband.

För att tydliggöra vilken typ av informationssäkerhetsincident som hade rapporterats så visade arbetet att säkerhetsaspekterna inte räckte till för att spegla incidenternas omfattning och innehåll. För att få en mer användbar information om inrapporterade informationssäkerhetsincidenter, som kunde bearbetas och analyseras, så användes materialet ”Gå på djupet...Mät din informationssäkerhet – gå från att tro till att veta” av Jan-Olof Andersson, utgiven år 2020. Från detta material användes föreslagna risker för att formulera informationssäkerhetsincidenter som skulle kunna inträffa.

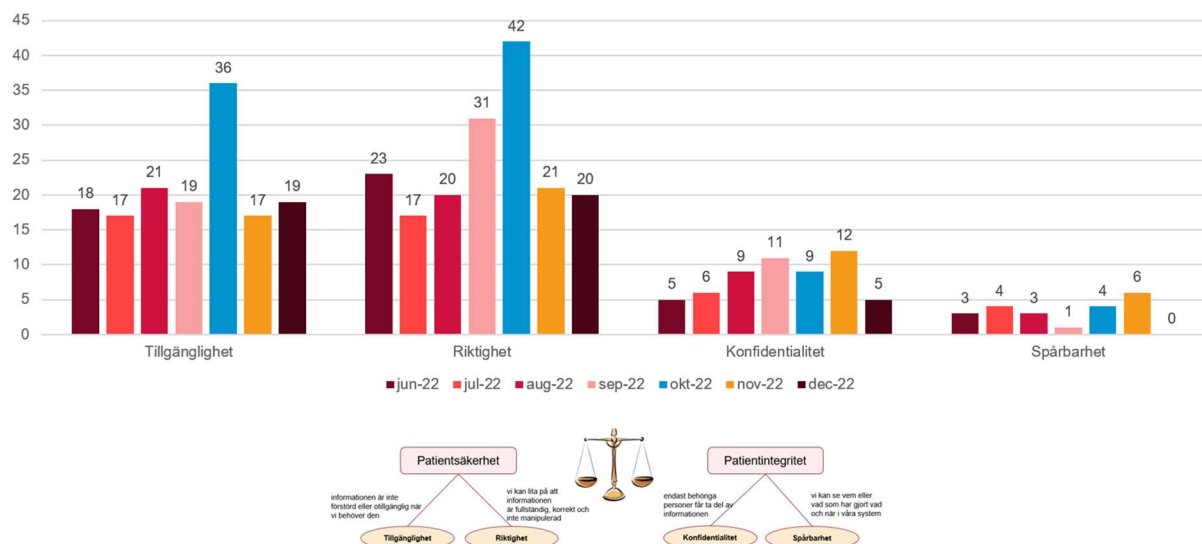
Utifrån detta perspektiv har sedan nya typer av informationssäkerhetsincidenter tagits fram och kopplats till säkerhetsaspekterna riktighet, tillgänglighet, konfidentialitet (sekretess) och spårbarhet.

Patientnämndens ”Halvårsrapport 2022” och deras rapport om ”Kommunikationens betydelse i mötet med vården” har använts i syfte att jämföra resultatet i denna rapport med Patientnämndens resultat i deras rapporter.

Arbetet har även inkluderat analys av möjliga orsaker till informationssäkerhetsincidenter som har rapporterats i Synergi med reservation för de informationssäkerhetsincidenterna som fortfarande var öppna vid analystillfället.

Resultat

Under perioden 1 juni 2022 till och med 31 december 2022 hade det totalt rapporterats in 399 informationssäkerhetsincidenter. Se diagram i Figur 2.



Figur 2 Statistik - Totalt antal informationssäkerhetsincidenter per säkerhetsaspekt och månad

Nya typer av informationssäkerhetsincidenter

Nya typer av informationssäkerhetsincidenter har tagits fram och kopplats till säkerhetsaspekterna riktighet, tillgänglighet, konfidentialitet (sekretess) och spårbarhet.

Se Tabell 1.

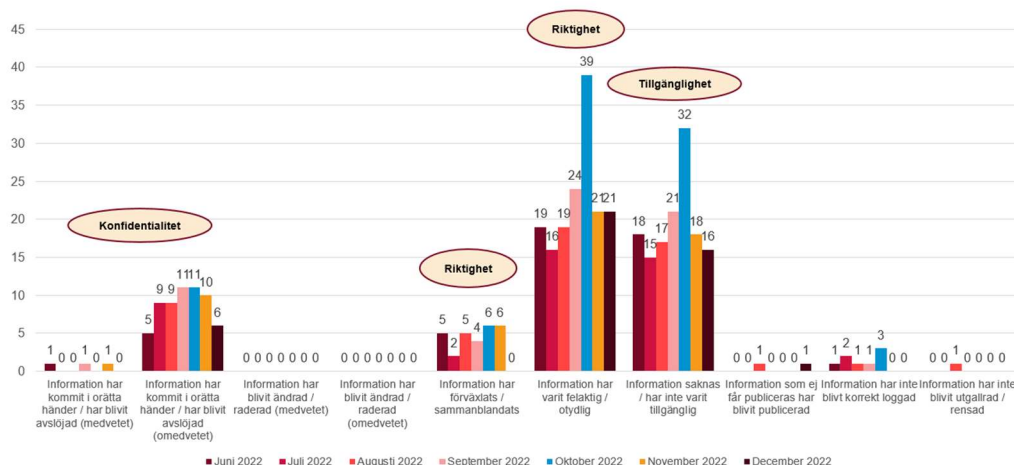
10 olika typer av informationssäkerhetsincidenter	Händelsekategori
Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (medvetet)	Konfidentialitet
Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (omedvetet)	Konfidentialitet
Information har blivit ändrad/raderad (medvetet)	Riktighet
Information har blivit ändrad/raderad (omedvetet)	Riktighet
Information har förväxlats/sammanblandats	Riktighet
Information har varit felaktig/otydlig	Riktighet
Information saknas/har inte varit tillgänglig	Tillgänglighet
Information som ej får publiceras har blivit publicerad	Konfidentialitet
Information har inte blivit korrekt loggad	Spårbarhet
Information har inte blivit utgallrad/rensad	Spårbarhet

Tabell 1. Beskrivning typ av informationssäkerhetsincidenter

Utifrån de 10 nya typerna av informationssäkerhetsincidenter visade resultatet att fyra typer dominerade. Se Tabell 2 och Figur 3.

Typ av informationssäkerhetsincidenter	Händelsekategori	Antal	%
Information har varit felaktig/otydlig	Riktighet	159	40%
Information saknas/har inte varit tillgänglig	Tillgänglighet	137	34%
Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (omedvetet)	Konfidentialitet	61	15%
Information har förväxlats/sammanblandats	Riktighet	28	15%

Tabell 2. Topp 4 inrapporterade informationssäkerhetsincidenter



Figur 3 Diagram - Totalt antal informationssäkerhetsincidenter per typ och månad

Exempel på händelser

Tabell 3 visar exempel på händelser kopplade till typ av informationssäkerhetsincident och säkerhetsaspekt.

Den största andelen inrapporterade informationssäkerhetsincidenter har haft påverkan på säkerhetsaspekterna riktighet och tillgänglighet, till exempel:

- Otydlig kommunikation eller dokumentation mellan eller inom enheter.
- Avsaknad av kommunikation eller dokumentation mellan eller inom enheter.
- Otydlig kommunikation med patient eller inför undersökning av patient.
- Provsvar har inte varit fullständiga, har varit försenade eller har helt saknats.
- Patientförväxling (till exempel att man har tagit in fel patient till behandlingsrum).

