

# Klagomål som gäller flera vårdenheter

Version: 1

## **Klagomål som gäller flera vårdenheter**

Författare: Helena Lenke Thalberg och Åsa Morenga

2018-03-26  
Dnr: 18PN409

# Innehåll

1.	Inledning .....	4
1.1	Bakgrund.....	4
1.2	Syfte.....	5
2.	Avgränsning .....	5
3.	Metod .....	6
4.	Resultatredovisning .....	7
4.1	Vårdprocesser.....	8
4.2	Samordning och kommunikation .....	9
4.3	Sen diagnos.....	10
4.4	Vårdens svar .....	11
4.5	Förbättringsförslag från patienter/närstående .....	12
5.	Diskussion och reflektioner .....	12

# 1. Inledning

Patientnämnden tar emot synpunkter från patienter och närstående avseende hälso- och sjukvården och Folk tandvården i Region Örebro län, hälso- och sjukvård i länets kommuner samt privat hälso- och sjukvård, som utförs enligt avtal med Region Örebro län eller länets kommuner.

I verksamhetsplanen för 2018 har patientnämnden gett Patientnämndens kansli i uppdrag att i rapportform redogöra för problemområden, som kan identifieras utifrån klagomål från patienter och närstående som gäller fler än en vårdenhet.

## 1.1 Bakgrund

Idén att granska ärenden där en patient eller närstående har synpunkter och/eller klagomål som gäller flera vårdenheter uppstod under rapportarbete för klagomål och synpunkter gällande remisser och information mellan vårdgivare eller vårdenheter.<sup>1</sup>

Med benämning *vårdenhet* menar vi i den här rapporten den enhet som patienten har haft kontakt med eller besökt. Detta innefattar därför såväl ett besök vid en vårdcentral eller en mottagning/ avdelningen som ett telefonsamtal med en vårdpersonal från något av ovanstående. Med *vårdgivare* menas vård som bedrivs av olika huvudmän, regioner och landsting.

En *vårdprocess* kan vara ett besök i vården, men det kan även handla om upprepade kontakter och besök på flera vårdenheter. I de ärenden som den här rapporten grundar sig på har alla patienterna haft flera kontakter och besökt flera olika vårdenheter.

En fungerande *samordning* är viktig för både patient, närstående och vårdgivare. Vid bristande samordning bidrar det ofta till en försämrad upplevelse för patienten samt till sämre vård och/eller omsorg. När samordningen brister är patientupplevelsen ofta att ansvaret för att koordinera insatserna hamnar på individen, dvs patienten själv, eller dennes närstående. Nationellt har till exempel samordningen kring äldre med flera kroniska sjukdomar och barn med funktionsnedsättning, lyfts fram som områden med stora upplevda brister där närstående har känslan av att de får bära ett stort ansvar.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Rapport: Synpunkter och klagomål som avser remisser och information mellan vårdgivare eller vårdenheter

<sup>2</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Rapport 2017: 9, Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv.

I en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys härefter benämnd endast Vårdanalys, beskrivs att en femtedel av patienterna har fått motstridig information gällande sin egen eller en närståendes vård. Med en välfungerad samordning innebär det att patienten inte behöver upprepa sin information eller genomgå onödiga behandlingar eller utredningar när denne godkänt att information får delas mellan vårdenheter. Vid bristande information och kommunikation måste patienten berätta sin historia gång på gång eller informera om insatser vid tidigare vårdkontakter. Det kan då vara lätt för patienten att missa att berätta något som är av betydelse, vilket kan leda till felaktiga beslut eller att nödvändiga insatser uteblir. Det kan också skapa oklarheter om nästa steg i behandlingen och försämra förutsättningarna för egenvård.<sup>3</sup> Patienten tvingas ta ett ansvar som denne inte ska behöva ta.

## 1.2 Syfte

Syftet med rapporten är att i rapportform redogöra för problemområden, som kan identifieras utifrån klagomål från patienter och närstående som gäller fler än en vårdenhet. Det övergripande syftet med rapporten är att dess innehåll ska kunna utgöra ett bidrag till vårdgivarnas utvecklings- och kvalitetsarbete.

