

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Lär vi av patienternas synpunkter – och leder det till långsiktig förändring?

En sammanställning av hur vården har agerat utifrån synpunkter till patientnämnden

Inledning

Att framföra synpunkter är en rättighet för patienter och närstående när de inte är nöjda med kontakten med vården. De har även rätt att få ett svar från verksamheten som är begripligt och som innehåller en förklaring till det inträffade¹. Många som vänder sig till patientnämnden gör det med en önskan om att deras erfarenheter ska leda till en förändring – att samma sak inte ska drabba någon annan och att vården ska kunna bli bättre.

Patientnämnden har i uppdrag att ta emot, stödja och hjälpa patienter/närstående som har synpunkter på vården samt att bidra till kvalitetsutveckling genom att föra vidare erfarenheter till vårdens verksamheter². Om något har gått fel ska den som framfört synpunkter få information om vilka åtgärder verksamheten avser att vidta för att förhindra att det inträffar igen. När verksamheterna i sina svar till patient/närstående beskriver vilka åtgärder som vidtas blir det en bekräftelse på att synpunkterna har gjort skillnad och bidragit till lärande och utveckling i vården.

I många av de ärenden där patientnämnden begär svar från verksamheten framgår det att åtgärder har vidtagits med anledning av inkomna synpunkter. I flera svar beskrivs exempelvis vilka brister som identifierats och vilka åtgärder som planeras eller har genomförts

för att förhindra att liknande händelser upprepas. Åtgärderna kan exempelvis bestå av att synpunkterna tas upp i på läkarmöten eller arbetsplatsträffar (APT) i syfte att skapa lärande i verksamheten. Det kan även handla om mer konkreta förbättringsåtgärder, såsom att uppmärksamma och åtgärda brister i rutiner, exempelvis när en patient inte har kallats till planerad uppföljning. Dessa åtgärder kan utgöra ett viktigt underlag för verksamheternas systematiska förbättringsarbete.



Bild 1. Patienten som medskapare

Region Jönköpings läns värdegrund

Region Jönköping läns värdegrund utgår från att skapa värde för dem vi finns till för – patienter och närstående. Deras behov, erfarenheter och synpunkter är en viktig vägledning i utvecklingen av vården och utgör ett centralt underlag i förbättringsarbetet. Genom att ta tillvara på synpunkter, identifiera risker i processer och omsätta lärdomar i handling skapas förutsättningar för lärande, utveckling och en tryggare vård. På så sätt bidrar patienters och

¹ Patientlagen (2014:821), 11 kap. 2 §.

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

Patientnämnden i Region Jönköpings län

närståendes synpunkter till att stärka kvalitet och patientsäkerhet.



Bild 2. Värdegrundsblomma

Värdegrundsblomman är en visuell modell som beskriver regionens gemensamma värdegrund och förhållningssätt i mötet med invånare, patienter, brukare och varandra som kollegor. Blomman symboliserar att alla delar hänger ihop och tillsammans skapar helheten i hur vi arbetar och bemöter de vi är till för.

Metod och urval

Vid nämndssammanträdet 20241205 beslutades att en rapport om vårdens åtgärder utifrån synpunkter som inkommit till patientnämnden skulle tas fram. Denna analys är baserad på synpunkter som inkom till patientnämnden under perioden 20250101–20251231 och omfattar de ärenden där utredare har identifierat att verksamheten vidtagit åtgärder med anledning av inkomna synpunkter.

Ärendena har lästs igenom i sin helhet och analyserats med fokus på de åtgärder som verksamheterna redovisar i sina svar.

Begrepp: I rapporten används synpunkter och ärenden synonymt.

Resultat

Det totala antalet ärenden till patientnämnden under 2025 uppgick till 1 389. I 851 av

dessa begärde patientnämnden ett svar från verksamheten.

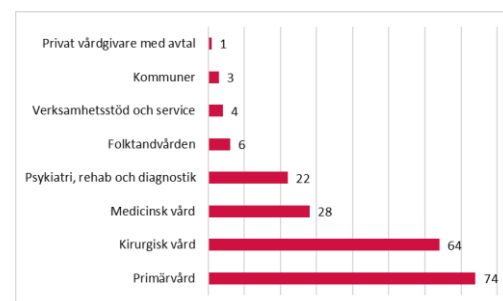
Rapporten är baserad på de 202 (24 procent) ärenden där det framgår i verksamheternas svar att åtgärder har vidtagits med anledning av de inkomna synpunkterna.

Vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, vilket innebär att utreda händelser som har medfört – eller hade kunnat medföra – en allvarlig vårdskada.

Ref. Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Ärenden förekom inom Regionens samtliga medicinska verksamhetsområden, hos privata vårdgivare med avtal med regionen, inom kommunal hälso- och sjukvård samt inom Folk tandvården.

Flest redovisade åtgärder återfanns inom Primärvården och kirurgisk vård, vilket också är de verksamhetsområden som haft flest inkomna synpunkter under året.

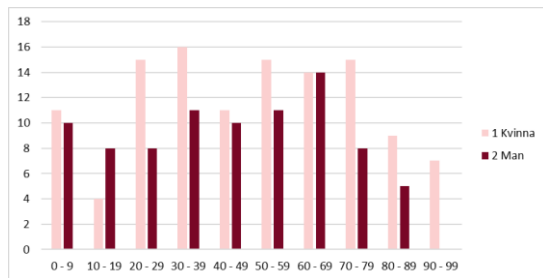


Figur 1. Fördelning per verksamhetsområde

Fördelning kön och ålder

Verksamheterna har redovisat åtgärder i fler ärenden som rör kvinnor än män, vilket motsvarar den övergripande könsfördelningen i patientnämndens ärenden.

Patientnämnden i Region Jönköpings län



Figur 2 fördelning kön och ålder i de ärenden där verksamheterna redovisat en åtgärd.

Procentuellt sett redovisas åtgärder i större utsträckning i ärenden som rör barn i åldern 0–9 år. Barn i denna åldersgrupp utgör fyra procent av patientnämndens totala ärenden³ men tio procent av de ärenden där åtgärder redovisats.

Del av verksamhetens svar:

”Vi har även arbetat i hela arbetsgruppen med arbetssättet vid mötet med barn, inskolningar, tandvårdsrådsla m.m. Detta för att händelsen inte ska upprepas igen...”

Detta kan indikera en särskild medvetenhet kring barns utsatthet och behov av skydd. Enligt hälso- och sjukvårdslagstiftningen och barnkonventionen ska barnets bästa särskilt beaktas i vården. Resultatet kan därför tolkas som att ärenden som rör yngre barn i högre grad leder till konkreta åtgärder.

Huvudproblem

Samtliga inkomna synpunkter kategoriseras utifrån nio huvudproblem enligt patientnämndens nationella handbok⁴. Åtgärder har redovisats i flest ärenden som rör vård och behandling samt kommunikation, vilket även är de vanligast förekommande huvudproblemen totalt³.

Upplevd svars kvalitet

När den som framfört synpunkterna får svaret

från verksamheten får de alltid möjlighet att återkoppla om de anser att de fått svar på sina frågor i verksamhetens svar. Analysen visar att i de ärenden där verksamheten redovisar åtgärder upplever patienterna i högre grad att de fått svar på sina frågor. I de ärenden där verksamheten redovisat åtgärder har 36% återkopplat att de upplever att de fått svar på sina frågor. Detta jämfört med 12% av patientnämndens samtliga ärenden för 2025.

Vilka åtgärder redovisas

Vid genomgången har ett antal återkommande kategorier identifierats, vilka belyser vårdens åtgärder på såväl individnivå som övergripande verksamhetsnivå.

De åtgärder som redovisas i verksamheternas svar kan övergripande delas in i tre typer: lärande åtgärder, individriktade åtgärder och strukturella åtgärder. Lärande åtgärder syftar till reflektion och kunskapsspridning inom verksamheten. Individriktade åtgärder riktar till den enskilda patienten och innebär en direkt korrigerande av situationen. Strukturella åtgärder innebär förändringar av rutiner eller arbetssätt och har en bredare och mer långsiktig påverkan på verksamheten.

Lärande åtgärder

Cirka 70 procent av åtgärderna som redovisas är att verksamheten tar upp ärendet på interna möten, ofta på läkarmöten eller arbetsplatsträffar (APT).

Detta illustreras i verksamheternas svar, exempelvis genom formuleringar som:

”Händelsen kommer att lyftas i läkargruppen som exempel att lära sig av.”

Synpunkterna kan även användas som fall i interna utbildningar inom verksamheterna. På

³ Patientnämndens årsrapport 2025

⁴ Handbok för patientnämndens handläggning av klagomål och synpunkter

Patientnämnden i Region Jönköpings län

så sätt kan avvikelser och patientärenden bidra till lärande för fler än de medarbetare som varit direkt involverade i den aktuella händelsen. När patientfall används i utbildningssammanhang skapas även möjlighet att koppla händelserna till evidens, forskning, kliniska erfarenheter och gällande interna rutiner.

