

# Årsrapport 2003

## Patientnämnden i Stockholms län

- **2003 inkom 4 844 patientärenden, något färre än 2002 då ärendena ökade 25 %.**
- **Patientsäkerhetsaspekter finns i många ärenden.**
- **Kvinnorna klagar mer på bemötande och männen mer på tillgänglighet liksom tidigare.**
- **De flesta klagomålen från 80+ rör akutsjukvård och primärvård.**
- **Mer administrativt strul i vården – främst med remisser.**
- **Internmedicin står för flest ärenden inom akutsjukvården.**
- **Problem med tillgänglighet i primärvården ökar för tredje året i rad.**
- **13 % av ärendena avser psykiatri. Alltjämt saknar många dialog om sin behandling.**
- **Tandvårdsärendena har ökat och gäller främst avgifter och garantier.**
- **Patientnämnden har kunnat tillgodose efterfrågan av stödpersoner inom den psykiatriska vården.**



## **ANTALET ÄRENDEN HOS PATIENTNÄMNDEN 2003 BLEV NÅGOT FÄRRE ÄN REKORDÅRET 2002**

Till patientnämnden kan patienter och anhöriga kostnadsfritt vända sig när det uppstått problem i kontakterna med all offentligt finansierad hälso- och sjukvård såväl landstings-, kommunalt som privat driven samt folktandvården i Stockholms län. Detta ger nämnden en samlad bild av var i länet problemen i vården finns. Patientnämnden, som är opartisk och fristående från vården, kan utifrån inkomna ärenden uppmärksamma problemområden och systemfel och vid behov föreslå åtgärder som kan bidra till att göra vården bättre.

Under flera år t o m 2001 låg patientnämndens ärenden på ca 4 000 per år. 2002 ökade antalet till drygt 5 000. Under 2003 inkom 4 844 ärenden, vilket visar att den 25-procentiga ökningen för 2002 inte var en engångsföreteelse. Antalet patientnämndsärenden i relation till länets befolkning 31 december 2003 uppgår till 2,6 per 1 000 invånare.

### **Patientsäkerhetsaspekter finns med i många ärenden**

Patientsäkerhet handlar inte bara om att de medicinska åtgärderna utförs på ett korrekt sätt. Viktigt ur patientsäkerhetssynpunkt är även att en god och tydlig information ges till patienter och anhöriga t ex om hur man ska ta sina läkemedel. Angeläget är även att vården har en väl fungerande administration som minskar risken för att remisser och provsvar kommer bort. Brister i vårdkedjan kan vara riskabla för den enskilde patienten, varför säkra rutiner för överrapportering mellan vårdgivare måste finnas. För att minska risken för olyckor och tillbud är det nödvändigt att vården tillhandahåller en god omvårdnad och tillsyn, speciellt för äldre och funktionshindrade. Det är också viktigt att läkare och sjukvårdspersonal är lyhörda och lyssnar på vad patienterna berättar om sina symptom. Ärenden hos nämnden visar att smärt-symptom inte tagits på allvar. Senare har smärtorna visat sig bero på cancertumörer.

### **Kvinnorna klagar mer på bemötande och männen mer på tillgänglighet liksom tidigare**

Patientnämndens ärenden 2003 avser i genomsnitt 64 procent kvinnor och 36 procent män. 2002 var andelen kvinnor 63 procent andelen män 37 procent.

Problemområdet behandling är störst i alla åldersgrupper för både kvinnor och män liksom tidigare. Vissa skillnader mellan könen och åldersgrupperna förekommer. Kvinnorna klagar mer på bemötande och männen mer på tillgänglig liksom föregående år, dock ej i de båda yngsta åldersgrupperna. Män som är äldre än 65 år klagar mest (16 procent) på brister i tillgänglighet till vård.

### **De flesta klagomålen från 80+ rör akutsjukvård och primärvård**

Ärenden från akutsjukvård och primärvård dominerar i denna åldersgrupp i likhet med övriga åldersgrupper. Från akutsjukhusen har brister i omvårdnad och tillsyn varit orsak till flera anmälningar under året. Äldre patienter har skadats i samband med fall ur säng eller i samband med toalettbesök. Vissa har fått trycksår. Med anledning av anmälningarna kan det ifrågasättas om akutsjukvårdens organisation och rutiner alltid är anpassade till äldre med samman-satta och komplexa vårdbehov. I primärvården blir telefontekniken problem för de äldre.

## **Mer administrativt strul i vården – främst med remisser**

Under året har Patientnämnden fått fler ärenden som rör brister i hanteringen av remisser, provsvar, intyg och kallelser m m. Totalt förekommer 212 administrativa ärenden (4 procent). Det är en ökning med totalt 68 ärenden i förhållande till året dessförinnan. Ökningen rör främst utlovade remisser som inte kommit till avsedd specialist, 54 ärenden, och läkarintyg som dröjer eller uteblir, 39 ärenden. I båda fallen innebär det öknings med mer än det dubbla jämfört med 2002. Primärvården har flest anmärkningar av administrativ och organisatorisk karaktär, 74 stycken.

## **Internmedicin står för flest ärenden inom akutsjukvården**

Under 2003 mottog nämnden 1 153 ärenden avseende akutsjukvård, vilket är ungefär samma som 2002. De utgör 24 procent av alla ärenden, ungefär som året dessförinnan. Vad man klagar på har endast förändrats marginellt. Nästan vartannat klagomål avser behandling. Därefter följer bemötande med 13 procent, tillgänglighet med 11, ekonomi med 10 och juridiska frågor med 7 procent.

Den ökning av klagomål rörande internmedicin som inleddes under 2002 har fortsatt. Internmedicin är nu den specialitet inom sjukhusvården som har det största antalet klagomål. Även ärenden som avser gynekologi/obstetrik och ortopedi har ökat.

## **Problem med tillgänglighet i primärvården ökar för tredje året i följd**

Landstigets besöksgaranti innebär att patienten har rätt att få kontakt med husläkarmottagningen/vårdcentralen samma dag och att hon/han inte ska behöva vänta mer än åtta dagar för att få tid hos en husläkare/distriktsläkare. Patientnämndens klagomål visar att detta inte fungerar. Många får vänta i flera veckor på att få träffa sin husläkare (andelen ärenden har ökat med 34 procent).

Befolkningen har på många håll påtagliga svårigheter att nå sin vårdcentral på telefon eller komma i kontakt med sin husläkare. Andelen ärenden om brister i telefontillgängligheten till vårdcentraler ökade förhållandevis mest, med 47 procent.

## **Samspelet mellan patient och behandlare har brister inom psykiatrin**

Antalet ärenden rörande den psykiatriska vården har minskat något jämfört med 2002, men de är fler än 2001. De flesta ärendena rör missnöje med behandling/bemötande. Liksom tidigare handlar det då oftast om problem med att upprätta en bra dialog med vårdgivaren – samspelet brister och man blir inte lyssnad till. Och det uppstår tvister. Man erbjuds t ex enbart farmakologisk behandling men önskar någon form av samtalsbehandling, bl a kognitiv terapi – man nekade den behandling man anser sig behöva. Patienträttsliga ärenden rör främst problem med valfriheten: önskar man byta läkare/behandlare eller sektor, är det ofta svårt och krångligt eller omöjligt.

## **Tandvårdsärendena har ökat och rör främst avgifter och garantier**

Totalt 557 klagomål och förfrågningar rör tandvården, vilket utgör 12 procent av alla ärenden. I jämförelse med föregående år är det en ökning med 8 procent. De två dominerande områdena när det gäller tandvårdsärenden är frågor som rör ekonomi (43 procent) och behandling (25 procent). Rådgivning, information och hänvisning (19 procent) är den tredje större gruppen och den har nästintill en dubbel ökning från föregående år och visar på att det är många som hör av sig till nämnden för att få allmän information gällande avgifter, subventionerad tandvård m m.

De ekonomiska ärendena har under året i huvudsak handlat om garantier och behandlingsfrågorna rör mestadels ärenden med anknytning till patientförsäkringen och/eller hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Barn och ungdomstandvården utgör 6 procent av den totala mängden tandvårdsärenden. Oftast handlar de om avslag på den kostnadsfria tandregleringen.

Nämnden har under året uppmärksammat patientkategorin med komplexa vårdbehov, inte minst när det gäller tandvård. En samlad bedömning inom tandvård och sjukvård kring den enskilde patienten skulle gagna både vårdgivare och patient.

## **Efterfrågan på stödpersoner har kunnat tillgodoses**

Alla patienter, som vårdas mot sin vilja inom psykiatri, har rätt att få en stödperson förordnad under tvångstiden. Det åligger Patientnämnden enligt lag att rekrytera och förordna sådana stödpersoner.

Från och med den 1 juli 2000 har lagarna om psykiatrisk och rättspsykiatrisk tvångsvård ändrats och därmed har ökade uppgifter lagts på Patientnämnden. Det gäller bl a längre förordnandetider och samarbete med kommunerna, vilket kräver fler stödpersoner, ökad rekrytering och utbildning m m. Patientnämnden har hittills kunnat tillgodose det ökade behovet av stödpersoner efter lagändringen om psykiatrisk tvångsvård.

*Innehåll*

<b>ALLMÄNT OM ÄRENDEN HOS PATIENTNÄMNDEN .....</b>	<b>3</b>
Statistik från olika klagoinstanser .....	4
Problemområden – Patientnämnden i Stockholms län .....	5
Köns- och åldersfördelning .....	6
Åldersgruppen 80 år och äldre - en fördjupningsstudie.....	9
Patientsäkerhet .....	12
<b>ÄRENDEN PER PROBLEMOMRÅDE .....</b>	<b>16</b>
Behandling .....	16
Bemötande .....	19
Tillgänglighet .....	20
Omvårdnad.....	22
Samverkan .....	23
Ekonomi .....	24
Juridik .....	25
Information.....	27
Administration.....	28
Rådgivning/ information/ hänvisning.....	30
<b>ÄRENDEN PER VERKSAMHET .....</b>	<b>31</b>
Primärvård .....	31
Psykiatrisk vård samt habilitering .....	34
Akutsjukhus.....	38
Specialistvård utanför akutsjukhus.....	41
Tandvård.....	43
Kommunal vård .....	45
<b>PATIENTNÄMNDENS FÖREBYGGANDE ARBETE .....</b>	<b>48</b>
Informationspridning .....	48
Betänkanden, promemorior och övriga utredningar .....	49
Principärenden .....	52
<b>STÖDPERSONSVERKSAMHETEN .....</b>	<b>58</b>
Konsekvenser av förändringen i lagen om psykiatrisk tvångsvård .....	58
Rekrytering och utbildning .....	58
Stödpersonsförordnanden .....	59
Träffar för stödpersoner.....	59
Stödpersonföreningen .....	59

***Bilagor***

- 1 Patientnämnden i Stockholms län och dess uppgifter
- 2 Problemområden samt rådgivning/information/hänvisning - kodförteckning
- 3 Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.
- 4 Utdrag ur lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- 5 Utdrag ur lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård

***Diagram***

- 1 Antal ärenden hos PSR, HSAN, PaN och Lex Maria 2001 - 2003
- 2 Antal ärenden per problemområde, SLL 2001 - 2003
- 3 Andel ärenden per problemområde för kvinnor och män 2003
- 4 Antal ärenden fördelade på ålder och kön 2001 - 2003
- 5 Antal ärenden per problemområden inom primärvård 2001 - 2003
- 6 Antal ärenden per problemområde vid akutsjukhusen 2001 - 2003
- 7 Antal ärenden per problemområde inom tandvården 2001 - 2003
- 8 Nationell statistik per problemområde, SLL 2001 - 2003 med tabellbilaga

## ALLMÄNT OM ÄRENDEN HOS PATIENTNÄMNDEN

Patientnämndens förvaltning har under år 2003 hanterat närmare 5 000 patient- och anhörigkontakter. Av dessa rör flertalet hälso- och sjukvården och drygt 500 folktandvården. Mängden ärenden kan som exempel ställas i relation till cirka 220 000 vårdtillfällen i sluten akutsjukvård, cirka 1,5 miljoner läkarbesök i akutsjukvården, cirka 2,6 miljoner läkarbesök i primärvården samt cirka 1,3 miljoner patientbesök inom folktandvården under 2003 inom Stockholms läns landsting.