## 2. Avgränsning

Underlaget till den här rapporten utgörs av ärenden hos Patientnämndens kansli som innehåller patienters eller närståendes synpunkter på hälso- och sjukvården och/eller tandvården. Alla ärenden hos Patientnämnden registreras i ärende- och dokumenthanteringssystemet Platina. Ärendena registreras med uppgift om vilken verksamhet som klagomålet gäller och utifrån innehållet i patienternas synpunkter eller klagomål kategoriseras ärendena av handläggare, i åtta så kallade huvudproblem med underliggande delproblem<sup>4</sup>.

Patientnämnden har utöver ovanstående kategorier även egna sökord, varav *samma som* är ett av dem. Sökordet *samma som* används när samma synpunkter gäller flera vårdenheter eller vårdgivare och detta har därav använts för att ta fram underlaget till den här rapporten.

Föreliggande rapport avgränsas till att behandla ärenden med alla typer av synpunkter och klagomål, där den gemensamma nämnaren är att ett sammanhängande klagomål gäller fler än en vårdenhet.

---

<sup>3</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017: 9

<sup>4</sup> Huvudproblemen är: 1. Vård och behandling, 2. Omvårdnad, 3. Kommunikation, 4. Patientjournal och sekretess, 5. Ekonomi, 6. Organisation och tillgänglighet, 7. Vårdansvar samt 8. Administrativ hantering.

Rapporten avser ärenden som inkom under perioden 1 januari 2017 – 30 september 2017. Under den angivna perioden inkom 103 ärenden som överensstämmer med den avgränsning som har beskrivits ovan.

Ärendemängden har reducerats med fyra ärenden, vilket bland annat beror på felregistrering och på att informationen som lämnats i ärendena är så knapphändig att det är svårt att utläsa vad synpunkterna eller klagomålen består i. Kvar att granska blev totalt 99 ärenden gällande 43 patienter.

### 3. Metod

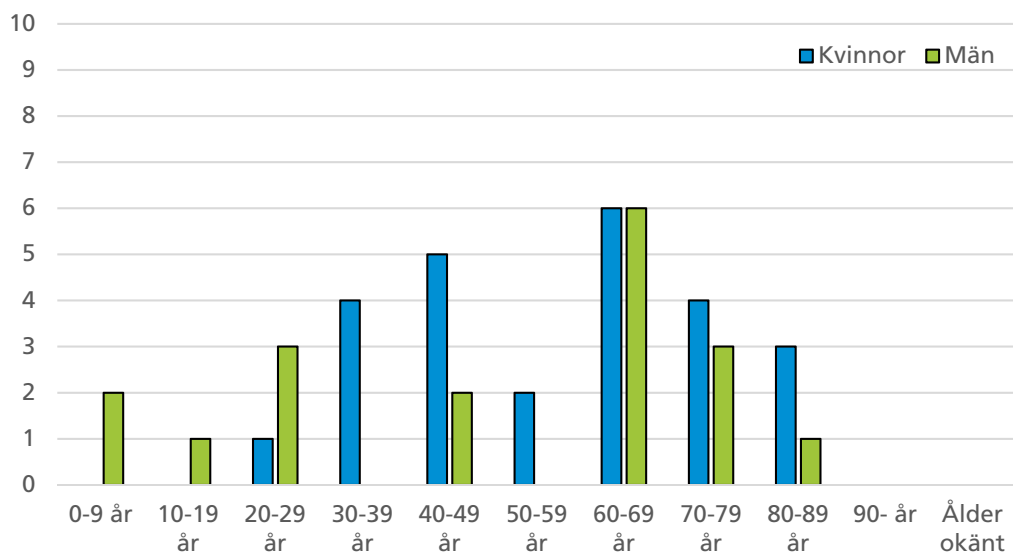
De ärenden som ingick i urvalet (se 2. Avgränsning) har granskats i syfte att försöka hitta det/de områden som utgör ”kärnan” eller är fokus i de framförda synpunkterna och klagomålen i varje enskilt ärende.

Vid genomläsning kunde ett antal problemområden identifieras. Därefter gjordes en samlad genomgång av det som noterats att vara kärnan eller utgöra fokus i samtliga ärenden. Utifrån dessa kunde sedan samband eller mönster urskiljas. Det är detta som sedan ligger till grund för de problemområden som presenteras närmare i denna rapport.