En stor andel har också haft påverkan på konfidentialiteten, till exempel:

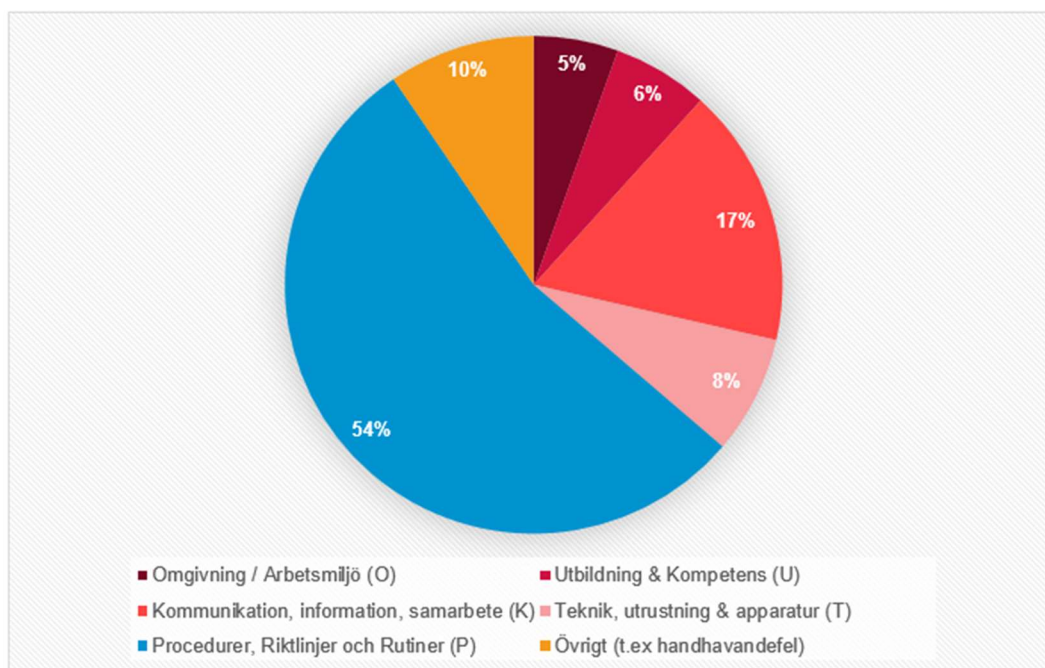
- Felaktigt utskick av dokument eller att dokument har förvarats på ett felaktigt sätt (till exempel journalhandlingar).
- Røjande av patientuppgifter / patientinformation (till exempel att kallelse eller brev har skickats till fel patient).

Typ av informationssäkerhetsincident	Exempel	Säkerhetsaspekt	Antal
Information har varit felaktig/otydlig	otydlighet i/avsaknad av kommunikation/dokumentation mellan eller inom enheter	Riktighet	71
Information har varit felaktig/otydlig	otydlig kommunikation med patient/inför undersökning av patient	Riktighet	36
Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (omedvetet) Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (medvetet)	felaktigt utskick av faktura/ brev/mail/dokument/provsvar felaktig förvaring av faktura/ brev/mail/dokument/provsvar	Konfidentialitet	36
Information saknas/har inte varit tillgänglig	provsvar/beställning saknas/är försenat/är ofullständigt	Tillgänglighet	22
Information har varit felaktig/otydlig	information presenteras felaktigt/inte alls i system	Riktighet	18
Information har varit felaktig/otydlig	ofullständig/felaktig remiss ofullständigt/felaktigt remissvar	Riktighet	17
Information har förväxlats/ sammanblandats	patientförväxling	Riktighet	15
Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (omedvetet)	røjande av patientuppgifter/ patientinformation	Konfidentialitet	14
Information har varit felaktig/otydlig	felaktig/saknad information i journal/läkemedelslista	Riktighet	13
Information har varit felaktig/otydlig	felaktigt provsvar	Riktighet	12
Information har varit felaktig/otydlig	felaktig röntgenremiss/PAD-remiss/remissmall/ provtagningsunderlag	Riktighet	11
Information har kommit i orätta händer/har blivit avslöjad (omedvetet)	felaktigt avslöjande av information	Konfidentialitet	11

Tabell 3. Praktiska exempel på typ av informationssäkerhetsincident

Redovisning av registrerade möjliga orsaker

Figur 4 visar tydligt att den största andelen av registrerade möjliga orsaker handlar om procedurer, riktlinjer och rutiner (54%) samt kommunikation, information och samarbete (17%). Dessa möjliga orsaker har verksamheterna själva registrerat.



Figur 4 Diagram – Andel registrerade orsaker

Sambandet mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet

Som tidigare redovisats så finns det ett tydligt samband mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet. Detta samband blir extra tydligt vad gäller säkerhetsaspekterna tillgänglighet och riktighet som är starkast kopplat till patientsäkerheten.

Inom säkerhetsaspekten tillgänglighet visar resultatet framförallt att det är information som saknas eller att information inte har varit tillgänglig. Här kan man se exempel som att remisser varit ofullständiga, journalinformation saknas eller att information presenteras på ett felaktigt sätt. Det kan också handla om patientförväxlingar där information har förväxlats eller sammanblandats.

Inom säkerhetsaspekten riktigheten visar resultatet framförallt att det är information som har varit felaktig eller otydlig och där kommunikation och dokumentation på och mellan enheter har varit bristfällig. Här kan man också se exempel på otydlig kommunikation med patienterna inför undersökningar.

En jämförelse med Patientnämndens resultat

Resultatet i Patientnämndens ”Halvårsrapport 2022” visar att de flesta synpunkterna rör vård och behandling samt kommunikation, men även att vårdansvar och organisation samt tillgänglighet är områden som får många synpunkter, till exempel att:

- Patienten många gånger själv får vara sin egen vårdsamordnare.
- Majoriteten av ärendena handlar om bristfällig kommunikation med patienten eller mellan olika vårdenheter.
- Patienten skickas mellan olika vårdenheter utan att förstå varför.

Resultatet i den här rapporten avseende informationssäkerhetsincidenter visar på många likheter med Patientnämndens resultat, till exempel:

- Otydlig kommunikation med patienten.
- Att patienten inte är informerad om ombokning eller inställd undersökning.
- Otydlig kommunikation inför undersökning av patient.
- Otydlig kommunikation mellan eller inom enheter.
- Avsaknad av kommunikation mellan eller inom enheter.

Diskussion och slutsats

Att rapportera en informationssäkerhetsincident i Synergi ska leda till att skapa en helhetssyn och få en vägledning i vilka administrativa och tekniska åtgärder som behöver vidtas för att upprätthålla en bra informationssäkerhet och ett ökat säkerhetsmedvetande. Inrapporterade informationssäkerhetsincidenter kan också användas för att vägleda i vidare insatser av utbildning i informationssäkerhet.

I den här rapporten har vi huvudsakligen fokuserat på sambandet mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet men vi för också ett resonemang kring patientintegritet.

Nyttan med de nya typerna av informationssäkerhetsincidenter

Under arbetets gång har vi sett att det ibland kan vara svårt att välja vilken säkerhetsaspekt informationssäkerhetsincidenten omfattas av när man ska rapportera in den i Synergi. Eftersom det är verksamheterna själva som rapporterar in i Synergi så tror vi att våra förslag på nya typer av informationssäkerhetsincidenter kan underlätta för rapportörerna att rapportera in en informationssäkerhetsincident.

Vi ser också att verksamheterna kommer att kunna få ut en tydligare information om själva händelserna som också kan ge ett bra underlag till såväl det lokala kvalitetsarbetet som det kvalitetsarbetet som sker på strategisk nivå.

Sambandet mellan informationssäkerhet och patientsäkerhet

I vårt arbete har vi kunnat uppmärksamma att det var informationssäkerhetsincidenter inom säkerhetsaspekterna tillgänglighet och riktighet som dominerade, och vi såg också att dessa incidenter tydligt kunde kopplas ihop med olika patientsäkerhetsaspekter.

I inrapporterade informationssäkerhetsincidenter finns exempel på att information inte har varit tillgänglig då vårdpersonal har behövt den. För att upprätthålla en god patientsäkerhet är det viktigt att informationen i informationssystem och medicinteknisk utrustning inom hälso- och sjukvården finns tillgänglig vid rätt tid och på rätt plats samt till den som behöver den. Detta anser vi vara viktiga aspekter för att rätt beslut ska kunna fattas i patientens vårdprocess.

I många av de inrapporterade informationssäkerhetsincidenterna har det även framkommit att kommunikationen mellan och inom enheter samt med patienter har varit bristfällig. Detta har ibland lett till att patienter har fått fel information vid bokningar och missat planerade undersökningar. I många fall har då patienterna hamnat på fel plats och på fel tid. Detta är också viktiga aspekter att tänka för att upprätthålla en trygg och säker vård för våra patienter.

Sammanfattningsvis så kan vi alltså uppmärksamma att informationssäkerhet och patientsäkerhet har ett starkt samband.

Sambandet mellan informationssäkerhet och patientintegritet

Under arbetets gång såg vi också att en stor del av informationssäkerhetsincidenter fanns inom säkerhetsaspekten konfidentialitet och då handlade det framförallt om att information hade hamnat i orätta händer eller att patienter hade förväxlats på något sätt.

Detta kunde till exempel handla om felaktiga utskick via post eller e-post, sekretessklassade dokument som hade legat tillgängliga i lokaler eller kallelser och brev som hade hamnat hos fel patient.

Inom säkerhetsaspekten spårbarhet så handlade de flesta incidenterna om ofullständig patientdata samt att dokument eller information saknades.