I relation till den stora mängden vård som produceras är klagomålen till Patientnämnden förhållandevis få. Patientnämnden är dock den klagoinstans som har i särklass flest ärenden.

Den vård som bedrivs har mestadels hög kvalitet och vårdpersonalen gör fina insatser i många gånger mycket påfrestande situationer.

Allt missnöje kommer inte till Patientnämndens kännedom utan kanaliseras och löses på annat sätt inom vården eller av andra klagomålsinstanser. I information från landstinget/kommuner om klagovägar framhålls att den som vill framföra missnöje i första hand skall reda ut problemen direkt med berörd personal eller verksamhetschefen. Ett annat alternativ är att vända sig till chefläkaren eller MAS. När man inte lyckats klara ut problemen i direktkontakt med berörda eller av någon anledning inte vill göra detta, har man rätt att vända sig till Patientnämnden.

Till Patientnämnden kan patienter och anhöriga kostnadsfritt vända sig när det uppstått problem i kontakterna med offentligt finansierad hälso- och sjukvård såväl landstings-, kommunalt som privat driven samt folktandvården i Stockholms län. De frågor som tas upp blir noggrant utredda av ett från sjukvården fristående organ. Se bilaga 1 angående Patientnämndens uppgifter.

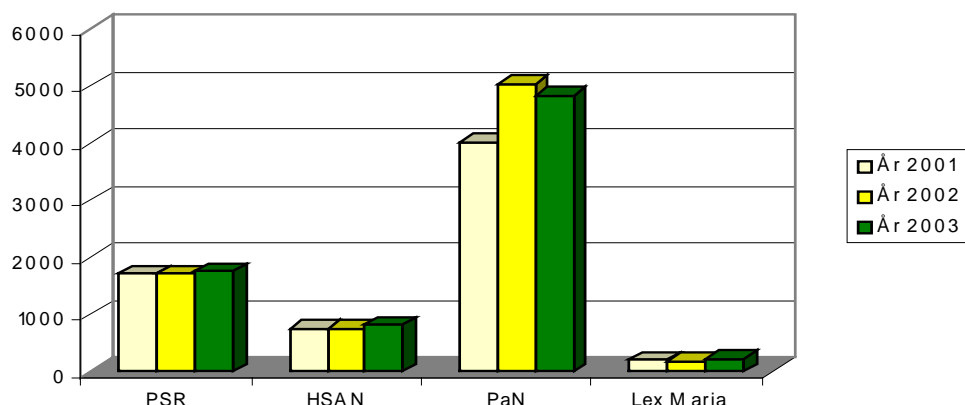
Patientnämndens ärenden utgör en viktig kunskapskälla som underlag för att göra vården bättre, vilket även framhålls i Socialstyrelsens översikt "Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete", 2003. Andra sådana kunskapskällor är anmälningar till Patientförsäkringen (PSR), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Lex Maria och Lex Sarah liksom avvikelserapporter, resultat från patientenkäter, kvalitetsregister m fl kvalitetsuppföljningar.

### *Registrering av Patientnämndens ärenden och klagomål*

I Patientnämndens nya datasystem registreras antal ärenden liksom tidigare. Ett ärende kan ibland innehålla klagomål på flera vårdgivare eller fler klagomål på samma vårdgivare. Två olika klagomål kan vid behov registreras i samma ärende. Det gör att antalet klagomål blir fler än antalet ärenden. 352 av de 4 844 ärendena 2003, innehåller två olika klagomål. Dessa utgör knappt 7 procent och ger allt som allt 5 196 anmälningar.

En genomgång av statistiken med och utan de 352 klagomålen visar samma fördelning av klagomål på variabler som problemområde, delproblem, vårdtyper och specialiteter. Av den anledningen har vi valt att genomgående i rapportens avsnitt använda antalet ärenden, vilket förenklar jämförbarheten med föregående år. I de lokala rapporterna till respektive vårdgivare kommer naturligtvis alla klagomål att redovisas.

## Statistik från olika klagoinstanser



Patientnämnden handlägger ett stort antal ärenden jämfört med övriga klagoinstanser, vilket framgår av figuren ovan. Under 2003 var 4 844 ärenden aktuella hos nämnden, vilket innebär en liten minskning jämfört med 2002. Övriga instanser har dock erfart ökning under 2003. Patientförsäkringen ökade med 3 procent till 1 760 ärenden, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd med 8 procent till 820 ärenden och anmälningarna enligt lex Maria med 20 procent till 223 ärenden.

Efter att patientnämnden under perioden 1995 till 2001 legat på en nivå mellan 3 000 och 4 000 ärenden årligen ökade nivån under 2002 med 25 procent. Den ökningen kvarstår i det närmaste oförändrad under 2003. Patientnämndens uppgift i förhållande till andra instanser är numera känd, vilket får antas ha bidragit till ökningen. De som kontaktar Patientnämnden informeras om de olika klagomålsinstansernas syfte, som skiljer sig åt. Det är upp till den enskilde att välja instans. Det är vanligt att man inte önskar anmäla någon personal till HSA N utan snarare vill ha Patientnämndens hjälp att peka på problemet så att vården kan vidta åtgärder för att förhindra att andra ska drabbas av någon risk eller olägenhet.

Nämnden har en funktion som problemlösare för enskilda individer, men också för grupper av patienter genom att problemområden och systemfel identifieras och återförs till vården och där utgör underlag till förbättringar. Nämnden kan även uppmärksamma vården på problem och föreslå förbättringar och därigenom bidra till en positiv kvalitetsutveckling. Ofta framhåller anmälare att en viktig anledning till att man kontaktar nämnden är att man vill förhindra att det negativa man själv varit med om ska drabba andra.

Då vården genomgår omstruktureringar, omorganisationer och förändringar upplever många patienter sig vilslna och söker en instans att vända sig till för att få svar på frågor om bland annat regler och rättigheter. Patientnämnden är en av flera instanser som enskilda kan vända sig till för att erhålla korrekt information och få förslag på konstruktiva lösningar av problem som uppstått.

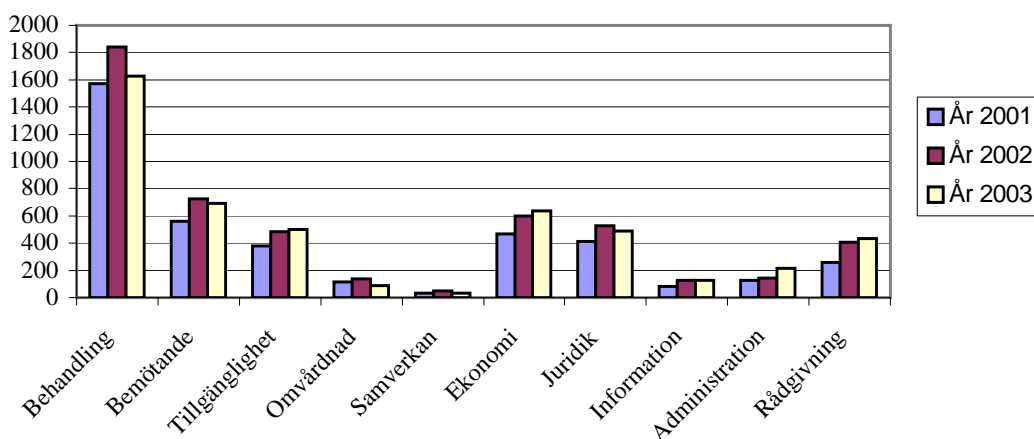


## Problemområden – Patientnämnden i Stockholms län

Patientnämndens ärenden registreras i tio så kallade problemområden och inom dessa ett antal delproblem. Koderna framgår av bilaga 2. Under "problemområdet" Rådgivning/information/hänvisning registreras kontakter som inte innebär något klagomål på vården. Kvalitetsproblem i vården som föranlett nämnden att skriva till vårdgivare och föreslå förbättringar, beskrivs i avsnittet Principärenden under Patientnämndens förebyggande arbete.

Av figuren framgår att en del problemområden har ökat och andra har minskat 2003

### Ärenden per problemområde 2001 - 2003



jämfört med 2002, då alla områden ökade mer eller mindre. Jämför man med 2001 är ärendena 2003 fler i alla problemområden utom omvårdnad. Den största förändringen mellan 2002 och 2003 är att behandlingsärendena har minskat med 213. Även problem med bemötande, omvårdnad, juridik och samverkan har minskat, men i mindre omfattning.

Den största ökningen gäller administrativa problem som ökat med 69 ärenden. Även ärenden som rör ekonomi och rådgivning/information/hänvisning har ökat något, med 35 respektive 26 ärenden. Problem med tillgänglighet har ökat obetydligt totalt sett, men betydligt mer inom primärvården. Informationsproblemen ligger på samma nivå som föregående år.

Problemområdenas procentuella fördelning sinsemellan skiljer sig inte alls eller endast med enstaka procentandelar från året dessförinnan. Som mest har behandlingsärendenas andel minskat från 37 procent 2002 till 34 procent 2003, men utgör ändå den största andelen ärenden som tidigare. Härnäst i storleksordning kommer problemområdena bemötande, 14 procent, ekonomi, 13 procent, tillgänglighet och juridik, med 10 procent vardera samt rådgivning/information/hänvisning, 9 procent. Övriga problemområden utgör betydligt lägre andelar.

I avsnittet Ärenden per problemområde, beskrivs respektive problemområde mer ingående. Nedan redovisas dessförinnan vilka problem som framförs av kvinnor och män inom olika åldersgrupper samt köns- och åldersfördelningen per vårdtyp. Därefter följer en fördjupningsstudie av åldersgruppen 80 år och äldre samt ett avsnitt om patientsäkerhet.

## Köns- och åldersfördelning

*Kvinnor och män totalt:* Patientnämndens ärenden 2003 avser i genomsnitt 64 procent kvinnor och 36 procent män. 2002 var andelen kvinnor 63 procent andelen män 37 procent.

*Åldersfördelning totalt:* Patientnämnden registrerar från och med 2003 åldern på de personer som anmälningarna avser i fem åldersgrupper. Tidigare registrerades tre. Fördelning på de fem åldersgrupperna framgår nedan.