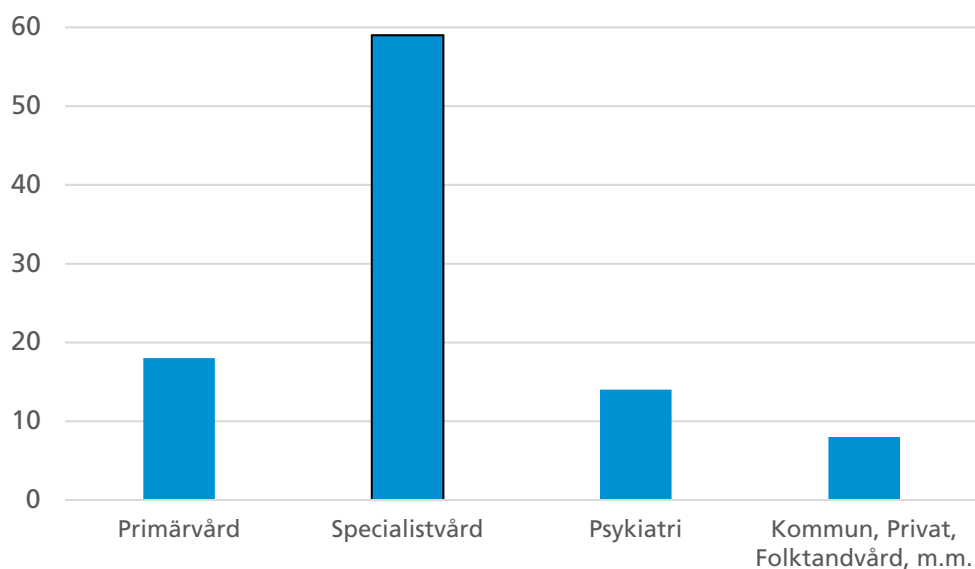
I resultatredovisningen presenteras de problemområden och mönster som har framstått som tydligast. Detta utifrån antagandet att rapporten blir ett mer värdefullt bidrag för hälso- och sjukvårdens arbete med kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet om de problemområden som presenteras är konkreta och distinkt formulerade. Det innebär att de problemområden som presenteras i denna rapport inte representerar samtliga ärenden som ingår i urvalet.

Alla ärenden där sökordet *samma som* registreras kommuniceras som regel med vården. För att få en mer nyanserad bild av vad som hänt har vårdens svar beaktas i större utsträckning, än vad som vanligen har gjorts i tidigare rapporter av Patientnämndens kansli.

## 4. Resultatredovisning



**Diagram 1.** Rapporten grundar sig på 99 ärenden som gäller 43 enskilda patienter, 25 kvinnor och 18 män.



**Diagram 2.** Det är vanligast att ett ärende gäller två vårdenheter, men det förekommer även att flera vårdenheter kan vara involverade. I ett par ärenden var fem vårdenheter i fokus för synpunkterna och klagomålen. Specialistvård förekommer i 59 av de 99 ärendena, primärvård och psykiatri förekommer i 18 respektive 14 ärenden. Annan hälso- och sjukvård från kommunerna, folktandvården eller privata vårdgivare förekommer i 8 ärenden.

## 4.1 Vårdprocesser

I underlaget för den här rapporten är klagomålen som berör vårdprocesser ett av de två problemområden som vid granskning framträder tydligast. Socialstyrelsens definition på vårdprocess är en process avseende hälso- och sjukvård som hanterar ett eller flera relaterade hälsoproblem eller hälsotillstånd i syfte att främja ett avsett resultat.<sup>5</sup> En vårdprocess kan alltså innefatta ett besök i vården, men det även handla om upprepade kontakter och besök.

De patienter som vänt sig till Patientnämnden upplever att vårdprocessen har påverkats negativt i de fall de haft kontakt med vårdgivare i olika län. Patienterna beskriver att deras upplevelse är att vårdprocessen fördröjs och stannar av då avståndet mellan vårdenheterna ökar. Vidare framgår det att patienterna tycker att kommunikationen under en vårdprocess mellan vårdenheter inte alltid fungerat och patienterna upplever då att de själva har fått agera som en så kallad samordnare för att kommunikationen och vårdprocessen ska fortlöpa.