Detta framgår bland annat i ett ärende där en patient sökte upprepade gånger på sin vårdcentral för smärta i ena foten, patienten hade också diabetes. Patienten fick flera olika diagnoser och behandlingsrekommendationer som inte hjälpte och patienten fortsatte söka hjälp. Först flera veckor senare fick patienten diagnos Charcotfot och hade flera frakturer i foten som denne inte skulle ha belastat.

Del av verksamhetens svar:

”Vi kommer att ta upp det här fallet på våra interna utbildningar för alla läkare på kliniken eftersom det är ett intressant, ovanligt och lärorikt fall. Detaljerna tas upp i dialog för att snabbare kunna förstå och handlägga liknande situationer.”

Ett annat exempel rörde ett barn som efter en fallolycka röntgades utan att frakturen upptäcktes vid första bedömningen. När barnet fortsatt hade ont gjordes en ny undersökning där frakturen identifierades. Verksamheten beklagade den försenade diagnosen och angav att ärendet hade diskuterats med chefläkare samt att fallet kommer att visas för radiologerna i utbildningssyfte för att minska risken att liknande misstag upprepas.

Synpunkterna används således som ett konkret lärandeexempel inom verksamheten, med syfte att stärka den diagnostiska uppmärksamheten och öka medvetenheten kring denna typ av skador.

Dessa exempel visar hur synpunkter från patienter används som underlag för lärande inom

verksamheten. Samtidigt är det svårt att bedöma vilken långsiktig effekt dessa insatser får, då det sällan framgår hur lärandet följs upp eller hur det omsätts i varaktiga förändringar av arbetssätt.

Individeriktade åtgärder

Utöver lärandeinsatser har även mer konkreta åtgärder identifierats, exempelvis att patienter tilldelats ny fast läkarkontakt, kallats till ett besök eller att ansvarsfördelning i vårdprocessen har tydliggjorts. Dessa åtgärder är på individnivå och får en direkt betydelse för den aktuella patienten.

Del av verksamhetens svar:

”Tack för vårt samtal där vi kom överens om att vi listar om dig till annan läkare och bokar in en läkarbedömning.”

Individeriktade åtgärder kan bidra till att återställa förtroende och bidra till att patienten får rätt hjälp. Ofta får den här typen av åtgärder ingen betydelse för verksamheten i stort men ibland kan det leda till att man identifierar brister i rutiner som kan förtydligas.

Strukturella åtgärder

I vissa ärenden framgår att verksamheten vidtagit mer övergripande åtgärder som innebär förändringar av rutiner, arbetssätt eller systemstöd. Dessa åtgärder syftar till att minska risken för att liknande händelser inträffar igen och har därmed en bredare påverkan än åtgärder som enbart riktas till den enskilda patienten. Denna typ av åtgärder bidrar i större utsträckning till ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete.

I ett ärende där remiss och journalanteckning saknades redovisade verksamheten flera organisatoriska åtgärder, såsom förstärkt bemanning, ökad administrationstid och införande av påminnefunktion i journalsystemet. Detta

Patientnämnden i Region Jönköpings län

är ett exempel på hur en enskild händelse kan leda till mer genomgripande förändringar av arbetssätt och systemstöd.

Ett annat exempel rörde patientinformation vid botande strålbehandling för prostatacancer. Med anledning av inkomna synpunkter avser verksamheten att ta fram en film eller presentation för att skapa en mer samlad och likartad information till patienter om behandling och vanliga biverkningar. Åtgärden syftar till att höja kvaliteten och likvärdigheten i informationen för en hel patientgrupp, och kan därmed få betydelse för fler än den enskilda patient som framförde synpunkten.

Samtidigt framgår det mer sällan att enskilda ärenden leder till gemensamma eller regionövergripande förändringar. Förbättringsarbetet bedrivs i stor utsträckning lokalt, men det kan finnas en utvecklingspotential i att i högre grad samordna analys och lärande på regionnivå. När återkommande mönster identifieras i flera delar av organisationen finns möjlighet att sprida erfarenheter och omsätta dem i gemensamma förbättringsinsatser, vilket kan stärka kvalitet och patientsäkerhet i hela regionen.

Reflektion

Att få en bekräftelse på att verksamheten tagit till sig av inkomna synpunkter har stor betydelse för patienter och närstående. Resultatet visar att patienter i högre grad upplever att de fått svar på sina frågor när verksamheten redovisar vidtagna åtgärder. Att tydligt beskriva vilka åtgärder som genomförts fyller därmed både en förbättringsfunktion och en viktig roll i att stärka förtroendet för vården.

