

**Patientnämnd**

Tid: 2023-02-21 09:00  
Plats: Regionens hus, Sal A

**Öppnande**

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

**Informationsärenden**

- |    |  |         |
|----|--|---------|
| 5  | Anmälningens ärenden delegationsbeslut                           | 3 - 4   |
| 6  | Redovisning av avslutade ärenden                                 | 5 - 26  |
| 7  | Överenskommelse patientnämnd kommuner                            | 27      |
| 8  | IVO - Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen          | 28 - 61 |
| 9  | Patientnämndens del i barnbokslut och patientsäkerhetsberättelse | 62      |
| 10 | Begäran om utlämnande av allmän handling                         | 63      |
| 11 | Information om patientnämndens reglemente                        | 64 - 66 |

**Redovisning av genomförda aktiviteter**

- |    |                                    |    |
|----|------------------------------------|----|
| 12 | Redovisning av informationsuppdrag | 67 |
|----|------------------------------------|----|

**Kurser och konferenser**

- |    |                        |  |
|----|------------------------|--|
| 13 | Kurser och konferenser |  |
|----|------------------------|--|

**Beslutsärenden**

- |    |   |          |
|----|---|----------|
| 14 | 1177  |          |
| 15 | 2022/3444 Delegationsordning Patientnämnden 2023-2026 | 68 - 74  |
| 16 | Patientnämndens årsrapport 2022                       | 75 - 109 |

**Övrigt**

**Patientnämnd**

Tid: 2023-02-21 09:00

17	Nästa dialogmöte	110
18	Inbjudningar verksamheter 2023	111
19	Årshjul 2023	112 - 113
20	Presidiekonferens Umeå 29-30/11	114
21	Webbutbildning Spira heldag	
22	Övriga frågor	
23	Avslutning	

**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, handläggare

Sara Sjöberg, handläggare

Lena Strand, nämndsekreterare

Ida Vigrell, nämndsekreterare

## **Presidium - Patientnämnd §§ 1-18**

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### **§ 3**

#### **Anmälningssärenden delegationsbeslut**

Under perioden 2022-11-21 – 2023-01-22 har 4 förordnande av stödpersoner skett.

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

# Delegeringsbeslut

Utskriftsdatum: 2023-02-02

Utskriven av: Ida Vigrell

<b>Diarieenhet:</b>	Patientnämnd
<b>Beslutsfattare:</b>	Alla
<b>Kategori:</b>	Alla
<b>Beslutsinstans:</b>	Patientnämnd
<b>Sammanträdesdatum:</b>	2023-02-21
<b>Sekretess:</b>	Visas ej

<b>Id</b>	<b>Beskrivning</b>	<b>Paragraf</b>
<b>Datum</b>	<b>Avsändare/Mottagare</b>	<b>Beslutsfattare</b>
<b>Ärendenummer</b>	<b>Ärendemening</b>	<b>Kategori</b>
		<b>Ansvarig</b>
2022.689	Stödpersonsförordnande	Rebecka Siebers §14/2022
2022-12-05		Rebecka Siebers
RJLP 2022/218	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Rebecka Siebers
2022.699	Stödpersonsförordnande	Daniel Thelin §12/2022
2022-11-23		Daniel Thelin
RJLP 2022/232	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin
2022.705	Stödpersonsentledigande	Rebecka Siebers §15/2022
2022-12-06		Rebecka Siebers
RJLP 2022/51	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Rebecka Siebers
2023.66	Stödpersonsförordnande	Daniel Thelin §1/2023
2023-01-12		Daniel Thelin
RJLP 2023/9	Stödpersonsärende	PAN 2.7 Daniel Thelin

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 4

#### Redovisning av avslutade ärenden

Diarienummer: RJL 2023/26

Presidiet tar del av analys om periodens avslutade ärenden. Under perioden 2022-11-21 – 2023-01-22 har 253 ärenden avslutats. Antal registrerade ärende från 1-22 januari 2023 är 67 ärenden jämfört med samma period under 2022 som då var 41 ärenden, så året startar med en ökning med 26 ärenden.

#### Beslutet skickas till

Patientnämnden

#### Beslutets antal sidor

1

Ärendenr.	Problem	Datum för avslutat ärende
176428	1 Vård och behandling	2022-12-19
177756	1 Vård och behandling	2022-12-27
177774	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-20
179958	1 Vård och behandling	2022-11-25
180726	1 Vård och behandling	2022-12-27
180852	1 Vård och behandling	2022-12-01
180908	1 Vård och behandling	2023-01-16
180960	1 Vård och behandling	2022-11-29
181060	1 Vård och behandling	2022-11-23
181105	1 Vård och behandling	2022-11-29
181477	1 Vård och behandling	2023-01-12
181597	1 Vård och behandling	2022-11-23
181603	3 Kommunikation	2022-12-15
181633	1 Vård och behandling	2022-12-14
181668	1 Vård och behandling	2022-12-01
181676	3 Kommunikation	2022-11-25
181743	3 Kommunikation	2022-12-21
181767	1 Vård och behandling	2022-11-25
181948	1 Vård och behandling	2022-11-23
181975	6 Tillgänglighet	2023-01-16
181976	3 Kommunikation	2023-01-16
182140	3 Kommunikation	2022-12-07
182153	2 Resultat	2022-11-28
182196	1 Vård och behandling	2022-12-14
182204	1 Vård och behandling	2022-12-22
182359	8 Administrativ hantering	2023-01-13
182365	3 Kommunikation	2022-12-22
182488	3 Kommunikation	2022-11-28
182489	3 Kommunikation	2023-01-02
182555	1 Vård och behandling	2022-12-27
182556	3 Kommunikation	2023-01-11
182558	1 Vård och behandling	2022-12-27
182570	6 Tillgänglighet	2022-12-27
182581	2 Resultat	2022-12-19
182656	1 Vård och behandling	2022-11-28
182671	1 Vård och behandling	2022-12-05
182677	1 Vård och behandling	2022-12-01
182682	1 Vård och behandling	2022-12-05
182691	1 Vård och behandling	2022-11-22
182728	6 Tillgänglighet	2022-12-19
182733	6 Tillgänglighet	2022-12-13
182740	3 Kommunikation	2022-11-23
182741	3 Kommunikation	2022-11-23
182781	1 Vård och behandling	2023-01-12
182783	1 Vård och behandling	2023-01-02
182835	6 Tillgänglighet	2022-11-23
182878	4 Dokumentation och sekretess	2022-12-15
183014	3 Kommunikation	2023-01-02
183015	3 Kommunikation	2023-01-11

183020	3 Kommunikation	2022-12-06
183021	3 Kommunikation	2022-12-05
183052	6 Tillgänglighet	2022-12-13
183156	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-12
183177	3 Kommunikation	2022-12-05
183216	1 Vård och behandling	2022-11-23
183321	3 Kommunikation	2022-12-08
183331	3 Kommunikation	2023-01-11
183336	3 Kommunikation	2023-01-11
183349	3 Kommunikation	2023-01-20
183352	8 Administrativ hantering	2022-12-06
183452	1 Vård och behandling	2022-12-21
183468	1 Vård och behandling	2022-12-27
183489	1 Vård och behandling	2023-01-20
183534	8 Administrativ hantering	2022-12-21
183570	3 Kommunikation	2022-12-16
183611	3 Kommunikation	2022-12-07
183662	8 Administrativ hantering	2022-11-24
183769	1 Vård och behandling	2022-12-28
183777	6 Tillgänglighet	2022-12-22
183788	1 Vård och behandling	2022-12-05
183877	3 Kommunikation	2022-12-08
183878	3 Kommunikation	2022-12-08
183879	3 Kommunikation	2023-01-11
183891	3 Kommunikation	2022-12-22
183925	6 Tillgänglighet	2022-12-01
183927	8 Administrativ hantering	2023-01-02
183933	6 Tillgänglighet	2022-11-28
183995	3 Kommunikation	2022-12-07
183998	4 Dokumentation och sekretess	2022-12-21
184010	7 Vårdansvar och organisation	2022-11-29
184096	4 Dokumentation och sekretess	2023-01-20
184100	1 Vård och behandling	2023-01-20
184107	1 Vård och behandling	2023-01-03
184110	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-22
184113	1 Vård och behandling	2022-11-22
184115	1 Vård och behandling	2023-01-11
184119	2 Resultat	2022-11-25
184120	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-05
184121	1 Vård och behandling	2022-12-12
184134	7 Vårdansvar och organisation	2022-11-29
184135	7 Vårdansvar och organisation	2022-11-29
184165	1 Vård och behandling	2022-12-07
184168	3 Kommunikation	2022-12-08
184172	1 Vård och behandling	2022-11-28
184181	2 Resultat	2022-12-08
184200	3 Kommunikation	2022-12-12
184204	3 Kommunikation	2022-12-19
184207	3 Kommunikation	2022-12-22
184246	1 Vård och behandling	2022-11-29

184261	2 Resultat	2023-01-17
184266	1 Vård och behandling	2022-12-05
184268	1 Vård och behandling	2022-11-25
184289	3 Kommunikation	2023-01-11
184310	1 Vård och behandling	2022-12-01
184314	6 Tillgänglighet	2022-12-01
184316	3 Kommunikation	2022-12-01
184320	1 Vård och behandling	2023-01-05
184332	1 Vård och behandling	2022-12-01
184349	1 Vård och behandling	2023-01-20
184360	1 Vård och behandling	2023-01-12
184364	3 Kommunikation	2022-12-22
184374	1 Vård och behandling	2022-12-05
184431	1 Vård och behandling	2023-01-05
184432	2 Resultat	2022-12-06
184475	6 Tillgänglighet	2022-12-06
184478	3 Kommunikation	2023-01-11
184479	3 Kommunikation	2023-01-20
184487	8 Administrativ hantering	2023-01-05
184488	6 Tillgänglighet	2023-01-05
184494	3 Kommunikation	2023-01-20
184518	1 Vård och behandling	2023-01-11
184519	3 Kommunikation	2022-12-13
184521	3 Kommunikation	2022-12-14
184523	8 Administrativ hantering	2022-12-09
184531	6 Tillgänglighet	2022-12-19
184633	1 Vård och behandling	2022-12-13
184634	1 Vård och behandling	2022-12-13
184639	3 Kommunikation	2022-12-08
184643	2 Resultat	2022-11-23
184646	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-07
184649	1 Vård och behandling	2022-12-22
184649	1 Vård och behandling	2022-12-22
184656	4 Dokumentation och sekretess	2023-01-18
184682	1 Vård och behandling	2022-12-13
184683	3 Kommunikation	2022-12-13
184704	6 Tillgänglighet	2022-11-23
184750	8 Administrativ hantering	2022-12-21
184760	6 Tillgänglighet	2022-11-23
184763	4 Dokumentation och sekretess	2022-12-08
184764	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-08
184772	1 Vård och behandling	2022-12-06
184829	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-20
184835	3 Kommunikation	2023-01-02
184836	1 Vård och behandling	2022-12-13
184838	1 Vård och behandling	2023-01-12
184843	1 Vård och behandling	2022-12-23
184861	1 Vård och behandling	2022-12-13
184876	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-20
184880	1 Vård och behandling	2022-11-23



184885	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-18
184889	3 Kommunikation	2022-11-25
184914	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-19
184977	1 Vård och behandling	2023-01-16
184997	6 Tillgänglighet	2022-12-19
184999	8 Administrativ hantering	2022-12-05
185061	6 Tillgänglighet	2022-11-28
185065	6 Tillgänglighet	2022-12-13
185067	1 Vård och behandling	2022-12-13
185072	8 Administrativ hantering	2022-12-12
185092	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-13
185094	6 Tillgänglighet	2022-12-13
185113	4 Dokumentation och sekretess	2022-12-12
185116	3 Kommunikation	2022-11-30
185118	1 Vård och behandling	2023-01-12
185121	5 Ekonomi	2022-12-06
185125	1 Vård och behandling	2022-12-06
185131	2 Resultat	2022-12-21
185136	5 Ekonomi	2022-11-29
185140	5 Ekonomi	2022-11-29
185145	1 Vård och behandling	2022-12-08
185175	3 Kommunikation	2023-01-18
185178	4 Dokumentation och sekretess	2022-11-30
185182	5 Ekonomi	2022-12-06
185186	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-20
185187	4 Dokumentation och sekretess	2023-01-09
185232	8 Administrativ hantering	2022-12-23
185246	3 Kommunikation	2022-12-07
185247	3 Kommunikation	2022-12-13
185254	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-23
185256	3 Kommunikation	2022-12-19
185276	3 Kommunikation	2023-01-12
185358	1 Vård och behandling	2023-01-03
185360	1 Vård och behandling	2023-01-09
185361	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-15
185382	2 Resultat	2023-01-13
185384	6 Tillgänglighet	2022-12-06
185418	1 Vård och behandling	2023-01-09
185433	1 Vård och behandling	2023-01-20
185443	3 Kommunikation	2023-01-20
185451	6 Tillgänglighet	2022-12-23
185452	6 Tillgänglighet	2022-12-15
185456	1 Vård och behandling	2022-12-15
185459	1 Vård och behandling	2023-01-20
185462	6 Tillgänglighet	2022-12-27
185493	2 Resultat	2023-01-12
185504	8 Administrativ hantering	2022-12-13
185536	2 Resultat	2022-12-23
185573	3 Kommunikation	2022-12-23
185629	1 Vård och behandling	2022-12-13

185634	1 Vård och behandling	2023-01-18
185644	1 Vård och behandling	2023-01-02
185695	3 Kommunikation	2023-01-05
185696	2 Resultat	2022-12-21
185769	5 Ekonomi	2022-12-21
185782	3 Kommunikation	2023-01-20
185784	3 Kommunikation	2023-01-20
185792	6 Tillgänglighet	2022-12-27
185793	1 Vård och behandling	2022-12-13
185854	1 Vård och behandling	2022-12-23
185867	8 Administrativ hantering	2022-12-21
185873	1 Vård och behandling	2023-01-16
185874	8 Administrativ hantering	2022-12-15
185890	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-27
185892	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-16
185925	8 Administrativ hantering	2023-01-16
185961	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-22
185980	6 Tillgänglighet	2023-01-11
186055	8 Administrativ hantering	2022-12-23
186059	5 Ekonomi	2022-12-22
186102	2 Resultat	2023-01-17
186103	2 Resultat	2023-01-17
186110	1 Vård och behandling	2023-01-05
186126	1 Vård och behandling	2023-01-18
186141	2 Resultat	2022-12-20
186144	1 Vård och behandling	2022-12-23
186173	1 Vård och behandling	2022-12-21
186177	2 Resultat	2022-12-23
186178	2 Resultat	2022-12-23
186184	9 Övrigt	2022-12-21
186243	5 Ekonomi	2022-12-23
186249	1 Vård och behandling	2023-01-12
186286	2 Resultat	2022-12-23
186332	1 Vård och behandling	2022-12-27
186408	1 Vård och behandling	2023-01-03
186438	1 Vård och behandling	2023-01-05
186479	7 Vårdansvar och organisation	2022-12-29
186531	2 Resultat	2023-01-03
186559	1 Vård och behandling	2023-01-02
186569	1 Vård och behandling	2023-01-09
186626	6 Tillgänglighet	2023-01-16
186626	6 Tillgänglighet	2023-01-16
186639	1 Vård och behandling	2023-01-17
186652	6 Tillgänglighet	2023-01-17
186653	1 Vård och behandling	2023-01-17
186656	3 Kommunikation	2023-01-20
186680	8 Administrativ hantering	2023-01-20
186682	1 Vård och behandling	2023-01-20
186771	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-11
186909	3 Kommunikation	2023-01-20

186930	6 Tillgänglighet	2023-01-16
186931	6 Tillgänglighet	2023-01-20
186960	2 Resultat	2023-01-13
187160	7 Vårdansvar och organisation	2023-01-20

# REDOVISNING AV PATIENTNÄMNDENS AVSLUTADE ÄRENDE 20221121-20230122



Redovisning av patientnämndens avslutade ärende 20221121-20230122 i Region  
Jönköpings län skriven av utredarna Anna Stålkranz och Sara Sjöberg

## Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Syfte.....	1
Metod.....	1
Etiska övervägande.....	1
Resultat .....	3
Åldersfördelning.....	3
Vad har ärendena handlat om .....	4
Verksamhetsområde .....	6
Övriga verksamhetsområden .....	11
Kommunal vård .....	11
Stödpersonsverksamheten .....	11
Avslutande reflektioner.....	13

# 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 **20221121-20230122**. 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.

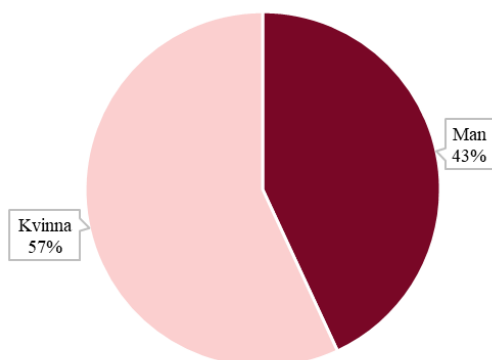
Patienter/närstående som kontaktar patientnämnden i Region Jönköpings län kan göra det genom att skicka in synpunkter och klagomål via E-tjänst 1177.se, ringa eller skicka mail och brev. När synpunkter och klagomål inkommit till patientnämndens kansli gör utredare en bedömning av vad ärendet handlar 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 253 ärenden. Utav dessa är det 144 kvinnor och 109 män som ärendena gäller.

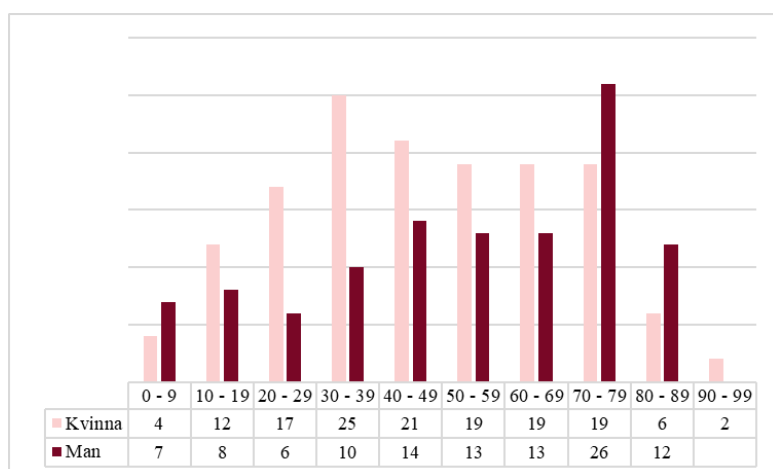


Figur 1. Könsfördelning period 2022-11-21—2023-01-22

Antal registrerade ärende från 1-22 januari 2023 är 67 ärenden jämfört med samma period under 2022 som då var 41 ärenden, så året startar med en ökning med 26 ärenden.

## Åldersfördelning

När det gäller åldersfördelning så var det flest i åldersgruppen 70-79 år, följt av 30-39 år och 40-49 år. Intressant för denna periodens avslutade ärenden är att det är fler män i åldersspannet 70-89 år, vilket vi inte sett tidigare. Detta kan vara en slump att det varit så denna period men kommer naturligtvis att fortsättas följas upp framöver. Dessa ärenden är fördelade på olika verksamheter och huvudproblem, så det är svårt att dra några slutsatser på detta då underlaget inte är så stort. Medelåldern denna period är 50 år.



Figur 2. Åldersfördelning period 2022-11-21-2023-01-22



## Vad har ärendena handlat om

### Huvudproblem - delproblem

Huvudproblem	Kvinna	Man	Totalt
Vård och behandling	54	37	91
Kommunikation	34	22	56
Tillgänglighet	20	10	30
Vårdansvar och organisation	11	12	23
Resultat	10	10	20
Administrativ hantering	9	8	17
Dokumentation och sekretess	5	3	8
Ekonomi	1	6	7
Övrigt		1	1
<b>Totalsumma</b>	<b>144</b>	<b>109</b>	<b>253</b>

Tabell 1. Fördelning på huvudproblem period 2022-11-21—2023-01-22

Delproblem	Antal ärende
Undersökning/bedömning	41
Delaktig	31
Resultat	20
Tillgänglighet till vården	15
Diagnos	15

Tabell 2. De fem vanligaste delområdena period 2022-11-21—2023-01-22

Vård och behandling är det huvudproblem som flest ärenden kategoriserats under denna period, följt av kommunikation och tillgänglighet. Gällande vård och behandling så handlar det främst om undersökning/bedömning, exempelvis att patienten upplevt att den varit bristfällig eller uteblivit helt. Många gånger handlar det om den kommunikation man haft med vården och där man inte blir lyssnad på när det gäller tidigare erfarenheter och sjukdomar. Patient med kronisk sjukdom är ju oftast expert på sin egen kropp och de symtom som sjukdomen kan ge. I ett ärende framför en förälder om dennes oro för om barnet också har celiaki (glutenintolerans) då föräldern känner igen symtomen från egen erfarenhet. Att i detta läge bli negligerad och inte lyssnad på eller få en bedömning skapar frustration när vården inte vill lyssna på den viktiga informationen som föräldern har.

I flera synpunkter som inkommit framkommer att man som patient inte blir lyssnad på trots att man sökt vård flera gånger för samma symtom i olika verksamheter. Flera säger att man blir nekad att få komma och patienten hänvisas vidare. Många efterfrågar en bättre dialog med vården och där vården samverkar.

*”Min läkare ansåg att det inte behövdes någon röntgen av min höftled trots att jag har svår smärta och har benskörhet. Hen vill inte heller remittera mig till ortoped. Kom istället in akut xx. Röntgen visade att min höft hade kollapsat och det blev akut operation med helprotes. Jag anser att läkaren skulle lyssnat på mig så hade jag sluppit de plågor som jag gick omkring under de veckor som det tog innan jag fick hjälp”*

När det gäller ärenden rörande kommunikation och då tex information. Det kan gälla intern kommunikation som kan leda till felaktig bedömning. Ett exempel kan vara i en remisstext kliniker emellan, att en felaktig bedömning görs då inte helheten kring patienten framkommit i remisstexten. Har man inte i remissen fått med allvarliga symtom vet inte mottagande klinik patientens historia och risken finns att det blir en felaktig bedömning. Denna bristfälliga information kan leda till fördröjd diagnos.

Verksamhetens svar:

*"Enligt min bedömning hade återfallet kunnat upptäckas tidigare. Tilltagande smärta och nytillkomna "knölar" i operationsområdet bör leda tankarna till återfall i cancersjukdomen. Händelseförloppet i samband med remissbedömningen har diskuterats med ansvarig läkare. Kanske hade man fattat misstanke om återfall om man läst XX's journalhandlingar från remitterade klinik. I de flesta fall baseras dock remissbedömningar på uppgifter i remisstexten utan genomgång av patientens hela journal. Kontakt har tagits med chefläkare för att ta ställning till om händelseförloppet ska utredas i ytterligare detalj".*

Vad kan man lära av detta? Hade händelseförloppet blivit annorlunda om man varit tydligare i remissen. Tanken med remisstexten är att ge en kort sammanfattning om vad som är aktuellt hos patienten.

Många ärenden rör tillgänglighet. Flera synpunkter rör frågor om vårdgarantin och det regelverk om inte vårdgarantin kan hållas (90 dagar). Patienter beskriver att man har väntat en längre tid och då kontaktat aktuell mottagning. Får då till svar att "man står på listan" men ingen ytterligare information.

Regelverket säger:

*"Rätten att få vård någon annanstans i landet (så kallad vårdgarantiremiss) gäller bara om Region Jönköpings län inte kan erbjuda dig vård inom 90 dagar. Fråga om vårdgarantin på mottagningen där du väntar på att få vård. Du ska få information om hur vårdgarantin fungerar och vilka följder det kan bli för dig beroende på vilka val du gör"*

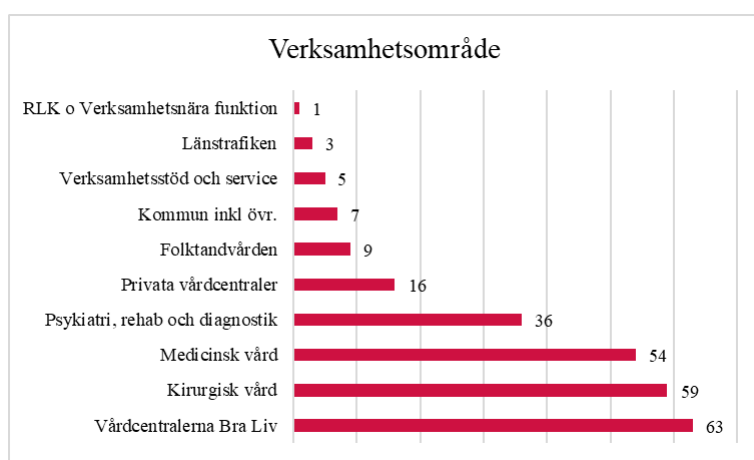
Det finns naturligtvis undantag om exempelvis en läkare bedömer utifrån medicinskt tillstånd att vederbörande ska vänta, då gäller inte vårdgarantin. Patientnämnden ser i de ärenden som inkommit och utifrån patientens berättelse att man från verksamhetens håll brustit i informationen men även att man inte haft kunskap om vad som åligger verksamheten när inte vårdgaranti kan hållas.

När det gäller tillgänglighet till vården har det under denna period inkommit flera synpunkter att det varit långa väntetider för att komma i kontakt med sjukvårdsrådgivningen 1177, eller att man inte kommit fram alls, dvs inte ens hamnat i en telefonkö. Detta kan få konsekvenser att man istället söker sig direkt till "fel vårdnivå" akutmottagningen, då det under jourtid inte

går att få en bedömning av närakuten, då enda sättet att få detta är via sjukvårdsrådgivning 1177.