I de fall patienterna har kontakt med läkare vid flera vårdenheter har patienterna synpunkter på att det verkar finnas en bristande vetskap om varandras ansvars- och kunskapsområden. Detta gör att patienterna känner en otrygghet och en ovisshet i en vårdprocess när fler aktörer är inblandade, vilket även bekräftas av Vårdanalys. De konstaterar att Sverige är ett av de länder där störst andel patienter anger att deras ordinarie läkare inte verkar vara uppdaterad om den vård som de fått från en specialistläkare. Vidare presenteras information om att de patienter som träffat en specialistläkare under de senaste två åren, upplevde att informationsöverföringen från specialistläkaren till den ordinarie läkaren inte verkade fungera och att specialistläkaren inte verkade ha grundläggande medicinsk information eller testresultat från undersökningar gjorda av den ordinarie läkaren.<sup>6</sup>

När en patient måste berätta sin historia gång på gång kan det finnas risk att viktig information inte kommer fram, vilket kan påverka beslut om den fortsatta vården. Vi ser i underlaget till rapporten att det upplevs komplicerat för patienterna att veta vad som är viktigt att berätta i kontakten med vården och vid vilket vårdbesök och vårdenhet. Alla patienter har inte kunskap om hur vården är uppbyggd och vet inte på vilken vårdnivå man ska söka vård vid, för olika åkommor och besvär. Även om det finns regler och rutiner för hur detta ska följas finns det ibland situationer där patienten behöver tas emot, även om denne sökt vård på fel tillvägagångsätt eller på fel vårdnivå. Det framkommer även att patienterna upplever att vårdenheten/ vårdgivaren inte är behjälpliga med vart de ska vända sig i de fall då de ”sökt fel”.

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsens termbank

<sup>6</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2017: 9



Synpunkterna som rör vårdprocessen handlar också om kommunikation mellan vårdgivare och rutiner för hantering av prover. Ett exempel där det inte fungerade rör en patient som initialt tog kontakt med en vårdgivare i Region Örebro län, prov togs och skickades för analys inom regionen. Provet skickades sedan vidare för analys till vårdgivare i ett annat län. Patienten fick själv ta kontakt och efterfråga provsvaret hos de tre olika vårdgivarna. Efter nästan 6 månaders väntetid och påstötningar från både patienten och Örebro Region län hade provsvaret ännu inte kommit. Det framkommer också genom klagomålet att patienten ringt de tre olika vårdgivarna flera gånger för att efterfråga provsvaret och då fått olika besked om vem som skulle kontaktas och när ett besked skulle kunna lämnas.

## 4.2 Samordning och kommunikation

Det andra problemområdet som är tydligast är samordning och kommunikation mellan vårdenheter och vårdgivare. Samordning förklaras som koordination av resurser och arbetsinsatser för att erhålla högre kvalitet och få större effektivitet.<sup>7</sup> En fungerande samordning är viktig för både patient, närstående och vårdgivare. Vid bristande samordning bidrar det ofta till en försämrad upplevelse för patienter samt till sämre vård eller omsorg. När samordningen brister är patientupplevelsen att ansvaret för att koordinera insatserna läggs på dem själva eller deras närstående. Vårdanalys beskriver att en femtedel av patienterna upplever att de någon gång fått motstridig information i kontakt med vårdgivare. För patienterna kan motstridig information leda till ovisshet om vad som ska hända därefter samt ambivalens om förberedelser inför kommande undersökningar och behandlingar samt vilken egenvård som det finns att tillgå.<sup>8</sup>

Flera patienter, i underlaget till vår rapport, upplever att kommunikationen och samordningen mellan den vårdenhet där patienten utretts och den som är ansvarig att ombesörja för den fortsatta vården brister. Detta genom att informationen inte framgångsfullt förts över mellan vårdenheterna. Vidare ser vi exempel på när läkare från olika vårdenheter ska informera om samma sak och upplevs det att informationen skiljer sig mycket åt.

Det finns flera exempel där man i vårdens svar uttryckt att man inte gjorde någon ytterligare utredning, eftersom patienten väntade på att få komma till en annan vårdenhet alternativt hänvisat till att patienten har en befintlig kontakt vid annan vårdenhet, dessutom även brustit att kommunicera detta till patienterna. I Vårdanalys beskrivs att samordningen generellt försvåras ju fler

---

<sup>7</sup> Socialstyrelsens termbank

<sup>8</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Rapport 2017: 9

personer och aktörer som är involverade i vården<sup>9</sup> vilket syns även i vårt underlag.