I linje med Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2025–2030 framträder både styrkor och utvecklingsområden i det arbete som beskrivs i denna rapport.

Skriven av Anna Stålkantz, sektionschef och Rebecka Siebers, utredare i patientnämnden, Region Jönköpings län

Synpunkter från patienter och närstående tas i många fall tillvara och bidrar till lärande i verksamheterna, vilket ligger väl i linje med målet om patienten som medskapare. Samtidigt redovisas åtgärder i 24 procent av de ärenden där verksamheten lämnat svar, och dessa består i huvudsak av lärandeinsatser såsom genomgångar och diskussioner i personalgrupp.

Sådana åtgärder är viktiga för reflektion och kunskapsspridning, men det är svårt att bedöma vilken långsiktig effekt de får. Det framgår sällan hur lärandet omsätts i förändrade arbetssätt eller hur effekten av åtgärderna följs upp över tid. När åtgärder främst består av intern diskussion finns en risk att förbättringsarbetet blir personberoende och situationsbundet.

Genomgången visar att lärande ofta sker lokalt och som en reaktion på en enskild händelse, samtidigt som liknande synpunkter återkommer över tid. Detta indikerar ett behov av att i större utsträckning identifiera mönster och omsätta lärdomar i strukturella och uppföljningsbara förändringar som minskar risken för upprepning.

Enligt patientsäkerhetslagen är det vårdgivaren som har det övergripande ansvaret för att planera, leda och kontrollera verksamheten så att god vård upprätthålls. I Region Jönköpings län innebär detta att ansvaret ytterst ligger på regionen som organisation, samtidigt som det operativa ansvaret följer linjeorganisationen. Genomgången visar att verksamheterna i stor utsträckning tar ansvar för att hantera synpunkter inom den egna verksamheten. Samtidigt framträder ett mönster där förbättringsarbetet främst bedrivs lokalt. När liknande synpunkter återkommer i flera verksamheter kan det indikera behov av att i större utsträckning samordna analys och lärande på vårdgivarnivå.

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Även Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i sin tillsyn 2025 noterat brister i det systematiska kvalitetsarbetet nationellt. Även om åtgärder vidtas efter tillsyn är de inte alltid förebyggande och långsiktiga. IVO betonar vikten av kontinuerlig egenkontroll och ett aktivt lärande där risker identifieras och hanteras i ett tidigt skede. Ett fungerande kvalitetsarbete är i grunden ett ledningsansvar och en förutsättning för att brister ska kunna åtgärdas varaktigt.

Region Jönköpings län arbetar även utifrån "Kvalitet som strategi", där det framgår att förbättringsarbete ska bedrivas systematiskt, följas upp och spridas inom organisationen. Det betonas att nya och förändrade arbetssätt ska kommuniceras, att resultat ska dokumenteras och följas upp samt att lärdomar ska komma hela verksamheten till del. I förhållande till detta visar genomgången att förbättringsarbetet i många fall sker inom den egna verksamheten. När liknande synpunkter återkommer inom olika verksamheter finns en potential att i större utsträckning omsätta dessa i gemensamma förbättringsinsatser.

Region Jönköpings läns värdegrund betonar att patienters och närståendes behov, erfarenheter och synpunkter ska vara vägledande i utvecklingen av vården. Patientnämndens ärenden utgör i detta sammanhang en viktig källa till kunskap om var förbättringsarbete behövs. För att fullt ut svara mot värdegrundens ambition om att stärka kvalitet och patientsäkerhet behöver dock lärandet i högre grad omsättas i strukturella och uppföljningsbara förändringar. När synpunkter inte enbart leder till reflektion utan också till systematiska förbättringar kan både förtroendet och vårdens långsiktiga kvalitet stärkas.



Bild 3. Esthers familj

Diskussionsfrågor till verksamheterna

1. Hur säkerställer vi att lärdomar inte stannar vid reflektion utan omsätts i förändrade arbetssätt eller rutiner?
2. Hur följer vi upp att beslutade åtgärder faktiskt genomförs och får avsedd effekt?
3. När är en lärandeåtgärd tillräcklig – och när krävs en strukturell förändring?
4. Hur vet vi att risken för att samma situation uppstår igen har minskat?
5. Hur säkerställer vi att lärdomar från enskilda ärenden tas tillvara och sprids i hela organisationen, i linje med vårt övergripande ansvar för patientsäkerheten?