Reflektion kring Patientnämndens rapporter

När vi jämförde resultatet i Patientnämndens ”Halvårsrapport 2022” och rapporten ”Kommunikationens betydelse i mötet med vården 2020-2021”, så kunde vi se att bristfällig kommunikation genomsyrar både patientnämndens ärenden och de inrapporterade informationssäkerhetsincidenterna som vi har analyserat.

Vi kan därmed konstatera att det finns förbättringspotential inom kommunikationsområdet som kan ge gemensamma positiva effekter inom områdena informationssäkerhet och patientsäkerhet samt patientnöjdhet.

Reflektion kring registrerade möjliga orsaker

I Synergi registrerar verksamheterna själva möjliga orsaker till de inträffade händelserna och här kan vi konstatera att den största delen har handlat om procedurer, riktlinjer och rutiner.

En av anledningarna till detta skulle kunna vara att procedurer, riktlinjer och rutiner inte har varit tillräckligt kända i verksamheten eller inte har kommunicerats i tillräcklig omfattning. Det skulle också kunna vara så att procedurer, riktlinjer och rutiner ibland inte har varit tillräckligt tydliga eller saknas helt.

Den näst största orsaken har handlat om kommunikation, information och samarbete vilket vi också har identifierat som tänkbara orsaker till händelserna. Anledningen till att man har valt dessa orsaker kan vara många men arbetsmiljön är troligtvis en bidragande faktor. Vi har sett att stress och tidsbrist kan orsaka brister i kommunikationen mellan och inom enheter samt med patienter.

Sammanfattningsvis kan vi återigen konstatera att kommunikationen har en stor betydelse både för en god informationssäkerhet och för en trygg och säker vård för våra patienter.

Slutsats

Slutsatsen av den här rapporten är att informationssäkerheten har en stor betydelse för hälso- och sjukvården. Den belyser också vikten av att informationssäkerheten behöver vara en del

av ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40).

Förbättringsmöjligheter

Patientsäkerhet

Utifrån resultatet som framkommit i den här rapporten samt exempel på inrapporterade informationssäkerhetsincidenter så föreslår vi följande förbättringsmöjligheter inom området patientsäkerhet:

- skapa tydlighet i patientens vårdprocess
- säkra kommunikationen med patienten
- säkra kommunikationen mellan och inom vårdenheter
- skapa rutiner för att minimera risken för att patienter inte ska förväxlas eller sammanblandas
- skapa rutiner för att remisser innehåller det de ska göra och att de skickas till rätt mottagare
- skapa förutsättningar/rutiner för rätt innehåll i journaldokumentation
- säkerställa att rutiner följs vad gäller beställning, analyser och leverans av provsvar
- skapa rutiner för säkra tidsbokningsprocesser

Patientintegritet

Utifrån resultatet som framkommit i den här rapporten samt exempel på inrapporterade informationssäkerhetsincidenter så föreslår vi följande förbättringsmöjligheter inom området patientintegritet:

- skapa säkra rutiner som minskar risken för att information hamnar i orätta händer
- skapa rutiner för att behörigheter uppdateras och administreras på ett korrekt sätt

För ett bra liv i en attraktiv region.

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 41

Utlämnande av allmän handling

Utredarna informerar om att under perioden har 2 st. utlämnanden skett.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 42

Gemensam analys, psykisk ohälsa 18-29 år PAN/IVO

Patientnämndens utredare meddelar att den gemensamma analysen av psykisk ohälsa bland individer i åldern 18-29, utförd av PAN/IVO, kommer att publiceras den 12 juni.

Analysen tas med i sin helhet till sammanträdet i september.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 38

Redovisning av informationsuppdrag

Redovisning sker vid nämndsammanträdet.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 39

Kurser och konferenser

Patientnämndens utredare informerar kort om presidiekonferensen i Umeå 29-30/11.

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 33-43

Tid: 2023-05-31 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, Sal C

§ 40

Psykiatrirapport för ärenden 2022

Diarienummer: R JL 2023/50

Beslut

Presidiet föreslår patientnämnden

- Godkänna patientnämndens psykiatrirapport för ärenden 2022

Sammanfattning

Patientnämnden hanterar synpunkter gällande all regionfinansierad vård. I den här rapporten redovisas inkomna synpunkter på de psykiatriska klinikerna i Region Jönköpings län. De psykiatriska klinikerna innefattar barn- och ungdomspsykiatri som är en länsgemensam klinik, samt vuxenpsykiatri fördelat på psykiatriska kliniken Jönköping, psykiatriska kliniken Värnamo samt psykiatriska kliniken Eksjö.

År 2022 inkom totalt 143 ärenden gällande synpunkter på de psykiatriska klinikerna till patientnämnden.

Beslutsunderlag

- Patientnämndens psykiatrirapport för ärenden 2022

Beslutet skickas till

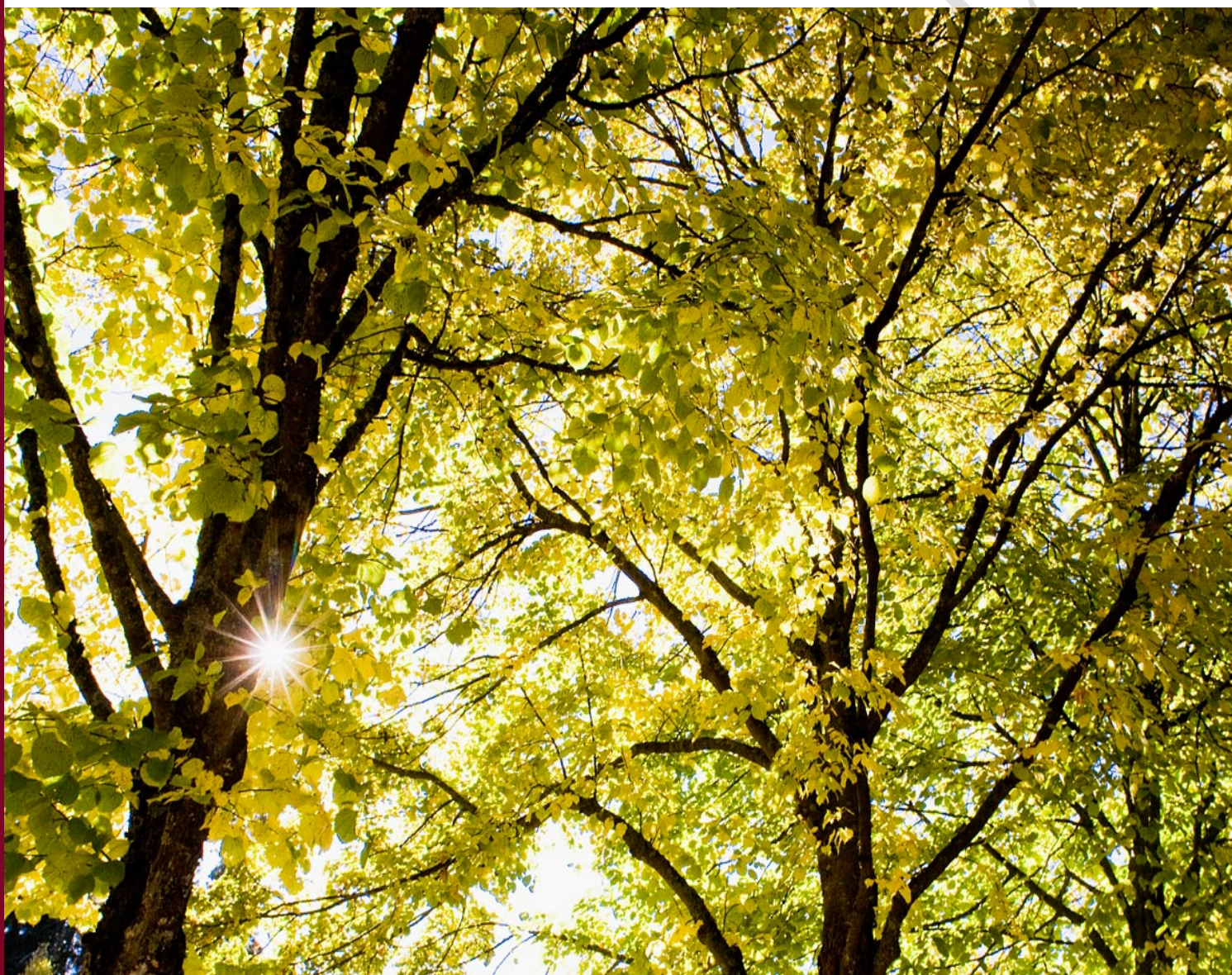
Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

PSYKIATRISKA VÅRDEN

EN ANALYS AV INKOMNA SYNPUNKTER PÅ DE
PSYKIATRISKA KLINIKERNA I REGION JÖNKÖPINGS
LÄN UNDER 2022



Patientnämnden Region Jönköpings län
Rebecka Siebers
Daniel Thelin

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	2
Patientnämndens uppdrag.....	2
Psykiatri.....	2
Syfte.....	3
Metod.....	4
Etiska överväganden.....	4
Resultat	5
Vuxenpsykiatri.....	5
Barn och ungdomspsykiatri	11
En synpunkt kan leda till bättre vård för många.....	12
Reflektion.....	14

ARBETSMATERIAL

Sammanfattning

Till patientnämnden kan patienter och/eller närstående höra av sig om de har synpunkter på vården. Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och definieras i lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter och närstående att föra fram synpunkter till vårdgivare och få dessa besvarade.