<i>Åldersgrupper</i>	<i>Andel ärenden totalt 2003</i>
0 - 9	3
10 - 19	4
20 - 64	71
65 - 79	15
80 -	7

Av tabellen framgår att den största andelen anmälningar finns i gruppen 20 – 64 år, vilket delvis beror på den vida gruppindelningen.

För att kunna jämföra med föregående år visas nedan en indelning på tre åldersgrupper.

### *Könsfördelning per åldersgrupp 2003 och 2002*

<i>Åldersgrupper</i>	<i>Andel ärenden i åldersgruppen totalt</i>		<i>Andel kvinnor inom resp. åldersgrupp</i>		<i>Andel män inom resp. åldersgrupp</i>	
	<i>2003</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2002</i>
0 – 19	7	6	57	47	43	53
20 – 64	71	71	66	65	34	35
65 och äldre	22	23	58	62	42	38

Åldersfördelningen 2003 överensstämmer i stort med föregående år utom i åldersgruppen 0 - 19 år. Ärenden i denna åldersgrupp anmäls huvudsakligen av föräldrar. Ärenden som avser flickor har ökat med 10 procent medan ärenden angående pojkar har minskat med 10 procent. Den stora mellersta åldersgruppen har i det närmaste samma könsfördelning som förra året. Andelen kvinnor i den äldsta åldersgruppen har minskat något jämfört med föregående år medan andelen män i den äldsta åldersgruppen har ökat något.

### *Problemområden per kön totalt*

Totalt sett skiljer sig inte fördelningen av kvinnors och mäns klagomål åt nämnvärt annat än när det gäller bemötandeproblem och brister i tillgänglighet. Kvinnor klagar mer på bemötande (16 procent) än män (12 procent) och män klagar mer på tillgänglighet (13 procent) än kvinnor (9 procent). Se könsfördelningen på alla problemområden i diagrambilaga 3.

### ***Problemområden per kön och åldersgrupp***

Problemområdet behandling är störst i alla åldersgrupper för både kvinnor och män liksom tidigare. När man studerar anmälda problem per åldersgrupper och kön framträder större skillnader än totalt. Kvinnorna klagar mer på bemötande och männen mer på tillgänglig liksom föregående år som tidigare nämnts, dock ej i de båda yngsta åldersgrupperna. Det är större skillnader mellan åldersgrupperna än mellan kvinnor och män.

*Åldersgruppen 0 – 9 år* har den allra högsta andelen behandlingsärenden. Det är bland flickor, 51 procent, medan pojkars andel av behandlingsärendena är 38 procent. (Genomsnittet i hela materialet är 34 procent.) En annan stor skillnad mellan könen är att pojkar har 25 procent klagomål på bemötandet och flickor 11 procent. Tillgänglighet utgör 14 respektive 15 procent för pojkar respektive flickor. Övriga problemområden har få anmälningar och är utan nämnvärda skillnader mellan pojkar och flickor.

*Åldersgruppen 10 - 19 år* har en något större spridning mellan de olika problemområdena jämfört med den yngsta åldersgruppen. Skillnaden mellan könen är liten. Behandlingsärendena utgör 42 procent för flickor och 39 procent för pojkar. Ekonomiska frågor kommer närmast med 13 - 14 procent samt bemötandeproblem 11 procent för båda könen. Juridiska frågor utgör 8 procent för båda könen liksom tillgänglighet.

*Åldersgruppen 20 – 64 år* som är stor har stora likheter med problemområdenas fördelning totalt och små skillnader mellan könen utom ifråga om brister i tillgänglighet och bemötande. Klagomål på behandling utgör 34 procent för båda könen, vilket är en tydlig minskning jämfört med förra året då behandlingsproblem utgjorde cirka 40 procent för båda könen i åldersgruppen. Kvinnorna anmäler 17 procent bemötandeproblem och männen 13 procent. Liknande skillnader mellan könen fanns även föregående år. Ekonomiska problem utgör 13 procent och juridiska frågor 11 procent för båda könen. Männen klagar mer på tillgänglighet, 12 procent, jämfört med kvinnorna, 8 procent, vilket var fallet även föregående år. Kvinnorna klagar mer på bemötande än männen, 17 respektive 13 procent.

*Åldersgruppen 65 - 79 år* har 33 procent behandlingsproblem bland kvinnor och 30 procent bland män. Närmast i storleksordning kommer klagomål på ekonomin, främst från män, 19 procent och från kvinnor 15 procent. På tredje plats kommer tillgänglighet, med 16 procent för män och för kvinnor 10 procent. Även i denna åldersgrupp klagar kvinnorna något mer på bemötande, 12 respektive 9 procent. Skillnaderna mellan könen i anmälningar av bemötande och tillgänglighet kunde ses även 2002, men de är något större 2003. Kvinnorna vände sig till nämnden något mer än männen för att få information och råd, 10 procent respektive 7 procent.

*Åldersgruppen 80 år och äldre* har en något större spridning på olika problemområden och. Klagomålen på behandling är för kvinnornas andel 25 procent och för männens 30. Den största skillnaden mellan könen i den äldsta åldersgruppen rör bemötandeproblem där kvinnornas andel är 17 procent och männens 9 procent. Männen klagar även i denna åldersgrupp mer på tillgänglighet, 16 procent respektive 12 procent. Anmälningar angående omvårdnad förekommer nästan uteslutande i den äldsta åldersgruppen, 12 procent för kvinnor och 10 procent för män. Rådgivning utgör cirka 8 procent för båda könen.

**Könsfördelning per vårdtyp**

<i>Vårdtyp</i>	<i>Andel kvinnor 2003</i>	<i>Andel män 2003</i>
Primärvård	63	37
Akutsjukhus	62	38
Specialistvård utan- för akutsjukhus	67	33
Tandvård	69	31
Psykiatri	63	37
Kommunal vård	60	40
Geriatrisk	64	36
Övrig vård	67	33
Totalt	64	36

Anmälningar från kvinnor dominerar i alla verksamheter. Den största andelen kvinnor förekommer i ärenden angående tandvård, specialistvård utanför akutsjukhus samt övrig vård. Den största andelen män förekommer i kommunala ärenden och i klagomål på akutsjukvården.

**Åldersfördelning per vårdtyp**

<i>Vårdtyp</i>	<i>0-9 år %</i>	<i>10 - 19 år %</i>	<i>20 - 64 år %</i>	<i>65 - 79 år %</i>	<i>80 år och äldre %</i>
Primärvård	4	3	70	17	6
Akutsjukhus	5	5	66	16	7
Specialistvård utan- för akutsjukhus	2	3	77	14	4
Tandvård	1	7	72	17	3
Psykiatri	1	6	89	4	1
Kommunal vård	0	1	15	31	53
Geriatrisk	0	0	17	28	55
Övrig vård	1	3	76	14	5
Totalt	3	4	71	15	7

Andelen ärenden angående barn och ungdomar är förhållandevis liten inom alla vårdtyper. 0 - 9-åringar förekommer som mest inom akutsjukvården och 10 - 19-åringar som mest inom tandvården. Anmälningar från 20 - 64-åringar är vanligast inom de flesta vårdtyperna utom inom kommunal vård och geriatrisk, och absolut störst inom psykiatri med 89 procent. Synpunkter på kommunal vård och geriatrisk vård är allra vanligast bland 80-åringar och äldre med 53 respektive 55 procent. Även 65 -79-åringar klagat i relativt stor utsträckning på kommunal och geriatrisk vård.

Följande avsnitt är en fördjupningsstudie om anmälningar angående den allra äldsta åldersgruppen, 80 år och äldre.

## **Åldersgruppen 80 år och äldre - en fördjupningsstudie**

För att bättre kunna belysa de allra äldsta patienternas situation i vården, har ålderskategorin 65 år och äldre i nämndens nya datasystem delats upp på intervallerna 65-79 år samt 80 år och däröver från och med 2003. Nämnden har valt att göra en fördjupningsstudie av ärendena inom den äldsta gruppen, dvs personer 80 år och äldre 2003.

Totalt har 320 ärenden anmälts inom åldersgruppen, vilket innebär 7 procent i förhållande till andra åldersgrupper. Av dessa är 213 telefonärenden, 104 skriftliga ärenden och tre har aktualiserats vid besök. I ungefär hälften av fallen är det en anhörig, oftast barn eller barnbarn, som står för anmälan.

### ***Vårdtyp***

Ärenden angående akutsjukhus och primärvård dominerar inom denna grupp i likhet med övriga åldersgrupper. En fjärdel av klagomålen rör akutsjukhus och en fjärdedel primärvård. Härnäst rör anmälningarna kommunal vård med 19 procent.

När det gäller akutsjukhusen rör de flesta anmälningarna inom åldersgruppen specialiteterna internmedicin, 38 procent, ortopedi, 24 procent, och kirurgi, 13 procent. Drygt 7 procent av samtliga anmälningar angående akutsjukhusen berör personer över 80 år. Sett ur perspektivet att ca 40 procent av ineliggande patienter inom akutsjukvården är över 80 år (uppgiften tagen ur kommittédirektiv för Översyn av vård och omsorg för äldre - 10 år efter Ädel-reformen), kan man konstatera att anmälningarna från de äldre eller deras anhöriga relativt sett är få.

Klagomålen på geriatrisk vård ligger på 8 procent, liksom klagomålen på specialistvård utanför akutsjukhusen. Specialistvården handlar till en fjärdedel om ögonsjukvård och en fjärdedel om internmedicin. Tandvården står för 5 procent av ärendena. Psykiatrin har endast några få ärenden. Resterande ärenden, 6 procent, återfinns under övrig vård.

### ***Problemområden***

Klagomål på behandling, 27 procent, är vanligast i denna åldersgrupp liksom i alla åldersgrupper. Därefter kommer bemötandefrågor och tillgänglighet med vardera 13 procent. Omvårdnadsärenden, som huvudsakligen återfinns i denna åldersgrupp, utgör 12 procent av anmälningarna. Ekonomiska frågor utgör 9 procent av ärendena, information 7 procent, juridik 6 procent och administration 3 procent. Klagomålen på bristande samverkan mellan vårdgivare är mycket få, endast fem ärenden, vilket kan tyda på att vårdkedjan för de äldre fungerar bättre nu än tidigare. 9 procent av ärendena är frågor där handläggare på Patientnämnden givit information och ibland hänvisat vidare till annan instans.

### ***Behandling***

Inom problemområdet behandling dominerar frågor rörande medicinering. Man klagar över bristande uppföljning av läkemedelsordinationer, biverkningar, felaktigheter i samband dosering av läkemedel och bristande smärtlindring. I några ärenden klagar anhöriga på att dropp eller annan livsuppehållande behandling satts ut. Vid närmare utredning av anmälningar av detta slag framkommer ofta, att bristande information och samråd med patienten och anhöriga om planerad vård och behandling, är orsak till att behandlingen uppfattats som felaktig.

En annan anledning till klagomål rörande vård och behandling är bristen på rehabilitering eller träning efter genomgången sjukdom.