*"Det är katastrof att man inte ens kommer fram på 1177 när man behöver sjukvårdsrådgivning. Jag fick feber igår igen och hostar slem så jag kräks. Tycker det är fruktansvärt att vi inte har en fungerande linje mellan patient och vårdpersonal på 1177. Men känner sig helt sviken när man inte ens kommer fram när man är sjuk!"*

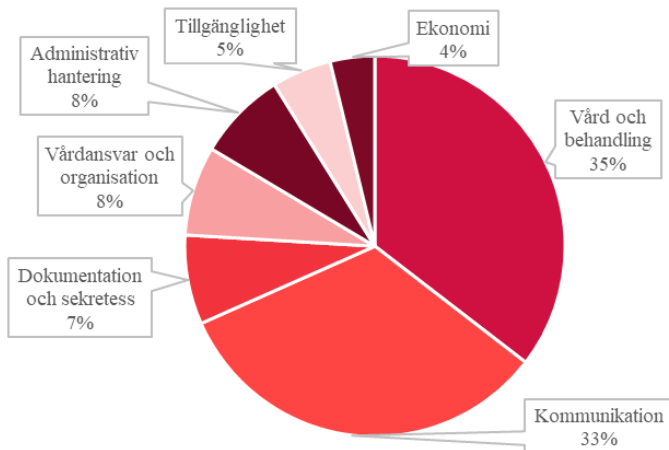
## Verksamhetsområde



Figur 3. Fördelning på verksamhetsområde period 2022-11-21—2023-01-22

## Primärvården (Bra liv inklusive privata vårdcentraler)

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



Figur 4. Fördelning huvudproblem inom primärvården

Delaktighet är det delproblem som fått flest synpunkter följt av undersökning/bedömning. Att vara delaktig i sin vård är en förutsättning för att vården ska bli så bra som möjligt. Att inte bli lyssnad till kan förvärra ett tillstånd då man flera gånger får framföra sina symtom men som man inte får gehör för. Följden har då blivit att man blivit än mer sjuk och fått söka akut vård och med en mer avancerad behandling och till och med inläggning på sjukhus än om man blivit lyssnad på i första skedet.

*"På Vårdcentralen lyssnar läkaren på andning och ser även att barnet andas väldigt snabbt och att det är jobbigt för mitt barn. Jag bad om att få ta blod prov. Men läkaren sa att det va helt onödigt, att det bara va vanligt förkylning. Jag förklarade att jag har flera äldre barn men att de aldrig har varit såhär av en förkylning. Jag påpekade att detta måste va något annat. Inget mer gjordes utan vi blev igen tillsagda att åka hem. Senare på eftermiddagen blev andningen ännu mer jobbigt samt att barnet blev väldigt blek. Vi ringde 112 och ambulans körde oss då till sjukhus. Efter provtagning och röntgen så visade det på en svår lunginflammation".*

I flera av patientnämndens ärende har uppmärksammats att det blivit mer förekommande att lämna svåra besked på telefon. I vår region finns rutiner för hur detta ska hanteras; *"riktlinjer för hantering av svåra besked inom hälso- och sjukvården"* och som inte följts om man läser patientens berättelse. En läkare kan ha ringt en patient, inte frågat om denna har någon i närheten, ej heller om var denne befinner sig. Man har lämnat ett cancerbesked direkt i telefon utan att veta hur mottagaren kommer att ta emot detta. Att få ett sådant besked på telefon kan skapa kris och mycket oro hos mottagaren och det var också därför denna riktlinje kom till för att undvika detta.

#### *Anhörig framför*

*".....undersöktes min x med ultraljud. Dagen efter ringde läkaren till x och berättade att man sett dåliga saker på ultraljudet och sett metastaser på levern. Det går emot Region Jönköpings riktlinjer att ge ett sådant besked per telefon. När man lämnar ett allvarligt besked bör man kunna ta hand om personen och veta att personen befinner sig på en så trygg plats som möjligt. Det vet man inte när man ringer".*

I verksamhetens svar bekräftas även detta. *"Dock förstår läkaren att detta kan kritiseras i efterhand och i regel ska dåliga besked lämnas vid ett besök – precis som ni skriver. Vi beklagar att det blev såhär och jag har tagit detta med min personal och påmint om att dåliga besked lämnas i möte med patienten".*

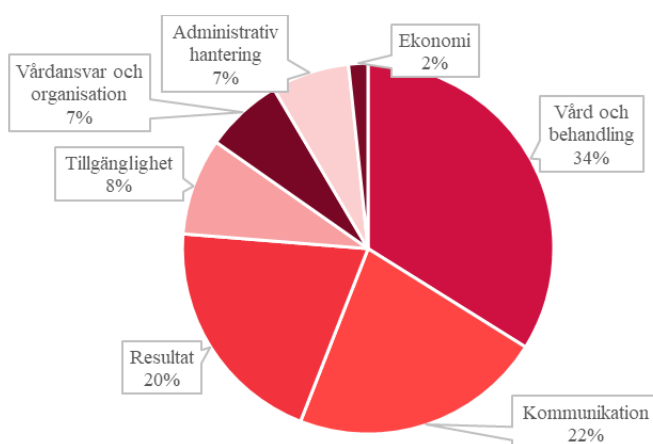
En förälder inkom med synpunkter om sitt sjuka barn som hade ringt till 1177 för att rådgivning efter att barnet haft feber i fyra dagar. Fick rådet att kontakta vårdcentralen då febern hängt i så många dagar. Ringer vårdcentralen på femte dagen med feber. Fick där till svar att barnet inte behövde komma till vårdcentralen trots den oro som framförts av föräldern då man inte kände igen barnet jämfört med tidigare gånger det varit sjukt. Föräldern framför i sina

synpunkter att det är förvirrande med den information som man läser på 1177 och att detta inte överensstämmer med svaret man fick på vårdcentralen.

Skiljer sig bedömning/beslutsstödet åt mellan sjukvårdsrådgivning 1177 och vårdcentralens beslutsstöd och varför står det ”Kontakta en vårdcentral eller jouröppen mottagning om barnet har feber i mer än fyra dagar”. Föräldrar uttrycker att detta är vilseledande. När ska man söka vård? Vad är det som gäller?

## Kirurgisk vård

Inom kirurgisk vård har den ortopediska verksamheten fått 15 ärenden. Följt av kirurgi och kvinnosjukvård/kvinnohälsovård med 11 ärende vardera. Många ärenden har handlat om vård och behandling följt av kommunikation.



Figur 5. Fördelning huvudproblem inom kirurgisk vård

Undersökning bedömning har bland annat handlat om att patienten fått bristfällig eller ingen bedömning och som i några ärenden lett till försenad diagnos och därmed försenad behandlingsstart av cancerbehandling.

*”Upplevde inte att vården tog mig på allvar när jag sa hur mycket besvär jag hade”.*

När det gäller delaktighet har det handlat exempelvis om att patienten har fått en bedömning - behandling och från vården sida tror man att patienten uppfattat information vad som kommer att hända framåt. Patienten å sin sida hade uppfattat ett nonchalant bemötande från vården och kände sig inte tagen på allvar gällande sin skada och inkom därför till patientnämnden med sina synpunkter om allt hade hanterats rätt från vårdens sida. Detta kunde sedan verksamhetschef i sitt svar förklara för patienten att skadan blivit rätt handlagd men att man misslyckats i kommunikationen med patienten.

I en patients kontakt med vården bör finnas en överenskommelse – *patientkontrakt* – där det framgår vad som är patientens respektive vårdens ansvar. Detta för att säkerställa att patienten blir delaktig i sin egen hälsa och vård. Detta ska dokumenteras i patientens journal under sökord ”överenskommelse”. 2022 dokumenterades 278 000 överenskommelser i Jönköpings län. Detta blir något som patientnämnden får följa framöver för att se om synpunkter gällande delaktig och fast vårdkontakt minskar.

Om ovanstående beskrivning hade funnits tydligt i patientens journal då hade patienten vetat nästa steg och vart hen skulle vända sig vid ytterligare besvär.

Inom kirurgisk vård är huvudproblemet resultat vanligt förekommande. Patienter kan höra av sig till patientnämnden då de många gånger upplevt att ett fel begåtts i samband med en undersökning eller operation. Många gånger handlar detta egentligen om en vanlig komplikation men som patienten inte fått information om eller inte uppfattat information om.

*”När man läser om hysteroskopi framkommer det att det föreligger en risk för perforering av livmodern om ett liknande ingrepp gjorts. Nu var det däremot en perforering av bukhålan, och jag vet inte om dessa två kan likställas. Min känsla är att det här var ett allvarigare fel, men som patient vet jag inte helt om det är fallet”.*

Det är viktigt att man säkerställer att patienten uppfattat information, detta genom att tex ställa motfråga.

Ibland kan det bli fel helt enkelt när man inte lyssnat in patientens tidigare erfarenheter. Detta blir även dyrt ur ett resursperspektiv samt att en patient utsätts för onödigt lidande.

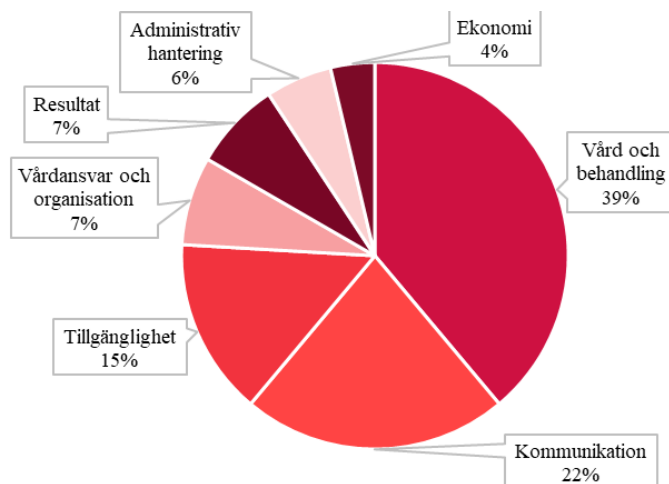
*”Patienten skulle göra en gastroskopi, önskade bli sövd pga. starka kräkreflexer. Patienten fick besked om att denne kommer att sederas (sövas lätt). När patienten kommer för undersökningen får denne till svar att hen inte kommer att sövas. Undersökningen fick avbrytas då patienten inte klarade av denna”*

Verksamhetens svar till patienten:

*”Vi borde ha kunnat erbjuda hen att få patientkontrollerad propofolsedering, då hen fått det vid ett tidigare tillfälle och att man självklart borde ha avbrutit undersökningen när patienten fick panik. Man borde också ha låtit hen hämta sig och därefter fått samtala med läkaren. Jag kan bara beklaga det inträffade och kommer att ha samtal med alla berörda så att det inte ska upprepas”.*

## Medicinsk vård

Medicinklinikerna och medicin- och geriatrikklolikerna i regionen står för flest ärenden. Inom medicinsk vård var det vanligaste huvudproblemet vård och behandling följt av kommunikation och tillgänglighet.



Figur 6. Fördelning huvudproblem inom medicinsk vård.

Undersökning/bedömning är det delproblem som fick flest synpunkter. I ett ärende beskrivs följderna som blev av en utebliven undersökning då patienten hade ramlat i hemmet och benet låg i en konstig vinkel. Kördes till sjukhus med ambulans. På sjukhuset fokuserade man i första hand på misstänkt stroke. Undersökning av benet gjordes aldrig, trots att närstående sagt till ambulanspersonal om benet. Patienten skickades hem från sjukhuset med stora gångsvårigheter.

*"Min förälder blev hemskickad med stora gångsvårigheter utan någon hemhjälp. Klarade inte utföra träningsprogrammet pga smärta. Efter nästan tre veckor finner närstående sin förälder skakandes av smärta och hen får åter åka in med ambulans. Visar sig att hen haft en höftfraktur ända sedan fallet och hen opereras akut".*

Detta visar på hur viktigt det är med information i vårdens övergångar. Hade information från anhöriga vidareförmedlats från ambulans till medicinläkare hade man kanske kunnat förhindra det långa lidandet och en återinläggning på sjukhus för patienten.

Väntetider i vården har handlat om att man fått vänta länge på akutmottagningen för en bedömning men även synpunkter på väntetider på ambulans (inte prio 1). När det gäller väntan och bedömning när man behöver ambulans har man nu tillsammans med SOS ett projekt med ambulanssjukskötarska sittande på SOS Alarm, som ett stöd i prioriteringen av de patienter som är i behov av en akutambulans.

Vad gäller information har det i ett ärende handlat om väntetid för en behandlingsstart. Ärende har inkommit från en förälder där barnet ska påbörja en behandling för sin kroniska

sjukdom. Besök ställdes in och förälder fick ingen information om det var farligt att vänta på behandlingsstart. Detta skapade mycket oro hos föräldrarna.

## Övriga verksamhetsområden

Psykiatriska kliniken på Länssjukhuset Ryhov 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 J-O 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”.*

*”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 övervakning av övervakade urinprovstagningar i drogtestande syfte.

## Kommunal vård

Denna period har det avslutats 7 ärenden som berör hälso- och sjukvård given i kommunal regi och då gällande både i hemsjukvården och särskilda boende. Ärendena handlade främst om omvårdnad och bristande rutiner i omhändertagande kring den äldre personen. Främst är det närstående som inkommer med synpunkter då man oftast då är betraktaren till den vård som den äldre fått. Det har beskrivits att man brustit i att sköta munhygien, att man brustit i tillsyn vilket lett till trycksår. Det har även saknats hygienföreskrifter såsom ingen spritning av händerna.

## Stödpersonsverksamheten

**Förordnande/Entledigande av stödpersonsuppdrag perioden 2022-11-21-2023-01-22**  
Förordnanden 2 LRV och 1 LPT. Entledigande 1 LPT, patienten utskriven.



## Avslutande reflektioner

Denna period var det 253 ärenden som avslutats. Det man kan se är att även denna period är huvudproblemen vård och behandling samt kommunikation som ärendena främst handlat om. Det som särskilt kan lyftas från denna sammanställning är flera områden.

1. *Vårdgarantin*, hur är denna information från verksamheten till patienten gällande patientens rättighet. Saknas kompetens gällande regelverket hur detta fungerar i samband med att patienten kontakter verksamheten per telefon? De som hört av sig till patientnämnden framför att de fått felaktig information. I en del ärenden har man kunnat rätta till detta efter att utredare kontaktat verksamheten för skriftligt yttrande, i andra ärenden har det räckt att utredare informerat anmälaren om regelverket och som sen själv åter tagit kontakt med verksamheten och problemet har lösts.
2. Att man inom regionen inte är *samstämmiga* när det gäller 1177 vårdguiden, sjukvårdsrådgivning 1177 och vårdcentralen. Hur ser de olika beslutsstöden ut?
3. *Tillgänglighet*, svårt att nå sjukvårdsrådgivning 1177. Långa kötider och där man inte ens kommer fram till en kö i vissa fall. Detta leder till att man söker sig till fel vårdnivå.
4. *Svåra besked* som lämnats per telefon. Verksamheten har inte följt de riktlinjer och rutiner som finns kring denna hantering i vår region.

För ett bra liv i en attraktiv region.

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 5

#### Överenskommelse patientnämnd kommuner

Det har inkommit beslut från 8 kommuner. De kommuner som än inte har beslutat får en påminnelse.

#### Beslutet skickas till

Patientnämnden

#### Beslutets antal sidor

1

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 6

#### **IVO - Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen**

Patientnämndens handläggare informerar kort om IVO:s delredovisning av den nationella sjukhustillsynen. Rapporten är en delgivning till nämnden.

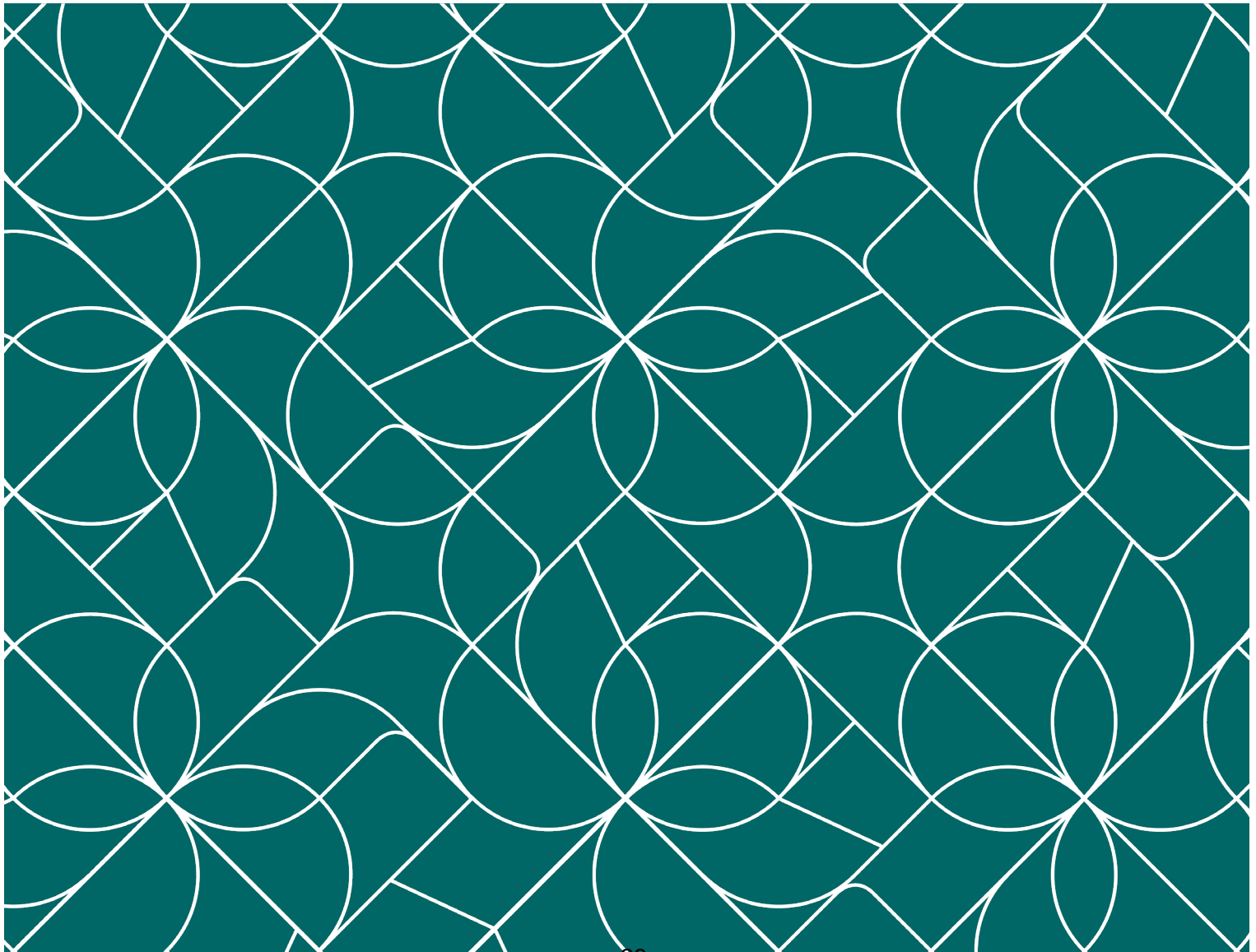
#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

# Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen



Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapporten finns publicerad på [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

**Artikelnr • IVO 2023-02**

**Utgiven • Januari 2023, [www.ivo.se](http://www.ivo.se)**

## Innehåll

1. Inledning.....	5
2. Gällande rätt.....	7
3. Tillvägagångssätt och urval .....	9
4. Tillsynsbeslut.....	11
4.1 Översikt.....	11
4.2 Beslut med föreläggande vid vite.....	12
4.3 Beslut med begäran om återredovisning .....	17
5. Övergripande iakttagelser från tillsynen.....	18
5.1 Brist på disponibla vårdplatser.....	18
5.2 Patientsäkerheten kan inte garanteras .....	19
6. Slutsatser .....	21
6.1 Lågstanivån är för låg .....	21
6.2 Omställningen går långsamt .....	22
6.3 Urholkad patientsäkerhet försvagar beredskapen .....	23
6.4 Staten måste agera när patientsäkerheten åsidosätts .....	23
Referenser .....	25

## Sammanfattning

I januari 2022 inledde IVO en sammanhållen nationell tillsyn av den svenska sjukhusvården. IVO har inom ramen för tillsynen hittills granskat 27 sjukhus och riktat kritik mot samtliga.

Den sammantagna bilden är att läget är allvarligt. IVO kan konstatera att patientsäkerheten inte kan garanteras. Det handlar om utbredd korridorvård, dygnslånga väntetider, läkemedel som inte ges i tid eller inte alls, medicinsk övervakning som inte sker utifrån patientens behov. Inte heller sköts grundläggande hygien, nutrition och vätska.

De medicinska resultaten i svensk vård faller väl ut i internationella jämförelser, samtidigt som svensk vård presterar sämre än jämförbara länder gällande väntetider och antal vårdplatser. Svagheter synliggörs i denna tillsyn och IVO konstaterar att situationen för patienterna på de granskade sjukhusen inte är godtagbar. Omställningen till att ge mer vård utanför sjukhusen och närmare patienterna, exempelvis inom primärvården och vid äldreboenden, går långsamt. Detta får konsekvenser för vårdplatserna på sjukhusen. IVO bedömer att regionerna dragit ner på vårdplatserna i alltför hög utsträckning på sjukhusen, utan att ha säkerställt att vården kan ges i andra delar av vårdsystemet.

En urholkad patientsäkerhet försvagar också beredskapen i sjukvården för att hantera kriser, katastrofmedicinska situationer eller krig. Om belastningen i ett normalläge är på så höga nivåer som konstaterats i IVO:s tillsyn, försvagas allvarligt förmågan att hantera krislägen.

Antalet vårdplatser måste motsvara befolkningens vårdbehov. De bakomliggande orsakerna behöver åtgärdas på flera plan; utbyggd primärvård, förbättrad äldreomsorg och bättre arbetsmiljö för vårdpersonalen.

IVO kommer i den fortsatta tillsynen att granska de åtgärder som regionerna vidtar. Om regionerna inte förbättrar läget för patienterna vid akutsjukhusen inom rimlig tid har lagstiftaren givit IVO flera verktyg för att få till stånd förändring till skydd för patienterna, däribland vitesförelägganden och förbud av verksamhet.



## 1. Inledning

De medicinska resultaten i svensk vård faller väl ut i internationella jämförelser, samtidigt som svensk vård presterar sämre än jämförbara länder gällande väntetider och antal vårdplatser. Svagheter synliggörs i denna tillsyn och IVO konstaterar att situationen för patienterna på de granskade sjukhusen inte är godtagbar. IVO:s tillsyn har länge visat att flera av landets akutsjukhus har återkommande problem med utlokaliseringar, överbeläggningar och brist på disponibla vårdplatser. Det handlar om sjukhus som inte är dimensionerade utifrån de vårdbehov som finns, vilket leder till överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Bristen på disponibla vårdplatser leder även till överbelastade akutmottagningar, med långa väntetider som följd. Belastningen leder till att akutmottagningen i vissa fall blir en vårdavdelning för de patienter som väntar på vårdplatser på sjukhusavdelningarna. Akutmottagningen är inte bemannad och utformad för detta, och det leder till risker för patienterna.

Sammantaget medför brist på disponibla vårdplatser risker för att patienters tillstånd förvärras, att allvarliga vårdskador uppstår och i värsta fall att patienter avlider. Ansträngda eller obefintliga marginaler i ett normalläge innebär vidare att beredskapen i sjukvården för att kunna hantera en kris eller ett katastrofmedicinskt läge allvarligt försämras. Detta har kunnat noteras under och efter covid-19-pandemin, samt i granskningar av regionernas katastrofmedicinska beredskap.

IVO har i tillsynsbeslut under flera års tid riktat kritik mot vårdgivare för brister vid akutsjukhusen och begärt att åtgärder vidtas. Under 2021 genomförde IVO uppföljningar av tidigare tillsyner, och kunde konstatera att problemen inte åtgärdats. För att säkerställa tryggheten för patienter att vården som bedrivs är säker, har god kvalitet och följer lagar och andra föreskrifter, bedömde IVO därför att det fanns behov av en sammanhållen tillsyn av sjukhusvården, med fokus på disponibla vårdplatser och vårdpersonal. En nationell tillsyn inleddes i januari 2022. Denna rapport är en delredovisning av tillsynen. En slutredovisning kommer i samband med att regionerna återkommit med återredovisningar och åtgärder efter vitesförelägganden mot bakgrund av de krav IVO ställt.

IVO har under 2022 även genomfört tillsyner inom områden med direkt eller indirekt bäring på sjukhusvården. Det omfattar främst tillsyn av regionernas katastrofmedicinska beredskap<sup>1</sup>, tillsyn av den medicinska vården och behandlingen av patienter på särskilda boenden för äldre (SÄBO)<sup>2</sup> samt en övergripande tillsyn avseende förlossningsvården. Dessa tillsynsinsatser redovisas inte närmare i denna rapport, men omnämns i relevanta delar.

Det ansträngda läget i sjukhusvården har en stark påverkan på både patientsäkerheten och vårdpersonalens arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket inledde

---

<sup>1</sup> IVO 2022. Uppdrag att genomföra tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Redovisning av S2022/02315. Dnr 19268/2022.

<sup>2</sup> IVO 2022. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård.

under hösten 2022 en större tillsynsinsats där arbetsmiljön på landets akutsjukhus ska inspekteras, främst med fokus på den höga arbetsbelastningen.<sup>3</sup> Den tillsynen kommer att fortsätta under 2023. IVO och Arbetsmiljöverket har en nära dialog om respektive myndighets tillsyn.

---

<sup>3</sup> <https://www.av.se/press/stor-inspektion-av-arbetsmiljon-pa-akutsjukhus/>

## 2. Gällande rätt

Det är regionerna som är ansvariga för att erbjuda en god och patientsäker vård åt befolkningen. IVO:s uppdrag är att i egenskap av statlig tillsynsmyndighet kontrollera att regionerna vidtar de åtgärder som krävs för att säkerställa en god och säker vård utifrån gällande rätt.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 §). Det innebär bland annat att vården särskilt ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, samt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. För detta ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 §).