Patientnämnden hanterar synpunkter gällande all regionfinansierad vård. I den här rapporten redovisas inkomna synpunkter på de psykiatriska klinikerna i Region Jönköpings län. De psykiatriska klinikerna innefattar barn- och ungdomspsykiatri som är en läns gemensam klinik, samt vuxenpsykiatri fördelat på psykiatriska kliniken Jönköping, psykiatriska kliniken Värnamo samt psykiatriska kliniken Eksjö.

År 2022 inkom totalt 143 ärenden gällande synpunkter på de psykiatriska klinikerna till patientnämnden. Flest synpunkter gällde psykiatriska kliniken Jönköping vilken är den största kliniken med mest patientunderlag.

Inom vuxenpsykiatri handlade flest synpunkter om vård och behandling där patient eller närstående till exempel framfört synpunkter kring läkemedelsbehandling och missnöje med vilka behandlingsalternativ som erbjudits. Näst flest synpunkter handlade om kommunikation där patient och närstående upplever att de inte blir lyssnade till. Utöver detta handlade flera synpunkter om brist på vårdplan och långa väntetider i vården. Vad gäller synpunkter på barn- och ungdomspsykiatri handlade flest synpunkter om väntetider i vården och då övervägande väntan på behandling för neuropsykiatrisk sjukdom.

I en del fall framkommer det att synpunkterna har lett till förbättringar antingen för den enskilda patienten eller på en mer övergripande nivå. En synpunkt kan också uppmärksamma verksamheten och därmed bidra till utveckling och lärande. För den enskilde patienten kan en synpunkt till exempel bidra till att dennes vård kommer igång.

Oavsett orsak till de brister som patienter eller närstående upplever i sjukvården så kan det konstateras att de synpunkter som skickas in till patientnämnden bidrar till förbättringar i sjukvården och även för framtida patienters upplevelser av sjukvården.

Inledning

Varje dag sker tusentals möten inom vården. Oftast blir mötet bra och en positiv upplevelse för patienten. Ibland uppfyller inte mötet med vården patientens förväntningar. När man som patient och/eller närstående upplevt brister inom hälso- och sjukvården och tandvården kan man lämna sina synpunkter genom att:

- i första hand kontakta den verksamhet som gav den vård synpunkten gäller, kan vara både inom region eller kommun
- eller kontakta patientnämnden i den region vården gavs
- anmäla till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i vissa fall efter att verksamheten haft möjlighet att yttra sig.

Att kunna lämna synpunkter på vården regleras i patientsäkerhetslagen¹ och syftar till att patienters erfarenheter ska kunna bidra till bättre och säkrare vård. Även om patientnämnden hanterar synpunkter av olika slag är det viktigt att komma ihåg att de allra flesta patienter är nöjda med den vård de får, men viktiga erfarenheter och lärdomar finns att hämta i patienternas och de närståendes berättelser. Dessa erfarenheter och lärdomar är värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Patientnämndens uppdrag

Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och definieras i lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården². Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter och närstående att föra fram synpunkter till vårdgivare och få dessa besvarade. De synpunkter som hanteras av patientnämnden gäller regionfinansierad hälso- och sjukvård, privata vårdgivare med avtal, regionfinansierad tandvård i Region Jönköpings län samt för den hälso- och sjukvård som utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen och den allmänna omvårdnaden enligt socialtjänstlagen för regionens 13 kommuner.

I patientnämndens uppdrag ingår det också att hjälpa patienter att få den information de eller deras närstående behöver för att kunna tillvarata sina intressen i hälso- och sjukvården. Utifrån inkomna synpunkter ska patientnämnden iaktta och rapportera avvikelser av betydelse för patient och/eller närstående. Patientnämnden ska även informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra aktörer om sin verksamhet. I patientnämndens uppdrag ingår det även att utse stödpersoner för patienter inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt för patienter som hålls isolerade enligt smittskyddslagen.

¹ Patientsäkerhetslagen (2010:659)

² Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

Psykiatri

Med psykiatri avses barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och rättspsykiatri. Psykiatrisk vård kan ges i både öppenvård och i slutenvård ³.

Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp för tillstånd med olika svårighetsgrad och varaktighet. Hit hör både psykiska besvär och psykiatriska tillstånd. Gemensamt är att båda orsakar lidande, antingen för individen själv eller för omgivningen ⁴. Det är vanligt att någon gång i livet drabbas av psykisk ohälsa som kräver stöd eller vård. Hälso- och sjukvården har en viktig roll i att möta, utreda och behandla dessa personer.

”Psykiatri är läran och vetenskapen om psykiska sjukdomar och deras behandling och botande”

I Region Jönköpings län finns tre psykiatriska kliniker som erbjuder specialiserad bedömning, utredning, behandling, och rehabilitering för invånare över 18 år. Mottagningar för öppenvård, vårdavdelningar och enheter för remisshantering finns på alla tre sjukhus i regionen.

Psykiatriska kliniken Värnamo har akutmottagning dagtid på vardagar. Psykiatriska kliniken Eksjö har akutmottagning dagtid alla dagar på Högländssjukhuset. Till kliniken i Eksjö hör också mottagningar för öppenvård i Eksjö, Nässjö, Tranås och Vetlanda. Psykiatriska kliniken Jönköping har akutmottagning dygnet runt och har också ansvar för länets behov av psykiatrisk intensivvård, heldygnsvård för abstinensbehandling och rättspsykiatrisk vård ⁵.

I Region Jönköpings län finns en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik på Ryhov i Jönköping, samt två barn- och ungdomspsykiatriska öppenvårdsmottagningar på Nässjö vårdcentrum och Värnamo sjukhus. Verksamheterna bedriver barn- och ungdomspsykiatrisk specialistvård med uppdrag att bedöma, utreda och behandla medelsvåra till svåra psykiatriska tillstånd hos barn och ungdomar mellan 0 och 17 år och deras familjer ⁶.

Psykiatrisk tvångsvård

En patient som har en allvarlig psykisk störning kan tvingas att få vård mot sin vilja med så kallad psykiatrisk tvångsvård. Det är ett stort ingrepp i integriteten att tvingas till vård, men ibland kan det bli nödvändigt. Tvångsåtgärder i syfte att genomföra vården får användas endast om patient inte genom en individuellt anpassad information kan förmås att frivilligt

³ <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/psykiskhalsa/psykiatriskvard.795.html>

⁴ Begrepp inom området psykisk hälsa (skr.se)

⁵ <https://www.rjl.se/om-oss/om-organisationen/folkhalsa-och-sjukvard/psykiatri-rehabilitering-och-diagnostik/psykiatri/>

⁶ <https://www.rjl.se/om-oss/om-organisationen/folkhalsa-och-sjukvard/psykiatri-rehabilitering-och-diagnostik/barn--och-ungdomspsykiatri/>

medverka till vård. Tvångsåtgärder får inte användas i större omfattning än vad som är nödvändigt för att förmå patient att medverka till vård ⁷.

Rättspsykiatrisk vård

Den som lider av en allvarlig psykisk störning och begår ett brott kan dömas till rättspsykiatrisk vård istället för fängelse. Det gäller om man har begått ett allvarligt brott och har genomgått en rättspsykiatrisk undersökning som visar att man lider av en allvarlig psykisk störning ⁸.

Syfte

Syftet med rapporten är att utifrån inkomna synpunkter analysera och belysa patienters och närståendes upplevelser av hälso- och sjukvården på de psykiatriska klinikerna i Region Jönköpings län. Innehållet skulle kunna utgöra ett bidrag till hälso- sjukvårdens utvecklings och kvalitetsarbete.

Metod

Inkomna synpunkter diarieförs och registreras i regionens avvikelshanteringssystem Synergi och hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR) ⁹.