#### *Bemötande*

Några ärenden handlar om att patienten upplevt läkaren som arrogant och burdus. Man har upplevt att besöket har gått för fort, och att man inte har fått tid att förklara sina problem. Många äldre får besök av distriktssköterska eller undersköterska i sina hem. Vid hembesök krävs det särskild stor lyhördhet och taktkänsla från personalens sida för att inte kränka den enskildes integritet. Detta lyckas inte alltid och i några klagomål framkommer att man upplevt att personalen ”klampat in” i ens hem på ett respektlöst sätt.

Även anhöriga klagar över att ha blivit dåligt bemötta vid kontakter med vården för sin äldre anhörigas räkning.

- 94-årig kvinna med flera sjukdomar hade behandlats med olika mediciner bl a med näringsdryck, som hade varit framgångsrikt. Kvinnan blev så småningom alltmer orkeslös, varför anhöriga tog kontakt med hemtjänsten. Där hänvisade man till distriktssköterskan som hänvisade till läkare. Denna hänvisade tillbaka till hemtjänsten. När läkaren informerades om att kvinnan tidigare fått näringstillskott utskrivet, föreslog hon att anhöriga skulle köpa näringsdrycken i väntan på att den ordinarie husläkaren skulle återkomma. Läkaren hävdade att kvinnan enligt journalen inte föreföll att må så dåligt, som anhöriga påstod. Efter att Patientnämnden kontaktat läkaren skevs ordinationen på näringstillskottet ut.

#### *Tillgänglighet*

Att lätt få kontakt med vården när man behöver är grundläggande för att äldre och skröpliga personer ska kunna känna trygghet och bo kvar hemma. Problem med vårdcentralernas telefontillgänglighet rent generellt tas upp under avsnittet primärvård. Här belyses frågan ur de äldres perspektiv. Många vårdcentraler har, för att underlätta framkomligheten, infört automatiserade telefonsystem som innebär att man med hjälp av knapptryckningar kommer i kontakt med mottagningen. På vissa håll får man tala in ett meddelande och blir så småningom uppringd. Många äldre har svårt att höra eller förstå instruktionerna och för dessa innebär de nya telefonsystemen oftast ett problem.

- Anmälaren skriver för en kvinna som är 90 år gammal. Hon hade en besökstid vid sin vårdcentral. Personal därifrån ringde till kvinnan och meddelade att besökstiden måste ändras. Hon uppfattade inte samtalet och försökte själv ringa till vårdcentralen. Hon uppmanades då av en röst att trycka \* och tala in sitt telefonnummer, men inget hände. Anmälaren frågar sig om det bara är unga friska internetsurfande människor som ska ha möjlighet att få hjälp. Verksamhetschefen vid den aktuella vårdcentralen håller i ett yttrande med om att det kan vara svårt för äldre att klara knappsyste-met. Man vet att äldre har svårt att uppfatta vad som sägs i telefonen och det är naturligtvis viktigt att man förvissar sig om att patienten förstått. Vid vårdcentralen planeras därför en diskussion om telefonfrågor och äldre på ett personalmöte.
- Vid en annan vårdcentral uppges i samband med utredning av ett likande ärende att alla mantalsskrivna över 65 år i upptagningsområdet fått informationsbrev om vårdcentralens bokningssystem och rutiner. En återuppringningstid har införts för läkarna. De äldre har också fått besked om att patienter med kroniska behandlingskrävande sjukdomar regelbundet kallas till läkarbesök en till två gånger per år.

Ett annat tillgänglighetsproblem är lång väntan på akutmottagning. Några sådana ärenden förekommer. Ett fall rör en 80-årig man som inkom till akutsjukhus med smärtor i armar och ben. Han fick vänta i elva timmar på att få träffa en läkaren och fick ingen mat eller dryck under denna tid. En annan man fick vänta 10 timmar på att bli undersökt och röntgad efter ett fall i hemmet. Att ligga och vänta i så många timmar med smärtor och oro är naturligtvis svårt för alla och än värre för äldre, sköra och kanske förvirrade personer, som är utan följeslagare. Nämnden har i svar från vården erfarit att man vidtagit åtgärder för att förbättra omhändertagandet vid akutmottagningarna för de äldre oprioriterade patienterna.

### *Information*

Bristande information till äldre patienter och /eller deras anhöriga har under året uppmärksammats av nämnden. Ett fall har behandlats som principärende där nämnden föreslagit åtgärder.

- 82-årig kvinna kom i ambulans till sjukhus på grund av magsmärter. Hon blev inlagd och opererades för tarmvred. Under vårdtiden diskuterades geriatrisk rehabilitering, men hon fick aldrig någon information om vad som bestämts. En dag, stod en man i dörren som sa att han skulle transportera henne till ett annat sjukhus. Hon fick åka iväg utan något samtal med läkare eller sjuksköterska. Enligt yttrande från ansvarig vårdavdelningschef fick man besked från geriatriken att kvinnan kunde tas emot samma dag, men att man ville att hon skulle komma så fort som möjligt. I all hast bokades en transport och omvårdnadsansvarig sjuksköterska påbörjade övrigt administrativt arbete som hör överflyttningar till. Transporten kom innan sjuksköterskan hunnit informera patienten. Nämnden uttalade att det är olyckligt när brådskan i vården gör att patient och anhöriga upplever att de inte får någon information och att beslut tas över deras huvuden. Man begärde en återföring av vidtagna åtgärder för att förhindra ett upprepande. Av inkommen återföring framgick att ett projekt genomförts vid sjukhuset med syfte att säkra rutinerna vid utskrivning vilket inkluderar att patienten och vid behov dennes anhöriga informeras och görs delaktig.

### *Omvårdnad*

Ytterligare problem vid vården av äldre som nämnden uppmärksammat under året är bristande omvårdnad i samband med sjukhusvistelser. Den bristande omvårdnaden har i några fall givit upphov till trycksår. I flera ärenden rapporteras om fallolyckor. En sådan allvarlig händelse beskrivs under avsnittet om Patientsäkerhet. Med anledning av inkomna klagomål kan det ifrågasättas om akutsjukvårdens organisation och rutiner alltid är anpassade till äldre med sammansatta och komplexa vårdbehov.

## Patientsäkerhet

Patientsäkerheten har under året uppmärksammats i olika sammanhang. Inte minst har Socialstyrelsens rapport ”Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete”, 2003, bidragit till detta. Även Patientnämnden har i årets rapport valt att belysa patientsäkerhetsperspektivet i klagomål och synpunkter som inkommit till nämnden.

Patientsäkerhetsaspekter finns med i många av patientnämndens ärenden från alla former av hälso- och sjukvård och på alla nivåer. Nämnden behandlar årligen ett stort antal ärenden där patienter kan sägas ha utsatts för en mer eller mindre allvarlig risk. Dessa ärenden rör inte enbart medicinsk behandling utan även brister i information och kommunikation, administration, tillgänglighet och omvårdnad. I de utredningar som genomförs uppmärksammas bakomliggande problem och faktorer och nämnden har många gånger kunnat bidra till att rutiner i vården förbättrats, vilket i sin tur lett till en ökad patientsäkerhet.

### *Behandling*

En förutsättning för en säker vård är att den medicinska behandlingen utförs korrekt och enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Många som vänder sig till Patientnämnden gör det på grund av att den medicinska behandlingen och diagnosen uppfattats som felaktig, fördröjd eller har uteblivit (se även avsnittet om Behandling). Nämnden gör inga egna medicinska bedömningar, och när patienter ifrågasätter en behandling och undrar vad vi tycker, informeras vederbörande om möjligheten att anmäla till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för utredning. Det är den enskildes val vart man vill anmäla. Många ärenden är dock inte av den arten att en anmälan till HSAN är relevant. Det är vanligt att man inte önskar anmäla någon personal till HSAN, utan föredrar att Patientnämnden utreder och att problemet blir känt så att vården kan vidta åtgärder för att förhindra att andra ska drabbas av någon risk eller olägenhet.

Behandlingsärenden där felaktigheter kan innebära en risk för patienten handlar bland annat om läkemedelsförskrivning och hantering av läkemedel. Här redovisas några sådana ärenden:

- 33-årig kvinna fick utskrivet medicin mot för höga kolesterolvärden. Hon träffade olika läkare som fortsatte att skriva ut medicinen Lipitor. I januari -03 fick hon beskedet att hon var gravid, vilket hon berättade för en läkare på vårdcentralen. Fick då veta att Lipitor ska man absolut ej ge fertila kvinnor och definitivt ej till kvinnor som önskar bli eller är gravida. Den hade nämligen visat sig kunna ge fosterskador. Graviditeten slutade i missfall. Kvinnan känner bitterhet. Hennes missfall hade kanske kunnat undvikas om hon blivit upplyst om att läkemedlet kan förmodas ge upphov till ökad frekvens av fostermisbildningar.
- 11 månaders flicka med öroninflammation togs av föräldrarna till en närakut där hon ordinerades antibiotika. När modern givit henne den första ordinerade dosen insåg hon att den var dubbelt så stor som flickan fått vid tidigare tillfällen. Efter att ha läst i Fass kontaktade hon apotekets läkemedelsrådgivning och det stod klart att dottern fått för mycket medicin. Hon informerade även mottagningen och där insåg man att ordinationen var felaktig.
- 93-årig kvinna fick hjälp av hemsjukvården med insulininjektioner och dosering av läkemedel i dosett. En dag delades två dosetter av en inhyrd distriktssköterska.



Dottern upptäckte på kvällen att dosetterna var feldelade. Landstingets sjukvårdspatrull larmades och ordnade den aktuella kvällsdosen. Dagen därpå kom samma distriktssköterska tillbaka och hävdade att hon delat rätt och att patient och anhörig hade fel. Hon åtgärdade inte de feldelade dosetterna. Enligt dottern var det inte första gången feldosering skedde. Enligt yttrande från verksamhetschefen kunde feldelningen ha sin grund i att man för tillfället hade en inhyrd distriktssköterska som inte kände till patienten och enhetens rutiner. Vårdcentralen planerade nu en övergång till apoteksdispenserade läkemedel för hemsjukvårdspatienterna. Detta för att i framtiden undvika feldelningar.

### *Information*

En god och tydlig information och i förekommande fall instruktion till patienter och närstående angående behandling och vård är av största vikt för att undvika missförstånd och missuppfattningar. Informationsbrist kan äventyra patientsäkerheten. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) har hälso- och sjukvården en skyldighet att ge individuellt anpassad information.

Under problemområdet information återfinns i Patientnämndens material ett antal ärenden som rör informations/kommunikationsbrist mellan läkare och patient/närstående. Några av dessa handlar om läkemedelsbehandling .

- En 76-årig man skulle opereras för käkancer. Han hade hjärtproblem och behandlades med blodförtunnande medicin, så käkkirurgen skickade honom att tala med sin hjärtläkare. När hjärtläkaren sa att mannen skulle avbryta behandlingen trodde mannen att det gällde alla hjärtmedicinerna och slutade att ta dessa, vilket ledde till att han fick för mycket vätska i kroppen, blev dålig och inlagd på sjukhus. Hustrun som anmälde fallet, har svårt att förstå hur mannen kunnat missuppfatta läkaren. Läkaren säger i sitt yttrande att han inte heller kan förstå eller förklara hur mannen kunde tro att han skulle sluta med alla sina mediciner och inte bara med den blodförtunnande medicinen.