Detta är grundläggande krav som gäller för all hälso- och sjukvårdsverksamhet. Vården ska ha den medicinskt tekniska kvalitet som behövs och även tillgodose kraven på en god omvårdnad samt vara anpassad till den enskilde patientens särskilda förhållanden. Det förutsätts att vården tillgodoser människornas behov av trygghet och säkerhet i medicinskt hänseende (prop. 1981/82:97 s. 56). Kravet att vården ska vara av god kvalitet innebär att var och en som söker hälso- och sjukvård ska behandlas av den personal och på det sätt som varje enskilt fall fordrar (se prop. 1981/82:97 s. 116). Kvaliteten i de insatser som ges är alltså avgörande för huruvida en verksamhet kan betraktas som patientsäker.

Reglerna i 5 kap. HSL kompletteras av bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, där det tydliggörs att det är vårdgivaren som har det faktiska ansvaret för att säkerställa god vård. Av 3 kap. 1 och 2 §§ PSL följer att vårdgivare har skyldighet att vidta åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten. Med patientsäkerhet avses i PSL skydd mot vårdskada, 1 kap. 6 § PSL. Med vårdskada avses i PSL:s mening lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit, 1 kap. 5 § PSL. Det är alltså vårdgivaren som ska identifiera och presentera de åtgärder som krävs för att komma tillrätta med brister som medför patientsäkerhetsrisker (jfr prop. 2009/10:210 s. 84 ff). Vårdgivaren är skyldig att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Kraven på rättssäkerhet och tillgång till en god vård är av sådan avgörande betydelse för den enskilde att hälso- och sjukvården måste kunna kontrolleras genom statlig tillsyn (prop. 1981/82:97 s. 90). Det är IVO som har i uppdrag att utöva den statliga tillsynen över hälso- och sjukvården. IVO:s primära uppdrag är att som oberoende och självständig myndighet utföra granskning som syftar till kontroll av att den som är föremål för tillsynen uppfyller de krav som följer av olika författningar på hälso- och sjukvårdsområdet (prop. 2009/10:210 s. 127).

Tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete enligt 3 kap. PSL (7 kap. 3 § 2 st. PSL).

Om IVO finner att en vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. och om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra, ska IVO förelägga vårdgivaren att fullgöra sina skyldigheter om det inte är uppenbart obehövt. Ett beslut om föreläggande får förenas med vite (7 kap. 24 § PSL). Ett föreläggande ska innehålla uppgifter om de åtgärder som IVO anser nödvändiga för att de påtalade missförhållandena ska kunna avhjälpas, och när åtgärderna senast ska vara utförda (7 kap. 25 § PSL). Om ett föreläggande inte följs och om missförhållandena utgör en fara för patientsäkerheten eller annars är av allvarligt slag, får IVO besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten (7 kap. 26 § PSL). Om det är påtaglig fara för patienters liv, hälsa eller personliga säkerhet i övrigt, får IVO utan föregående föreläggande besluta att helt eller delvis förbjuda verksamheten (7 kap. 27 § PSL).

### 3. Tillvägagångssätt och urval

Internationella studier har visat att överbelastade akutmottagningar är kopplade till negativa utfall som ökad dödlighet, vårdskador och en ohållbar arbetssituation för vårdpersonalen.<sup>4</sup> Att tillgången till disponibla vårdplatser har stor betydelse för patientsäkerheten har också visats i en svensk avhandling<sup>5</sup> där det konstateras en koppling mellan hög beläggningsgrad på ett sjukhus och överbelastning på dess akutmottagning. I avhandlingen framkommer ett statistiskt signifikant samband mellan överbelastning på akutmottagningar och ökad dödlighet. Utifrån studiens resultat dras slutsatsen att en säkerställd tillgång till vårdplatser för patienter med allvarliga eller potentiellt allvarliga akuta tillstånd när akutmottagningen blir överbelastad är en mycket viktig faktor för att förbättra patientsäkerheten. Kopplingen mellan antalet vårdplatser och dödlighet bekräftas även i en studie från Linköpings universitet.<sup>6</sup> I studien undersöker forskarna sambandet och finner att färre vårdplatser har orsakat högre dödlighet i Sverige under åren 2001 till 2019.

I en rapport från SKR belyses sambanden mellan utlokalisering och vårdskador, samt mellan hög beläggningsgrad, vårdskador och dödlighet<sup>7</sup>. Rapporten bygger på en studie som omfattar 98 700 granskade vårdtillfällen under åren 2013 till 2019, och är internationellt den största i sitt slag. Studien visar bland annat att vårdskador hos utlokaliserade patienter är cirka 60 procent högre.

Kunskapsläget om sambanden mellan brist på disponibla vårdplatser och patientsäkerhet överensstämmer med de iakttagelser som IVO gjort inom olika tillsyner av sjukhusvården under flera års tid. Mot denna bakgrund valde IVO att fokusera tillsynen på disponibla vårdplatser i tillsynen. IVO:s nationella sjukhustillsyn inleddes i januari 2022 med att myndigheten begärde in uppgifter från samtliga regioner avseende behov av och tillgång till disponibla vårdplatser samt behov av och tillgång till vårdpersonal på kort och lång sikt. Regionernas redovisningar bekräftade bilden av en sjukhusvård som präglas av en stor brist på vårdpersonal och därmed en brist på disponibla vårdplatser. Minst 18 av 21 regioner redovisade brist på disponibla vårdplatser. Samtliga regioner uppgav brist på vårdpersonal.

Mot denna bakgrund valde IVO att fördjupa tillsynen för ett urval av sjukhus, totalt 27 sjukhus i samtliga regioner. Urvalet gjordes på basis av analyser av tidigare tillsynsresultat, regionernas redovisningar samt öppen statistik från SKR:s beläggningsdata. Minst ett akutsjukhus per region och samtliga universitetssjukhus inkluderades i urvalet. Fokus för tillsynen inriktades mot bristen på disponibla vårdplatser. Tillsynen har inte specifikt inkluderat vårdenheter med tekniska

---

<sup>4</sup> Guttman m.fl. 2011, Jones och van der Werf 2021,

<sup>5</sup> Björn af Ugglas 2021. Demand and capacity imbalance in the emergency department, and patient outcomes. Avhandling Karolinska institutet.

<sup>6</sup> Siverskog, Henriksson 2022. The health cost of reducing hospital bed capacity. Social science & Medicine 313.

<sup>7</sup> SKR 2020. Markörbaserad journalgranskning, skador i somatisk vård januari 2013-december 2019, nationell nivå.

vårdplatser som intensivvårdsavdelning och förlossningsvårdsavdelning (inklusive BB).

I tillsynen belyses särskilt verksamheterna kirurgi, internmedicin och akutmottagning. Därigenom synliggörs det akuta flödet på sjukhusen, eftersom en tydlig orsak till patientsäkerhetsriskerna utgörs av vårdplatsbristen på avdelningar som tar emot patienter från akutmottagningarna.

För de 27 sjukhus som valdes ut för fördjupad tillsyn begärde IVO in ytterligare underlag från regionerna gällande beläggning, kapacitet och personalsituation. För samtliga 27 sjukhus har IVO genomfört såväl oanmälda som föranmälda inspektioner. Ett enkätverktyg med frågor har använts vid inspektionerna för att samla in underlag på ett strukturerat sätt och möjliggöra enhetliga analyser. Därutöver har ytterligare datainhämtning genomförts av exempelvis avvikelserapporter och journaler. Intervjuer har genomförts på plats med sjuksköterskor, läkare, vårdplatskoordinatorer samt med chefer och företrädare för sjukhusledning. Denna metod har möjliggjort en enhetlig granskning av ett brett urval av sjukhus över hela landet.

## 4. Tillsynsbeslut

### 4.1 Översikt

IVO har fattat tillsynsbeslut för totalt 27 sjukhus. IVO har funnit brister, dvs. att lagar och andra föreskrifter inte följs, vid samtliga sjukhus och genom besluten ställt krav på att vårdgivaren ska vidta åtgärder. Nedan och i en bilaga till rapporten redogörs närmare för besluten.

IVO har i tillsynen fattat två typer av beslut. Totalt har 24 beslut med konstaterade brister och krav på återredovisning fattats. Besluten innebär att vårdgivaren ska inkomma till IVO med åtgärder för att åtgärda de brister myndigheten konstaterat. Totalt har IVO fattat fyra beslut med föreläggande vid vite. Det innebär att bristerna som IVO konstaterat måste åtgärdas, om inte kan vite utdömas. Totalt har 28 beslut för 27 sjukhus fattats av myndigheten. Detta beror på att Centrallasarettet i Växjö haft två beslut, ett beslut med krav på återredovisning och ett vitesföreläggande. Vitesföreläggandet gällde att åtgärda brister vid ankomst till sjukhuset akutmottagning.

Beslut med föreläggande vid vite enligt 7 kap. 24 § PSL:

- Akademiska sjukhuset, Region Uppsala
- Sunderby sjukhus, Region Norrbotten
- Sundsvalls sjukhus, Region Västernorrland
- Centrallasarettet i Växjö, Region Kronoberg

Beslut där IVO konstaterat allvarliga brister samt med begäran om vårdgivarens återredovisning av eventuella planerade och vidtagna åtgärder enligt 7 kap. 20 § PSL:

- Blekingesjukhuset Karlskrona, Region Blekinge
- Mälarsjukhuset, Region Sörmland
- Hallands sjukhus Varberg, Region Halland
- Gävle sjukhus, Region Gävleborg
- Centrallasarettet i Växjö, Region Kronoberg
- Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge, Region Stockholm
- Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna, Karolinska universitetssjukhuset, Region Stockholm
- Visby lasarett, Region Gotland
- Södersjukhuset AB, Region Stockholm
- Helsingborgs lasarett, Region Skåne
- Danderyds sjukhus AB, Region Stockholm
- Skånes universitetssjukhus Malmö, Region Skåne
- Skånes universitetssjukhus Lund, Region Skåne
- Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland
- Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra, Västra götalandsregionen
- Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Västra götalandsregionen
- Centralsjukhuset Karlstad, Region Värmland
- Universitetssjukhuset i Örebro, Region Örebro

- Falu lasarett, Region Dalarna
- Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen
- Högländssjukhuset i Eksjö, Region Jönköpings län
- Västmanlands sjukhus Västerås, Region Västmanland
- Norrlands universitetssjukhus, Region Västerbotten
- Oskarshamns sjukhus, Region Kalmar län

## 4.2 Beslut med föreläggande vid vite

### Akademiska sjukhuset, Region Uppsala (dnr 3.7.1-22880/2022)

IVO har konstaterat brister i vården av patienter på Akademiska sjukhuset under flera års tid. I tillsynsbeslut från år 2017, 2020 och 2021 identifieras brister i vården av patienter på akutmottagningen som väntade på vårdplats. Regionen har i flera omgångar återredovisat till IVO att förbättringsåtgärder ska vidtas. Trots detta visar tillsynen att läget inte förbättrats utan förvärrats över tid.

IVO:s granskning av avvikelserapporter med tillhörande patientjournaler visar att svårt sjuka patienter som sökt vård på akutmottagningen har fått vänta länge på läkarbedömning och ännu längre på vårdplats. I IVO:s intervjuer med vårdpersonal framkommer att patienter normalt sett måste vänta upp till två dygn på att få tillgång till en vårdplats. Det framkommer att vissa patienter fått vänta upp till 50 timmar på akutmottagningen innan en vårdplats blivit ledig. I patientjournal som IVO granskat framkom att en patient vistats på akutmottagningen i ca 60 timmar och att en patient väntade 16 timmar på en läkarbedömning.

I mer än hälften (10) av de granskade avvikelserna med tillhörande patientjournal har patienter inte fått, eller delvis inte fått, de läkemedel de har behov av. I flera av dessa fall har patienterna riskerat att försämras i sitt sjukdomstillstånd till följd av detta, som t.ex. vid uteblivna epilepsiläkemedel, diabetesläkemedel och antibiotikabehandlingar. Det framgår också att tre patienter utvecklade sepsis (blodförgiftning), ett livshotande tillstånd med hög dödlighet, till följd av fördröjd behandling. En patient avled på akutmottagningen i väntan på undersökning och behandling av förmodad blodpropp i lungan.

Så kallade NEWS-kontroller (National Early Warning Score) används för att bedöma den vuxna patientens vitala funktioner som andning, cirkulation och medvetande. Vid ankomst till akutmottagningen genomförs dessa kontroller för att bedöma risk för kritisk sjukdom, behov av övervakning samt vårdnivå. NEWS används t.ex. för att på ett tidigt stadium kunna upptäcka fall av misstänkt sepsis. I flera av de avvikelser med tillhörande patientjournaler som IVO har granskat framkommer att ordinerade NEWS-kontroller uteblivit eller genomförts sporadiskt. En patient med sepsis vistades på akutmottagningen under 16 timmar utan att dessa kontroller utfördes. En annan patient kontrollerades enligt NEWS en respektive fyra timmar efter ankomst. I avvikelserapporteringen framstår det som att patienten glömts bort under en period på 11 timmar, där inga kontroller eller andra åtgärder utfördes. En patient med misstänkt covid-19 kontrollerades enligt NEWS vid tre



tillfällen under de första knappt fyra timmarna hen vistades på akutmottagningen. Under de följande fyra timmarna fram till läkarbedömning gjordes inga ytterligare kontroller. Patienten hittades senare svårt medtagen, uttorkad, kraftigt andningspåverkad och med hög feber i korridoren. Ett mobilt intensivvårdsteam tillkallades för att stabilisera patienten. Inga kontroller hade då utförts på patienten på fem timmar, hen hade varken fått ordinerad antibiotika och inte heller mat eller dryck. Under 14 timmar på akutmottagningen erhöll patienten endast 500 ml vätska intravenöst (i blodbanan). I ytterligare ett fall, där patienten vårdades pga. blödning och sjunkande blodvärde finns inga NEWS-kontroller dokumenterade under 32 timmar.

Av tillsynen framgår alltså att patienter under väntetiden inte fått, eller bara delvis fått, ordinerade läkemedel, tillsyn, kontroll av vitalparametrar, provtagning samt mat och dryck. Personalen har också försett patienter med grytlock, bestick och tallrikar för att de ska kunna påkalla uppmärksamhet från personalen. En patient som vårdades på akuten i nästan ett dygn fick varken mat eller vatten under den tiden. Enligt uppgift har det förekommit att patienter fått ligga i flera timmar i sin egen avföring och urin, då personalen inte hunnit hjälpa patienter att gå på toaletten. Personalen saknar med andra ord förutsättningar att följa basala, grundläggande hygienrutiner. IVO:s tillsyn visar också att patienter som befinner sig i livets slutskede vårdas i korridorer utan möjlighet till avskildhet och skydd för sin integritet och det finns uppgifter om att patienter har dött i ensamhet. Patienter med hjärtproblem övervakas utifrån befintlig tillgång till hjärtövervakningsutrustning istället för utifrån de faktiska medicinska behov som föreligger hos patienterna.

Det är särskilt anmärkningsvärt att det förekommer denna typ av brister vid ett högspecialiserat universitetssjukhus. Vid en vårdinrättning av detta slag ska det finnas tillgång till en sådan samlad kompetens och organisation, att det i princip ska vara uteslutet med sådana grundläggande brister som nu konstaterats.

### **IVO:s bedömning i beslutet**

IVO bedömer utifrån uppgifter inhämtade vid inspektioner på sjukhuset, regionens statistik, rutiner avseende tillgång till vårdplats och överbelastad akutmottagning, avvikelserapporter samt granskade patientjournaler att bristen på disponibla vårdplatser inom den somatiska slutenvården vid Akademiska sjukhuset medför allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker. IVO:s bedömning är att de långa väntetiderna och patientsäkerhetsbristerna vid akutmottagningen uppstått som en konsekvens av bristen på disponibla vårdplatser, vilket i sin tur lett till att akutmottagningen blivit överbelastad.

Sammantaget har situationen vid Akademiska sjukhuset lett till allvarliga risker för patienternas säkerhet, med vårdskador och dödsfall som konsekvens. Mot bakgrund av det allvarliga läget samt tidigare tillsynsbeslut beslutade IVO att vid vite om 20 miljoner kronor förelägga Region Uppsala att säkerställa 612 disponibla vårdplatser på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Antalet bygger på Regionens egen bedömning av behovet för en patientsäker vård. Region Uppsala överklagade IVO:s beslut, först till Förvaltningsrätten och sedan till Kammarrätten.

Kammarrätten meddelade i december 2022 att IVO:s beslut upphävs. Kammarrätten bedömde att IVO har grund för att förelägga regionen att vidta åtgärder, men att det saknas uttryckligt författningsstöd för IVO:s krav om antal vårdplatser. IVO har överklagat Kammarrättens dom till Högsta förvaltningsdomstolen.

### **Sunderby sjukhus, Region Norrbotten (dnr 3.7.1-04286/2022)**

År 2017 identifierade IVO i en tillsyn av akutmottagningen vid Sunderby sjukhus allvarliga patientsäkerhetsrisker. IVO har därefter återkommande påtalat brister vid sjukhuset i flera tillsynsbeslut. Regionen har trots redovisningar om förbättringsåtgärder inte kommit till rätta med problemen. IVO konstaterar att många åtgärder som beslutats för att korta vårdtiderna på akutmottagningen inte fungerar som planerat.

Bristen på disponibla vårdplatser på Sunderby sjukhus har resulterat i att patienter blir kvar under lång tid vid akutmottagningen. De långa väntetiderna medför flera allvarliga patientsäkerhetsrisker. Patienter i livets slutskede blir kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats. I ett fall har en patient avlidit på akutmottagningen efter lång väntan, trots behov av att få palliativ vård i slutenvården. I tillsynen konstateras att sjukhuset inte följt upp hur lång tid patienter med beslut om inläggning har väntat på akutmottagningen i avvaktan på vårdplats. I tillsynen framkommer att avvikelserapporteringen om patienter som har fått vänta mer än sex timmar på akutmottagningen inte genomförs längre.

I en av de granskade avvikelserna med tillhörande patientjournal blev en patient med bröstsmärtor kvar på akutmottagningen i 23 timmar innan det fanns en plats på hjärtavdelningen. Också patienter med allvarligare kirurgiska tillstånd, bland annat tarmvred och bukspottkörtelinflammation, har legat upp till nästan ett dygn på akutmottagningen i väntan på vårdplats. IVO:s bedömning är att detta inte är förenligt med en säker och trygg vård och är direkt farligt för patienterna.

Vidare framgår av tillsynen att det är svårt för vårdpersonalen att tillgodose patienternas behov av läkemedel, omvårdnad och behandling. Vid en av inspektionerna uppgavs att det var mycket vanligt att väntetiden på att få komma till vårdavdelning var 12 timmar, ibland ett dygn. Det framkom också att de 24 övervakningsplatserna på akutmottagningen ofta var fullbelagda och att det återkommande vårdades mellan 30 och 40 patienter där. I tillsynen konstateras att svårt sjuka patienter, ibland i livets slutskede, vårdas på akutmottagningen i korridoren. Att vårdas i korridoren är integritetskränkande och patientosäkert. Korridorplatserna saknar utrustning för övervakning och möjligheter för patienterna att larma personalen. IVO har vidare sett att informationen om patientens vård och behandling inte alltid överförs till den avdelning där patienten ska vårdas.

### **IVO:s bedömning i beslutet**

IVO bedömer utifrån uppgifter inhämtade vid inspektioner på sjukhuset, underlag från regionen, avvikelserapporter samt granskade patientjournaler att bristen på disponibla vårdplatser vid Sunderby sjukhus medför allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker. IVO:s bedömning är att de långa väntetiderna och patientsäkerhetsbristerna vid akutmottagningen uppstått som en konsekvens av bristen på vårdplatser, vilket i sin tur lett till att akutmottagningen blivit överbelastad.

Läget vid Sunderby sjukhus har lett till allvarliga vårdskador och risker för patienternas säkerhet. Mot bakgrund av det allvarliga läget samt tidigare tillsynsbeslut har IVO beslutat att vid vite om 10 miljoner kronor förelägga Region Norrbotten att säkerställa det antal vårdplatser som behövs inom den somatiska slutenvården för att tillgodose samtliga patienters behov. Antalet ska utgå från behov men inte understiga 180 vårdplatser. IVO:s beslut har vunnit laga kraft. Vid denna rapport framtagande har IVO inte fattat beslut kring ansökan om utdömande av vitet.

### **Sundsvalls sjukhus, Region Västernorrland (dnr 3.7.1-09861/2022)**

IVO:s tillsyn har under flera års tid visat på problem vid Sundsvalls sjukhus med återkommande överbeläggningar och brist på disponibla vårdplatser. Situationen har medfört allvarliga vårdskador, risker för allvarliga vårdskador och dödsfall. De åtgärder som Region Norrbotten vidtagit har inte lett till nödvändiga förbättringar.

IVO konstaterar i tillsynen att patienterna har placerats på avdelningar där personal inte har den medicinska kompetens som krävs eller vårdats i korridorer eller utrymmen som inte har den utrustning som behövs. Det har resulterat i vårdskador och till och med dödsfall.

Patientsäkerhetsriskerna relaterade till överbeläggningar handlar bland annat om att det är svårt att komma fram i korridorerna pga. att patienter vårdas där. I en anmälan till IVO framkommer att en patient som vårdades i korridor fick hjärtstopp. Eftersom flera patienter låg i korridoren var framkomligheten begränsad. Personalen kunde inte komma åt defibrillator och patienten avled.

En annan anmälan handlar om smittspridning av covid-19 på en vårdavdelning under pandemins tredje fas. Tretton patienter insjuknade varav fyra avled. En viktig orsak till dödsfallen bedöms vara att det inte fanns möjlighet att isolera patienterna enligt rutin, orsakat av överbeläggningar och korridorvård. Det har också uppstått smittspridning då patienter med misstänkt magsjuka och covid-19 har vårdats i korridorer med obefintlig eller otillräcklig utrustning och plats för vård.

Tillsynen har visat på ökad stress för svårt sjuka, ibland förvirrade eller dementa, patienter som vårdats i korridor med stökig miljö och med belysning på nattetid. Personalen har då försökt minska problemet genom att sätta svarta plastsäckar för lampor eller skruva ur lysrören på natten.

IVO har vid inspektion konstaterat att det var trångt i korridorerna och svårt att ta sig fram med sängar och övrig utrustning. Det saknades syrgasuttag vid överbeläggningsplatserna och man tvingades placera syrgastuber vid sängarna. Det medförde att personalen blev tvungen att kontrollera tuberna regelbundet för att säkerställa att syrgasen inte tog slut.

Av de avvikelser IVO granskat framkommer att överbeläggningarna påverkat säkerheten för patienterna vid samtliga verksamheter vid sjukhuset. Äldre och sköra patienter har fått ligga på bårvagnar i upp till 15 timmar på akuten, utan mat och utan omvårdnad. I en av de granskade avvikelserna läggs en patient in på en kirurgavdelning istället för på avdelningen för medicin-geriatrik. Utlokaliseringen orsakas av vårdplatsbrist. Personalen på kirurgavdelningen hade vare sig tillgång till journaler för att läsa ordinationer eller för att dokumentera, vilket är särskilt riskfyllt då den medicinska kompetensen vid avdelningen inte svarade mot patientens tillstånd.

Vid en av IVO:s inspektioner framkom att en avdelning hade en regelmässig överbeläggningsgrad på 130 procent. Det fanns en plan för förflyttningar mellan avdelningarna men när trycket blev för stort handlade det enligt uppgifter från vårdpersonalen till slut om att ”fördela överbeläggningar”. Detta ledde bland annat till att en 80-årig patient flyttats till barnavdelningen och att en annan patient flyttats till psykiatrien.

### **IVO:s bedömning i beslutet**

IVO bedömer utifrån uppgifter inhämtade vid inspektioner på sjukhuset, underlag från regionen, avvikelserapporter samt granskade patientjournaler att bristen på disponibla vårdplatser vid Sundsvalls sjukhus medför allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker. IVO:s bedömning är att problemen vid akutmottagningen uppstått som en konsekvens av bristen på disponibla vårdplatser, vilket lett till att akutmottagningen blivit överbelastad.

IVO bedömer att situationen på Sundsvalls sjukhus inte är patientsäker och inte förenlig med en god och säker vård. Mot bakgrund av det allvarliga läget samt tidigare tillsynsbeslut har IVO beslutat att vid vite om 15 miljoner kronor förelägga Region Västernorrland att vidta åtgärder som medför att minst 219 disponibla vårdplatser tillgängliggörs. Beslutet har vunnit laga kraft. Vid denna rapportens publicering har IVO inte fattat beslut kring ansökan om utdömande av vitet.

### **Centrallasarettet i Växjö, Region Kronoberg (dnr 3.7.1-45069/2022)**

Vid en oanmäld inspektion vid Centrallasarettet i Växjö konstaterade IVO att patienterna som sökte till akutmottagningen inte togs emot i ett bemannat rum där vårdpersonal bedömde patientens tillstånd. I stället fick patienterna som kom till akutmottagningen välja en nummerlapp vid en köapparat. Den ena sortens nummerlapp (röd) skulle patienten välja vid bröstsmärtor och andningsbesvär. Den andra lappen (blå) skulle patienten välja vid övriga sjukdomstillstånd. Enligt uppgift hanterades patienter som valt en röd lapp med förtur.

I väntrummet fanns kameraövervakning, men utan ljud. Ansvarig personal som skulle ha uppsikt över kameraskärmen hade andra arbetsuppgifter och var ibland tvungen att lämna sin plats. IVO kunde konstatera att väntetiderna vid akutmottagningen var långa, ofta flera timmar.

### **IVO:s bedömning och beslut**

Avsaknaden av bemanning för att ta emot akutpatienter utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk. Störst risk gäller för patienter med andningsbesvär, som hänvisas till en kölapp. Om en patient med hotande ofri luftväg tar en kölapp och måste vänta på vård kan patienten vara död inom några minuter.

Utifrån den allvarliga patientsäkerhetsrisken beslutade IVO att förelägga Region Kronoberg att vid vite om en halv miljon kronor senast inom nio dagar vidta åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten i mottagandet av akutpatienter. Region Kronoberg genomförde åtgärder inom utsatt tid genom att bemanna mottagandet i väntrummet med vårdpersonal. Mot bakgrund av detta avslutade IVO ärendet och ansökte inte om utdömande av vite. IVO:s beslut i denna del omfattade endast situationen kopplat till kölappshanteringen. IVO:s tillsynsbeslut avseende Centrallasarettet i Växjö i sin helhet framgår av avsnitt 4.3 och i bilagan till rapporten.