I denna rapport analyseras de inkomna ärendena på de psykiatriska klinikerna för perioden 2022-01-01 – 2022-12-31 och redovisas i statistikform samt genom sammanfattning och citat. I de fall där texten är röd och kursiv är texten hämtad från ärendebeskrivning från patientens och/eller närståendes inkomna skriftliga synpunkter. I resultatet redovisas vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri separat.

I resultatet redovisas för ofta förekommande synpunkter och även för synpunkter som inte nödvändigtvis är många till antalet men som är angelägna att redovisas.

Etiska överväganden

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

⁷ Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

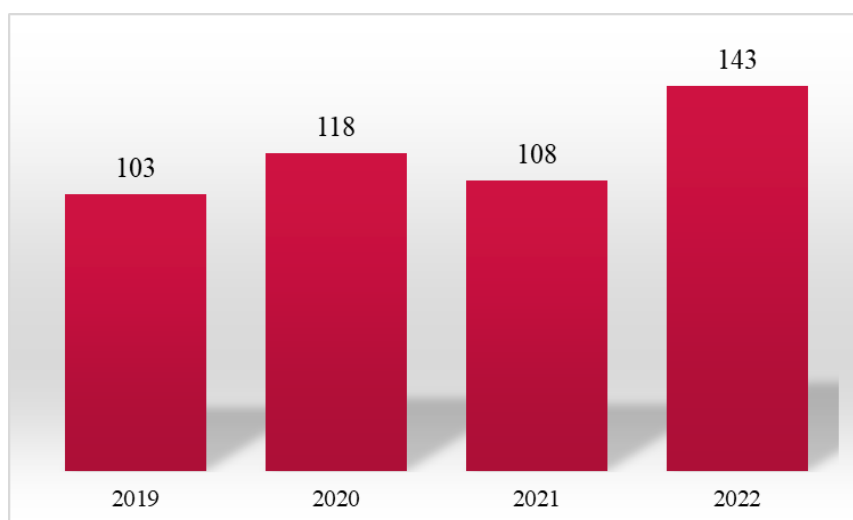
⁸ Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

⁹ Dataskyddsförordningen (*The General Data Protection Regulation*) GDPR

Resultat

Under 2022 fick patientnämnden in 1167 ärenden med synpunkter på hälso- och sjukvården varav 143 berörde de psykiatriska klinikerna i regionen. Texten i citaten är en beskrivning utifrån patientens och/eller närståendes upplevelse av händelsen. Vårdpersonalen kan ha haft en annan upplevelse av händelsen.

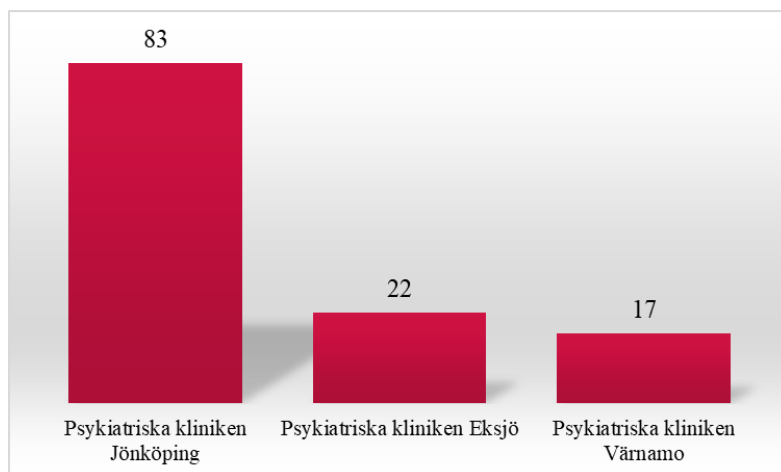
Antal synpunkter som inkom gällande de psykiatriska klinikerna ökade 2022 jämfört med tidigare år. De tre föregående åren var inflödet relativt jämnt. Det är dock svårt att dra några slutsatser varför det syns en ökning. I april 2022 lanserades ”en väg in” på 1177 som inneburit en förenkling och gjort det mer lättillgängligt att inkomma med synpunkter till patientnämnden när man loggar in på sina sidor på 1177. Detta skulle kunna vara en anledning till denna ökning då tjänsten är tillgänglig dygnet runt.



Figur 1. Totalt antal inkomna synpunkter i psykiatrin 2019-2022.

Vuxenpsykiatrin

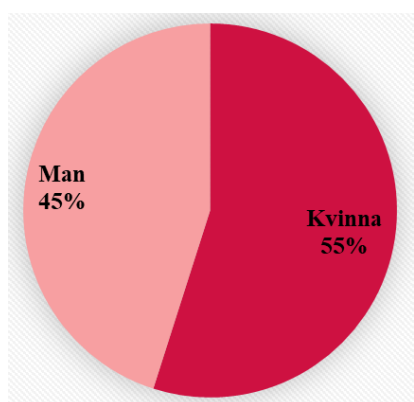
Under 2022 fick patientnämnden in 122 synpunkter på de vuxenpsykiatriska klinikerna i regionen. Flest synpunkter inkom gällande Psykiatriska kliniken Jönköping vilken också är den klinik med störst patientunderlag. Psykiatriska kliniken Jönköping har också ansvar för länets behov av psykiatrisk intensivvård, heldygnsvård för abstinensbehandling och rättspsykiatrisk vård.



Figur 2. Antal inkomna synpunkter per klinik 2022.

Köns- och åldersfördelning

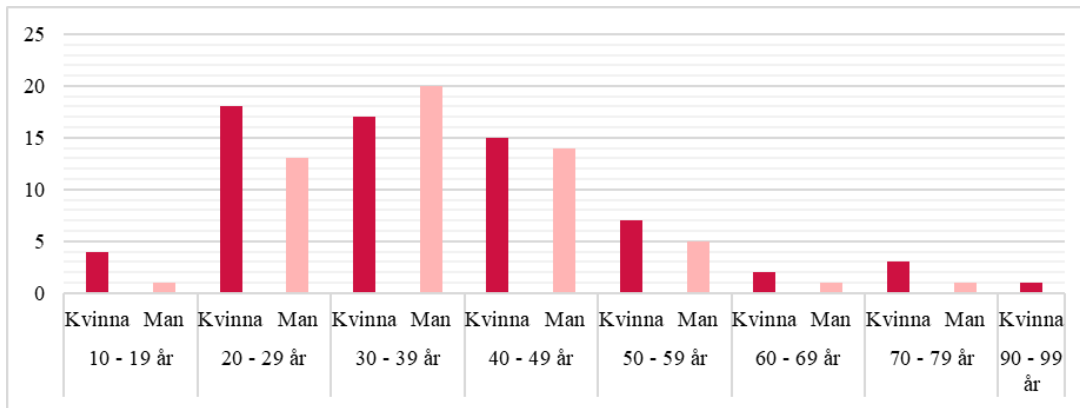
När det gäller könsfördelning för inkomna ärenden så har patienten varit en kvinna i 55 % av ärendena och man i 45 % av ärendena. Det var en något jämnare könsfördelning jämfört med alla inkomna synpunkter till patientnämnden där 59 % gällde en kvinna och 41 % en man. Enligt jämställdhetsmyndigheten konsumerar kvinnor 20 % mer hälso- och sjukvård jämfört med män ¹⁰.



Figur 3 könsfördelning på inkomna ärenden 2022

Flest ärenden gäller patienter i åldern 30-39 år följt av 20-29 år. I ålderskategorin 30-39 år är det fler ärenden där patienten är en man än kvinna vilket skiljer sig åt från alla övriga ålderskategorier där det är vanligare att patienten är kvinna.