Vidare beskriver flera patienter att deras upplevelse är att ingen vårdenhet tar ett helhetsansvar och följer upp samt att patienterna själva har en känsla av att de måste driva på sin vårdprocess. Detta skapar en osäkerhet om vem som har huvudansvaret och vad som ska hända härnäst. Utifrån granskade klagomål ser vi upprepade gånger att vårdgivare i olika län inte alltid är överens om en utredning eller behandling eller att två vårdenheter inte är överens om vem som ska göra vad. Patienterna som framfört dessa klagomål har inte bara framfört synpunkter på att vårdgivarna/ vårdenheterna har olika uppfattning, de har även angett att de är missnöjda med samordningen kring dem.

Patienterna framför även att det kan vara svårt att veta vilken behandling som är den bästa när läkare vid olika vårdenheter utifrån sina specialiteter har olika kunskap om olika behandlingar, vilket gör att de ibland förordar olika behandlingar.

I ett exempel sökte patienten vård vid primärvården och remitterades vidare till en specialistläkare. Då specialistläkaren gjort sin bedömning, vilket var att patienten behövde remitterats till en annan specialistläkare, fördröjdes detta då specialistläkaren och läkaren vid primärvården var oense om vem som hade det remitterande ansvaret. Patienten i aktuellt fall framförde synpunkter på att kommunikationen och samordningen var bristfällig.

Ett annat exempel gäller en ung patient som skulle genomgå ett kirurgiskt ingrepp akut och sattes upp på operationslista. Patientens plats på listan ändrades, utan att patientens ordinarie läkare och närstående informerades. Det visade sig senare att patienten borde ha haft sin plats kvar på operationslistan.

I svar från vården till patient framkommer det att det finns strukturella hinder som kan påverka samordningen negativt. Det handlar om de system som används, exempelvis journalsystem och system för hantering av läkemedel m.m. som i vissa avseende kan vara svåra att använda och framförallt svåra att använda tillsammans.

### **4.3 Sen diagnos**

Båda ovanstående problemområden kan leda till upplevelsen att en diagnos blir fördröjd. Flera av de patienter som vänt sig till Patientnämnden med klagomål som rör flera vårdenheter, har synpunkter på att det har tagit lång tid att komma fram till rätt diagnos. I några ärenden menar patienterna att diagnosen

---

<sup>9</sup> Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Rapport 2017: 9

borde ha kunnat ställas tidigare utifrån resultaten av tidigare utförda undersökningarna.

Att få vänta på att få komma till specialistläkare för fortsatt utredning är en orsak till att patienterna upplever att diagnosen fördröjs. Ibland kan det vara så att flera vårdprocesser pågår parallellt, utan att patienten har vetskap om det. Med andra ord kan det vara så att en primärvårdsläkare remitterar patienten vidare, patienten tror att primärvårdsläkaren för tillfället avstannar i sin utredning för att invänta svar från annan vårdenheten när det i själva verket även fortgår fortsatt utredning hos primärvårdsläkaren.

En annan orsak till att diagnosen fördröjs tror patienterna är att när fler vårdenheter är inblandade blir ansvarsfördelningen otydlig om vem som har huvudansvaret. Patienter upplever att de fått tjata för remitteras vidare eller komma på ytterligare undersökningar. I vårdens svar bekräftas att det i ärenden där ansvarsfördelning varit otydlig kan ha lett till fördröjningar.

Det går även att utläsa att vårdpersonal efter en behandling har letat efter förväntade symptom och komplikationer utifrån sitt medicinska område. Det framgår även i vårdens svar att det ibland är en medveten strategi är att invänta ytterligare symptom alternativt en förbättring av hälsotillståndet. För patienterna blir dock upplevelsen att diagnosen försenas och att tankar om att de hade kunnat få eventuell behandling tidigare.

Vårdenheter har olika områden som de arbetar inom och är specialister i. När de möter en patient upplever patienten att vården möter dem från sitt perspektiv, varför det kan antas att fokus främst ligger inom deras specialistområde. I ett ärende har en läkare specifikt uttryckt att man sannolikt missade en förändring som syntes vid en röntgenundersökning, eftersom man letade efter något annat som var en känd komplikation för den operation som patienten genomgått. I ett annat exempel gäller klagomålet att en vårdgivare ansåg att det var en annan vårdenhet som skulle remittera patienten vidare, vilket ledde till onödig fördröjning av utredning, diagnos och behandling för patienten.

När patienterna uppfattar att det är otydligt vilken vårdenhet som har huvudansvaret gör detta att de känner att de själva får samordna kontakten mellan vårdenheterna samt upplever att de själva förväntas axla detta ansvar.