## **4.3 Beslut med begäran om återredovisning**

IVO har vid 24 sjukhus identifierat patientsäkerhetsrisker och brist på disponibla vårdplatser. Vårdplatsbristen har lett till allvarliga vårdskador och medför risker för allvarliga vårdskador. IVO bedömer att vårdgivarna inte planerar, leder, och kontrollerar verksamheterna på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls.

För samtliga 24 sjukhus har IVO därför fattat tillsynsbeslut som omfattar begäran till berörd region att till IVO återredovisa de åtgärder som vårdgivaren har vidtagit eller planerar att vidta, både på kort och lång sikt, för att komma till rätta med bristerna. Redovisningen ska omfatta uppgift om när åtgärden genomförts eller kommer att genomföras. I besluten beskrivs de patientsäkerhetsbrister som identifierats i tillsynen och som måste åtgärdas.

Redovisningarna ska lämnas till IVO under slutet av 2022 och under våren 2023. Om dessa åtgärder bedöms otillräckliga kan IVO vidta ytterligare åtgärder för att få till stånd en förändring. En kortfattad summering av aktuella besluten återfinns i bilagan till rapporten.

## 5. Övergripande iakttagelser från tillsynen

### 5.1 Brist på disponibla vårdplatser

IVO konstaterar att det är brist på disponibla vårdplatser inom akutsjukhusvården i samtliga regioner. Det innebär att patienter inte kan vårdas på ett patientsäkert sätt. Samtliga sjukhus som IVO har tillsynat uppger att de har stängda vårdplatser och svårigheter med att öppna upp dem. Vid genomförda inspektioner och i inhämtat underlag från regionerna framkommer att den största orsaken till att det saknas disponibla vårdplatser är personalbrist, främst i form av brist på sjuksköterskor.

Som en följd av att inskrivningsklara patienter inte kan lämna akutmottagningen för vård på avdelning blir akutmottagningen överbelastad. Detta leder till patientsäkerhetsrisker både för de nya patienter som kommer akut och för de patienter som redan finns på akutmottagningen. De inspekterade akutmottagningarna är inte anpassade för att vårda inskrivningsklara patienter någon längre tid, varken när det gäller kompetens, bemanning eller lokaler.

Ett exempel på riskerna med att inskrivningsklara patienter inte får en vårdplats framkommer i en avvikelserapport från februari 2022 från Södersjukhuset i Region Stockholm. Av rapporten framgår att en patient hade en total vistelsetid på 36 timmar på akutmottagningen, där väntan efter beslut om inskrivning uppgick till ett dygn. Under hela vårdtiden på akutmottagningen hade patienten ett kontinuerligt behov av syrgas och var i behov av tät tillsyn och regelbundna kontroller. IVO konstaterar att de kontroller av patientens andning som ordinerades inte utfördes.

På samtliga sjukhus, förutom i ett fall, söker akutmottagningen efter sjuksköterskor och i hälften av fallen också ytterligare efter minst en yrkeskategori (läkare eller undersköterska). Bilden är likartad på de övriga avdelningarna oavsett om det är en medicin- eller kirurgavdelning. Endast en medicin- och en kirurgavdelning anger att de vid intervjutillfället inte behövde anställa vårdpersonal. Den höga personalomsättningen bland sjuksköterskor uppges som den viktigaste förklaringen till varför sjukhusen i så stor utsträckning letar personal.

De granskade sjukhusen anger att det är svårt att få sökande till de utannonserade tjänsterna. Sökproblematiken är som störst på medicinavdelningarna där mer än hälften uppger att de sällan eller aldrig får sökande till utannonserade tjänster. Flera sjukhus lyfter också vid inspektionerna och i enkätsvaren utmaningarna med att behålla personal och att den stora personalomsättningen gör att erfarenheten och kompetensen blir lidande. En annan aspekt är att den stora personalomsättningen medför att erfarna sjuksköterskor återkommande behöver lägga tid på att lära upp nya kollegor.

Arbetsmiljöverket har i tillsynsbeslut<sup>8</sup> mot en region slagit fast att regionen inte bara kan åberopa sjuksköterskebrist, utan måste förbättra arbetsförhållandena för att fler ska vilja arbeta hos regionen. I tillsynsbeslut till regionen med förelägganden vid vite har Arbetsmiljöverket angivit att bristen på sjuksköterskor inte är absolut. Det handlar istället om en brist på sjuksköterskor som vill arbeta i regionen på grund av rådande arbetsmiljöförhållandena. Myndigheten skriver vidare att regionen måste distansera sig från tankesättet att minsta överkapacitet är av ondo.

## 5.2 Patientsäkerheten kan inte garanteras

IVO:s tillsyn visar tydligt att det finns patientsäkerhetsrisker till följd av brist på disponibla vårdplatser. Hälften av de tillsynade sjukhusen uppger att de varje vecka tvingas skicka hem patienter från akutmottagningen som egentligen hade behövt läggas in för vård eller observation. Vårdplatssituationen upplevs lika problematiska på såväl medicin- som kirurgiska avdelningarna.

Majoriteten av akutmottagningarna uppger att det uppstår väntetider till triage<sup>9</sup> och att det sällan finns tid till löpande bedömning eller till att ge patienterna den tillsyn som är önskvärd. Orsakerna till dessa brister uppges ofta bero på en överbelastad akutmottagning, delvis beroende på att inskrivningsklara patienter inte får komma upp på avdelningen då det ofta saknas vårdplatser. Sjuksköterskor uppger också att de varken hinner ge läkemedel, nutrition eller omvårdnad till patienterna i tillräcklig utsträckning och att de inskrivningsklara patienterna drabbas hårdast då sjuksköterskorna behöver prioritera bland sina arbetsuppgifter.

Av en vårdgivares redovisning gällande mediantider utifrån triagefärg till läkarbedömning framkommer att mediantiden till läkarbedömning som mest kunde uppgå till 54 minuter för patienter som triagerats röda. En triagenivå 1 (röd) kräver i de flesta fall en omedelbar läkarkontakt. IVO anser att det inte är förenligt med god vård att patienter som prioriterats röda och orange men även gula, får vänta länge på läkarbedömning. Detta eftersom patienterna kan lida av potentiellt allvarliga medicinska tillstånd varför lång väntetid kan innebära allvarliga patientsäkerhetsrisker.

Personal vid en akutmottagning har som regel inte möjlighet att ge den specialiserade vård och behandling som en läkare har bedömt att en patient med inläggningsbehov har. En akutmottagning kan inte jämföras med en vårdavdelning i fråga om möjlighet att ge omvårdnad, läkemedel samt mat och dryck. Vidare kan en akutmottagning inte heller jämföras med en vårdavdelning gällande lokaler, tillgång till personalresurser och adekvat kompetens. Uppdraget

<sup>8</sup> <https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/bemannning/myndighetens-skarpa-brev-till-region-skane-sjukskoterskor-vill-inte-arbeta-hos-er/>

<sup>9</sup> Triage är en bedömning av en patients medicinska allvarlighetsgrad och behov av akutsjukvård utifrån anamnes, symtom och ibland även vitalparametrar. Bedömningen resulterar i en gradering, oftast mellan 1 och 5 (eller färgerna röd, orange, gul, grön och blå) som anger den medicinska risken att vänta på en första/hellre "läkarbedömning". Triagenivå 1 (röd) kräver omedelbar läkarbedömning medan det med nivå 5 (blå) anses vara säkert för patienten att vänta upp till fyra timmar, beroende på triagesystem.



för en akutmottagning är att hantera det akuta patientflödet, vilket innebär att vården av de patienter som är färdigutredda och väntar vårdplats på akutmottagningen ofta blir lidande när akutmottagningen är hårt belastad. Därför är det av största vikt att patienter med beslut om inläggning snarast flyttas till lämplig vårdavdelning.

Avflödet till vårdavdelningarna från akutmottagningen är central för patientsäkerheten, så att svårt sjuka personer kan vårdas på rätt vårdnivå och avdelning. Ett exempel på hur detta kan äventyra patientsäkerheten finns i en avvikelserapport (augusti 2022) från Norrlands Universitetssjukhus där det framkommer att en patient med neurologiska symtom blev gulprioriterad och fick vänta i 11 timmar innan en läkare tittade på patienten. Sammantaget dröjde det drygt 13 timmar innan patienten blev inlagd på strokeavdelningen.

Ett annat exempel återfinns på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Läkare berättar att de pga. vårdplatsbrist tvingats prioritera vilken vård patienterna kan få. Det har inneburit att patienter med behov av intensivvård inte kunnat vårdas på IVA utan har kvarstannat på akutmottagningen eller vårdats på andra avdelningar.

I IVO:s tillsyn framkommer att närmare hälften av sjukhusens akutmottagningar uppger att personalen inte har förutsättningar att ge läkemedel i rätt tid eller mat och dryck, omvårdnad samt tillsyn utifrån patienternas behov. Det kan exempelvis innebära att svårt sjuka patienter inte får den tillsyn de behöver och kan försämrats utan att det uppmärksammas.



## 6. Slutsatser

### 6.1 Lägstanivån är för låg

Antalet vårdplatser på sjukhus har minskat kraftigt de senaste 20 åren. Det finns flera förklaringar till utvecklingen. Färre insjuknar i exempelvis stroke och hjärtinfarkt. Vidare har nya och mer effektiva läkemedel utvecklats för flera sjukdomar, vilket minskat behoven av vård. Vårdtiderna på sjukhus har kunnat minskas genom bättre behandlingsmetoder och effektiv dagkirurgi. Forskningen och den medicinska utvecklingen har inneburit att vården har kunnat effektiviseras och antalet vårdplatser på sjukhus har kunnat dras ner.

Samtidigt har problem med överbeläggningar, utlokaliseringar och långa väntetider på akutmottagningarna tilltagit. Befolkningsmängden har ökat och demografiska förändringar har ökat belastningen på vården. Stora pensionsavgångar samt svårigheter att rekrytera och behålla vårdpersonal bidrar till problematiken. Forskare som studerat sambanden mellan vårdplatsbrist och dödlighet bekräftar det allvarliga läget och pekar på att minskningen av vårdplatser på sjukhusen har gått för långt.

IVO kan konstatera att det finns en betydande brist på disponibla vårdplatser inom samtliga akutsjukhus som varit föremål för den nationella tillsynen. Patientsäkerhetsbristerna vid sjukhusen är enligt IVO:s bedömning omfattande och påverkar hela den somatiska specialistsjukvården. IVO kan i tillsynen se allvarliga vårdskador och dödsfall som går att koppla till bristen på disponibla vårdplatser.

De medicinska resultaten i svensk vård faller väl ut i internationella jämförelser<sup>10</sup>, samtidigt som svensk vård presterar sämre än jämförbara länder gällande väntetider och antal vårdplatser. Svagheter synliggörs i denna tillsyn och IVO konstaterar att situationen för patienterna på de granskade sjukhusen inte är godtagbar.

Iakttagelserna från IVO:s tillsyn visar att patienter vårdas under flera timmar och dygn, i korridorer eller i andra integritetskränkande och olämpliga ställen, utan att få tillräcklig mat, vatten eller ens hjälp att gå på toaletten. Patienter utrustas med grytlock och bjällror för att kunna påkalla personalens uppmärksamhet. Vidare övervakas patienter inte utifrån medicinska behov utan utifrån tillgång till hjärtövervakningsutrustning. Läkemedel ges inte alls eller inte i tid. I ett fall kommer inte personal fram med defibrillatorn till en patient med hjärtstopp på grund av att korridoren är belamrad. Listan med brister utifrån vad som krävs enligt gällande rätt kan göras längre. Sammantaget konstaterar IVO att lägstanivån är oacceptabelt låg. Regionerna, som ansvarar för vården, lever inte upp till de krav som ställs. Det är inte förenligt med den lagstiftning som gäller för svensk vård.

---

<sup>10</sup> <https://www.vardanalys.se/rapporter/nationell-uppfoljning-av-halso-och-sjukvarden-2022/>

## 6.2 Omställningen går långsamt

IVO har i återkommande tillsynsbeslut begärt att regionerna ska vidta åtgärder, vilket regionerna i olika omgångar utlovat. Effekterna har dock uteblivit och patientsäkerheten har stegvis urholkats.

Inriktningen i svensk vård sedan en längre tid är att ställa om vårdsystemet, så att sjukhusvården används mer effektivt för de patienter som behöver sjukhusens specifika kompetens och resurser. Detta förutsätter en utbyggd primärvård, förstärkningar inom hemsjukvård och vård till personer på särskilda boenden för äldre (SÄBO) samt mer förebyggande vård och stärkt folkhälsoarbete.

Omställningen, som drivs med samlingsbegreppet ”omställning till god och nära vård”, har emellertid inte kommit så långt som det först var tänkt. Detta har konstaterats av flera myndigheter, t.ex. i en kartläggning som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har tagit fram<sup>11</sup> och det märks även i IVO:s tillsyn. I den pågående nationella tillsynen av nästan 2 000 särskilda boenden för äldre (SÄBO), konstaterar IVO att vården för personer vid SÄBO har grundläggande brister.<sup>12</sup> Vården ges inte nära patienterna på SÄBO i tillräcklig utsträckning. Detta medför att patienterna tvingas söka vård på akutmottagningarna i en omfattning som är onödigt stor, vilket riskerar förvärra tillståndet för patienten eftersom akutmottagningarna är så högt belastade på grund av vårdplatsbristen.

Den långsamma takten i vårdens omställning får konsekvenser för utrymmet för vårdplatserna på sjukhusen. IVO bedömer att regionerna har dragit ner på vårdplatserna i alltför hög utsträckning på sjukhusen, utan att ha säkerställt att vården kan ges i andra delar av vårdsystemet. Därför måste vårdplatserna på sjukhusen öka, så att de motsvarar behovet av vård i befolkningen. Det är inte orimligt att anta att vårdplatserna på sjukhus i framtiden kan minska när primärvården och övriga vårdinsatser byggts ut enligt intentionerna i den påbörjade omställningen till god och nära vård. Att så som IVO:s tillsyn visar, minska vårdplatserna redan innan omställningen är genomförd, är dock förenat med allvarliga patientsäkerhetsrisker och därför inte acceptabelt.

Den brist på disponibla vårdplatser som är orsaken till utvecklingen behöver omhändertas på flera nivåer, förutom att öka antalet på sjukhusen. Primärvården behöver byggas ut, så att inflödet av patienter till akutsjukhusen kan minska. Kompetensbristen och den höga personalomsättningen behöver adresseras och hanteras av regionerna, där rollen som attraktiv arbetsgivare behöver stärkas. Utflödet av utskrivningsklara patienter från akutsjukhusen behöver öka, och i stor utsträckning handlar det om att äldreomsorgen på ett mer effektivt sätt behöver ta emot och ta om hand de berörda patienterna.

---

<sup>11</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2022. Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård.

<sup>12</sup> IVO 2022. Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård.

## 6.3 Urholkad patientsäkerhet försvagar beredskapen

Patientsäkerheten påverkas av många faktorer, t.ex. patienternas vårdbehov, tillgången till personal med rätt kompetens, tillgången till ändamålsenliga lokaler och utrustning, organisationen av vården och samspelet mellan olika vård- och omsorgsgivare.

Ett gott patientsäkerhetsarbete vilar på vårdgivarens förmåga att bedriva ett systematiskt arbete med att planera, leda och kontrollera verksamheten. En god patientsäkerhetskultur med ett proaktivt riskförebyggande förhållningssätt är grundläggande. Syftet är att så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador och att vården ska vara så god och säker som möjligt.

Patientsäkerhet är inget statiskt begrepp. Det finns dock en gräns som inte får underskridas eftersom det då inte är patientsäkert. Denna gräns kan vara svår att konkretisera, men är beroende av att det finns säkerhetsmarginaler i verksamheten. Om belastningen i ett normalläge är på så höga nivåer som konstaterats i IVO:s tillsyn, försvagas allvarligt förmågan att hantera krislägen, såsom under en pandemi eller en katastrofmedicinsk händelse, eller perioder med lägre bemanning såsom semesterperioder. IVO har konstaterat att den ansträngda bemannings- och vårdplatsituationen i landets regioner redan idag försvårar eskalering av vårdplatser som svarar upp mot kravet i 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)<sup>13</sup>.

IVO ser en utveckling där vårdskador som kan undvikas gått från att vara sällanhändelser och enstaka olycksfall i arbetet till att bli kroniska och systematiska problem. IVO konstaterar i denna tillsyn att den berörda vårdpersonalens förutsättningar att bedriva ett hållbart patientsäkerhetsarbete är usla.

Arbetsmiljöverket har i tillsynsbeslut påtalat att regioner behöver distansera sig från tankesättet att minsta överkapacitet är av ondo. Vidare bedömer Arbetsmiljöverket att regioners hänvisning till personalbrist inte utgörs av en faktisk brist, utan en brist på personal som är villig att arbeta i regionen utifrån de arbetsförhållanden som råder.

## 6.4 Staten måste agera när patientsäkerheten åsidosätts

Regionerna ansvarar för sjukhusvården, och endast regionerna kan åtgärda patientsäkerhetsbristerna i sjukhusvården. Inom ramen för den nationella tillsynen uttrycker i princip samtliga regioner att man delar IVO:s bedömning kring bristen på disponibla vårdplatser och att detta äventyrar patientsäkerheten. Att regionerna, trots denna vetskap, under så lång tid inte vidtagit tillräckliga åtgärder är anmärkningsvärt.

---

<sup>13</sup> IVO 2022. Uppdrag att genomföra tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Redovisning av S2022/02315. Dnr 19268/2022.

IVO noterar att vissa regionala företrädare bemöter IVO:s kritik mot det egna sjukhuset genom att konstatera att bristerna som uppvisas finns på fler sjukhus i Sverige. Den svenska sjukvården är regionaliserad med ett stort ansvar för regionerna att efterleva de lagar och regler som riksdag och regering beslutat. Att alla regioner uppvisar brister är vare sig en ursäkt för eller lösning på rådande läge.

Lagstiftaren har ålagt IVO som statlig tillsynsmyndighet att kontrollera och säkerställa att vårdgivare avhjälper de problem som identifierats. Det allvarliga läge som råder inom svensk akutsjukvård får inte bli ett nytt normalläge. Regionerna, vårdpersonalen och patienterna får inte inteckna nuläget som en acceptabel ny verklighet. Det är också en viktig påminnelse för de tillsynsmyndigheter som verkar inom vården. Att allvarliga problem åtgärdas är en legitimitetsfråga för hela vårdssystemet.

IVO kommer i den fortsatta tillsynen att granska de åtgärder som regionerna vidtar. Om regionerna inte förbättrar läget för patienterna vid akutsjukhusen inom rimlig tid har lagstiftaren givit IVO flera verktyg för att få till stånd förändring till skydd för patienterna, däribland vitesförelägganden och förbud av verksamhet. Vitesförelägganden och förbud löser i sig inte problemen, men är statens lagstadgade verktyg för att säkerställa att dålig vård inte ska tillåtas fortgå år efter år. IVO har en skyldighet att använda det legala utrymmet till fullo. Regionerna måste förmås att ta sitt ansvar för att tillgodose att den vård som bedrivs är säker och god för alla patienter i hela landet.

## Referenser

Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/press/stor-inspektion-av-arbetsmiljon-pa-akutsjukhus/>. Publicerad 19 oktober 2022.

Björn af Ugglas (2021) Demand and capacity imbalance in the emergency department, and patient outcomes. Avhandling Karolinska institutet.

Dagens medicin.

<https://www.dagensmedicin.se/arbetsliv/bemanning/myndighetens-skarpa-brev-till-region-skane-sjukskoterskor-vill-inte-arbeta-hos-er/>. Publicerad 17 augusti.

Guttman, A., Schull, M.J., Vermeulen M.J. och Stukel, T.A. (2011). Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department, Canada. *BMJ* 342.

IVO - Inspektionen för vård och omsorg (2022). Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård.

IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2022). Uppdrag att genomföra tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna. Redovisning av S2022/02315.

Jones, P.G. och Van der Werf, B. (2021). Emergency department crowding and mortality for patients presenting to emergency departments in New Zealand. *Emergency Medicine Australasia* 33.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2022). Kontinuitet och fast läkarkontakt. Kartläggning av måluppfyllelsen i överenskommelserna om en god och nära vård 2022.

Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2022).

<https://www.vardanalys.se/rapporter/nationell-uppfoljning-av-halso-och-sjukvarden-2022/>

Siverskog, Henriksson (2022). The health cost of reducing hospital bed capacity. *Social Science & Medicine* 313.

SKR (2020). Markörbaserad journalgranskning, skador i somatisk vård januari 2013-december 2019, nationell nivå.

## Bilaga:

### Beslut med begäran om återredovisning

#### **Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna, Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholm dnr. 23188/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. IVO anser mot bakgrund av inhämtat underlag och uppgifter vid genomförd inspektion, att det föreligger vårdplatsbrist vilket har lett till att patienter drabbats av vårdskador och riskerar att drabbas av vårdskador och allvarliga vårdskador. Av underlaget framkom att bristen på disponibla vårdplatser leder till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning och att patienter vårdas kvar på akutmottagningen som överbeläggningspatienter. Vidare framkom att patienter vårdas efter mindre operationer på akutmottagningen, att patienter som är i behov av högre vårdnivå vårdas kvar på akutmottagningen och att läkarna dagligen till flera gånger i veckan är bekymrade över patientsäkerheten på akutmottagningen. Det framkom även att bristen på disponibla vårdplatser leder till överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt att patienter flyttas mellan olika vårdavdelningar.

#### **Blekingesjukhuset Karlskrona, Region Blekinge dnr. 22676/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Blekingesjukhuset i Karlskrona på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. IVO anser mot bakgrund av inhämtat underlag och uppgifter från inspektionen att det föreligger vårdplatsbrist vilket medför risk för vårdskador. Det saknas disponibla vårdplatser och de framkommer att sjukhuset endast haft normalläge under 10 dagar sedan årsskiftet (år 2022). Den identifierade situationen innebär patientsäkerhetsrisker och visar enligt IVO att vårdgivaren inte säkerställer att kraven på kvalitet, trygghet, kontinuitet, säkerhet och tillgänglighet efterlevs, varken för de patienter som söker vård vid akutmottagningen, eller för de patienter som vårdas inom den somatiska specialistsjukvården vid vårdavdelningarna på sjukhuset.

#### **Centrallasarettet i Växjö, Region Kronoberg dnr. 22840/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Centrallasarettet i Växjö på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. IVO anser mot bakgrund av inhämtat underlag och uppgifter vid genomförd inspektion att det föreligger vårdplatsbrist vilket har lett till patientsäkerhetsrisker.

Vårdplatsbristen leder bland annat till överbeläggningar på vårdavdelningarna. Vid inspektioner har det framkommit att planerade operationer har fått ställas in eller skjutas upp som en effekt av platsbrist på vårdavdelningarna. Akutmottagningen har personalbrist och vid inspektionen upptäcktes att akutmottagningens väntrum var obemannat och att patienterna köade för vård via ett nummerlappsystem.

Väntrummet var utrustat med en övervakningskamera men denna övervakades inte kontinuerligt av personal och det saknades rutiner för hur övervakningen ska ske. I denna del har IVO fattat ett separat beslut, där regionen vid vite förelades att åtgärda bristerna. Läs mer under kapitel 4.2.

### **Centralsjukhuset Karlstad, Region Värmland dnr. 22971/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Centralsjukhuset Karlstad upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Vid tillsynen framkommer att bristen på disponibla vårdplatser, främst inom medicinkliniken, bland annat leder till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning, överbeläggningar på vårdavdelningar samt utlokaliseringar till andra vårdavdelningar. Vidare även att kirurgpatienter, som är i behov av inläggning, flera gånger per vecka skickas hem från akutmottagningen på grund av vårdplatsbrist. Belastningen på akutmottagningen medför även att omvårdnad, tillsyn, näring och vätska inte alltid kan tillgodoses utifrån patienternas individuella behov.

### **Danderyds sjukhus AB, Region Stockholm dnr. 3.5.1-01995/2020**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador för patienter som vårdats på akutmottagningen. Det framkommer att bristen på disponibla vårdplatser bland annat leder till en överbelastad akutmottagning. När akutmottagningen blir hårt belastad kan inte vård och omvårdnad tillgodoses utifrån patienternas individuella behov. Patienter vårdas på icke patientsäkra platser på akutmottagningen och utan adekvat övervakningsutrustning.

### **Falu lasarett, Region Dalarna dnr. 22978/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten vid Falu lasarett så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Vårdavdelningar har dagligen utlokaliseringar och överbeläggningar och vittnar om



en svår personalbrist som tvingar dem till tillfälliga och kortsiktiga lösningar. Även akutmottagningen ger liknande bild och uppskattar att patienter blir kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats mellan 5 och 8 timmar och att det ofta är patienter som kvarstannar över natten. Något som i sig är en patientrisk, och som ytterligare förvärras av att akutmottagningen har för lite personal på natten på grund av personalbrist.

### **Gävle sjukhus, Region Gävleborg dnr. 22976/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Gävle sjukhus på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. IVO anser mot bakgrund av inhämtat underlag och uppgifter vid genomförd inspektion, att det föreligger vårdplatsbrist vilket har lett till att patienter drabbats av och riskerar att drabbas av vårdskador. Vårdplatsbristen beror främst på personalbrist och uppges vara störst inom verksamhetsområde medicin. Vårdplatsbristen leder till överbeläggningar och utlokaliseringar, liksom att patienter får vänta på vårdplats på akutmottagning och att ineliggande patienter skrivs hem för tidigt.