Även en välfungerade informationsöverföring/överskriftningsrapportering mellan olika vårdgivare är nödvändig. Den som ska överta vårdansvaret behöver få en god och fyllig information för att kunna genomföra fortsatta insatser. Brister i detta avseende kan medföra att nödvändiga insatser kan utebli. Problemen blir särskilt tydliga då det gäller personer som själva inte kan vara informationsbärare t.ex äldre förvirrade eller psykiskt funktionshindrade personer. I ärenden hos Patientnämnden finns exempel på att sår inte blivit omlagda eller att blodförtunnande injektion inte givits av distriktssköterska i primärvården på grund av att meddelande från sjukhuset ej gått ut till patientens vårdcentral.

Lika viktigt som att information från läkare och annan vårdpersonal går fram, är att vårdpersonalen är lyhörda och lyssnar på vad patienterna berättar om sina symptom. Ärenden hos nämnden visar att smärtsymtom inte tagits på allvar, vilket i något fall har lett till att benbrott hos äldre på sjukhem inte upptäckts eller att en cancerdiagnos fördröjts.

### *Administration*

För vårdens administrativa uppgifter måste det finnas säkra och välfungerande rutiner. Remisser som ej blir skrivna eller blir liggande och provsvar som kommer bort utgör patientsäkerhetsrisker. På vårdcentraler och sjukhusmottagningar händer det att remisser och provsvar blir liggande på grund av att läkaren som skrev remissen eller ordinerade

provtagningen har slutat och ingen annan har följt upp det som påbörjats. Patientnämnden har under året behandlat ärenden där bristande administrativa rutiner fått till följd att en diagnos eller en behandlingsinsats försenats. Följande fall är ett exempel på detta:

- En 70-årig kvinna genomgick en canceroperation. I samband med efterkontroll året därpå togs prover och kvinnan fick besked om att allt såg bra ut, men att man skulle höra av sig om proverna inte var bra. Detta skedde inte, och kvinnan fick först vid nästkommande kontroll besked om att de tidigare tagna provsvaren visade återväxt av cancer. Vid utredning av ärendet framkom att det patologiska provsvaret blivit insorterat i journalen utan vidimering av läkare. Nämnden ansåg att misstaget borde föranleda en översyn av nuvarande rutiner och tillskrev sjukhusledningen med begäran om återrapportering av vidtagna åtgärder. En rutinöversyn har gjorts och alla papperslablistor är numera helt borttagna och säkra datarutiner är framtagna.
- En 52-årig kvinna opererades för bröstcancer. Hon behandlades med cytostatika och strålbehandling samt hormonbehandling. I samband med kontrollbesök efter 4 år berättade hon att hon fått värk i ena höften och bäckenet. En skelettscintigrafi gjordes som påvisade förändringar och kvinnan skulle kallas till ytterligare undersökningar. Hon fick ingen kallelse och något återbesök kom ej till stånd förrän kvinnan själv efter 8 månader hörde av sig då värken förvärrats. Att patienten inte kallats för återbesök berodde enligt yttrandet från vården på en miss i kommunikationen med den mottagning som skulle sköta den fortsatta utredningen och behandlingen. Efter det att händelsen uppmärksammats genom anmälan till Patientnämnden har en Lex Maria-anmälan gjorts. Ärendet har även tagits upp i sjukhusets säkerhetskommission i syfte att utreda eventuella systemfel.

#### *Tillgänglighet*

Bristande tillgänglighet till vård kan även det innebära risker för patienterna. Lång väntetid för behandling t.ex strålbehandling vid cancer kan, förutom den psykiska påfrestring lång väntan innebär, även vara en fråga om patientsäkerhet. Vid bristande tillgänglighet händer det även att utlovade samtal från läkare inte kommer till stånd, vilket i sin tur kan ha till följd att behandlingsinsatser fördröjs eller uteblir. Flera ärenden handlar om svårigheter att få komma till sin vårdcentral.

- 51-årig kvinna sökte akuttid på sin vårdcentral då hon led av astma, hade svårt med andningen och behövde ny medicin. Blev erbjuden en läkartid om 14 dagar men blev lovad att få hämta ett recept i receptionen på eftermiddagen. När hon ringde på eftermiddagen fanns inget recept och läkaren hade gått på ett möte. Hon blev tillsagd att ringa dagen efter när vårdcentralen öppnade, men hon avled samma morgon av andnöd och akut lunginflammation.

#### *Omvårdnad*

Att som patient få en god omvårdnad med nödvändig tillsyn torde vara en självklarhet. Icke desto mindre inträffar fallolyckor som kan härröras till bristande omvårdnad och tillsyn. Ett annat exempel på en skada som kan uppstå på grund av brister i omvårdnaden är trycksår. I Patientnämndens material förkommer omvårdnadsbrister vanligtvis inom den kommunala vården, där ju omvårdnaden är den basala insatsen. Men under året har nämnden även uppmärksammat sådana brister vid akutsjukhusen. Akutsjukvården kan ha svårt att klara äldre och funktionshindrade med stora omvårdnadsbehov, då personalen inte är dimensionerad för eller inriktad på denna typ av vård.

- En 85-årig kvinna vårdades på en ortopedavdelning på akutsjukhus efter fall i hemmet, då hon ådragit sig en kotkompression. Hon var utskrivningsklar och väntade på att få komma till sjukhem. Vården och tillsynen brast. Vid flera tillfällen föll kvinnan och slog sig när hon lämnats ensam på toaletten. Hon fick även trycksår. Nämnden uppmärksammade ärendet och tillskrev ledningen för sjukhuset med önskemål om förstärkt bemanning för patienter med stora och specifika omvårdnadsbehov. I återföring från vården beskrivs att man vid sjukhuset ökat uppmärksamheten på brister i omvårdnaden och att man har som rutin att sätta in extra omvårdnadsresurser vid särskilt vårdkrävande patienter.

## ÄRENDEN PER PROBLEMOMRÅDE

I detta avsnitt redovisas 2003 års ärenden per problemområde med kommentarer och exempel. Det finns tio så kallade problemområden och inom dessa ett antal delproblemområden. Registreringskoderna för problem och delproblem framgår av bilaga 2.

### Behandling

Inom detta problemområde registreras klagomål som rör missnöje med det medicinska beslutet och åtgärden eller med utebliven åtgärd från en fysisk person. Anmälningar om t ex "förkomna" eller försenade remisser, intyg och provsvar ingår inte här utan behandlas under avsnittet Administration.

Den vanligaste anledningen att kontakta Patientnämnden över huvud taget har med den medicinska behandlingen att göra. Behandlingsärendena uppgår till 1 627 och utgör 34 procent av totalt antal ärenden 2003. Det är en minskning med 213 ärenden, eller 12 procent, jämfört med 2002, men det är fler ärenden än 2001. Av nedanstående tabell framgår hur behandlingsärendena fördelar sig på olika delproblem.

### Delproblem inom problemområdet behandling

Delproblem	Antal ärenden		Antal ärenden	
	2003	% 2003	2002	% 2002
Behandling – nekad/otillräcklig/felaktig	854	52	1 062	59
Diagnos – igen/ofullständig/fel/försenad	221	14	158	9
Komplikationer efter behandling	192	12	179	10
Medicinering – ingen/fel/feldosering/biverkan	150	9	168	9
Remiss – nekad/ofullständig/felaktig	83	5	66	4
Intyg – nekad/ofullständigt/felaktigt	80	5	124	7
Prover – inga eller för få togs/fel	29	2	19	1
Teknisk utrustning/hjälpmedel	18	1	23	1

Klagomålen handlar främst om själva behandlingen, som tidigare, men i betydligt mindre utsträckning. Dessa ärenden minskade med 208 eller med 20 procent jämfört med 2002. Andelen är 52 procent mot tidigare 59. Även 2002 minskade missnöjet med själva behandlingen något.

Härnäst i storleksordning kommer missnöje med diagnostiken, 14 procent, samt med att ha drabbats av en komplikation eller besvär efter behandling, 12 procent. Klagomål angående läkemedel utgjorde 9 procent medan problem med remisser och intyg svarade för 5 procent vardera.

*Ökningen från föregående år gäller främst missnöje som har med diagnosen att göra*

Jämfört med 2002 är det 63 fler ärenden som handlar om att inte få någon diagnos eller att den är ofullständig, felaktig eller försenad. Remissproblemen, t ex att inte få en förväntad remiss av doktorn, och komplikationerna har ökat i mindre omfattning. Anmälningar om komplikationer efter behandling ökade något även året dessförinnan. Problem med intygsskrivning har däremot minskat med 44 ärenden och med läkemedel 18 ärenden.

Under 2003 liksom tidigare år förekommer ett antal ärenden som handlar om missad diagnos av blindtarmsinflammation. Oftast har patienterna sökt på någon akutmottagning för magsmärtor och feber, men fått bege sig därifrån med en annan diagnos, t ex urinvägsinflammation, och ett recept. Besvären går inte över eller ökar och patienterna återkommer, för att få konstaterat att blindtarmen brustit. En större operation blir följden och en längre vårdtid samt ett större lidande och oro för patienten.

I något fall har inte bara blindtarmen behövt tas bort utan även en del av tjock- och tunntarmen. Av olika yttranden framgår att det efter en sådan operation finns risk för tarmvred. I ett av fallen fick en man opereras för sprucken blindtarm, bukinflammation och tarmvred. Mannen hade först uppsökt sin vårdcentral p g a magont och hög feber. En distriktssköterska konstaterade att han drabbats av någon sorts virus. Två dagar senare måste han medtagen ta sig till akutmottagningen. I några yttranden framhålls att det kan vara svårt att ställa diagnosen blindtarmsinflammation på grund av diffusa symtom. Det förekommer å andra sidan ärenden där blindtarmen tagit bort i onödan, men fallen med brusten blindtarm är vanligare.

Patientnämnden behandlade ett principärende som rörde en brusten blindtarm på grund av lång väntan på operation när patienten fördes över från ett sjukhus till ett annat. Nämnden föreslog översyn av rutinen vid prioritering av akuta operationer så att om möjligt hänsyn också tas till den tid som patienten väntat på annat sjukhus.

***Vanligast förekommande specialiteter inom problemområdet behandling***

<i>Specialitet</i>	<i>Antal ärenden 2003</i>	<i>% 2003</i>	<i>Antal ärenden 2002</i>	<i>% 2002</i>
Allmänmedicin	389	24	352	20
Psykiatri	267	17	323	18
Ortopedi	171	11	178	10
Internmedicin, alla subspec.	143	9	108	6
Tandvård	140	9	166	9
Kirurgi	91	6	113	6
Gynekologi och obstetrik	85	5	98	5

Dessa sju vanligast förekommande specialiteter inom problemområdet behandling har tillsammans ökat sin andel till 81 procent från 74 procent år 2002 och 2001. Behandlingsärendena rör främst specialiteterna allmänmedicin och psykiatri. Inom allmänmedicin har de dessutom ökat liksom inom internmedicin, med 37 respektive 35 ärenden och i relativa tal med 4 respektive 3 procentandelar. Behandlingsärendena inom Psykiat

rin har minskat med 56 ärenden och en procentandel. Synpunkterna på behandling inom kirurgi och tandvård har minskat i något mindre omfattning.