#### **4.4 Vårdens svar**

När klagomål gäller flera vårdenheter rekommenderas vården att svara gemensamt om det är möjligt. Detta eftersom det ibland händer att svar från två vårdenheter kan motsäga varandra. I de flesta av de ärenden som rapporten

grundar sig på har vårdenheterna svarat var för sig. Vårdens svar innehåller ofta ett beklagande över det som inträffat. I några ärenden har vården startat en utredning eller gjort en avvikelseanmälan. Andra ärenden visar att vården ändrat rutiner för att förhindra att det som inträffat ska hända igen.

I ett ärende bekräftas att ansvarsfördelning varit otydlig, vilket kan ha lett till fördröjningar. I ett annat svar tas det upp att det vid komplikationer ibland skulle kunna vara av värde om patienten direkt kunde vända sig till den behandlande vårdenheten.

I ett svar från vården gällande lång väntetid har verksamhetschefen uttryckligen skrivit att man som metod vid mindre allvarliga och ej akuta besvär låter patienten vänta för att kunna se vilka effekter tillståndet får över tid och om det ”går över av sig självt” eller förvärras.

## 4.5 Förbättringsförslag från patienter/närstående

I det material som studerats hittades följande förbättringsförslag från patienter och närstående.

- Större tydlighet om vem som är ansvarig för vad, patienterna efterfrågar tydligare information om vem som är så kallad samordnare för dem.
- Resultat av undersökningen bör förklaras av den som gjort undersökningen och denne bör försäkra sig om att patienten har förstått.
- Bättre återkoppling mellan specialistvård och primärvård.
- Bättre information om komplikation när en sådan uppstår.
- Rutiner för bevakning av prover som skickas mellan vårdgivare inom regionen men också till vårdgivare i annat län.
- Bättre information till patienten om varför denne skickas vidare för ytterligare undersökningar.
- Bättre kommunikation mellan vårdenheter när exempelvis ett kirurgiskt ingrepp ska göras.
- Kommunikation ska kunna ske mellan vårdgivare utan att det belastar patienten.
- När en patient har kontakt med flera vårdenheter och vårdgivare skulle det vara värdefullt med en person som har en samordnande funktion.

## 5. Diskussion och reflektioner

Vår reflektion av resultatet är att samtliga tre problemområden (vårdprocessen, samordning och kommunikation, fördröjd diagnos) kan ses belysa de problem som kan uppstå under och i en vårdprocess ur olika perspektiv. Vi ser i

underlaget att samma typ av synpunkter kan leda till olika konsekvenser och upplevelser för olika människor, beroende på vad som hänt.

Första linjens vård i kombination med en specialistenhet och ärenden där flera specialistenheter är involverade står för ungefär hälften var av de ärenden som rapporten grundar sig på. En förväntning på resultatet var att första linjens vård, primärvård eller akutvård alternativt sjukvårdsrådgivningen, i kombination med en specialistenhet skulle vara i majoritet. Därför att det är just dit en patient först vänder sig. En orsak till att det inte visade sig vara så skulle kunna bero på att första linjens vård kan tänkas vara mer vana att just samordna, kommunicera och starta en vårdprocess.

En annan reflektion är att flera av patienterna som har konsumerat mycket vård löper större risk att ha negativa erfarenheter av möten i vården, än de som bara har haft enstaka kontakter med vården. Patienterna beskriver en upplevelse av att de får driva på sin egen vårdprocess och en del upplever till och med att vården bromsar vårdförloppet på grund av deras historik i vården. Vi ser också en grupp patienter som inte tidigare haft kontakt med vården i någon större utsträckning som även de upplever som sig "besvärliga", eftersom de får tjata för att få fortsatt utredning. I båda grupper finns exempel där det senare visar sig att patienterna har en oväntad eller ovanlig diagnos som kräver behandling. Sammanfattningsvis är det därför viktigt att när så behövs lyssna till patienten, men även förklara varför ett val görs att inte gå vidare med en ytterligare utredning och vad som finns att göra om besvären kvarstår.

Utifrån patienternas förbättringsförslag framkommer att det efterfrågas en tydlighet och vad man kan förvänta sig i kontakterna med vården oberoende av vilken vårdnivå och till vilken vårdenhet som patienten sökt till. De framför även att kommunikation ska kunna ske mellan vårdenheter/ vårdgivare utan att det belastar patienten.