### **Hallands sjukhus Varberg, Region Halland dnr. 23062/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Hallands sjukhus Varberg på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. Vid genomförda inspektioner och i underlaget inhämtat från vårdgivaren framkommer att det saknas disponibla vårdplatser för att möta det behov som finns vilket bland annat leder till hög belastning på vårdavdelningar genom förekomst av överbeläggningar och utlokaliseringar av patienter. Bristen på disponibla vårdplatser leder även till att inskrivningsklara patienter vårdas kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats, emellanåt under längre tid. Till följd av hög belastning på de vårdavdelningar som IVO granskat och i synnerhet på akutmottagningen, kan inte vård och behandling i tillräcklig omfattning tillgodoses utifrån patienternas individuella behov.

### **Helsingborgs lasarett, Region Skåne dnr. 15546/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Det framkommer att bristen på disponibla vårdplatser bland annat leder till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning och överbeläggningar på avdelningar. IVO anser mot bakgrund av inhämtat underlag och uppgifter vid genomförda inspektioner att patienter vårdas på icke patientsäkra platser och att patienter inte alltid får sina behov av tillsyn, omvårdnad, läkemedel och nutrition tillgodosedda. Den höga belastningen leder till att patienter vårdas och väntar på platser där det varken finns tillgång till adekvat övervakningsutrustning eller möjlighet att påkalla hjälp med larmanordning.



### **Höglandssjukhuset i Eksjö, Region Jönköpings län dnr. 22822/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Höglandssjukhuset i Eksjö upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Av underlaget framkommer att bristen på disponibla vårdplatser leder till längre vårdtider på akutmottagningen och överbeläggningar på vårdavdelningar. IVO finner även av underlaget att det förekommer att patienter utlokaliseras till avdelningar som saknar tillräcklig kompetens för dessa patienters diagnosspecifika sjukdomstillstånd. Det kan innebära risk för att symtom eller förändringar i sjukdomen inte uppmärksammas och behandlas i rätt tid.

### **Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, Region Stockholm dnr. 23191/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. IVO anser mot bakgrund av inhämtat underlag och uppgifter vid genomförd inspektion, att det föreligger vårdplatsbrist vilket har lett till att patienter drabbats av vårdskador och riskerar att drabbas av vårdskador och allvarliga vårdskador. Av underlaget framkommer att bristen på disponibla vårdplatser bland annat leder till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning, att patienter som är i behov av högre vårdnivå vårdas kvar på akutmottagningen och att läkarna dagligen är bekymrade över patientsäkerheten på akutmottagningen. Vidare visar underlaget att vårdplatsbristen leder till överbeläggningar och utlokaliserade patienter samt att patienter flyttas mellan olika vårdavdelningar.

### **Mälarsjukhuset, Region Sörmland dnr. 23183/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten vid Mälarsjukhuset på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. Vid genomförda inspektioner och i underlaget inhämtat från vårdgivaren framkommer att det saknas disponibla vårdplatser för att möta det behov som finns och att den främsta orsaken till detta är personalbrist. Bristen leder till bland annat överbeläggningar på sjukhuset och långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning. Några av patientriskerna som lyfts kopplat till vårdplatsbristen är trycksår, fördröjd eller utebliven behandling, bristande omvårdnad, blåsöverfyllnad och bristande tillsyn.

### **Norrlands Universitetssjukhus, Region Västerbotten dnr. 22980/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Norrlands Universitetssjukhus i Region Västerbotten

upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Det framkommer att bristen på disponibla vårdplatser bland annat leder till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning och överbeläggningar på avdelningar. Bristen på disponibla vårdplatser inom den specialiserade somatiska slutenvården har medfört risk för allvarliga vårdskador för patienter som vårdats på akutmottagningen och de kirurgiska och medicinska slutenvårdsavdelningar som IVO har inspekterat.

### **Oskarshamns sjukhus, Region Kalmar län dnr. 22824/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Oskarshamns sjukhus i Region Kalmar upprätthålls. Underlaget visar att patienter utsätts för risk att drabbas av vårdskador då man vid akutmottagningen och granskad medicinavdelning inte alltid får sina behov av tillsyn och omvårdnad tillgodosedda. Det framkommer även att patienter placeras i korridor på platser som inte är patientsäkra. IVO kan konstatera att en bidragande orsak till detta synes vara hög arbetsbelastning för personalen på berörda avdelningar. Utifrån det underlag som inhämtats har IVO dock inte kunnat fastställa att det förekommer en generell vårdplatsbrist vid Oskarshamns sjukhus.

### **Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ Sahlgrenska (SU/S) Västra Götalandsregionen dnr. 23064/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård på Sahlgrenska universitetssjukhuset/Sahlgrenska upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Bristen på disponibla vårdplatser leder bland annat till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning och överbeläggningar på avdelningar. Till följd av belastningen på akutmottagningen och de granskade vårdavdelningarna kan vård och behandling inte tillgodoses i tillräcklig omfattning utifrån patienternas individuella behov. Exempelvis riskerar patienter att inte få läkemedel i rimlig tid. Det framkommer även risk för förlängd vårdtid, trycksår, fallolyckor och otillräcklig övervakning av patienter. Vidare framgår av underlaget att den höga belastningen leder till att patienter vårdas på platser där det varken finns tillgång till adekvat medicinteknisk utrustning eller möjlighet att påkalla hjälp med larmanordning.

### **Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra (SU/Ö), Västra Götalandsregionen dnr. 23065/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård på Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det

faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Bristen på disponibla vårdplatser leder bland annat till överbeläggningar på vårdavdelningar. Den höga belastningen leder till att patienter vårdas på platser där det varken finns tillgång till adekvat medicinteknisk utrustning eller möjlighet att påkalla hjälp med larmanordning. Det har också framkommit att det uppstår risker eftersom övervakning av patienter, även kritiskt sjuka, brister. Det har bland annat framkommit att syrgastuber kan ta slut utan att det uppmärksammas.

### **Skånes universitetssjukhus (Sus) Lund, Region Skåne dnr23091/2022**

I VO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser i den utsträckning som motsvarar behovet. Det visar sig genom att vårdavdelningarna har överbeläggningar och att det är vanligt förekommande med utlokaliserade patienter. Patienter på akutmottagningen som ska läggas in får stanna kvar och enligt uppgifter från inspektionen är det svårt att skriva ut patienter i den utsträckning som krävs för att klara av att möta behovet av inläggningar. Verksamheterna lider av sjuksköterskebrist och vid inspektionstillfället såg akutmottagningen ett behov av att anställa 38 sjuksköterskor. Till följd av personalbrist beordras befintlig personal in på lediga dagar och de arbetar både dubbel- och trippelpass.

### **Skånes universitetssjukhus (Sus) Malmö, Region Skåne dnr. 22836/2022**

I VO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Det framkommer att bristen på disponibla vårdplatser bland annat leder till en överbelastad akutmottagning med långa väntetider för patienter med beslut om inläggning och överbeläggningar på avdelningar. Det framgår även av underlaget att patienter vårdas på icke disponibla vårdplatser, dvs. vårdplatser som är stängda. På grund av belastningen på akutmottagningen och de akutvårdsavdelningar som I VO granskat kan vård och omvårdnad inte tillgodoses utifrån patienternas individuella behov. Förekomsten av patienter som väntar på vårdplats på akutmottagningen och överbeläggningar på slutenvårdsavdelningar innebär perioder med kraftigt förhöjda risker för patienter. Överbeläggningar innebär patientsäkerhetsrisker, framförallt på grund av otillräcklig bemanning.

### **Södersjukhuset AB, Region Stockholm dnr. 29421/2021**

I VO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser i den utsträckning som motsvarar behovet. Vårdgivaren

har heller inte säkerställt att patienter som triagerats får läkarbedömning inom adekvata tidsramar på akutmottagningen. Av underlaget framkommer att vårdgivaren inte i tillräcklig utsträckning har säkerställt att personalen har förutsättningar för att följa rutiner avseende omvårdnad, kontroll och re-evaluering av patienterna på akutmottagningen. Beläggningsgraden på vårdavdelningarna är hög och det har återkommande funnits perioder med överbeläggning. Patienter med stort behov av tillsyn och vård får tidvis ligga kvar på akutmottagningen för att det saknas disponibla vårdplatser och patienter med inskrivningsbeslut vårdas på akutmottagningen efter inskrivningsbeslut varje dag eller flera gånger i veckan.

### **Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland dnr. 22817/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Universitetssjukhuset i Linköping upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. På akutmottagningen framkom att beslut om att lägga in patienter från akutmottagningen inte alltid fattas utifrån patientens medicinska behov utan utifrån tillgång till vårdplatser. Den höga belastningen har fått till följd att sjukhuset frångår rutiner och inte har möjlighet att följa nationella riktlinjer. På avdelningarna medför den höga belastningen att patienter utlokaliseras och att patienter tvingas flytta mellan avdelningar flertalet gånger.

### **Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ), Region Örebro dnr. 24138/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Universitetssjukhuset i Örebro upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Bristerna leder till att patienter som har beslut om inläggning vistas länge på akutmottagningen i väntan på vårdplats. För de patienter som anländer till akutmottagningen riskerar överbelastningen att leda till längre tid för bedömning och behandling. Bristen orsakar också en överbelastad akutmottagning då patienter som väntar på att placeras på vårdavdelning blir kvar på akutmottagningen samtidigt som nya patienter anländer.

### **Visby lasarett, Region Gotland dnr. 23192/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte leder och planerar verksamheten vid Visby lasarett på ett sätt som gör att kravet på god vård upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har fördelat de disponibla vårdplatser utifrån det faktiska vårdbehovet inom de olika delarna av den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Av underlaget framkom att bristen på disponibla vårdplatser inom främst områdena allmän internmedicin och infektion leder till att patienter vårdas som utlokaliserade på andra vårdavdelningar där den

specifika kompetensen för patientgruppen inte finns. Det framkom också att patienter flyttas mellan olika vårdavdelningar under vårdtiden.

### **Västmanlands sjukhus Västerås, Region Västmanland dnr. 22973/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Västmanlands sjukhus Västerås upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Bristen på disponibla vårdplatser leder bl.a. till överbeläggningar på vårdavdelningar samt i viss utsträckning utlokalisering, där patienter inte vårdas inom och av den specialitet som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Vid genomförda inspektioner framkommer att bristen på disponibla vårdplatser bland annat leder till överbeläggningar på vårdavdelningar och väntetid på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning. Av underlaget framgår vidare att väntetid till triage kan uppstå.

### **Östersunds sjukhus, Region Jämtland Härjedalen dnr. 22862/2022**

IVO bedömer att vårdgivaren inte planerar, leder och kontrollerar verksamheten så att kravet på god vård vid Östersunds sjukhus upprätthålls. Vårdgivaren har inte säkerställt att sjukhuset har disponibla vårdplatser utifrån det faktiska behovet inom den somatiska specialistsjukvården, vilket medför risk för allvarliga vårdskador. Bristen på disponibla vårdplatser kan bland annat leda till långa väntetider på akutmottagningen för patienter med beslut om inläggning och överbeläggningar på avdelningar. Underlaget visar också att det vid framförallt kirurgavdelningarna är vanligt förekommande med utlokaliserade patienter, men även ofta överbeläggningar. Personal vid akutmottagningen har inte möjlighet att ge den specialiserade vård och behandling som läkare har bedömt att en patient med inläggningsbehov har.

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 7

#### **Patientnämndens del i barnbokslut och patientsäkerhetsberättelse**

Patientnämndens handläggare redogör för patientnämndens del i barnbokslut och patientsäkerhetsberättelse i Region Jönköpings län.

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

## **Presidium - Patientnämnd §§ 1-18**

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### **§ 8**

#### **Begäran om utlämnande av allmän handling**

Handläggarna informerar om att under perioden har 3 st. utlämnanden skett.

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

## **Presidium - Patientnämnd §§ 1-18**

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### **§ 9**

#### **Information om patientnämndens reglemente**

Vid kommande sammanträde presenteras patientnämndens beslutade reglemente.

#### **Beslutsunderlag**

Reglemente för patientnämnden

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1



## Reglemente för patientnämnden

### Sammansättning

Patientnämnden består av fem ledamöter och fem ersättare.

Nämnden följer den gemensamma arbetsordningen för styrelser, nämnder, beredningar, utskott, delegationer och rådgivande organ till styrelse och nämnder.

### Nämndens verksamhetsområde och uppdrag

Nämnden fullgör Region Jönköpings läns uppgifter som regleras i lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård och tandvård.

Nämnden ska se till att dess verksamhet bedrivs enligt de mål och riktlinjer som regionfullmäktige har bestämt, föreskrifter i lag eller förordning samt bestämmelser i detta reglemente.

För att kunna fullgöra sitt uppdrag har nämnden rätt att begära in de uppgifter och upplysningar som nämnden behöver från Region Jönköpings läns verksamheter och medarbetare.

Nämnden ska i förekommande fall utse stödperson till patient som vårdas med stöd av Lagen om psykiatrisk tvångsvård och Lagen om rättspsykiatrisk vård samt till den som isolerats enligt Smittskyddslagen.

Nämnden ska senast den sista februari varje år lämna dels en redogörelse för sin verksamhet, dels en analys av verksamheten föregående år till Inspektionen för vård och omsorg samt Socialstyrelsen. Redogörelsen ska även lämnas till regionfullmäktige före den sista februari.

Utifrån synpunkter och klagomål ska nämnden stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvård samt tandvård genom att:

- Tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvård och tandvård.
- Främja kontakterna med berörda verksamhetsnämnder.
- Främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.
- Hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.
- Rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

- Informera allmänhet, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om sin verksamhet.
- Förutsatt att kommun i länet ingått överenskommelse med Region Jönköpings län får regionen fullgöra kommunens uppgifter enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvård.

Nämnden ska i övrigt fullgöra de uppdrag som regionfullmäktige ger nämnden.

### **Personuppgiftsansvar**

Nämnden är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som sker i nämndens verksamhet. Nämnden utser dataskyddsombud och ansvarar i övrigt för frågor som ankommer på personuppgiftsansvarig enligt dataskyddsförordningen.

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 10

#### Redovisning av informationsuppdrag

Patientnämndens handläggare redogör för genomförda informationsuppdrag:

- Referensgrupp patientsäkerhet (halvårsrapport redovisades)/ Anna och Sara
- Andlig vård/Anna och Sara
- AT-läkarna Ryhov/ Daniel och Rebecka
- RFS – nationella samverkans forum Stödperson/ Daniel
- Träff med Anna Lennartsson, nya patientsäkerhetssamordnare i tandvården
- Träff med psykiatrin – uppföljning från tidigare möte gällande ärende inom psykiatrin Ryhov/ Daniel och Rebecka
- Studiebesök från patientnämnden i Halland
- Träff MAS och MAR, årlig träff/ Anna och Sara
- TUC, yrkeshögskola för undersköterskor/ Anna och Sara

#### Beslutet skickas till

Patientnämnden

#### Beslutets antal sidor

1

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 11

#### **2022/3444 Delegationsordning Patientnämnden 2023-2026**

Diarienummer: RJL Dnr

#### **Beslut**

Presidiet föreslår patientnämnden

- Fastställa patientnämndens delegationsordning 2023-2026 att gälla från och med 2023-03-01

#### **Sammanfattning**

Nämnden får uppdrag åt presidiet, ett utskott, en ledamot, ersättare eller anställd hos regionen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Vid delegering till förvaltningschef får nämnden överlåta åt denne att i sin tur uppdra åt en annan anställd inom regionen att fatta beslutet.

#### **Beslutsunderlag**

- Missiv daterad 2022-12-22
- Delegationsordning - Patientnämnden daterad 2022-12-22

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

Patientnämnden

## Delegationsordning - Patientnämnden 2023-2026

### Förslag till beslut

Patientnämnd

- Fastställer patientnämnden delegationsordning 2023-2026 att gälla från och med 2023-03-01

### Sammanfattning

Nämnden får uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot, ersättare eller anställd hos regionen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Vid delegering till förvaltningschef får nämnden överlåta åt denne att i sin tur uppdra åt en annan anställd inom regionen att fatta beslutet.

### Information i ärendet

Enligt 6 kap. 37 § kommunallagen får nämnden uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Av 7 kap. 5 § kommunallagen framgår att nämnden får uppdra åt en anställd hos regionen att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Det framgår vidare 7 kap. 6 § kommunallagen att om en nämnden med stöd av 5 § uppdrar åt en förvaltningschef inom nämndens verksamhetsområde att fatta beslut, får nämnden överlåta åt förvaltningschefen att i sin tur uppdra åt en annan anställd inom regionen att fatta beslutet.

Enligt 6 kap. 38 § kommunallagen får beslutanderätten inte delegeras när det gäller ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet, framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats, ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt, ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden, eller ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

Beslutanderätten får inte heller delegeras till en automatiserad beslutsfunktion när det gäller ärenden där beslut överklagas enligt bestämmelserna i 13 kap., ärenden där beslut enligt lag eller annan författning inte får överklagas, ärenden om upphandling, eller ärenden om valfrihetssystem.

Samtliga beslut som fattas på delegation ska följa gällande författningar och av regionfullmäktige beslutade policys samt ligga inom budgeterad ram/investeringsplan för berörd verksamhet.

### **Beslutsunderlag**

- Missiv daterad 2022-12-22
- Delegationsordning - Patientnämnden daterad 2022-12-22

### **Beslut skickas till**

Regionledningskontoret – Regiondirektör, kansli

REGIONLEDNINGSKONTORET

Jane Ydman  
Regiondirektör

Siw Kullberg  
Kanslidirektör

## Delegationsordning - Patientnämnden

### 1. Allmänt

#### Grunder för delegering av beslut

Enligt 6 kap. 37 § kommunallagen får nämnden uppdra åt presidiet, ett utskott, en ledamot eller ersättare att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Vidare framgår det av 7 kap. 5 § kommunallagen att nämnden får uppdra åt en anställd hos Region Jönköpings län att besluta på nämndens vägnar i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden.

Samtliga beslut som fattas på delegation ska följa gällande författningar och av regionfullmäktige beslutade policys samt ligga inom budgeterad ram/investeringsplan för berörd verksamhet.

Rätt att vidaredelegera får endast ges till förvaltningschef. Regiondirektören har ställning som förvaltningschef.

Formell vikarie för delegat erhåller dennes delegation.

Delegat kan hänskjuta beslutsfattandet till den som gett delegationen.

#### Beslut som inte får delegeras

Av 6 kap. 38 § kommunallagen framgår att beslutsrätten i följande ärenden inte får delegeras:

1. ärenden som avser verksamhetens mål, inriktning, omfattning eller kvalitet,
2. framställningar eller yttranden till fullmäktige liksom yttranden med anledning av att beslut av nämnden i dess helhet eller av fullmäktige har överklagats,
3. ärenden som rör myndighetsutövning mot enskilda, om de är av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt,
4. ärenden som väckts genom medborgarförslag och som lämnats över till nämnden eller
5. ärenden som enligt lag eller annan författning inte får delegeras.

#### Undertecknade av handlingar i nämndens namn

Beslut m.m. som fattas av nämnden ska undertecknas av ordföranden eller vid förfall för denne av vice ordföranden samt kontrasigneras av huvudföredraganden.

Befattningshavare som fattar beslut på delegation undertecknar de handlingar som är en följd av beslut som vederbörande fattat.

**Diarieföring av delegationsbeslut**

Delegaten ansvarar för att beslutet diarieförs.

**Anmälan av delegationsbeslut**

Beslut som är fattade på delegation ska anmälas till nämnden vid nästkommande sammanträde, såvida annat inte anges i delegationsordningen nedan.

**Verkställighetsbeslut**

Utöver de beslut som kan fattas enligt denna delegation fattar huvudföredraganden såsom tjänstman i regionen s.k. verkställighetsbeslut eller verkställighetsåtgärder. Med verkställighet avses åtgärder som en tjänstman utför i den dagliga verksamheten och inom ramen för de arbetsuppgifter som normalt ingår i befattningen. I det dagliga arbetet utgår verkställighet ofta från beslut som regleras i lag eller avtal. För att ett beslut ska ses som verkställighet får det inte föreligga några alternativa lösningar av principiell och övergripande natur.

**Jäv**

Vid både delegationsbeslut och verkställighet gäller jävsreglerna i kommunallagen och förvaltningslagen.

---



## 2. Delegering

	<b>Beslut</b>	<b>Delegering till</b>
2.1	Rätt att besluta på styrelsens vägnar i brådskande ärenden enligt 6 kap. 39 § kommunallagen  <i>Anm. Vid ordförandens förfall fattar vice ordföranden beslut</i>	Ordföranden
2.2	Rätt att utöva nämndens värdskap	Ordföranden
2.3	Rätt att utse Dataskyddsbud <i>Får ej vidaredelegeras</i>	Regiondirektör
2.4	Rätt att ingå, underteckna och säga upp personuppgiftsbiträdesavtal <i>Får ej vidaredelegeras</i>	Regionjurist
2.5	Rätt att helt eller delvis avslå begäran om de registrerades rättigheter, avseende registerutdrag, rättelse, radering, begränsning, dataportabilitet och invändning enligt 15 – 18 och 20 - 21 artikel dataskyddsförordningen <i>Får ej vidaredelegeras</i>	Regionjurist
2.6	Rätt att motta delgivning <i>Får ej vidaredelegeras</i>	A. Utredare i patientnämnden alternativt B. Registrator
2.7	Rätt att utse stödperson till patient som vårdas med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård samt till den som isolerats enligt smittskyddslagen <i>Får ej vidaredelegeras</i>	Utredare i patientnämnden
2.8	Vidta åtgärd i enskilda patientärenden <i>Får ej vidaredelegeras</i>	Utredare i patientnämnden
2.9	Beslut att helt eller delvis avslå begäran att ta del av allmän handling <i>Får ej vidaredelegeras</i>	Regionjurist



## **Presidium - Patientnämnd §§ 1-18**

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### **§ 12**

#### **Patientnämndens årsrapport 2022**

Diarienummer: RJL 2023/23

#### **Beslut**

Presidiet föreslår patientnämnden

- Godkänna patientnämndens årsrapport 2022

#### **Beslutsunderlag**

- Patientnämndens årsrapport 2022

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

# ÅRSRAPPORT FÖR 2022

PATIENTNÄMNDEN  
REGION JÖNKÖPINGS LÄN



Årsrapport för 2022 är producerad av Region Jönköpings län.

# Sammanfattning

Patientnämndens roll är att hantera synpunkter och klagomål av olika slag, och det finns viktiga erfarenheter och lärdomar att hämta i patienternas och de närståendes berättelser. Många av de som kontaktar patientnämnden uttrycker att de vill bidra till förbättring av vården för att ingen annan ska behöva uppleva det de själva varit med om. Dessa erfarenheter och lärdomar är särskilt värdefulla i vårdens kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

Under 2022 inkom 1167 ärenden till patientnämnden. Vilket är en ökning med 196 ärenden (17 %) jämfört med 2021. Under 2022 har patientnämnden uppmärksammat följande:

- Många synpunkter har inkommit gällande väntetider inom barn- och vuxenpsykiatri. Flera uttrycker att det är orimligt långa väntetider till utredning och behandling. Flera uttrycker bristande kontinuitet och avsaknad av vårdplan inom vuxenpsykiatri där man får träffa olika läkare som inte känner till patienten.
- Inom primärvården har många synpunkter handlat om att inte blivit lyssnad på eller tagen på allvar. Vilket har i vissa fall fått allvarliga konsekvenser för den enskilde patienten.
- Många synpunkter har rört väntetider inom tandvården. En del har uttryckt en oro för sin tandhälsa i väntan på att få komma på besök.
- Flera ärenden har rört väntetider inom Laboratoriemedicin och då svarstider inom Patologen. Patienter har fått vänta på provsvar i upp till 5 månader och i vissa fall har det handlat om en cancerdiagnos.

Under året som gått har patientnämndens handläggare fått ökad mängd förfrågningar från verksamheter om att komma och föreläsa om patientnämndens uppdrag och vad man sett i de synpunkter som inkommit. Från verksamhetshåll är detta en viktig lärdom att ta del av det patient/närstående har synpunkter på, som ett steg att kvalitetsförbättra och utveckla sin verksamhet.

Bertil Nilsson  
Ordförande

Anna Stålkranz  
Handläggare

Sara Sjöberg  
Handläggare

## Ledamöter i patientnämnden under 2022

### Ledamöter och ersättare

#### Ordinarie

Ekelund, Kjell (S) Ordförande, till och med 10 oktober 2022, ingen ersättare.  
Nilsson, Bertil (M) Vice ordförande  
Lundemo, Eva (C)  
Ahlner, Ragnwald (KD)  
Klaesson, Kerstin (MP)

#### Ersättare

Antonsson, Mats (KD)  
Banica, Mihahi (MP)  
Lago, Boel (C)  
Dinkel, Henrik (V) Entledigad från och med 19 april 2022, ersättare Ekwall, Mikael (V)  
Lundberg, Carl-Johan (M)

Samtliga ledamöter och ersättare har tystnadsplikt.

## Innehållsförteckning

Inledning .....	1
Patientnämndens sammanträden.....	1
Patientnämndens uppdrag.....	2
Patientnämndens tjänstepersoner - samarbeten och nätverk .....	3
Handläggning av ärende .....	4
Etiska övervägande.....	4
Redovisning av årets ärenden .....	5
Antal ärende.....	5
Fördelning kön och ålder.....	5
Kontaktsätt.....	6
Vad har synpunkterna och klagomålen handlat om under 2022?.....	7
Barnärende.....	19
Synpunkter och klagomål kan leda till en bättre vård för många.....	22
Få sina synpunkter besvarade .....	22
Patientnämnden har under 2022 uppmärksammat.....	23
Stödpersonsverksamheten.....	24
Aktiviteter i patientnämnden 2022 .....	26
Reflektion.....	27



# Inledning

Region Jönköping erbjuder en hälso- och sjukvård och tandvård som är i framkant. Den röda tråden i Region Jönköpings län är att allt vi gör ska bidra till att länet utvecklas och är det bästa platsen att växa upp, leva och åldras på.

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 och klagomål genom att:

- i första hand kontakta den verksamhet som gav den vård synpunkten/klagomålet 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 och klagomål regleras i patientsäkerhetslagen<sup>1</sup> och syftar till att patienters erfarenheter ska kunna bidra till bättre och säkrare vård. Även om patientnämnden hanterar synpunkter och klagomål 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 sammanträden

Patientnämnden har haft sex sammanträden under 2022. Inför varje sammanträde bereder patientnämndens presidium det som ska lyftas till nämnden.