Inom alla specialiteterna är klagomålen som har med behandling att göra vanligaste. Se närmare under respektive verksamhet längre fram i rapporten.

*Synpunkterna på behandling är mycket varierande*

Anmälningarna kan handla om sådant som får mycket allvarliga konsekvenser för patienten och om mindre allvarliga medicinska spørsmål. Men ur patientens perspektiv kan även dessa ge upphov till oro och upprördhet. Anmälaren beskriver det som inträffat från sitt perspektiv, vilket också registreras i Patientnämndens databas. Efter att ett ärende har utretts kan det ibland visa sig att det som ur patientens synvinkel tedde sig alarmerande får sin förklaring i yttrandet från berörda i vården och patienten lugnas. I sådana fall har det snarare brustit i informationen och kommunikationen mellan vårdare och patient. Ibland väljer patienten däremot att gå vidare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, eftersom Patientnämnden inte gör medicinska bedömningar om rätt eller fel. Andra kan föredra att vända sig till Patientförsäkringen, PSR. Se även avsnittet om Patientsäkerhet.

Det är således olika hur tillfreds en anmälare blir efter att ärendet har utretts hos nämnden. Att få en godtagbar förklaring, möta empati och, då det är befogat, få en ursäkt, leder oftare till att anmälaren godtar innehållet i ett yttrande från vården. Det som patienten uppfattar som bortförklaringar, förnekanden och brist på förståelse för sin situation ger snarare motsatt resultat och kan leda till ytterligare korrespondens från patientens sida. Nedanstående exempel på diagnostiseringsproblem visar bland annat detta.

- En kvinna sökte hjälp på en akutmottagning för smärtor i nedre delen av magen. Läkaren konstaterade snabbt att hon hade typiska symtom för urinvägsinfektion. Hon blev inte bättre utan återkom till sjukhuset och fick en ny medicin. En annan läkare avfärdade hennes besvär, ordinerade antibiotika och föreslog att hon skulle köpa en påse godis. Någon dag senare hade hon tid hos sin gynekolog som direkt såg att hon hade en apelsinstor växt på äggstocken, ett högmalignt lymfom. Hon hade även mycket vätska i hjärtsäcken och lungorna. Kvinnan kände sig kränkt av hur läkarna på sjukhuset hade undersökt och bemött henne. I yttrandena tillbakavisades felbedömning av diagnosen. Den läkare som kvinnan ansåg hade förolämpat henne tillbakavisade även detta. Kvinnan var inte alls nöjd, då ingen hade medgett att de behandlat och bemött henne illa. Nämndens handläggare föreslog ett möte mellan henne och läkarna. Mötet kom till stånd och kvinnan var till slut nöjd då hon ansåg att den medicinskt ansvarige läkaren hade varit lyhörd och bekräftat att tecknen på allvarlig sjukdom missats samt att bemötandet varit olämpligt. Den andra läkaren hade bett om ursäkt för sitt bemötande, vilket kvinnan accepterade och ärendet kunde avslutas.
- Exempel på missad skada: Ung man råkade ut för en trafikolycka som resulterade i en krossad njure, brutna revben och bruten tumme. Efter att han tagits om hand akut klagade han över smärta i tummen under vistelsen på akutsjukhuset, men blev endast tillsagd att använda den så mycket som möjligt. Vid återbesök konstaterades efter röntgen att tummen var bruten och hade läkt ihop fel. Det bekräftas i yttrandet där det också framgår att det var oklart varför inte tumfrakturen hade noterats i journalen från början. En förklaring till att tummen ej behandlats på en gång kunde vara att man, enligt yttrandet, hade ägnat sig åt de livshotande skadorna och det händer

ibland att skador av lindrig karaktär inte uppmärksammas förrän senare. Mannen var inte nöjd, i synnerhet inte med bristen i journalantecknandet, och fortsatte korrespondensen.

Ärendena om komplikationer efter behandling har, som tidigare nämnts, ökat. Här följer ett exempel:

- En kvinna i 70-årsåldern opererade ett bröst på en kirurgklinik och vårdades därefter ett par dygn i en sal för fyra. En av patienterna där hade tarmproblem. Rummet var mycket ostädat och ingen städade under tiden hon var där. Toalett och tvättställ var också mycket smutsiga. En tid efter utskrivningen måste kvinnan återintas på grund av kraftig sårinfektion. Såret måste öppnas och kvinnan gavs antibiotikadropp. I yttrandet framhåller läkaren att sårinfektionen utgjordes av stafylokocker som kan vara patientens egna hudbakterier. Chefsjuksköterskan förklarade att man är tvungen att placera patienter med olika åkommor på samma sal men att man inte skulle lägga in en svårt infekterad patient på samma sal som nyopererade. Kvinnans kritik av städningen får ingen förklaring och hon anser inte att hennes ärende behandlats seriöst.

Följande exempel illustrerar missnöje med behandlingsresultatet och dess följder:

- En kvinna opererades i tonåren för bröstförminskning för att slippa ryggsbesvär. Hon var nöjd med detta. En korrigerig av ärr behövde göras när hon växt klart. Efter att plastikkirurgisk korrigerig av ärrret hade genomförts ansåg kvinnan att hennes bröst även hade förminskats. Hon blev därtill oförskämt och nedlåtande behandlad av en läkare vid återbesöket. Kvinnan mådde dåligt, kände sig stympad och ville få hjälp att korrigerig brösten. I yttrandet får hon veta att det varken föreligger medicinsk eller estetisk indikation för ytterligare kirurgi, att patienten i så fall får ta det på eget ansvar och bekostnad samt tillbakavisar att hon skulle ha bemött patienten kränkande. Kvinnan var inte nöjd med yttrandet och vände sig till en annan vårdgivare och blev så småningom undersökt. Det bedömdes att hennes ärr m m kunde åtgärdas, och hon sattes upp på väntelista för operation. Kvinnan blev mycket nöjd och ärendet avslutades.

Kvinnan i exemplet blev till slut nöjd och många blir det efter Patientnämndens utredning. Men så är inte alltid fallet i anmälningar om t ex bröst- eller magplastiker. En annan kvinna drabbades av blodproppar i ben och lungor efter en plastikoperation av brösten och ytterligare en är missnöjd med resultatet efter plastikoperation av buken och har väldiga smärtor. Dessa kvinnor anger ofta att de mår dåligt av det inträffade och söker ofta efter en annan vårdgivare som ibland också konstaterar att ytterligare en operation behövs. I de refererade exemplen har operationerna från början bedömts vara medicinskt motiverade. Det förekommer även kontakter och frågor med anledning av att kvinnorna är besvikna när de fått besked om att önskad plastikoperation ej är medicinskt motiverad och att landstinget då inte står för kostnaden. Andra kontakter rör frågor på grund av långa köer till bedömning eller plastikoperation.

### **Bemötande**

694 ärenden rör brister i bemötande, vilket innebär en minskning med 31 ärenden jämfört med 2002. Bemötandeärendena utgör 14 procent av nämndens samtliga ärenden. Andelen har varit tämligen konstant sedan 1998.

41 procent av bemötandeärendena avser primärvård, 22 procent akutsjukhus, 16 procent psykiatrisk vård och 14 procent vård hos privata specialister.

78 procent av alla bemötandeärenden avser ovänligt eller nonchalant bemötande samt brist på empati, 12 procent handlar om att man inte blivit lyssnad till eller inte trodd, 11 procent att man blivit slussad runt i vården eller att ingen riktigt tagit ansvar för patienten. Detta innebär endast minimala förändringar jämfört med föregående år.

I många fall har vårdgivaren beklagat det inträffade och bett om ursäkt. Ibland har man tagit upp en diskussion om händelsen i personalgruppen. I en del fall har vårdgivaren erbjudit samtal med anmälaren. Ibland skiljer sig vårdpersonalens beskrivning av det inträffade avsevärt från anmälares och ord står mot ord. När så är fallet upplever många anmälare på ett mycket tydligt sätt att de befinner sig i underläge gentemot personalen.

Klagomål som gäller ovänligt och nonchalant bemötande kan belysas med nedanstående exempel:

- En 53-årig kvinna uppsökte en akutmottagning på grund av buksmärter och feber. Efter flera undersökningar konstaterades att blindtarmen var inflammerad och skulle opereras. Dock blev väntan lång eftersom en mer akut operation gick före. Under väntetiden placerades hon i ett bås med skynke för. Där fanns ingen klocka att påkalla hjälp med. Eftersom hon var bunden till sängen genom droppet kunde hon inte själv ta sig därifrån. Ingen personal kom och tittade till henne. Vid ett par tillfällen lyckades hon påkalla uppmärksamhet från medpatienter som i sin tur larmade en sjuksköterska. Denna frågade vad hon ville och skulle tala med läkaren, men återkom aldrig. Kvinnan upplevde att hon var helt övergiven och hade kunnat ligga och dö bakom sitt skynke utan att någon lagt märke till det.
- En 49-årig man fick besked att han hade prostatacancer. Efter operationen uppmanades han kontakta en namngiven urolog på ett av akutsjukhusen. När han ringde för att boka tid svarade en sköterska innan han ens hunnit berätta sitt ärende att det inte fanns några tider nu eller de närmaste månaderna. Han skrev ett personligt brev till läkaren och fick en tid veckan därpå. Prover togs och mannen uppmanades ringa för att få en återbesökstid och provsvar. När han ringde svarade samma sköterska med ett skratt att det inte fanns några tider trots att han försökte förklara att läkaren bestämt att de skulle träffas igen. Sköterskan slängde därefter på luren.

### **Tillgänglighet**

Antalet ärenden som avser brister i tillgänglighet till vård och behandling uppgick under året till 500, vilket utgör 10 procent av totalt antal ärenden. Det är en försumbar ökning med 17 ärenden jämfört med föregående år då ökningen var 28 procent jämfört med 2001. Trenden med flera års ökning har nu planat ut totalt sett, men primärvårdens andel inom problemområdet har ökat betydligt, vilket framgår av tabellen nedan.

Det vanligaste klagomålet rör lång väntetid eller kötid till besök och behandling inklusive vårdgarantifrågor, och utgör 298 ärenden (60 procent). Det är samma omfattning som år 2002. Telefontillgängligheten kommer närmast och har däremot ökat med ett 30-tal ärenden och uppgår till 130, vilket utgör 26 procent av ärendena om tillgänglighet.



Övriga delproblem som har med tillgänglighet att göra förekommer i mindre omfattning. Det gäller anmälningar om bristande kontinuitet, 36 ärenden (7 procent), för tidig utskrivning/ingen eftervård/rehabilitering, 26 ärenden (5 procent). Det bör tilläggas att ärenden som rör missnöje med för tidig utskrivning och brist på eftervård eller rehabilitering egentligen är fler, men de förekommer även under problemområden som samverkan och behandling, beroende på var tyngdpunkten i klagomålet ligger. Endast 10 anmälningar (2 procent) rör inställda operationer, vilket är en minskning med närmare hälften.