¹⁰ <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/nyheter/stora-skillnader-mellan-mans-och-kvinnors-sjukvardskonsumtion/>

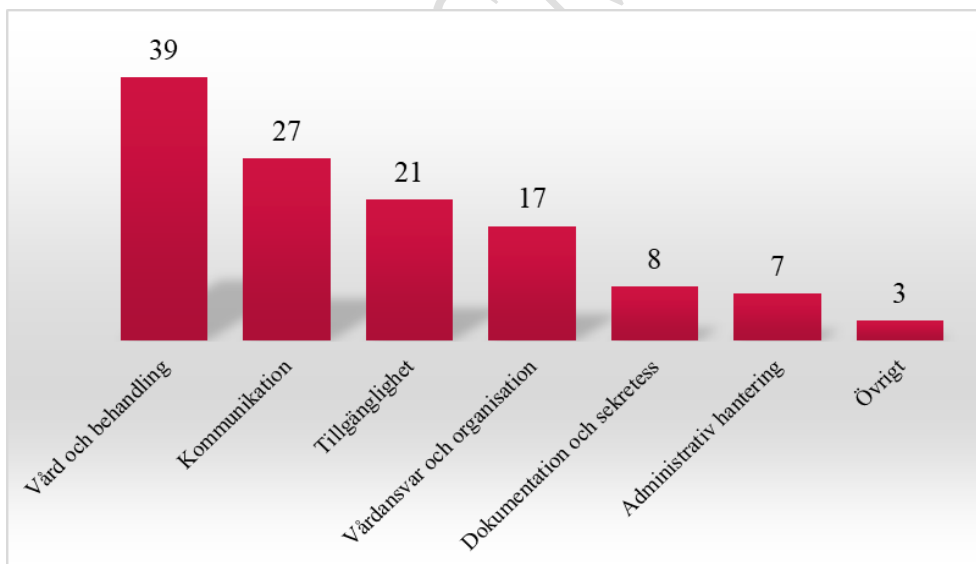


Figur 4. Antal ärenden på vuxenpsykiatrin utifrån ålder och kön.

Vad har ärendena handlat om

Alla synpunkter som inkommer till patientnämnden kategoriseras utefter patientnämndernas gemensamma nationella handbok. Dessa registreras in under nationellt framtagna huvudproblem för att i möjligaste mån identifiera synpunkterna utifrån patientlagen ¹¹. Varje huvudproblem delas i sin tur in i ett antal delproblem för en högre detaljeringsgrad av vad ärendena avser och vad patienterna upplever som problematiskt.

År 2022 utgjorde vård och behandling följt av kommunikation de vanligaste huvudproblemen av de synpunkter som inkom gällande vuxenpsykiatrin. Historiskt brukar det vara just vård och behandling och kommunikation som är de vanligaste huvudproblemen.



Figur 5. Antal synpunkter per huvudproblem 2022

¹¹ Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019)

Vård och behandling

Under året inkom det 39 ärenden där vård och behandling registrerades som huvudproblem.

Delproblem	Antal ärenden
Läkemedel	16
Behandling	12
Diagnos	6
Undersökning/bedömning	5
Totalsumma	39

I flera ärenden har patienter beskrivit att de ”kräver” att vården ska skriva ut vissa läkemedel. Några framförde att de nekats läkemedel, att vårdpersonalen missat att skriva ut recept som patienten behövde eller skrivit ut mediciner som inte bör kombineras utan att informera patienterna om detta.

”Ingen har förklarat vad medicinerna har gjort i kroppen då dessa 2 läkemedel kombinerats. Apoteket har sagt att om jag hämtat ut dessa 2 läkemedel vid samma tillfälle hade de aldrig lämnat ut dessa. Känns otryggt att en läkare kan skriva ut läkemedlen.”

I verksamhetens svar kan vi se att det kan finnas en diskrepans mellan patientens förväntningar och vad verksamheten enligt evidens och beprövad erfarenhet kan förskriva. Det är också alltid en individanpassad bedömning vad som förskrivs till varje patient.

Patienter och närstående har beskrivit att de inte är nöjda med den behandling som erbjudits av psykiatrin, de har till exempel framfört önskemål om samtalsstöd men upplevt att det enda de blivit erbjudna var läkemedelsbehandling.

Närstående har beskrivit att de är kritiska till bedömningen som gjorts av vården att patienten var i skick att skrivas ut, då de inte alls delade personalens bedömning.

”När närstående och patient läser i patientens journal efter utskrivning står det att vid besöket var patienten verklighetsorienterad och svarar på tilltal vilket enligt anhörig inte alls stämmer då patienten både var förvirrad, hallucinerat och haft svårt att prata.”

Patienter och närstående har framfört att de inte håller med om den diagnos som skrivits i journalen efter besök. Några synpunkter handlade om att patienten fått en diagnos och läkemedelsbehandlats för denna i flera år för att sedan få veta att de inte hade den diagnosen.

Kommunikation

Under året inkom det 27 ärenden där kommunikation registrerades som huvudproblem. När det gäller ärenden inom vuxenpsykiatrin var det vanligast med synpunkter på delaktighet.

Delproblem	Antal ärenden
Delaktig	20
Bemötande	4
Information	3
Totalsumma	27

Några patienter hade synpunkter gällande beslut om tvångsvård vilket kategoriseras under delaktighet. Patienter har även beskrivit att de inte känt sig lyssnade till eller att de inte känt sig delaktiga i beslut som fattats kring vården. Flera har beskrivit att det lett till att de känner minskad tillit till vården.

Närstående har beskrivit att de upplever bristande delaktighet samt att de inte fått information kring patienten. Det kan vara en utmaning att vara närstående till en person med psykisk ohälsa och helt naturligt att vilja veta vad som händer kring ens närståendes vård. Dock får vårdpersonalen inte lämna ut någon information utan patientens samtycke och det kan leda till att närstående inte får informeras eller göras delaktig. Det har även hänt att närstående inkom med synpunkter men att patienten inte samtyckte till detta och då kunde patientnämnden inte skicka vidare uppgifterna till vården.

Patienter har beskrivit att de upplevt bristande information, framförallt kring läkemedel och vilka biverkningar som kan finnas.

”Jag har ADHD och väntat två år på att få komma till psykiatrin för behandling. Väl där tog läkarbesöket endast 15 minuter och jag upplevde att läkaren endast vill bocka av mig från sin lista. Upplevde inte att jag fick möjlighet att komma till tals och fick inte information om olika behandlingsalternativ.”

När det gäller bemötande har patienter och närstående beskrivit att de upplevt att personal varit otrevlig och att det fått patienter och närstående att må ännu sämre då det kan vara extra svårt för någon med psykiatriska besvär att hantera.

”Jag upplevde ett dåligt bemötande i kontakt med psykakuten. Kände mig inte tagen på allvar samt att läkaren var stressad. Mådde sämre efter kontakten än innan. Trots stress måste man bemöta en patient på ett bättre sätt.”

Tillgänglighet

Under året inkom det 21 ärenden där tillgänglighet registrerades som huvudproblem.

Delproblem	Antal ärenden
Väntetider i vården	17
Tillgänglighet till vården	4
Totalsumma	21

Bland de inkomna synpunkterna som rörde tillgänglighet handlade merparten om att väntetiderna var långa till behandling efter att patienterna fått en diagnos. I synpunkterna har man även undrat över vårdgarantin. Väntetiderna kan ha bidragit till att patienterna fått till exempel utebliven sjukpenning eller till och med avsked från arbetet. Det kan även leda till en isolering och att familj och vardag blir påverkade för patienterna. Patienter har även hört av sig angående väntetider till samtalskontakt och psykolog där patienterna berättade att de väntat i upp till flera år.

”Hur kan denna hjälp ta så lång tid då jag redan har min diagnos satt? Ska jag behöva vänta över 1 år till för få hjälp i form av medicin?”

En närstående har uttryckt besvikelse på vården då patienten väntat på att få behandling för att kunna hantera sin vardag, som helt håller på att fallera.

”Ingen har ens frågat hur det går för patienten nu efter hen fått diagnosen och ni kan inte berätta när hen kan få hjälp när jag ringer och frågar. Nu har det gått så långt på grund av lång väntetid att komma intill neuropsykiatriska teamet att min närståendes läkare och försäkringskassan vill skicka ut min närstående i arbete innan hen ens har fått någon hjälp från er.”

Synpunkterna har även handlat om tillgänglighet till vården i form av bristande återkoppling och överenskomna telefontider som inte blivit av.

En närstående berättade att mottagningen sagt att de ska återkoppla då hen har efterfrågat information men får dock aldrig någon återkoppling. En patient har framfört att en telefontid var inbokad med läkare och patienten satt och väntade på att vården skulle ringa men ingen ringde. Telefontiden var inställd men patienten hade inte fått någon information eller meddelande om detta. En synpunkt handlade om att patienten väntat på att få vård och hade ringt och skrivit meddelande via 1177 vid flera tillfällen men bara fått information om att hen står på kö. Det kan leda till en osäkerhet för patienter att inte veta när vård kan ges.

Vårdansvar och organisation

Under året inkom det 17 ärenden där vårdansvar och organisation registrerades som huvudproblem.

Delproblem	Antal ärenden
Fast vårdkontakt/individuell plan	10
Vårdflöde/processer	3
Resursbrist/inställd åtgärd	2
Valfrihet/fritt vårdsökande	2
Totalsumma	17

Flera patienter har beskrivit att det saknats en upprättad eller uppdaterad vårdplan. Det har lett till att patienterna har beskrivit en oro och osäkerhet när man inte vet vad nästa steg i vården ska vara. Det kan även leda till att patienter behöver kontakta vården vid flera tillfällen för att ta reda på vad som gäller. Brist på vårdplan har även noterats tidigare och har uppmärksammats i patientnämndens rapport till nämndsammanträde.