Patientnämndens sammanträde har ägt rum enligt följande:

- 21 februari: Digitalt möte. En stödperson delade med sig av sina erfarenheter av sitt uppdrag.
- 21 april: Presentation från sektion chefläkare om patientsäkerhetsarbetet i regionen.
- 16 juni: Presentation från Ortopedkliniken, Länssjukhuset Ryhov.
- 19 september: Presentation från Kvinnokliniken, Länssjukhuset Ryhov.
- 27 oktober: Presentation från chefsöverläkare inom Psykiatri i regionen.
- 15 december: Avtackning av mandatperiodens ledamöter.

Inför patientnämndens sammanträden sammanställer tjänstepersonerna en analys till ledamöterna av periodens avslutade ärenden i avidentifierad form. Enskilda ärenden kan också upp-

---

<sup>1</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:659)

märksammas som har betydelse både på individ som gruppnivå och där patienters/närståendes erfarenheter kan utgöra underlag för politiska beslut. Utöver dessa patientnämndsmöten har fyra dialogmöten genomförts mellan presidierna i nämnden för folkhälsa och sjukvård (FS) och patientnämnden.

## Patientnämndens uppdrag

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans bestående av förtroendevalda politiker och tjänstpersoner som är anställda på regionledningskontoret i Region Jönköpings län. Patientnämnden är underställd regionfullmäktige och har mandat för sitt arbete utifrån nämndens reglemente och arbetsordning, samt rådande lagstiftning. Patientnämndens uppdrag är lagstadgat och definieras i lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>2</sup> och handlägger synpunkter och klagomål inom all offentlig hälso- och sjukvård i regionen.

Patientnämnden i Region Jönköping har avtal med länets samtliga 13 kommuner. Avtalet innebär motsvarande uppgifter för den hälso- och sjukvård som utförs enligt hälso- och sjukvårdslagen<sup>3</sup> och den allmänna omvårdnaden enligt socialtjänstlagen<sup>4</sup>. I patientnämndens ansvarsområde ingår även uppdraget att handlägga synpunkter och klagomål på den tandvård som är regionfinansierad<sup>5</sup>, samt synpunkter som rör privata vårdgivare som har avtal med regionen.

Patientnämndens uppgift är att stödja och hjälpa patienter och närstående att föra fram synpunkter och klagomål till vårdgivare och få sina frågor besvarade. Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och bidra till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Genom att årligen analysera inkomna synpunkter och klagomål uppmärksammar patientnämnden regionen eller kommun på riskområden och hinder för utveckling av vården. Om patienten är ett barn ska patientnämnden särskilt beakta barnets bästa.

I patientnämndens uppdrag ingår även att:

- göra IVO uppmärksam på förhållanden av relevans för myndighetens tillsyn samt samverka med IVO
- analysera föregående års verksamhet och redogöra detta till IVO och Socialstyrelsen senast den sista februari varje år
- utse stödpersoner för patienter inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt för patienter som hålls isolerade enligt smittskyddslagen
- informera allmänheten, hälso- och sjukvårdspersonal och andra berörda om patientnämndens verksamhet.

---

<sup>2</sup> Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

<sup>4</sup> Socialtjänstlagen (2001:453)

<sup>5</sup> Tandvårdslagen (1985:125)

Patientnämnden tar inte ställning till hur vården har agerat i enskilda fall och gör inga medicinska bedömningar och ska verka opartiskt och fristående. Patientnämnden omfattas av samma sekretessregler som gäller för personal inom hälso- och sjukvården. Alla kontakter med vårdgivare sker med patientens medgivande. Arbetet är inriktat på att främja kontakterna mellan patient och vårdpersonal och har inga disciplinära befogenheter. Patientnämnden har heller inte tillgång till journaler vilket patienterna många gånger tror. Patientnämnden har tystnadsplikt enligt offentlighets- och sekretesslagen <sup>6</sup>.

Att hälso- och sjukvården får ta del av patienternas/närståendes perspektiv är viktigt. Genom patientnämndens rapporter, analyser och återföring får vårdgivarna en samlad bild av deras upplevelser av vården med fokus på det som fungerat mindre bra och på det som kan bli bättre.

## **Patientnämndens tjänstepersoner - samarbeten och nätverk**

Patientnämnderna i Sverige finns representerade i ett nationellt tjänstemannanätverk. Syftet med nätverket är att samverka kring viktiga frågor och styra verksamheterna mot samma mål. Representanter för tjänstemannanätverken samverkar med IVO och Socialstyrelsen nationellt.

För att ta tillvara på synpunkterna i de klagomål som inkommit till patientnämnden samverkar samtliga patientnämnder med IVO, vilka gemensamt har kommit överens om en gemensam kategorisering utifrån Patientlagen <sup>7</sup>. På så sätt blir det lättare att analysera och dra nytta av de erfarenheter som patienter har både lokalt, regionalt och nationellt:

- Varje år bestämmer patientnämndernas tjänstepersoner och IVO en gemensam kategori som alla 21 patientnämnder skriver om, detta sammanställs sedan av IVO och presenteras i en rapport nationellt.
- På regional nivå samverkar patientnämnden i Region Jönköping med IVO och patientnämnderna i Region sydöst, både tjänstepersoner samt ledamöter i patientnämndernas presidier.
- På lokal nivå samverkar patientnämndens tjänstepersoner med sektion chefläkare och patientsäkerhet för att bidra till regionens kvalitetsutveckling och patientsäkerhetsarbete. Patientnämnden ingår även i referensgrupp patientsäkerhet.

Under 2022 har patientnämnden sammanställt följande rapporter:

- årsrapport för 2021 – till regionfullmäktige, Socialstyrelsen och IVO
- del i nationell Covid-rapport 2022, ”Pandemin och patienterna, en uppföljning”

---

<sup>6</sup> Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400)

<sup>7</sup> Patientlagen (2014:821)

- rapport om stödpersonsverksamhet
- patientnämndens halvårsrapport 2022 <sup>8</sup>.

## Handläggning av ärende

Inkomna ärenden diarieförs och registreras i patientnämndens ärendehanteringssystem Synergi och hanteras enligt dataskyddsförordningen (GDPR) <sup>9</sup>. Flera ärenden kan redas ut snabbt och klaras av genom telefonkontakt. I andra fall överlämnas synpunkterna genom en begäran om att berörd verksamhetschef eller motsvarande ska yttra sig.

I anmälningarna till patientnämnden beskrivs olika situationer och händelser som patienter eller närstående upplevt och som de har synpunkter på inom hälso- och sjukvården. Även om betydelsen och allvarlighetsgraden varierar i de händelser som anmälts, berör ärenden situationer av betydelse för patienters hälsa, vård och säkerhet. Anmälningarna kan beröra olika situationer där enskilda professionella yrkesutövare av hälso- och sjukvård brustit i förmåga eller i ansvar för utförandet. Det kan också vara på en organisatorisk nivå där situationen som beskrivs snarare kan vara ett resultat av strukturer eller förutsättningar i organisationen.

Den vanligaste drivkraften för patienter och närstående att klaga på hälso- och sjukvården är att de vill ha en ursäkt för och en förklaring av vad som hänt, att liknande händelser förebyggs och att någon ska ta ansvar <sup>10</sup>. Det kan också handla om att man vill ha hjälp eller vägledning för kontakt med IVO, Regionens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf) eller andra myndigheter och försäkringsbolag. Det ligger inte inom patientnämndens uppdrag att uttrycka sig i termer av rätt eller fel i vården, utan arbetet är inriktat på att stödja patienten och närstående i deras kontakt med vården och återföra erfarenheter till ansvariga för verksamheten.

## 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.

---

<sup>8</sup> <https://www.rjl.se/Demokrati/politik-moten-och-handlingar/Patientnamnden/>

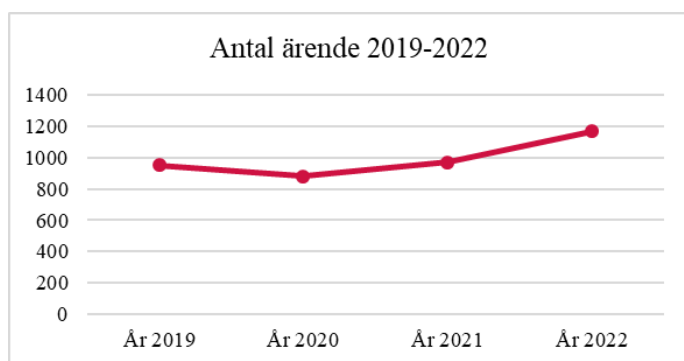
<sup>9</sup> Dataskyddsförordningen (*The General Data Protection Regulation*) GDPR

<sup>10</sup> SOU 2015:14 Sedd, hörd och respekterad Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården

# Redovisning av årets ärenden

## Antal ärende

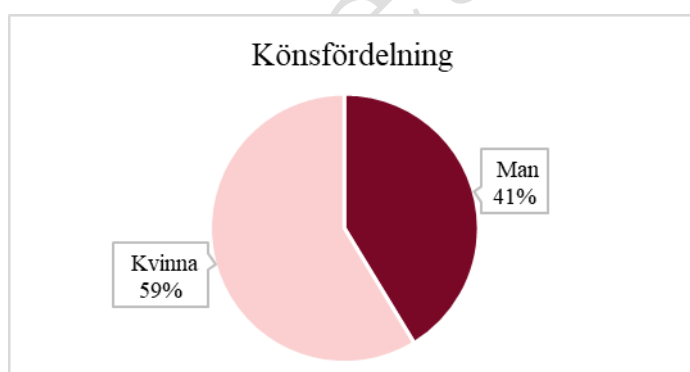
Under året tog patientnämnden emot 1167 ärenden. Detta är en ökning med 196 ärenden (17 %) jämfört med 2021. De senaste åren har man sett en ökad trend med synpunkter och klagomål förutom år 2020, vilket sannolikt berodde på pandemin. I de allra flesta patientnämnderna nationellt kan man se liknande trend med ökande ärendeingång.



Figur 1. Ärendeutveckling under åren 2019-2022

## Fördelning kön och ålder

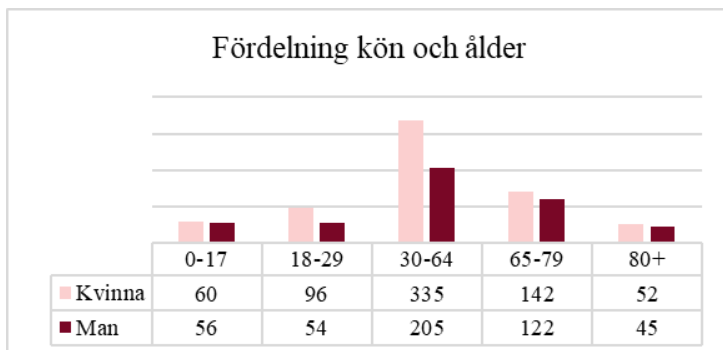
När gäller könsfördelning på de inkomna ärendena så är det i majoritet kvinnor som inkommit med synpunkter. Denna fördelning har varit konstant senaste åren. Enligt jämställdhetsmyndigheten konsumerar kvinnor 20 % mer hälso- och sjukvård jämfört med män<sup>11</sup>. Vilket kan vara en anledning till att fler kvinnor än män har synpunkter på vården.



Figur 2. Könsfördelning på inkomna ärende 2022

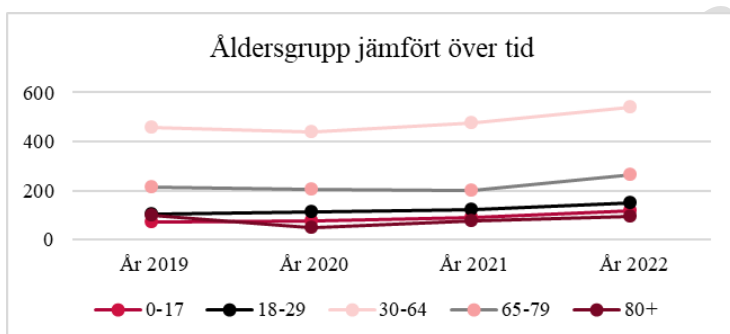
<sup>11</sup> <https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/nyheter/stora-skillnader-mellan-mans-och-kvinnors-sjukvardskonsumtion/>

När det gäller åldersfördelning kön och ålder så är den största åldersgruppen 30-64 år följt av åldersgrupp 65-79. Det är störst andel kvinnor i samtliga åldersgrupper men störst andel i 30-64 år. Medelåldern för samtliga ärende är 48,7 år. För män är den 49,9 år och för kvinnor är det 47,9 år.



Figur 3. Inkomna ärenden 2022 fördelat på kön och ålder

När det gäller åldersfördelning över tid så är det också åldersgrupp 30-64 år som varit störst följt av 65-79 år.



Figur 4. Åldersfördelning på ärende inkomna 2019-2022

## Kontaktsätt

Det vanligaste sättet att kontakta patientnämnden under 2022 var via E-tjänsten på 1177, (46 %). Tidigare år har telefon varit det vanligaste kontaktsättet. 2022 minskade patientnämnden sin telefontid då antalet samtal minskat, för att kunna hantera ärende den digitala vägen. För de som inte vill/kan använda E-tjänsten finns fortfarande möjligheten att kontakta patientnämnden via telefon, därmed uppfyller patientnämnden det lagreglerade uppdraget om tillgänglighet <sup>12</sup>.

Under året uppdaterades E-tjänsten 1177, till ”en väg in”, vilket inneburit en förenkling för medborgare att inkomma med synpunkter och klagomål då man direkt kan välja verksamhet eller patientnämnden när man loggar in på sina sidor på 1177. Detta kan vara en anledning att

<sup>12</sup> Förvaltningslagen (2017:900)

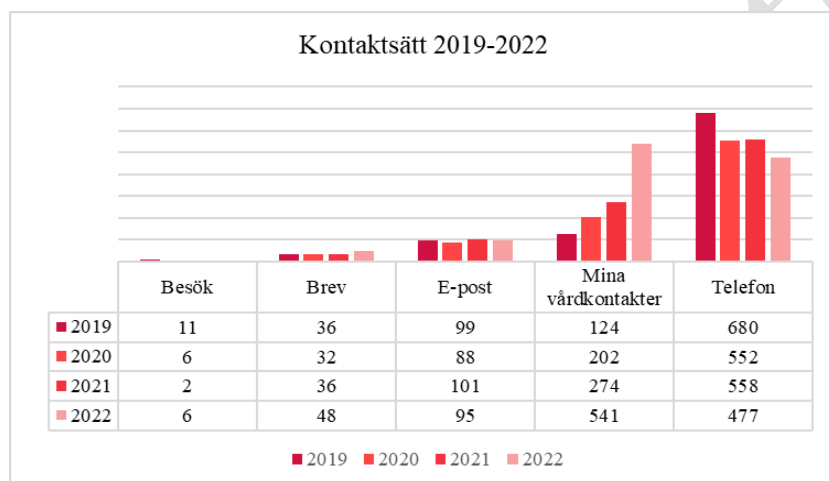
flera valt att inkomma denna väg. Tjänsten är tillgänglig dygnet runt och inom en arbetsdag ska du få en bekräftelse på att ditt ärende har tagits emot.

I de äldre åldersgrupperna (>65 år) är det fortfarande vanligast att inkomma via telefon, även om det digitala kontaktsättet ökat även i dessa grupper.

Kontaktsätt/ålder	0-17	18-29	30-64	65-79	80+	Totalt
Besök	3	0	1	2	0	6
Brev	6	3	16	15	8	48
E-post	6	12	50	16	11	95
Mina vårdkontakter 1177	68	74	286	89	24	541
Telefon	33	61	187	142	54	477
<b>Totalt</b>	<b>116</b>	<b>150</b>	<b>540</b>	<b>264</b>	<b>97</b>	<b>1167</b>

Tabell 1. Kontaktsätt i de inkomna ärendena samt hur åldersfördelningen sett ut under 2022

I figuren nedan kan man se hur det digitala kontaktsättet ökat med åren. Denna ökning kan man se i alla grupper förutom i åldersgruppen > 80 där telefon oftast är det vanligaste kontaktsättet.



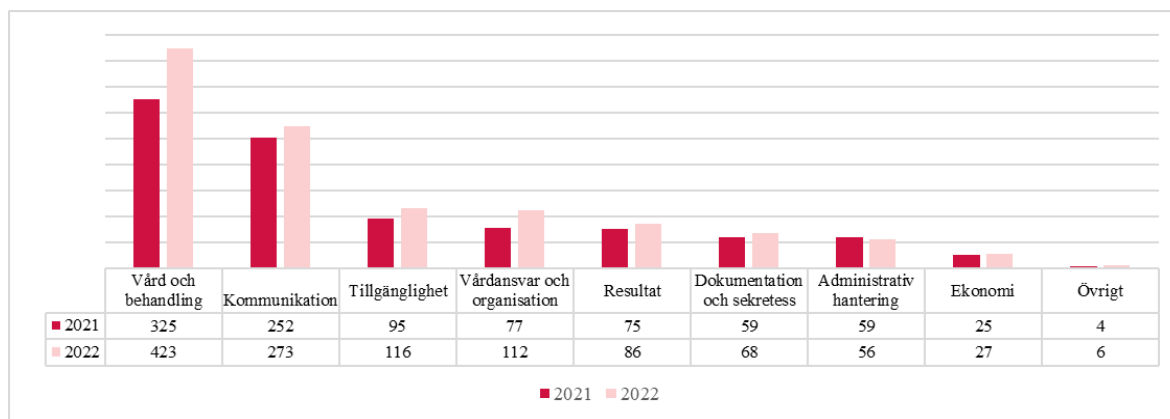
Figur 5. Kontaktsätt till patientnämnden 2019-2022

## Vad har synpunkterna och klagomålen handlat om under 2022?

Alla synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden kategoriseras utefter patientnämndens nationella handbok<sup>13</sup>. Dessa registreras in under åtta, nationellt framtagna huvudproblem för att i möjligaste mån identifiera klagomålen utifrån Patientlagen<sup>14</sup>. 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.

<sup>13</sup> Handbok för handläggning av klagomål och synpunkter för Patientnämndernas förvaltningar/kanslier i Sverige, 2019

<sup>14</sup> Patientlagen (2014:821)



Figur 6. Ärende uppdelat på huvudproblem 2021 jämfört med 2022.

*Vård och behandling* fick flest synpunkter under 2022, en ökning med tre procent jämfört med föregående år. Ärendena har handlat om:

- att en undersökning varit bristfällig eller att man inte fått rätt bedömning
- att inte fått rätt diagnos i tid eller ingen diagnos alls. Om det rör sig om en fördröjd diagnos och som orsakat att patienten blivit sämre än om diagnosen ställts i tid, så har patienten möjlighet att göra skadeanmälan till Lof<sup>15</sup>.

*Kommunikation* är det huvudproblem som följer därefter. Jämfört med föregående år så har detta område minskat med 3 procent. Synpunkterna handlade om:

- delaktighet, att man som patient inte känt sig lyssnad på i samband med vårdbesöket
- att man inte uppfattat den givna informationen man fått t.ex. i samband med ett besök, eller att man inte fått någon information alls
- bristande bemötande i kontakten med vården. Flera patienter beskriver att det nonchalanta bemötande man fick ledde till att man inte vågade söka vård igen, då man kände att man störde sjukvården.

*”Man blir inte dum för att man blir gammal men hörseln blir sämre och uppfattningsförmågan tar längre tid” (citrat från närstående)*

<sup>15</sup> <https://lof.se/>



När det gällde *tillgänglighet* handlade det om:

- svårigheter att få kontakt med en verksamhet eller lång väntan på besökstid eller uppföljning. Att man inte fått den återkoppling man blivit lovad, t.ex. svar på en undersökning eller den fortsatta planeringen
- krångligt att komma intill vården framförallt på jourtid, d.v.s. kvällar och helger
- patienten har inte blivit upplyst om vårdens ansvar när inte vårdgarantin kunnat hållas. Exempelvis att om inte vården kan hålla vårdgarantin att patienten har rätt till att få vård någon annanstans där det finns kortare köer. Efter kontakt med patientnämnden har patienten i flera ärenden fått tid för operation då problemet uppmärksammats.

När det gäller *vårdansvar och organisation*, har ärendena handlat om:

- att man saknat en fast vårdkontakt och/eller en individuell plan för sin vård
- bristande samverkan mellan olika vårdgivare och enheter och att då patienten/närstående fått vara sin egen "vårdsamordnare"
- vårdens delar inte alltid hängde ihop utan att vården jobbar i "stuprör" och som patient blir man därmed hänvisad till en annan vårdinstans och sen hänvisad tillbaka igen.

Under *resultat* har ärendena handlat om:

- man inte varit nöjd efter en operation eller undersökning/behandling.
- att man inte säkerställt att patienten uppfattat information om vilka risker en operation innebär samt vilka komplikationer som kan vara vanliga eller uppstå.

*Dokumentation och sekretess* handlade om:

- synpunkter på innehållet i sin journal. Patienten har då efter sitt besök i vården läst sin journal och upptäckt felaktig information. Möjligheten att kunna läsa sin journal på 1177 är ett sätt för patienten att vara mer delaktig i sin vård.
- ärenden har även handlat om sekretess, t.ex. en personuppgiftsincident där kallelse skickats till fel person.

*Administrativ hantering, ekonomi och övrigt* - ärenden som inte handlat om direkt vård:

- att man inte fått sitt sjukintyg hemskickat
- remiss inte blivit skickad
- *ekonomi* har handlat om patientavgifter eller att man har ersättningsanspråk för exempelvis försvunna ägodelar i samband med vård.

## Delproblem

Till varje huvudproblem hör ett antal delproblem för högre detaljeringsgrad om vad ärendet har handlat om.

Delproblem	Antal 2021	Antal 2022
Undersökning/bedömning	128	198
Delaktig	106	140
Resultat	75	86
Väntetider i vården	57	81
Behandling	55	75
Bemötande	90	69
Läkemedel	47	66
Information	55	63
Patientjournalen	43	57
Diagnos	69	55

Tabell 2. De 10 vanligaste delproblem 2022 jmf med samma delproblem 2021

Nedan följer en redogörelse för de 5 vanligaste delproblemen under 2022.

### Undersökning/bedömning (huvudproblem vård och behandling)

Undersökning/bedömning är det delproblem som fått flest synpunkter (17%). Det är den största ökningen, (4%) av delproblemen jämfört med föregående år. Ärendena har handlat om nekad, fördröjd, felaktig och utebliven vård.

Exempel kan vara, att man fått en bristfällig bedömning när man sökt akut vård då man inte blivit tagen på allvar. Detta har då lett till en försenad eller utebliven behandling/åtgärd som kunde fått ödesdigra konsekvenser för patienten. I några fall har det även lett till en Lex Maria anmälan, vilket innebär att vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO <sup>16</sup>.

Ärendena har även handlat om hela vårdkedjan. Patientens berättelse kunde beskriva ett helt vårdförlopp där flera specialiteter är involverade. I patientens ögon är detta som ”ett vårdbesök”. Exempel på detta är när en patient besöker en akutmottagning där omvårdnadspersonal är anställda på akutkliniken och läkare på den specialistklinik den tillhör. Det är då viktigt att de kommunicerar med varandra för att inte missa viktiga symptom som patienten söker för som då riskerar att inte blir undersökta.

<sup>16</sup> <https://www.ivo.se/yrkesverksamma/anmal-brister-och-risker/anmalan-enligt-lex-maria/>

### Utdrag från patientberättelser

*”Boendets personal rapporterade vidare till ambulanspersonalen att patienten hade ont i sin arm. Patienten är dement och kan ej prata för sig och kan ej redogöra för tid, rum och situation. Patienten har skadat sitt huvud samt har mycket ont i kroppen och framförallt sin arm. Enligt närstående så säger patienten om och om igen att hen har ont. Läkare undersöker patienten men undersöker ej armen. Två dagar senare får patienten söka på nytt då armen är bruten”.*

*”.....kom till akuten med snabb hjärtfrekvens och man tog prover och EKG som visade på misstänkt hjärtinfarkt. Gick flera timmar innan patient kom till specialistavdelning. ”..... det var i grevens tid att jag fick utföra en ballongsprängning eftersom jag hade 99% igentäppning i kärl”.*

### Delaktig (huvudproblem kommunikation)

När det gäller delproblemet delaktig, inkom totalt 140 ärenden. Ärendena har handlat om att patienterna upplevde att de inte känt sig lyssnad på eller varit delaktiga i sin vård och de beslut som fattats. Flera patienter har framfört att vården inte har utformats i dialog med dem. Det kan ha handlat om att patienten inte förstått informationen som givits under ett vårdbesök och därmed inte vad som kommer hända sedan. Förståelse är en förutsättning för att patienten ska kunna bli delaktig och agera utifrån given information. Patienter kan uppleva att det de säger inte har någon betydelse då patienter ibland uttryckte att; *”de kvittar vad jag säger, vårdpersonalen har redan bestämt sig innan mitt besök”.*

Många beskriver att det blev ett onödigt långt lidande när man inte blev lyssnad på. Patienten upplever att man har blivit bedömd utan att man fått en grundlig undersökning/bedömning. Ibland upplevde patienten att man som vårdgivare inte tänkt flera perspektiv och lyft blicken på att det kunnat vara något annat.

### Utdrag från patientberättelser

*”Jag upplevde att det inte fanns någon bra kommunikation mellan mig som patient och förlösande barnmorska/barnmorskor. Det hade varit så givande att få ett samtal på förlossningsrummet om min rädsla för bristning och hur vi gemensamt skulle samarbeta för att förlossningen skulle bli en så bra upplevelse som möjligt. Jag sakade också bättre kontakt med personalen under själva förlossningen. Råd, information om vad som skedde och nästa steg i processen”.*

### Resultat (huvudproblem resultat)

När man vänder sig till patientnämnden så har man många gånger synpunkter på sådana komplikationer som man inte visste eller upplever sig inte har blivit informerad om kunde inträffa. Ibland kan det uppstå komplikationer efter t.ex. en operation eller behandling som man kan anse vara en vanlig komplikation utifrån vårdens synsätt. Det är viktigt att patienten är informerad före t.ex. ett operativt ingrepp och då fått information om vad man kan förvänta sig och säkerställt att patienten har uppfattat informationen innan ingreppet. Många som hör av sig till patientnämnden är besvikna på resultatet och vill att verksamheten ska tillskrivas med frågor som; *”gick operationen rätt till”.* Får ibland svar från verksamheten att det är en känd komplikation som kan uppstå, men i vissa ärenden framkommer det att det faktiskt gått fel i samband med operationen.