### *Vanligast förekommande specialiteter inom problemområdet tillgänglighet*

<i>Specialitet</i>	<i>2003</i>		<i>2002</i>	
	<i>Antal ärenden</i>	<i>%</i>	<i>Antal ärenden</i>	<i>%</i>
Allmänmedicin	257	52	175	38
Ortopedi	66	13	72	15
Internmedicin, alla subspec.	26	5	26	6
Psykiatri	18	4	35	8

De ovanstående specialiteterna svarar tillsammans för 74 procent av ärendena om problem med tillgänglighet till vård. Det är en ökning med 7 procentandelar jämfört med 2002. Allmänmedicin dominerar som föregående år och har dessutom ökat betydligt både i antal och andelar. Se även avsnittet Primärvård.

Ortopedisk verksamhet kommer på andra plats liksom föregående år och har ungefär samma omfattning som då. Internmedicin har lika många ärenden som tidigare, medan registreringar av brister i tillgänglighet inom psykiatri har minskat och är förhållandevis få.

Patientnämndens handläggare har även under 2003 haft anledning att informera köande människor om vårdgarantin och att de kan vända sig till Enheten för befolkningservice på Beställarkontor vård, BKV, för att få hjälp till tidigare vård hos annan vårdgivare. Dessa patienter har ibland inte fått information om vårdgarantin på den klinik där de står i kö till specialistvård. I slutet av året förekom synpunkter med anledning av att landstinget har föranstaltat om inskränkningar i vårdgarantin under år 2004 samt kontakter om att väntetiden uppskjutits ytterligare, bland annat med motivering att resurserna inte räckt året ut exempelvis för ryggoperationer. Följande är exempel på detta:

- 60-årig man fick efter undersökning hos specialist tid för operation i början av november 2003. I oktober fick han meddelande om att operationen var inställd och skulle ske först under år 2004. Av yttrande från BKV framkom att svårigheter uppkommit under hösten att uppfylla vårdgarantins intensjoner när det gäller ryggortopedi. För medicinskt prioriterade fall har dock extrainsatser kunnat göras, vilket kunde ske i detta fall. Mannen fick sin operation på hos avsedd vårdgivare.

Lång väntan på vård innebär ofta både utdraget lidande och oro hos den som väntar, vilket följande exempel illustrerar:

- 80-årig kvinna med reumatiska besvär har väntat på en knäoperation på ett akutsjukhus sedan oktober 2002. Enligt vårdgarantikortet skulle operationen ske i april

2003, men ingenting har hänt när hon hör av sig till nämnden i oktober 2003. Kvinnan har värk natt som dag och upplever sin situation som ohållbar. Nämnden kontaktar verksamhetschefen för aktuell ortopediklinik och får veta att samordningen av väntelista har brustit. Han beklagar att kvinnan kommit i kläm. Vårdplaneringen har omorganiserats för att förbättra samordningen. Verksamhetschefen lovar att kvinnan snarast ska få besked om att hon kan bli opererad i januari eller februari 2004.

Anmälningarna om svårigheter att komma fram på telefon i primärvården är många och har ökat. Nämnden har under året i principärende föreslagit förbättringar av telefonproblemen som vänder sig till flera vårdcentraler. Ett exempel:

- En kvinna har flera gånger ringt sin vårdcentral och fått beskedet att "det är många som ringer just nu, var god ring senare". Hon kommer till slut fram och får veta att hon har könummer fem. Efter tio minuter är hon nummer fyra. Efter ytterligare tjugominuter får hon återigen beskedet "det är många som ringer just nu, var god ring senare" och kopplas bort. I yttrande beklagas det inträffade och nya tekniska lösningar utlovas.

Nämnden finner det inte rimligt att sjuka och oroliga patienter och anhöriga ska ha så stora svårigheter att få kontakt med sin vårdcentral, som har framgått av flera olika ärenden. Nämnden bad att få skriftlig återföring av vidtagna åtgärder samt effekterna av dessa från de tillskrivna vårdcentralerna.

## Omvårdnad

Antalet ärenden uppgår till 87, vilket är en minskning med 48 ärenden från år 2002. Anmälningar om brister i omvårdnad utgör knappt 2 procent av Patientnämndens ärenden. När det gäller omvårdnadsärenden dominerar klagomålen från den kommunala vården med 39 ärenden, vilket motsvarar 45 procent. Inom landstingsvården kommer de flesta klagomålen från akutsjukhusen med 20 anmälningar (23 procent). Den geriatriska vården har 8 anmälningar (9 procent), psykiatri 7 (8 procent), specialistvården 6 (7 procent), primärvården 2 (4 procent) och övriga vårdtyper ett klagomål vardera. Fördelningen skiljer sig ej nämnvärt från föregående år. Anmälningarna rör dubbelt så många kvinnor som män, och nästan tre fjärdedelar återfinns i åldrarna över 65 år.

Under problemområdet omvårdnad registreras brister i omvårdnaden, tillbud och olycksfall samt brister i boende, kosthållning och miljö. Anmälningar om brister i den dagliga vården är vanligast och dessa handlar om otillräcklig hjälp med personlig skötsel och med intag av föda och vätska, bristande hygienrutiner och uppkomst av trycksår. Bristande tillsyn och otillräckliga säkerhetsåtgärder har givit upphov till olycksfall ibland med allvarliga skador. 25 sådana ärenden har varit aktuella under året, vilket är två färre än föregående år. Av dessa har tio inträffat under vård på akutsjukhus, åtta vid äldreboenden, två vid vård på psykiatrisk klinik, två i samband med sjuktransport och två i samband med behandling hos sjukgymnast. I några fall har en fraktur efter en fallolycka inte upptäckts förrän efter några dagar, vilket fördröjt behandlingen och förorsakat den skadade onödigt lidande. En man har haft otur och drabbats dubbelt upp:

- 80-årig man vårdades på sjukhem efter en stroke. Han välte med sin rullstol och skadade sig och fördes till sjukhus. På sjukhuset föll han en natt ur sin säng eftersom nattpersonalen inte fällt upp sänggrinden. Lyckligtvis klarade han sig denna gång utan allvarligare skador. Anhöriga är mycket upprörda över bristande tillsyn och slarv i vården.

Omvårdnadsproblem av äldre vid akutsjukhus har uppmärksammats av nämnden under året. Se även avsnitten Patientsäkerhet och Åldersgruppen 80 år och äldre - en fördjupningsstudie.

Dålig kommunikationen med de anhöriga finns med i många ärenden. Då flertalet ärenden, som rör omvårdnad handlar om vårdtagare, som oftast inte kan agera själva utan är beroende av de anhörigas stöd, är det naturligt att dessa vill känna sig delaktiga i vården av de närstående. Vårdpersonal kan behöva få stöd i ett professionellt bemötande av anhöriga, även "besvärliga" sådana.

### **Samverkan**

Totalt 35 ärenden handlar om brister i samverkan inom/mellan vårdgivare eller om bristande vårdplanering. Det är 14 färre än föregående år. Samverkansbrister kan även spåras i ärenden som registrerats under utebliven eller fördröjd behandling, liksom under tillgänglighet och då under delproblemet förtidig utskrivning, ingen eftervård/rehabilitering. Detta gör att denna typ av anmälningar i realiteten är fler.

26 av anmälningarna avser brister i samverkan inom/mellan vårdgivare, och 9 handlar om bristande vårdplanering. I frågor som gäller bristande samverkan är oftast fler verksamheter och vårdgivare involverade. Ärendena registreras på den verksamhet där problemet först uppkommer, det vill säga det ställe där samverkan borde ha initierats. Flest ärenden, 12, har registrerats på akutsjukhusen, därefter följer den psykiatriska vården med 9 ärenden. Övriga ärenden fördelas jämt mellan kommunal vård, primärvård, specialistvård och handikapp/habilitering.

### *Akutsjukhus*

Ett problem som uppmärksammats under året är osmidigheten i samband med överflyttningen av patienter som insjuknat på annan ort och efter det akuta omhändertagandet ska överföras till sitt hemsjukhus.

- Modern till 17-årig son anmäler att sonen råkat ut för ett benbrott under skidåkning. Han transporterades efter operation på ortens lasarett till sitt hemsjukhus. Där kunde han inte läggas in på ortopedavdelning direkt, utan måste vänta i fyra timmar på akutmottagningen för att en läkare där först måste undersöka honom. Under väntetiden fick han ingen smärtlindring.
- Samma sak hände en 78-årig kvinna som under vistelse i Dalarna insjuknat akut i bukspottkörtelinflammation. Hon fördes efter några dygn till sjukhus i Stockholm. Efter tre timmars tröttsam ambulansresa överfördes hon till en annan bår och fick ligga på akutmottagningen och vänta i över fyra timmar innan hon fick komma i en säng på en vårdavdelning.

Nämnden har i dessa principärenden önskat en översyn av rutiner och regler i syfte att möjliggöra ett snabbare omhändertagande av patienter som redan är bedömda för fortsatt sjukhusvård.

### *Psykiatri*

Ärendena inom psykiatrin rör i huvudsak bristande samverkan mellan BUP och socialtjänsten och mellan öppenvårdspsykiatrin och primärvården. Patienterna bollas mellan de olika vårdgivarna, med bristande kontinuitet som följd. I något ärende påtalas samverkanssvårigheter mellan missbruksvården och öppenvårdspsykiatrin.

### *Samverkan kommun/landsting*

Bland årets ärenden är inte vårdkedjeproblemen runt äldre multisjuka lika framträdande som föregående år. Den ändring i lagen om kommunalt betalningsansvar som genomfördes vid halvårsskiftet och som ställer tydligare krav på gemensam vårdplanering av vårdens aktörer, kan möjligtvis förklara denna tendens.

Vissa oklarheter i ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting finns dock, vilket kan resultera i att enskilda kommer i kläm. Exempel som har aktualiserats i ärenden till nämnden:

- På- och avtagning av stödstrumpor. Är det hemsjukvården eller hemtjänstens uppgift?
- Var ligger ansvaret för att en person i äldreboende får tillgång till logoped. Fortfarande tolv år efter ÄDEL-reformens genomförande är frågan olöst. Från kommunerna hävdas att logoped är en specialistinsats som ges efter läkarremiss och därmed ett landstingsansvar, medan landstinget hävdar att talträning av logoped ingår i den rehabilitering som kommunen är skyldig att tillhandahålla för personer i särskilt boende. Enligt vad Patientnämnden erfarit kommer frågan att aktualiseras i samverkan-grupper mellan landstinget och Stockholms stad.
- I ett fall som behandlades som principärende blev ej obduktion utförd av en kvinna som avlidit på ett äldreboende. Vid utredning av ärendet visade det sig att varken den tjänstgörande sjuksköterskan vid äldreboendet eller den vikarierande läkaren från vårdcentralen kände till vem som hade ansvaret för att ordna med transporten till Patologen. Båda trodde att ansvaret åvilade den andra, varför ingen transport blev ordnad och kvinnan blev liggande kvar i sjukhemmets kylrum. Enligt återföring till nämnden har kommunens MAS och primärvårdschefen gemensamt gått igenom rutinerna och aktualiserat dem ute i verksamheterna.

### **Ekonomi**

De ekonomiska ärendena rör frågor kring avgifter, ersättningskrav, bristande resurser och garantikrav (tandvård) m m. Dessa ärenden har ofta en koppling till bristande eller utebliven information om taxor inom vården.