”Ni har ännu inte svarat på varför ni inte vill ge mig trauma terapi och en vårdplan inte är upprättad. I ert svar i mitt förra ärende stod det att vårdplan skulle upprättas i samband med möte men det gjordes inte.”

Det har också förekommit synpunkter som rör bristande kontinuitet. En patient har berättat att hen har känt sig trygg med personal på sitt team. Patienten fick veta att hen blivit överflyttad till ett annat team utan att bli inblandad eller tillfrågad, fick informationen efter att flytten skett. Patienten kände då stor oro och ökad ångest då det blev ny personal och nya lokaler. Det ledde till att kommunen fick tillsätta extra stöd till patienten.

Dokumentation och sekretess

Under året inkom det 8 ärenden där dokumentation och sekretess registrerades som huvudproblem. Samtliga ärenden registrerades under delproblemet patientjournalen.

Patienter och närstående har beskrivit att de upplevt att det som står i journalen inte stämmer. Det har till exempel varit felaktiga uppgifter som lett till besvär i andra kontakter med vården eller att det stått att patienten fått information som de inte fått. Om patienter till exempel vill anmäla en vårdskada till regionens försäkringsbolag LÖF är det viktigt att det som står i journalen är korrekt. Även beslut i andra myndigheter kan baseras på underlag från journal eller intyg. Ibland kan dock patienter ha en åsikt om vad som ska stå i journalen och det är viktigt att komma ihåg att det är vårdpersonalen som ansvarar för vad som ska stå i journalen utifrån sin bedömning och/eller behandling av patienten.

”Jag fick en muskelbristning i samband med behandling då jag hade panik och spände hela kroppen. Muskelbristningen har sedan inte läkt ut och har gett långvariga besvär. Det dokumenterades inte i journalen och nu har jag inte få någon ersättning för skadan.”

Administrativ hantering

Under året inkom det 7 ärenden där administrativ hantering registrerades som huvudproblem.

Delproblem	Antal ärenden
Intyg	5
Brister i hantering	2
Totalsumma	7

Patienter har beskrivit brister i hantering av intyg till andra myndigheter där det varit svårt att få återkoppling från verksamheterna. För patienterna kan det få konsekvenser i form av att

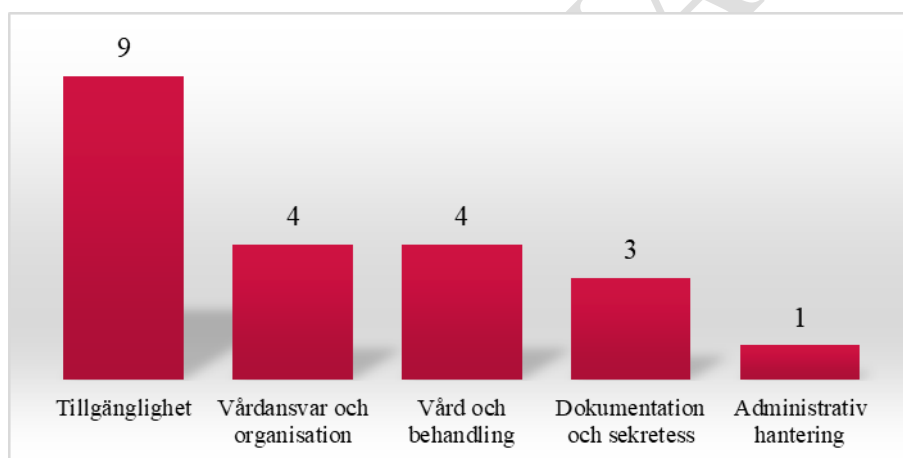
intyg inte inkommer till myndigheter i tid vilken kan leda till nekad ersättning eller indraget körkort.

Barn och ungdomspsykiatri

Inom barn- och ungdomspsykiatri registreras synpunkter där patienten var under 18 år vid tidpunkten för händelsen. Barn- och ungdomspsykiatri är en läns gemensam klinik och 2022 inkom 21 synpunkter till patientnämnden. Det är oftast en närstående som inkommer med synpunkter. I elva ärenden var patienten en kvinna (52 %) och i tio ärenden en man (48 %), könsfördelningen är alltså jämnare på barn- och ungdomspsykiatri än vuxenpsykiatri, dock är det få ärenden på barn- och ungdomspsykiatri och därmed svårt att dra några större slutsatser. Gällande åldersfördelning visar resultatet att flest synpunkter handlar om barn i tonåren.

Vad har ärendena handlat om

Av det totala antalet ärenden handlade flest om huvudproblemet tillgänglighet. Eftersom antalet ärenden var så få som gällde barn- och ungdomspsykiatri sammanfattas inkomna ärenden i ett stycke.



Figur 6. Totalt antal inkomna ärenden uppdelade utifrån huvudproblem

Ett ärende handlade om att närstående tyckte att vården överskred sekretessen. En patient har beskrivit att hen tyckt att hen fått en felaktig diagnos som påverkat negativt för en utbildning hen önskat gå. Ärenden har även handlat om behandling där vården har uttryckt att patienten inte velat bli frisk och därefter avslutat behandlingen, även brister i läkemedelsförskrivning har tagits upp i ärenden.

Avsaknad av information och felaktiga uppgifter i patientjournalen är något som lyfts fram. En närstående beskrev att när patienten begärt ett läkarintyg baserades intyget på saker som närstående tyckt var felaktigt och uppfattades då som negativt i kontakt med andra instanser.

Flera beskrev att väntetiden till att få påbörja behandling efter att patienterna fått en neuropsykiatrisk diagnos var orimligt lång. Detta trots kontakt med verksamheten där inte

heller personalen kunnat säga hur lång väntetiden väntas vara. Konsekvenserna kan bli att till exempel patienternas skolgång påverkas negativt, men också hela familjer. En anhörig har beskrivit en uppgivenhet då patienten inte får någon behandling där de inte vetat om de kommer reda ut situationen hemma.

”Att låta en patientgrupp vänta som dels är barn och därmed både utvecklas snabbare än vi vuxna och samtidigt lägger grunden för deras framtidsutsikter, dels har en problematik som gör att ovisshet och väntan är särskilt påfrestande känns oerhört olyckligt”

Andra ärenden har berört väntetid till psykolog, utredning och första bedömningsbesök. I ett ärenden beskrev närstående att de kontaktat mottagningen för patientens räkning och fått löfte att få återkoppling via telefon. Ingen från vården återkopplade till närstående. Ärenden har också handlat om att överlämning från barn- och ungdomspsykiatriska kliniken till vuxenpsykiatri inte fungerat fullt ut och där närstående efter flera kontakter inte fått någon hjälp från vården. De har inte vetat vad nästa steg kommer att vara eller vem som ska ansvara för patienten.

”Patienten ska fylla 18 och vi förberedde BUP tidigt på att vi behövde en bra överlämning. Trots detta sker en ytterst undermålig överlämning och när patienten fyller 18 händer ingenting.”

En synpunkt kan leda till bättre vård för många

I en del fall har det framkommit att synpunkterna har lett till förbättringar antingen för den enskilda patienten eller på en mer övergripande nivå.

I svaren till patienten har chefer uttryckt att de är tacksamma för de synpunkter som kommit till verksamheten och att de blivit uppmärksammade på problemen. I flera av svaren skriver man att man kommer att ta upp det i läkargrupp och arbetsplatsträffar, men även på individnivå.

Flera ärenden har gällt väntetider i vården där patient och närstående har ställt frågor om vårdgarantin för behandling. Utifrån dessa ärenden har patientnämnden lyft frågan om vad som gäller för vårdgarantin inom psykiatri vidare till nämnden Folkhälsa och sjukvård. Detta ledde till att man såg över tolkningen av vårdgarantin för behandling.

I ett ärende hade personal på barn- och ungdomspsykiatri missat att skicka ett kostintyget vidare till barnets skola. När närstående hörde av sig och efterfrågade intyget upptäckte verksamheten att detta missats på grund av personalfrånvaro och att rutiner för bokning att utfärda intyget frångåtts. Synpunkten kunde därmed bidra till ett lärande.

Ur verksamhetens svar:

”Vi har lyft frågan med både berörd behandlare samt i personalgruppen i helhet för att belysa det som hänt och lära oss av detta och påminna om de rutiner vi har.”