### Utdrag från patientberättelser

*".....Denna opererades bort i lokalbedövning. Patienten upplever att denne inte fick någon information om att sådant kan komma tillbaka. Knöl kom tillbaka och men nu större. Gjorde en ny operation, fick ingen information om risker då heller".*

### Väntetider i vården (huvudproblem tillgänglighet)

Många synpunkter har handlat om väntetider i vården. Det kan vara att man väntar på en operationstid där tiden har passerat vårdgarantins gräns (90 dagar), men också om väntetid att få en tid till sin vårdcentral, där man inte fått en tid (inom 3 dagar få en medicinsk bedömning). Även tandvården har fått flera synpunkter gällande svårigheter att få en tid till Folktandvården. Patienterna har framfört att man fått till svar; att kön är flera år, vilket lett till en oro för vad som händer med tandhälsan under tiden.

I ett svar till patienten svarar verksamhetschefen:

*"....Du undrar över vårdgarantin och du har rätt i att vi borde ha informerat dig om att vi inte kan uppfylla den. Vår målsättning är att lyckas med vårdgarantin men tyvärr når vi inte upp till målet..... Sedan pandemin är hela sjukvården belastad med långa köer. Jag kan inte annat än att beklaga den långa väntetid som uppstått..... Du kommer att få en kallelse per post inom de närmaste dagarna".*

Ärende har också inkommit gällande lång svarstid från Patologen vid utredning av exempelvis malignt melanom, där patienter fått vänta ca 5 månader för diagnos. Detta har lett till mycket oro hos patienten i väntan på svaret.

Inom både barn- och vuxenpsykiatri har många synpunkter inkommit där man väntat länge på neuropsykiatrisk utredning för en eventuell diagnos eller väntan på att starta sin behandling efter att man fått sin diagnos.

### Utdrag från patientberättelse

*"Jag var på vårdcentralen för att ta bort en fläck på ryggen som hade börjat blöda. Hudförändringen togs bort och skickades in till Patologen. 5 månader senare, fick jag besked om att hudförändringen visade malignt melanom"*

### Behandling (huvudproblem vård och behandling)

Ärendena har handlat om nekad, fördröjd, felaktig, utebliven eller negativ behandlingseffekt. En del ärende har berört behandling av neuropsykiatriska diagnoser som antingen har dröjt väldigt länge, eller inte kommit igång alls. Andra exempel har varit komplikation i samband med en infusionsbehandling på grund av handhavandefel hos vårdpersonal. Patienter kan också haft synpunkter på att man fått psykologsamtal för sällan och som lett till att man mådde sämre och hade önskat tätare kontakt.

### Utdrag från patientberättelser

”.....Trots att det var en djup led-/sennära sårskada kontaktades inte ortopederna. Patienten informerades inte heller om att vara uppmärksam på tecken på infektion efteråt. Dagarna som följde fick patienten mer och mer ont i fingret/handen och även feber, sökte vård på sin vårdcentral igen som skickade patienten akut till ortopedkliniken som konstaterade septisk tendovaginit, och man opererade fingret samma kväll”.

## Verksamhetsområden

Primärvården är det verksamhetsområde som fått flest synpunkter. De har procentuellt fler ärende 2022 jämfört med 2021, 3 % ökning. Kirurgisk vård följer därefter och de har något lägre andel synpunkter 2022 jämfört med 2021, 3 % minskning. Även inom medicinsk vård ser man en minskning med 3 % jämfört med 2021. Inom psykiatri, rehab och diagnostik har ärendena ökat med 2 % under 2022.

Verksamhet	2021	2022
Primärvård (Bra liv, privata vc)	276	363
Kirurgisk vård	268	297
Medicinsk vård	210	217
Psykiatri, rehab och diagnostik	135	187
Folktandvården	36	40
Kommun	19	26
Verksamhetsstöd och service	7	12
Privata vårdgivare med avtal	17	12
Länstrafiken	2	7
Övrigt (SOS, bedömn.tandv.etc)	1	6
<b>Totalt</b>	<b>971</b>	<b>1167</b>

Tabell 3. Registrerade ärende/verksamhetsområde 2021 och 2022.

### Primärvård Bra liv och privata vårdcentraler

Primärvården är det verksamhetsområde som fått flest synpunkter och klagomål. I Region Jönköpings län finns 28 vårdcentraler samt 4 filialer inom Bra livs regi och 12 privata vårdcentraler som har avtal med Region Jönköping. Totalt inkom 363 ärende inom primärvården. Utav dessa gällde 273 ärende Bra liv, och 90 ärende inom de privata vårdcentralerna. När man ser på antalet ärende i förhållande till antalet listade patienter är fördelningen av synpunkterna mellan privata vårdcentraler och vårdcentralerna Bra liv lika.

Primärvårdens uppdrag är brett och basen i hälso- och sjukvården. De har utredningsansvaret och håller i helheten kring patienten och att flest synpunkter hamnar under undersökning och bedömning är därmed inte så konstigt då patienter oftast söker sig dit först. Primärvården behöver tänka brett då många differentialdiagnoser måste beaktas.

Undersökning/bedömning är det delproblem som fått flest synpunkter, totalt 74 ärende. Synpunkter har handlat om att man i samband med besöket inte fått en ordentlig undersökning/bedömning. Därmed har det i vissa ärenden lett till att patienten fått en försenad eller utebliven diagnos och som då visat sig vara av allvarlig karaktär och förlängt lidande för patienten.

#### Utdrag från patientberättelser

*”Misstänkte att hälsenan gått av och kontaktade vårdcentralen. Möttes av en nonchalant läkare som endast drog fingret snabbt över hälsenan och sa att den inte var skadad. Jag uttryckte starkt min oro för just hälsenan. Sökte vård på nytt 3 veckor senare då svår hälta kvarstod. Sjukgymnast konstaterar då att hälsenan är av och att operation är nödvändig. Missen den läkaren gjorde har förlängt mitt lidande, jag blev tvungen att opereras samt avsevärt förlängd rehab tid”.*

Vanliga synpunkter inom primärvården handlade om delaktighet - inte blivit lyssnad på i samband med att patienten sökt vård. I ett ärende sökte patienten för andfåddhet. Läkaren gjorde annan bedömning att det handlade om psykiska besvär och skickade inte patienten vidare för andra undersökningar. Obduktionen visade att patienten avled till följd av blodproppar i lungorna.

I ett annat ärende där patienten sökte för ett större märke – blånad på armen. Patienten framförde att en fästing tagits bort på armen tidigare. Patienten kände att man inte blev lyssnad på och läkaren gjorde bedömningen muskelbristning. Patienten sökte annan vårdmottagningen dagen efter och fick då diagnosen Borrelia.

Ärenden inom primärvården handlade också ofta om läkemedel och då att man inte fått läkemedel utskrivet som man blivit lovad. Avsaknad av uppföljning samt att man inte fått information om uppföljning och bristande dialog vid läkemedelsförändring.

## Kirurgisk vård

Kirurgisk vård	297
Ortopedklinikerna	89
Kirurgkliniken	66
Kvinnoklinikerna	59
Öron-, näs- och halskliniken	23
Ögonklinikerna	19

Tabell 4. Fördelning på kliniker inom kirurgisk vård i regionen, de fem med flest synpunkter.

Kirurgisk vård har fått näst flest synpunkter. Inom detta område finns bland annat specialiteter som ortopedi, kirurgi, kvinnosjukvård och kvinnohälsövård och det är dessa verksamheter som har flest ärende. Ärendena har handlat om resultat följt av undersökning/bedömning. När det gäller resultat kan det handla om att man inte är nöjd efter en operation eller behandling, eller att man kan upplevt sig skadad.

## Redogörelse för de tre största verksamheterna inom kirurgisk vård

Ortopedklinikerna har flest synpunkter inom kirurgisk vård och då främst synpunkter som gäller undersökning/bedömning. Det har varit flera ärenden där patienten upplevt att man gjort en nonchalant undersökning och blivit hemskickad. Flera har berättat att de fått söka vård på nytt och fick då en annan bedömning.

### Utdrag från patientberättelser

*”Sökte för en böjsenskada. Senan var uppenbart av efter ett sticksår i handen. Läkaren bedömde efter en snabb koll att tummen fungerade och att jag inte kunde böja den pga. smärta trots att jag sa att jag inte hade ont och att inget händer när jag försöker böja. Jag skickades hem med stygn och uppmaning om att söka igen om ytterligare problem. Googlade mig därefter till rätt diagnos och åkte till akuten i annan region som opererade mig omgående eftersom skadan bör opereras inom 2 dygn”*

Kirurgkliniken är den verksamhet som följer efter ortopedi och då har ärendena handlat främst om resultat såsom att man inte visste om de komplikationer som kan vara vanliga efter ett ingrepp och att man då istället trott att man fått en vårdskada. Synpunkter har även handlat om bristande information både inför en operation men även efter i samband med utskrivning.

När det gäller kvinnoklinikerna (kvinnosjukvård och kvinnohälsovård) handlar synpunkterna om bristande delaktighet att de inte känt sig lyssnade på i samband med sin förlossning men även besök inom kvinnohälsovården. I ett ärende beskrev en patient om när hon fått en spiral insatt och hade smärtor i veckor efteråt. Sökte på annan enhet och träffade en annan barnmorska som upptäckte att något var fel och remitterade patienten till sjukhus. Där opererades spiralen ut som satt felaktigt och en ny sattes in utan problem.

## Medicinsk vård

Medicinsk vård	217
Medicinkliniken, Medicin- och geriatrikkliniken	112
Akutklinikerna	46
Barnkliniken	17
Ambulanssjukvård	17
Hudkliniken	9

Tabell 5. Fördelning på kliniker inom medicinsk vård i regionen, de fem med flest synpunkter.

Medicinsk vård är det tredje största området och där ingår bl.a. specialiteterna medicin, medicin- och geriatrik, akutsjukvård, barnsjukvård och ambulanssjukvård och det är dessa som fått flest synpunkter. Ärendena har handlat om undersökning/bedömning såsom att den uteblivet eller att patienten blivit nekad och hänvisad till annan enhet.



## Redogörelse för de tre största verksamheterna inom medicinsk vård

Inom medicinkliniken och medicin- och geriatrikklinikerna är det undersökning/bedömning som var vanligaste synpunkten på följt av delaktighet. Det har handlat om bristfällig bedömning såsom att man inte gjort en korrekt undersökning och inte följt gällande riktlinjer. Vilket resulterade i att patienten fick söka på nytt inom några timmar. I många ärenden kan vi se att anledningen till att man hört av sig till patientnämnden är att de felaktigheterna man upplevt ha hänt, i grund och botten handlat om bristande kommunikation med patienterna/närstående och vården.

En chef har uttryckt i sitt svar: *”Jag kan tänka mig att vi inte var tillräckligt duktiga att informera er och berätta varför vi agerade som vi gjorde. Kommunikationen är en jätte viktig del av vårt jobb och vi försöker jobba för att förbättra den inom vårt sjukhus”*

En patientsäkerhetsrisk är vid utskrivning från sjukhus och då kommun/primärvård ska ta över. Flera patienter har framfört att man känt en otrygghet om vad som är nästa steg och att en utskrivningsplan saknats. I ett ärende beskrev närstående om sin förälder på > 90 år, att det blev en otrygg hemgång och där anhöriga inte fick någon information inför utskrivningen. De fick ingen möjlighet att framföra om hur hemsituationen såg ut för patienten. Ibland när det är en otrygg hemgång och oklar information är det inte ovanligt med en återinläggning på sjukhus.

Inom akutklinikerna var det undersökning/bedömning samt information som fick flest synpunkter. Man kan ha sökt sig till akutmottagning då man fått information från 1177 telefonrådgivning att det är dit man ska söka sig. När patienten sedan kommit till akuten har man blivit nekad undersökning/bedömning då man enligt akuten sökt sig till fel vårdnivå. Patienterna hänvisades då tillbaka till primärvården. Patienter upplevde detta som att man nekats vård och ”bollad” fram och tillbaka och att ingen tog ansvar och det skapade frustration och ilska. Flera patienter har framfört till patientnämnden att man tycker att vården inte är samspelt. Varför säger man på 1177 i telefonrådgivningen att man bör vända sig till akuten samma dag och när kommer dit blir man ibland otrevligt bemött och ifrågasatt vad man gör där.

### Utdrag från patientberättelser

*”....Söker akuten pga stark smärta i foten på natten direkt efter olyckan. Undersöks av sjuksköterska som gör bedömningen en stukning och patienten skickas hem. Några timmar senare är foten uppsvullen och patienten kan inte gå på den. Ringer 1177 som hänvisar patienten till närakuten vidare till röntgen och sedan ortopedakuten pga fraktur. Patienten undrar varför hen inte kunde få en bedömning på natten av en ortoped då inte vårdcentral eller närakuten var öppen och då det var på en helg”.*

Inom ambulanssjukvården handlade ärendena främst om undersökning/bedömning och då har synpunkterna varit att man fått en bedömning av ambulanspersonal att man inte kommer att ta med patienten till sjukhus eller vårdinrättning utan patienten får söka sin vårdcentral. I andra ärende när patient åkt med ambulans har inte all information rapporterats över till nästa instans och det har förekommit att man då har missat att undersöka andra skador som uppgetts av anhörig.



Barnkliniken kommer att redovisas under avsnittet barnärende.

## Psykiatri, diagnostik och rehabilitering

Psykiatri, rehab och diagnostik	187
Psykiatriska klinikerna	123
Barn- och ungdomspsykiatrikliniken	21
Röntgenkliniken	12
Rehabiliteringsmedicinska kliniken	9
Laboratoriemedicin	6

Tabell 6. Fördelning på kliniker inom Psykiatri, diagnostik och rehabilitering, de fem med flest synpunkter.

Inom verksamhetsområde psykiatri, rehab och diagnostik berör merparten av ärendena psykiatrin, både barn- och vuxenpsykiatrin. I detta verksamhetsområde ingår även röntgen, och det är dessa tre som fått flest synpunkter. Väntetider i vården är det vanligaste man har haft synpunkter på inom detta verksamhetsområde. Det har handlat både om väntetider inom psykiatrin men även väntan på provsvar inom laboratoriemedicin, och då patologen.

### Redogörelse för verksamheterna inom psykiatri, rehab och diagnostik

När det gäller ärenden inom vuxenpsykiatrin var det vanligast med synpunkter på delaktighet. Man upplevde att man inte var delaktig i de beslut som fattades och man saknade dialogen med vården. När man varit på besök så fick man oftast träffa olika läkare och som inte hade en helhetsbild av patienten. I flera fall uppgav patienten att man träffat en hyrläkare. Patienten upplevde läkaren oengagerad och i flera fall saknade patienten en vårdplan eller en uppdaterad vårdplan om vad som ska hända härnäst. Väntetider inom psykiatrin är också ett område som fått mycket synpunkter. Många har hört av sig till patientnämnden på grund av att väntetiderna är långa för neuropsykiatrisk utredning och behandling. Man undrar över vårdgarantin och varför den inte gäller för denna typ av utredning och behandling. Detta leder till otrygga patienter som kan få ödesdigra konsekvenser som exempelvis utebliven sjukersättning, avsked från sitt arbete och många gånger till en isolering.

#### Utdrag från patientberättelser

*”Patient som fick diagnos ADHD efter en NP-utredning för över ett år sedan. Remiss för behandling utfärdades sedan och skickades till psykiatriska kliniken. Patienten har inte hört någonting om när hen får komma på behandling. Har vid flera tillfällen kontaktat personal på psykiatrin men inte fått svar”.*

Synpunkter på röntgenkliniken har bland annat handlat om felaktiga röntgensvar. I ett ärende att man tittat på gamla bilder och utgått från dessa vilket ledde till fördröjd diagnos. Det har också handlat om väntetider att komma till mammografin.

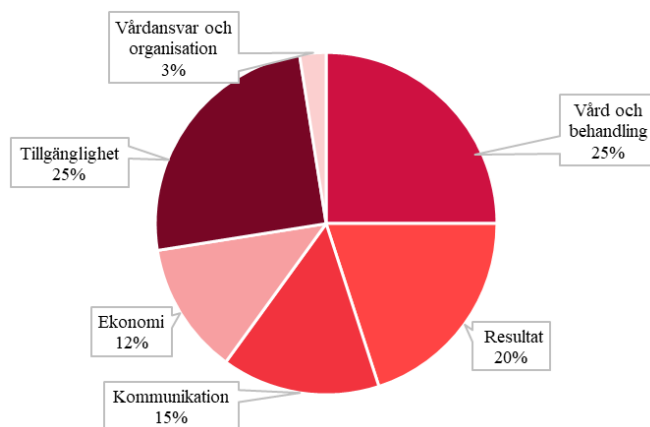
Inom laboratoriemedicin och då patologen har ärendena handlat om väntetider på att få ett provsvar efter en biopsi. Det är känt att man har ökade väntetider pga. resursbrist inom denna

specialitet. Detta har varit olyckligt då det visat sig att det handlat om cancer och därmed fördröjd behandlingsstart. Verksamhetens svar på detta är att de håller på med utbildning och rekrytering, och försöker ta hjälp av andra instanser för snabbare provsvarshandling. Lex Maria anmälan har gjorts inom verksamheten.

*Barn- och ungdomspsykiatri kommer att redovisas under avsnittet barnärende.*

## Tandvården

Tandvården har under året fått 40 ärenden. Ärende har främst handlat om vård och behandling – att man inte varit nöjd med sin behandling, eller undersökning/bedömning. Man har som patient upplevt att den undersökning som gjordes var bristfällig, men i grund och botten så handlar dessa synpunkter om att patienten inte uppfattat eller fått information om vad som skulle göras eller varför. Flera ärenden har också handlat om tillgänglighet och detta har då handlat främst långa väntetider för att komma på undersökning.



Figur 7. Folk tandvården, synpunkter fördelade på huvudproblem

Patienter upplever att köerna är orimligt långa och som patient har fått svar att man får vänta i flera år om det inte är akut. Många patienter har uttryckt en oro över vad som händer med deras tandhälsa i väntan på sitt besök till tandvården.

I ett svar från en klinikchef inom Folk tandvården framkommer följande förklaring:

*”I Folk tandvården finns en prioriteringsordning över vilka patienter som ska prioriteras att få tid på klinikerna. I första hand kommer patienter som har akut värk och svullnad, där barn prioriteras före vuxna. Därefter ska alla barn i kommunen, samt de äldre som bor på boende eller har extra hjälp i hemmet flera gånger per dag prioriteras. När de är omhändertagna så är vårt uppdrag att ta hand om de som är 75 år och äldre. Först efter det så kommer den vanliga vuxen-tandvården där de patienter som är inskrivna hos oss kallas i den mån vi hinner”.*

## Kommuner

Inom den kommunala vården har 26 ärende registrerats, vilket är en ökning av ärende jämfört med året 2021. Få ärende inkommer till patientnämnden från den kommunala verksamheten. Det kan vara så att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården inte har samma kännetecken som patienter inom Region Jönköpings län om möjligheten att vända sig till patientnämnden. En annan förklaring kan vara att patienter inom kommunal vård upplever ett större

beroendeförhållande gentemot vårdgivaren och därför inte vill framföra klagomål, med rädsla för konsekvenser. Hälften av ärendena som inkommit har handlat om omvårdnad, t.ex. att man på ett äldreboende inte upptäckt att en patient hade svullna fötter, avsaknad av munvård i palliativt skede men också att man som närstående upplevt bristande omvårdnadsrutiner.

I ett annat ärende har närstående haft synpunkter på att en patient fick lunginflammation på korttidsboende. Anmälaren framför att patienten i princip var sängliggande hela tiden på boendet och inte togs upp till rullstol. Även i andra ärenden har detta framförts att patienter varit mycket sängliggande. I några ärenden har det handlat om vårdflöde och processer, i samband med utskrivning från slutenvården eller i samverkan med vårdcentralen. Det har saknats vårdplan från slutenvården till kommunen samt att inget brytpunktsamtal gjordes i kommunen då patienten blev sämre. Vilket också kommunen i sitt svar till anmälaren skrev att de hade brustit i.

I ett annat ärende där närstående framfört synpunkter och där hens förälder var så pass adekvat att denne kunde förmedla att ett fel begåtts.

#### Utdrag från patientberättelser

*XX har inte kommit till skada eller fått men av händelsen pga. att hen själv varit uppmärksam. Vi vill med dessa synpunkter belysa att det finns brister som skulle kunna åtgärdas så att det inte händer igen/händer någon annan som inte är så observant och kan förmedla sig som vår XX”.*

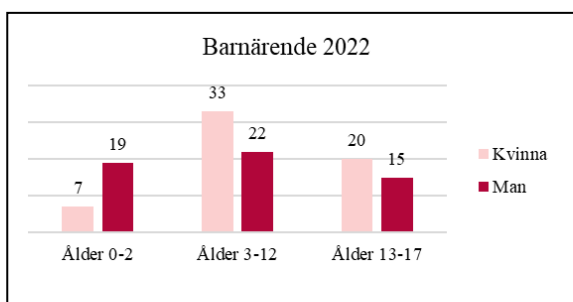
## Barnärende

Barn finns överallt i vården, både som patient och anhörig. Från den 1 januari 2020 är FN:s konvention<sup>17</sup> om barns rättigheter en del av svensk lag. En inkorporering av barnkonventionen bidrar ytterligare till att synliggöra barnets rättigheter och skapa en grund för ett mer barnrättsbaserat synsätt i all offentlig verksamhet. Det innebär att det blir ännu viktigare att vi som möter barn i vår vardag har kunskap att arbeta utifrån lagen. Som barn räknas varje människa under 18 år.

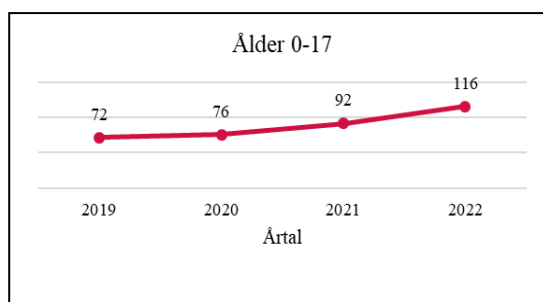
Under 2022 inkom 116 ärenden gällande barn, detta är fler ärende än tidigare år. Det är oftast föräldrarna som inkommer med synpunkter, i enstaka fall hör barnet av sig själv. När patientnämnden tar emot ärenden gällande barn så efterfrågas om det finns samtycke från barnet från det att barnet är 13 år, samtidigt som det görs en bedömning utifrån barnets mognad. Flest ärenden gäller ålder 3-12 år och då främst flickor. Följt av 13-17 år och då främst flickor.

---

<sup>17</sup> <https://unicef.se/barnkonventionen>



Figur 8. Barnärende fördelat på ålder



Figur 9. Barnärende 2019-2022

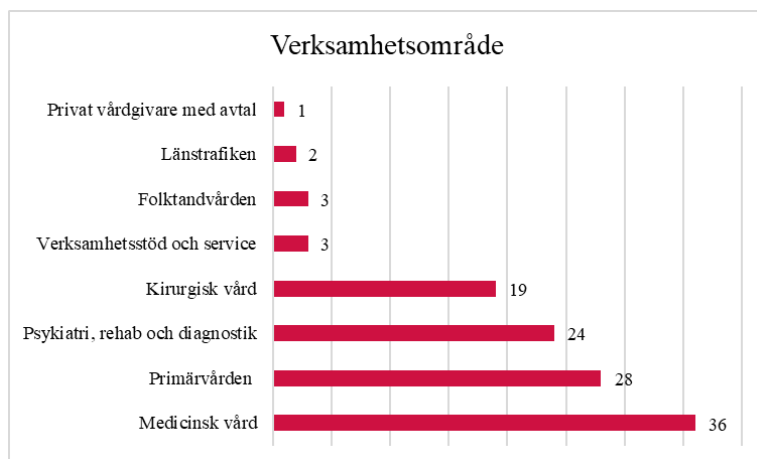
### Vad har barnärendena handlat om?

Barnärende 0-17 år	116
Undersökning/bedömning	19
Vårdflöde/processer	17
Väntetider i vården	15
Delaktig	14
Bemötande	7
Behandling	7
Information	7

Tabell 7. Synpunkter fördelade på delproblem

Majoriteten av ärendena handlade om undersökning/bedömning följt av vårdflöde/processer, väntetider i vården och delaktig. Föräldrar som söker vård för sina sjuka barn agerar som ombud för barnen och för deras talan. Föräldrar till yngre barn behöver beskriva symtom och förändringar i barnets beteende. I inkomna ärenden rörande vårdflöde/processer handlade det om att man saknat samverkan mellan enheter när man sökt vård för sitt barn. Exempelvis att man haft kontakt med en enhet, som rekommenderar att man ska söka vård på barnakuten. När man kom dit fick man fråga, vad man gör där. Man saknar att ingen överrapportering skett mellan enheter.

Av de inkomna synpunkterna framkom att föräldrar och/eller närstående efterfrågar information och delaktighet, vill bli lyssnade till och att deras reflektioner och upplevelser tas till vara. Det gäller oavsett vilken vård det gäller, typ av skada eller händelse som rapporterats. Föräldrar efterfrågar en bättre dialog med vården.