Psykiatriska kliniken Jönköping har fått några synpunkter från patienter gällande övervakade urinprov vid insättning av ADHD medicin. Patienten uppgav att denne avkrävts övervakade urinprover i drogtestande syfte för att få möjlighet till sin läkemedelsbehandling. Detta kände patienten som kränkande då denne inte längre hade en beroendeproblematik och var drogfri. Patienten skickade med en tidigare JO-dom (Justitieombudsmannen) där man prövat liknade fall i andra regioner och där utskrivande klinik hade fått backa i sitt beslut gällande övervakade urinprovstagningar.

I verksamhetens svar säger man: *”Det finns rutiner i vården där man från vårdens sida tagit mycket urinprover i syfte att upptäcka eventuella substansmissbruk i samband med läkemedelsinsättning. Ordinerande läkare ska säkerställa att läkemedelsordinationen är lämplig med utgångspunkt i patientens behov. Detta innebär att den som ordinerar läkemedlet särskilt ska göra en lämplighetsbedömning”*.

Ur verksamhetens svar:

”jag beklagar att anmälaren utsatts för ett villkor om drogtestning när man inte kunnat se en misstanke om detta”

Dessa inkomna synpunkter har nu gjort att man sett över de rutiner man har gällande övervakade urinprovstagningar i drogtestande syfte.

Inkomna synpunkter kan även leda till förbättringar för den enskilda individen. En patient fick till exempel fördröjd behandling, efter att synpunkten hanterats via patientnämnden fick patienten komma igång med behandling.

Reflektion

Synpunkterna som redovisas i denna rapport är utifrån patient och närståendes upplevelser i sjukvården. Det är viktigt att ha med sig att det är personer som aktivt valt att kontakta patientnämnden. Det är dock ingen beskrivning av hur vården fungerar i stort men ger en bild av patienter och närståendes upplevelser då de inte varit nöjda i sin kontakt med vården.

När vi analyserar inkomna synpunkter som berört huvudproblemet vård och behandling kan vi se att synpunkterna skiljer sig om vi jämför med patientnämndens ärenden i stort. Generellt är det vanligast att synpunkterna handlar om delproblemet undersökning/bedömning men inom psykiatrin har majoriteten av synpunkterna berört läkemedel. En förklaring till detta skulle kunna vara att de behandlingsalternativ som innefattar läkemedel ofta behövs under lång tid och det går inte snabbt utreda via ett blodprov om de haft effekt såsom man kan göra med till exempel ett blodvärde. Vissa läkemedel kan vara beroendeframkallande där förskrivaren behöver iakttä försiktighet och det kan finnas en diskrepans mellan vad patienten förväntar sig och var vården kan erbjuda.

Man kan också tänka sig att själva undersökningen och bedömningen kan vara tydligare för patienter i den somatiska vården där vårdpersonalen kanske gör en klinisk undersökning av en kroppsdel eller en röntgen. Då kanske patienten har en specifik förväntan om vad undersökningen ska innehålla. Vid till exempel en neuropsykiatrisk utredning får patienten beskriva sina svårigheter genom livet, hur deras livssituation ser ut och hur det fungerar i deras vardag. Kanske tänker patienterna också mer framåt, på eventuell behandling och vad det kan innebära, och hur det påverkar deras livskvalitet. Då kanske undersökningen bara är ett steg på vägen.

Enligt patientlagen ska vården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Varje patient har unik kunskap om sig själv och sina behov, förväntningar och resurser. Resultatet av behandlingen blir bättre om patienten är delaktig i vården¹². Flera patienter och närstående har framfört synpunkter gällande delaktighet där de inte känner sig lyssnade till eller delaktiga i beslut som fattas kring vården. En förklaring till detta kan säkert vara stress och tidsbrist i vården. Man kan också koppla det till att flera patienter upplevt att de saknar en vårdplan. En vårdplan ska upprättas i samråd med patienten och ge en samlad bild av patientens behov, mål och de insatser som planeras. Om en vårdplan upprättats kanske patienten känt sig mer delaktig och vetat vad nästa steg är.

Förutsättningarna att upprätta och följa en vårdplan kan påverkas av att patienter inte alltid upplever att de har en fast vårdkontakt. Folkhälsomyndigheten har nyligen skrivit i en rapport att kontinuiteten i den psykiatriska vården nationellt behöver förbättras, bli mer sammanhållen och personcentrerad. De framhåller att det är extra viktigt för personer med psykiatriska

¹² Socialstyrelsen. Samtal stöd för patientsäkerhet.

besvär att ha en kontinuitet i vården för att känna sig trygga och delaktiga ¹³. Samtidigt är bemanningsfrågan något som alla regioner har utmaningar med ¹⁴. Bristande läkarkontinuitet kan härledas till rekryteringssvårigheter. Det har också framkommit i våra inkomna synpunkter att patienter upplevt att de fått träffa många olika läkare, ibland olika vid varje besök. De beskriver att de ibland får berätta hela sin historia om och om igen och kan uppleva att de inte kommer vidare i vården.

Tidigare nationell samordnare för psykiatri på Sveriges Kommuner och Regioner Ann-Marie Wieselgren har utifrån sitt arbete sagt att just psykiatri är en av de specialiteter som är mest beroende av kontinuitet och att man får bra kontakt med en och samma läkare, att man inte behöver berätta samma historia gång på gång och kan ha någon som följer en.

Tillgänglighet är något som framkommit i synpunkter från patienter och närstående. Det som tagits upp är väntetider till vården för att få sin behandling när patienten fått konstaterat en diagnos. En möjlig anledning till detta skulle kunna härledas till resursbrist för att komma till läkarbesök för att starta sin medicinska behandling. Detta kan dock vara ett dilemma både för individen och ur samhällsekonomisk synpunkt då patienter kan gå sjukskriva lång tid i väntan på behandling. Väntetider till samtalskontakt är också något som ses i resultatet. Nationellt ser man att det är stor brist på just psykologer och det är säkert bidragande till dessa väntetider även i Region Jönköpings län ¹⁵. Folkhälsomyndigheten framhåller också detta i sin rapport om utvecklingsområden i den psykiatriska vården, att tillgängligheten och väntetiden till besök och behandling behöver förbättras ¹³.

Patientnämndernas och IVO's gemensamma analys av ärenden som rör barns psykiska hälsa visar att barn som mår dåligt får vänta länge på vård. När stöd och vård kommer för sent innebär det en patientsäkerhetsrisk och ett ökat lidande för barnen och deras familjer ¹⁶. Närstående har beskrivit svårigheter för barnet att klara skola och sociala aktiviteter, det kan leda till isolering och utanförskap. När ett barn missar sin skolgång kan det få långsiktiga konsekvenser och påverka barnets möjligheter till vidare utbildning och arbete senare i livet. I flera familjer har föräldrar uttryckt stor oro för sina barn i väntan på behandling då barnet uttryckt suicidal tankar. Det kan vara både tillståndet i sig som gör att barnet mår dåligt men också väntan på åtgärder och ovissheten om vad som ska hända framåt. För föräldrarna kan det utöver oro för barnet leda till frånvaro från arbete, flera föräldrar har också beskrivit att det påverkar deras relation till andra barn i familjen.

För barn- och ungdomspsykiatri finns det sedan 2011 en målsättning om en förstärkt vårdgaranti som innebär att barn och ungdomar inte ska behöva vänta längre än 30 dagar på en första bedömning samt ytterligare 30 dagar till en fördjupad utredning eller behandling.

¹³ Folkhälsomyndighete. Rapport: Utvecklingsbehov inom psykisk hälsa och suicidprevention. 2022.

¹⁴ Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet.

¹⁵ Socialstyrelsen: Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård

¹⁶ IVO Barn som mår psykiskt dåligt får vänta länge på hjälp. Juni 2022.

Trots att besöken inom barn- och ungdomspsykiatri har ökat med 16 procent på fem år ökar behoven ännu snabbare, enligt en ny rapport ¹⁷.

Utifrån inkomna synpunkter till barn- och ungdomspsykiatri i Region Jönköpings län ses en liknande problematik vilket är känt sedan länge och något som regionen arbetar aktivt med på flera olika sätt. Till exempel har verksamheten möjlighet att skicka remiss för utredning till externa aktörer vilket enligt verksamheten gett en tydlig effekt på väntetiderna för utredning. Vad gäller behandling kan det finnas en utmaning i att remittera till externa aktörer då det är viktigt med en sammanhållen vård vilket skulle kunna försvåras om olika aktörer ansvarar för olika delar.

En synpunkt kan leda till bättre vård för många



¹⁷ Uppdrag Psykisk Hälsa. Psykiatri i siffror. Barn och ungdomspsykiatri. Kartläggning 2021.

För ett bra liv i en attraktiv region.