Figur 10. Barnärende fördelat på verksamhetsområde

Barnärende förekommer inom alla verksamheter. De flesta synpunkterna hamnade inom medicinsk vård. Här ingår barnklinik, barnhälsovård (BVC) och barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna. Utav de 36 inkomna ärende är det 8 ärenden som inte direkt hamnar under en barnspecialitet t.ex. ambulans, akutklinik etc. Inom Primärvård är det barn över 1 år som sökt för att man skadat sig eller inte mår bra. När det gäller psykiatri, rehab och diagnostik är det 18 utav 24 ärende som berör barn- och ungdomspsykiatri (BUP), resterande är fördelat på övriga kliniker inom detta verksamhetsområde.

Ärenden inom medicinsk vård har främst handlat om undersökning/bedömning, följt av delaktig och vårdflöde/processer:

- ta föräldrars oro på allvar, lyssna på de som känner barnet bäst
- bristande samverkan mellan olika verksamheter, t.ex. 1177 – barnakuten.

#### Utdrag från patientberättelser

*”Mitt barn blev dålig i RS-virus, 1177 hänvisade oss till barnakuten. Där blev vi direkt ifrågasatta varför vi kom dit. De menade på att vi skulle till vårdcentralen. Jag sa att 1177 hade hänvisat oss dit, varpå hen sa att vi inte skulle lyssnat på det. Vi blev hemskickade, men senare på dagen blev det värre och vi fick söka akut igen, vi blev inlagda för mitt barn var så dåligt”.*

I primärvården har ärendena främst handlat om undersökning/bedömning och delaktighet. Då en förälder inte känt sig lyssnad på gällande sitt barns mående, har detta i vissa ärenden lett till att en undersökning blev bristande eller till och med uteblev.

Ärende gällande BUP handlade främst om väntetider för att komma för utredning och behandling för neuropsykiatrisk sjukdom. Många föräldrar har hört av sig till patientnämnden då oron är mycket stor för barnet. Denna väntan kan leda till en problematisk skolgång och tuff situation för hela familjen.

### Utdrag från patientberättelser

*”Patient som utretts och fått sin diagnos i våras i år. Har nu stått i kö för behandling. Enligt anhörig är det 1 års väntetid till behandling. Patienten börjar må sämre och har också uttryckt att hen vill ta sitt liv. När anhörig hör av sig till verksamheten och frågar angående behandling så säger de att så länge hen äter så är det ingen fara”.*

## Synpunkter och klagomål kan leda till en bättre vård för många

Synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden skickas till verksamheten antingen för att besvaras om anmälare önskar detta eller skickas det i oidentifierat form för kännedom. Detta kan sen verksamheterna använda för att se eventuella mönster och identifiera problemområden som kan användas som en källa till lärande.

Patienter och närstående som vänder sig till patientnämnden har ofta mist sin tillit till vården, men ett yttrande från en verksamhet som ger svar på de synpunkter och klagomål som framförts bidrar oftast till att reparera detta. Flera ärenden visar på att vårdgivaren lyssnar och vidtar åtgärder i det enskilda fallet. Det kan handla om att erbjuda ett personligt möte, byta läkare, rätta till ett missförstånd, eller att en händelseanalys behöver göras som i vissa fall kan leda till en Lex. Maria anmälan till IVO. På organisatorisk nivå kan det handla om att verksamheten ändrar upprättade rutiner, uppmärksamma synpunkterna på möten eller att medarbetarna behöver en utbildningsinsats, etc.

En verksamhetschefs svar till patient:

*”Vi lär oss hela tiden och utan återkoppling kan vi inte bli bättre. Din återkoppling har gjort att vi fått ögonen på ett problem vi inte tidigare sett lika tydligt. ....Återigen, stort tack för din återkoppling. Den är värdefull och kommer leda till att vi förbättrar för framtida patienter”.*

Patientnämnden har tillsammans med sektion chefläkare i regionen ett samarbete. När handläggare bedömer utifrån de inkomna synpunkterna, att ärendet är av ”allvarlig karaktär”, skickas ärendet för kännedom till chefläkare, efter samtycke av patienten. Detta för att en utredning och en eventuell händelseanalys kan påbörjas i ett tidigt skede.

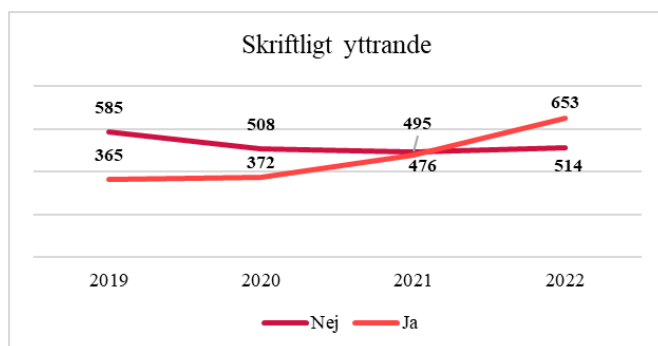
## Få sina synpunkter besvarade

Från den 1 januari 2018 framgår det av patientsäkerhetslagen<sup>18</sup> att vårdgivaren ska ta emot synpunkter och klagomål på den egna verksamheten från patienter och deras närstående. Vårdgivaren ska snarast besvara klagomålet, som mest fyra veckors väntan på ett svar bedöms som rimligt för de flesta klagomål. Enligt Klagomålsutredningen<sup>19</sup> bör dessutom patienten alltid få respons på ett klagomål, även om vårdgivaren anser att klagomålet är obefogat.

<sup>18</sup> Patientsäkerhetslagen (2010:659)

<sup>19</sup> SOU 2015:102 Fråga patienten Nya perspektiv i klagomål och tillsyn

Under året 2022 tillskrev patientnämnden verksamheter i 56 % av de inkomna ärendena och begärde skriftligt yttrande. Detta är en ökning med sju procent jämfört med föregående år. Många ärenden inkommer via E-tjänsten 1177, anmälaren har redan här möjlighet att välja direkt om verksamheten ska tillskrivas eller om man vill gå via patientnämnden. Att man fått valet redan här kan vara en anledning till att man vill ha ett skriftligt yttrande från verksamheten. I vissa ärenden uttrycker anmälaren att man försökt komma i kontakt med ansvariga i verksamheten men inte fått någon återkoppling. Då har man vänt sig till patientnämnden för att få ett stöd då man önskar svar på sina synpunkter/frågor.



Figur 11. Begärda skriftliga yttrande från verksamheterna över tid för åren 2019-2022

## Verksamhetens svar/patientnämndens återkoppling

När verksamheten besvarat synpunkterna skickas detta tillbaka till patientnämnden som gör en bedömning om anmälaren fått svar på sina synpunkter. Tillsammans med svaret skickas det med en återkopplingsblankett med frågor där patient/närstående kan utvärdera om de är nöjda med svaret från verksamheten samt patientnämndens handläggning.

Drygt hälften av patienterna/närstående är nöjda med verksamhetens svar. De som inte är nöjda har många gånger fått svar på frågorna men är ändå inte nöjda då svaret kanske inte var vad de önskade. Vad gäller patientnämndens handläggning uppger endast ett fåtal att de inte varit nöjda. De hade kanske andra förväntningar på vad patientnämnden hade för befogenheter att gå vidare i ärende.

## Patientnämnden har under 2022 uppmärksammat

När det gäller patientnämndens arbete under året så är analysen av inkomna synpunkter och klagomål en stor del av arbetet. Vissa frågor av mer principiell karaktär lyfts till patientnämnden för särskild handläggning och analys. När patientnämnden har hanterat och beslutat om dessa ärenden lyfts de vidare till dialogmöte mellan presidierna för patientnämnden och folkhälsa- och sjukvårdsnämnden.

Dialogmötet syftar till att uppmärksamma nämnden för folkhälsa- och sjukvård på synpunkter som inkommit som kan ha påverkan på strategisk nivå och där det i vissa ärenden kan behö-

vas ett politiskt beslut. En del ärende handlar om regelverk och som kan vara kopplade till budget och dessa tar lite längre tid till beslut då dessa frågor ska beredas och utredas.

Ärenden som lyfts vid dialogmötena under 2022 har handlat om:

- bristande kunskap i vården om regelverk för reseersättning för inställd vård
- avsaknad av vårdgaranti vid neuropsykiatriska utredningar och behandlingar
- synpunkter gällande vård vid Kvinnokliniken, Länssjukhuset Ryhov
- avsaknad av ekonomisk ersättning för förlorad arbetsinkomst för inställd vård vid kort varsel
- samsyn saknas när patient behöver vård från flera verksamheter
- rätten till reseersättning vid olika typer cancerbehandlingar.

## Stödpersonsverksamheten

Patientnämnden har sedan 1992 en lagreglerad skyldighet att rekrytera och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT)<sup>20</sup> och lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV)<sup>21</sup>. Från och med 2004 omfattas även personer som tvångsisolerats enligt Smittskyddslagen (SmL)<sup>22</sup> av rättighet till stödperson. Chefsöverläkaren inom psykiatri beslutar om tvångsvård och ansvarar för att patienten får information om sin rättighet till att få en stödperson.

En stödperson är en medmänniska som är intresserad av att stödja patienter som tvångsvårdas. Stödpersonen har tystnadsplikt och ska fungera som medmänskligt stöd genom regelbundna besök.

*Citat från stödperson:*

*”Det är roligt att träffa och lära känna nya människor. Det känns bra att finnas där som stöd och att vara en medmänniska. Det ger mig otroligt mycket tillbaka”*

### Förordnande/entledigande:

Under 2022 har totalt 20 förordnanden gjorts, elva LRV och nio LPT. Antalet nya förordnanden minskade jämfört med 2021 då 27 förordnanden gjordes. Patientnämnden har förordnat stödpersonsuppdrag från alla tre sjukhus i regionen. Totalt har 21 entledigande gjorts, varav elva LRV och tio LPT. Längden på ett förordnande för LRV varierar och kan vara allt ifrån några månader upp till flera år. Det längsta förordnandet i Region Jönköping har pågått i 18 år.

<sup>20</sup> Psykiatrisk tvångsvård, LPT (1991:1128)

<sup>21</sup> Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV (1991:1129)

<sup>22</sup> Smittskyddslagen, SmL (2004:168)



## Rapport stödpersonverksamheten i Region Jönköpings Län

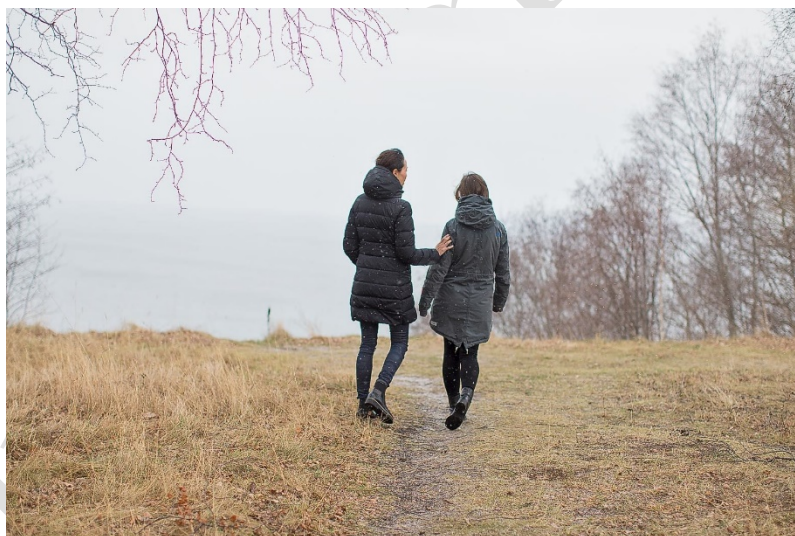
Under året har patientnämnden skrivit en rapport med syftet att belysa stödpersonverksamheten i Region Jönköping. Rapporten kan även bidra som en informationskälla till vården, stödpersoner, andra aktörer i samhället och allmänheten.

### Rekrytering

En rekryteringskampanj av nya stödpersoner gjordes innan sommaren och intresset blev stort. Åtta nya stödpersoner rekryterades. I rekryteringen samarbetade patientnämnden internt med regionens kommunikationsavdelning. En artikel gjordes som publicerades på regionens hemsida och på intranätet. Artikeln innehöll information om stödpersonsuppdraget samt en intervju med en av de stödpersoner som har haft sitt uppdrag under flera år. Under sommaren var en tjänsteperson från patientnämnden och en stödperson även med i Sveriges Radio Jönköping P4. Totalt har patientnämnden 16 aktiva stödpersoner. Det finns glädjande nog ett stort intresse för att bli stödperson och intresseanmälningar via patientnämndens sida på 1177 fortsätter inkomma.

### Aktiviteter för stödpersoner

En träff tillsammans med tjänstepersoner i patientnämnden och stödpersonerna har genomförts under 2022. Ambitionen är att ha träffar för stödpersonerna två gånger per år där det ges information och utbildning med externa föreläsare, men också möjlighet till ett erfarenhetsutbyte.



## Aktiviteter i patientnämnden 2022

### Kommunikation

Patientnämndens övergripande mål med kommunikation är att öka kännedomen om verksamheten genom kontinuerliga och långsiktiga insatser samt att kommunikationen ska vara tillgänglig för alla. Kommunikationsinsatserna ska prioriteras och utformas så att de möter och tillgodoser de krav som beskrivs i Lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården<sup>23</sup>, samt det reglemente som är fastställt av regionfullmäktige i Region Jönköpings län. I kommunikationsplanen för 2021-2022 finns beskrivet vilka målgrupper som ska nås och hur. Under året 2022 har patientnämnden förekommit i olika mediala sammanhang såsom lokaltidningar och lokalradio.

När det gäller informationsuppdrag har tjänstepersoner informerat vid ett 50 tal informationsuppdrag i olika verksamheter, allt från studenter i vårddyrken, ledningsgrupper, politiska grupper och ny vårdpersonal i regionen. Patientnämnden har under året i samverkan med etikrådet i regionen påbörjat ett informationsmaterial gällande kommunikationens betydelse i kontakt med vården.

### Utbildning

Patientnämndens ska uppmärksamma patientsäkerhetsrisker i vården. Därför har ledamöterna i patientnämnden under 2022 genomfört webb utbildningen ”säker vård – nationell utbildning i patientsäkerhet” utgiven av Socialstyrelsen<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

<sup>24</sup> <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktuellt/saker-vard--nationell-utbildning-i-patientsakerhet/>

# Reflektion

Synpunkter och klagomål på vården är en viktig källa till kunskap om hur den fungerar och upplevs av patienter och närstående. Utöver att denna kunskap är viktig för att identifiera avvikelser och brister inom patientsäkerhetsarbetet så utgör den också ett värdefullt underlag för utveckling av vården. Patientnämndens klagomål ger inte en bild av hur sjukvården i stort fungerar, men visar på patienters upplevelser då de inte har varit nöjda i kontakten med vården. På det viset kan deras berättelser ge en vägledning på vilka sätt sjukvården kan förbättras och anpassas efter medborgarnas behov.

I Region Jönköpings län finns 13 grundläggande värderingar som utgör basen för vårt arbete. Dessa värderingar speglar hur vi ska jobba inom vår organisation för att skapa ett värde för patienten. Det handlar om att vi ska jobba förebyggande, lära av varandra och jobba med ständiga förbättringar för att nå bästa resultat för patienten.

I vården finns kunskapen, erfarenheten, rutinerna och bedömningarna. Hos patienten finns förhoppningar, förväntningar, oro och rädsla inför besöket. Oftast blir mötet mellan patient och vården bra, men av olika skäl kan det hända att upplevelsen för patienten blir negativ. För många kan det kännas svårt att lämna in ett klagomål. Det tar tid och energi. Ibland innebär det att patienten tvingas återuppleva ett trauma. Dessutom kan man ha en rädsla att klagomålet ska påverka relationen eller behandlingen negativt. Många ser det också som en självklarhet, rentav sin skyldighet, att berätta om när något gått fel för att förhindra att det upprepas. *”Jag vill inte att någon annan ska drabbas såsom jag gjort”.*

En stor del av de inkomna synpunkterna under 2022 har handlat om att inte blivit lyssnad på eller tagen på allvar. Vilket i vissa fall har fått allvarliga konsekvenser för den enskilde patienten då inte rätt undersökning/bedömning utförts. Synpunkterna har även handlat om att vården inte alltid kunnat leva upp till patientens förväntningar. Det kan då bli en besvikelse hos patienten och man känner sig missnöjd. Det är viktigt att patienten får tillräcklig information och motivering till varför vården gjort som den gjort. Det handlar om kommunikation. En lyckad kommunikation är grunden för att bedriva vården på ett tryggt och säkert sätt och det skapar förutsättningar för goda relationer.

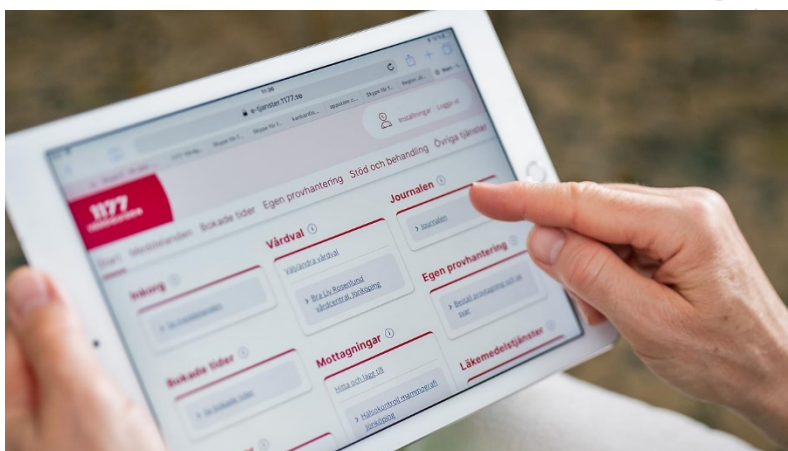
I många ärenden handlade det om bristande kontinuitet då man fick träffa nya läkare hela tiden. I flera svar från verksamheter framkommer att det handlat om att resursbrist och att man haft hyrpersonal och som lett till bristande kontinuitet, uppföljning och kompetens.

Bemanningsproblem och bristerna på kompetens är stora utmaningar inom hälso- och sjukvården. Problemen med kompetensförsörjning förekommer inom flera verksamhetsområden. Bristerna kan få allvarliga konsekvenser för kvaliteten och säkerheten för den enskilde. Det

kan bland annat yttra sig genom att vård och omsorg utförs på ett felaktigt sätt, att patienten blir felbehandlad, feldiagnostiserad och felmedicinerad <sup>25</sup>.

Patientnämndens handläggare upplever en god samverkan med regionens vårdverksamheter. Handläggarna får ofta frågor från chefer som vill ha råd hur man kan skriva svaret så att det ska bli så bra som möjligt till anmälaren. Verksamheternas vilja att ta del av patienternas/närståendes upplevelse av vården har utvecklats och många chefer tackar anmälaren att den hört av sig och uppmärksammat ett problem. Vilket är ett viktigt led i att förbättra och utveckla sin verksamhet både vad det gäller individnivå som organisatorisk nivå.

**”Ett klagomål kan leda till en bättre vård för många”**



<sup>25</sup> <https://www.socialstyrelsen.se/kompetensforsorjning> och patientsäkerhet

**För ett bra liv i en attraktiv region**

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 13

#### Nästa dialogmöte

Inför dialogmötet med nämnd FS presidium sker beredningsmöte med FS.  
Ärenden som berörs är:

- Uppföljning – Rutin för omhändertagande av patienters värdesaker – Dnr RJLP 2022/219
- Uppföljning – Avgör behandlingsmetod för cancersjuk-dom till rätten till ersättning för resa till vården för behandling – Dnr RJLP 2022/172
- Uppföljning från etikrådet gällande kommunikationsrapporten
- 1177 – Handläggarna får i uppdrag att ta fram underlag gällande ärenden 1177.
- Information – vårdgarantin felaktig information, främst kirurgisk vård
- Svåra besked lämnade på telefon
- Föredragning årsrapport
- Arbetssättet under mandatperioden

#### Beslutet skickas till

Patientnämnden

#### Beslutets antal sidor

1

## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 15

#### **Inbjudningar verksamheter 2023**

Då fokusområde för patientnämnden kommer att vara primärvården har Charlotta Larsdotter, direktör Vårdcentralerna Bra Liv, bjudits in till sammanträdet 8 juni.

Chefläkare har bjudits in till sammanträdet i april.

Bjuda in Anna-Lena Krohn verksamhetschef, 1177 Vårdguiden sjukvårdsrådgivning i Region Jönköpings län till sammanträdet i september.

Bjuda in medicinsk ansvarig sjuksköterska MAS till sammanträdet i oktober.

Bjuda in representant från IVO till sammanträdet i december.

#### **Beslutet skickas till**

Patientnämnden

#### **Beslutets antal sidor**

1

## **Presidium - Patientnämnd §§ 1-18**

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### **§ 16**

#### **Årshjul 2023**

En årsplanering för patientnämnden år 2023 har tagits fram, årsplaneringen bygger på de ansvarsområden som framgår av reglementet.

#### **Beslutets antal sidor**

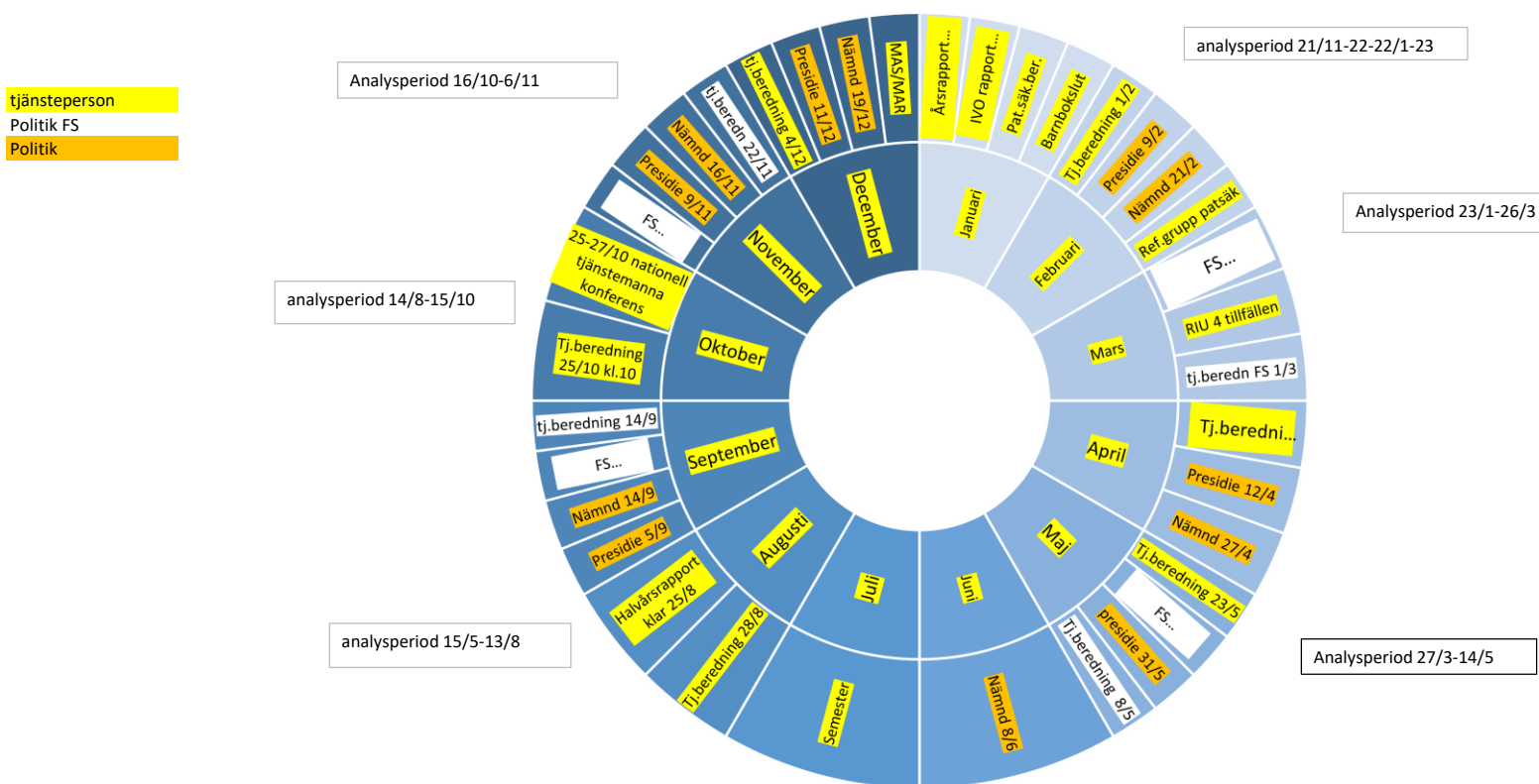
1



## INMATNING

	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December
1	Årsrapport skrivs, färdig 31/1	Tj.beredning 1/2	FS dialogmöte 14/3	Tj.beredning 3/4 kl 13	Tj.beredning 23/5	Nämnd 8/6	Semester	Tj.beredning 28/8	Presidie 5/9	Tj.beredning 25/10 kl.10	FS dialogmöte 29/11	tj.beredning 4/12
2	IVO rapport och statistik, färdig 31/1	Presidie 9/2	RIU 4 tillfällen	Presidie 12/4	FS dialogmöte 16/5			Halvårsrapport klar 25/8	Nämnd 14/9	25-27/10 nationell tjä	Presidie 9/11	Presidie 11/12
3	Pat.säk.ber.	Nämnd 21/2	tj.beredn FS 1/3	Nämnd 27/4	presidie 31/5				FS dialogmöte 27/9		Nämnd 16/11	Nämnd 19/12
4	Barnbokslut	Ref.grupp patsäk			Tj.beredning 8/5				tj.beredning 14/9		tj.beredn 22/11	MAS/MAR
5												

### ÅRSHJUL Patientnämnden 2023



## Presidium - Patientnämnd §§ 1-18

**Tid:** 2023-02-09 kl. 09:00

**Plats:** Regionens hus, Sal C

### § 17

#### Presidiekonferens Umeå 29-30/11

Presidiet informerar om medverkan på årets presidiekonferens i Umeå 29-30 november.

Handläggare återkommer med mer information.

#### Beslutet skickas till

Patientnämnden

#### Beslutets antal sidor

1