636 av nämndens ärenden 2003 gällde ekonomiska frågor. Detta är en liten ökning med 35 ärenden eller med drygt 5 procent jämfört med 2002. De ekonomiska frågorna utgör 13 procent av totalt antal ärenden.

*Avgiftsfrågor inom sjukvård är vanligast, (53 procent) och avser främst tolkning av regler för patientavgifter, högkostnadsskydd och uteblivandeavgift. Nämnden har under året haft många ärenden där anmälaren vill veta om sjukvården har debiterat rätt patientavgift, hur man får högkostnadskort och reglerna kring högkostnadsskyddet. Frågor om uteblivandeavgiften har ökat under året.*

Nämnden har i de flesta fallen kunnat förklara gällande avgiftsregler för patienten men även kunnat hjälpa patienten att få avgifter återbetalda då man blivit feldebiterad.

*Krav på ersättning* (47 procent) förekommer till exempel på grund av att man av olika skäl inte fått den vård eller rehabilitering man önskat (tillräckligt snabbt) på landstingets bekostnad.

*De ekonomiska ärendena är vanligast inom tandvården* (38 procent av vårdtyperna) och har under året i huvudsak handlat om garantier, hur och när garantin faller ut för en behandling. Ofta önskar patienten sina pengar åter för en behandling som ej blev till belåtenhet. Se även avsnittet om tandvård.

Akutsjukhusen kommer närmast när det gäller de ekonomiska frågorna med 20 procent. Primärvården och specialistvård utanför akutsjukhus utgör 13 procent vardera av vårdtyperna.

## **Juridik**

I de juridiska ärendena ingår de fem problemområdena sekretess och tystnadsplikt, journalfrågor, lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård, valfrihet och övriga juridiska frågor.

Antal juridiska ärenden under 2003 uppgår till totalt 488. De har minskat jämfört med året innan då det var 530 ärenden. En minskning har skett på alla de juridiska problemområdena, förutom journalfrågorna och tvångsvårdslagstiftningen som har ökat. År 2001 var det totalt 414 juridiska ärenden.

Den största gruppen av de juridiska ärendena rör, liksom tidigare år, frågor om och synpunkter på journaler. Cirka 41 procent av de juridiska ärendena rör journalfrågor av olika slag. Det är 203 ärenden som kan jämföras med år 2002 då de var 186 i antal. Ärendena handlar i de allra flesta fallen om att man skulle vilja se vad som står i sin eller en nära anhörigs journal eller att man önskar få en uppgift i journalen raderad eller ändrad. Handläggningen från Patientnämndens sida består ofta i att informera patienten om rätten att få kopia av sin egen journal och hur man praktiskt går till väga för att få en kopia. I vissa fall kan det även vara nödvändigt att ta kontakt med aktuell läkare för att informera om de regler som gäller. Beträffande önskemål att få rättat i journaler hänvisas till den som fört journalen. Önskemål om att journalen till viss del eller i sin helhet skall förstöras hänvisas till att ansökan skall göras hos Socialstyrelsen. Andra frågor kan gälla att journaler har kommit bort eller att det tar för lång tid att få kopia på journaler.

Ärenden som rör valfrihet, det vill säga rätten att välja vem som ska ge vården, är liksom föregående år den näst största anmälningsorsaken och utgör cirka 28 procent. Denna grupp av ärenden har tidigare ökat varje år. 2003 minskade dock problemet valfrihet med 20 ärenden jämfört med 2002 och uppgick till totalt 135 ärenden.

Även inom detta problemområde informerar Patientnämnden om gällande rätt. Det vill säga att landstinget enligt 5 § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Även inom stora delar av den övriga hälso- och sjukvården

har landstinget beslutat att det skall råda valfrihet. Patientens valmöjligheter finns bl.a. reglerat i Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (A 00:56). Patientnämnden noterar även detta år att valfriheten begränsas av att många primärvårdsmottagningar inte kan ta emot fler patienter då de har fullt.

Patientnämnden har under året tagit upp ett principärende angående begränsningar i valfriheten. Det gällde en gravid kvinna som önskade att byta mödravårdscentral till en privat mödravårdscentral:

- Kvinnan fick beskedet att hon endast kunde byta under graviditetsveckorna 19 och 29. Detta berodde på ersättningssystemets utformning. Patientnämnden konstaterade att inom Stockholms läns landsting råder valfrihet men att ersättningssystemet kan tvinga en kvinna att gå kvar på en mottagning mot sin vilja. Nämnden önskade därför att ersättningssystemet utformades så att det inte begränsade kvinnornas valfrihet. Beställarkontor Vård har därefter meddelat att en utredning bedrivs om ersättningssystemets utformning, som skall vara slutförd i maj/juni 2004. Patientnämndens synpunkter i principärendet har lämnats till utredningen.

Ett annat principärende under problemområdet valfrihet gällde en kvinna som varken fick någon fast läkarkontakt eller lista sig på vårdcentralen:

- Den privata vårdcentralen hade områdesansvaret för kvinnan, trots det fick hon inte lista sig där. Anledningen var för stor belastning. Patienten erbjöds dock att söka för akuta åkommor. Enligt gällande avtal skall invånare inom betjäningsområdet alltid ha möjlighet att välja fast husläkare hos vårdgivaren eller lista sig på mottagningen. Efter ett flertal kontakter med mottagningen och Beställarkontor vård (BKV) har BKV meddelat att patienten har fått lista sig hos en läkare på den mottagning som har områdesansvaret för patienten.

Det tredje största problemområdet är övriga juridiska ärenden som består av 74 ärenden, cirka 15 procent. Här är det en stor variation på ärendena. Ett par exempel:

- En sjuksköterska på en vårdcentral använde ett barns personnummer för att beställa blöjor som hon sedan sålde. Händelsen har även polisanmälts av anmälaren.
- En man anmälde att han inte fick rösta i EMU-valet när han låg inlagd på ett sjukhus. Efter utredning visade det sig att det hade funnits förutsättningar att rösta på sjukhuset och att det även hade anslagits information om detta.

Cirka 11 procent av ärendena rör sekretess och tystnadsplikt, det vill säga 53 ärenden. Det är vanligt med frågor om vad sekretessen innebär och vilka möjligheter man som patient har att påverka vilken information som lämnas ut. Som exempel på dessa ärenden kan nämnas två principärenden som har tagits upp under 2003.

- En kvinna var patient på en smärtmottagning. Hon kallades skriftligen till en smärtmottagning och fick då ett häfte att fylla i om sin smärta. Häftet var dock redan ifyllt av en annan patient, vars namn, personnummer, adress och telefonnummer framgick. Av utredningen framgick att smärtkliniken var kraftigt underbemannad och sjuksköterskan som skickade ut kallelsen hade åtagit sig arbetsuppgifter som inte var hennes, för att kunna ta emot så många patienter som möjligt från den långa väntelistan. Rutinerna på området skulle ses över efter det inträffade. Vidare skulle

man snart vara fullbemannande. Patientnämnden ansåg det mycket viktigt att gällande sekretessregler efterlevdes och noterade med tillfredsställelse att aktuella rutiner skulle ses över. Nämnden föreslog även förbättrad utformning av häftet. Mottagningen har härefter vidtagit förbättringar så att häftet som skickas till patienter före nybesök alltid kontrolleras. Det kommer även att noteras på häftets framsida om häftet är ifyllt. I de fall patienten skickar in häftet insorteras det omedelbart i dennes journal. Vidare har smärmtagningen nu en sekreterare som sköter all korrespondens.

Det andra principärendet gällde en man som besökt en distriktssköterskemottagning:

- Dagen efter besöket fick han ett telefonsamtal från en man som säger att en stöld av en plånbok har skett på mottagningen. Någon har iakttagit att han har befunnit sig i delar av lokalen där han inte skulle vara. Mannen i telefonen uppmanade honom lämna in plånboken på en namngiven bensinstation, annars skulle en polisanmälan göras. Han frågade den uppringande mannen vem han var, men fick till svar att det inte hade med saken att göra. Anmälaren kunde senare spåra det okända samtalet till ett företag, vars ägare var gift med en sjuksköterska på mottagningen. Dagen efter fick han ett telefonsamtal från denna sjuksköterska som upplyste honom om att den försvunna plånboken var upphittad. Patientnämnden såg allvarligt på det inträffade och ansåg att det inte var ett acceptabelt agerande, såväl utifrån ett bemötande perspektiv som utifrån sekretessynpunkt. Nämnden konstaterade dock att verksamhetschefen var av samma uppfattning och denna skulle göra förtydligande av rutiner för liknande händelser. Nämnden hoppades att denna åtgärd skulle leda till bättre agerande i framtiden vid liknande händelser.

Det minsta problemområdet, lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård har fått 23 anmälningar, cirka 5 procent. Flera av anmälningarna rör att man anser sig felaktigt tvångsvårdad. Man har även frågor kring tvångsvårdslagstiftningen. I en del av dessa ärenden har patienterna uppgett att de inte har blivit informerad av sjukvården om deras rätt till stödperson.

De flesta juridiska ärendena finns, som tidigare år, inom specialiteterna allmänmedicin och psykiatri. För ytterligare information om de juridiska ärendena se även avsnitten om psykiatri och primärvård.

### **Information**

129 ärenden angående brister i information har anmälts, vilket utgör 3 procent av alla ärenden. Det är samma nivå som föregående år. 41 procent av ärendena berör vårdtypen akutsjukhus, 21 procent tandvård och 13 procent primärvård. Inom akutsjukvården är informationsproblemen vanligast i ärenden som rör internmedicin med cirka 30 procent samt i kirurgisk och ortopedisk vård med 12,5 procent vardera. I relation till alla specialiteter svarar allmänmedicin för 15 procent och internmedicin för 13 procent av informationsproblemen.

I många av de aktuella fallen har anmälaren kunnat få ett snabbt besked eller kompletterande information per telefon. I en del fall har information inhämtas från aktuell vårdgivare innan svar kunnat ges.

Nämnden har behandlat flera fall där patienter per telefon har informerats om en cancerdiagnos.

- Ett principärende avser en man som vid provtagning hade värden som visade på förhöjd risk för prostatacancer. Ytterligare undersökningar visade att mannen hade cellförändringar. Då det var läkarens uppfattning att mannen på grund av sin oro var mycket angelägen om ett snabbt besked valde läkaren att frångå sina principer och meddelade mannen per telefon, på ett så skonsamt sätt som möjligt, att han hade cellförändringar i prostata. Mannen blev mycket chockad och ledsn av beskedet. Han erbjöds, men avböjde, en tid för samtal med läkaren. I detta fall gjorde läkaren bedömningen att mannen dels önskade ett snabbt besked, dels klarade av att ta emot det. Mannen hade emellertid hellre velat träffa läkaren personligen, då det blev mycket svårt för honom att hantera det besked han fick. Vid uppföljning av ärendet framkom att man på den aktuella vårdcentralen gått igenom gällande rutiner och beslutat att cancerbesked aldrig ska ges per telefon utan vid besök på mottagningen och gärna med back-up av kurator.

Relativt många klagomål på bristande information utgörs av utebliven information om vårdgarantins innebörd när specialistläkare beslutat om behandling eller operation. Även ärenden avseende information om besöksgarantin är relativt vanliga. Brister i information till anhöriga angående äldre personers vård, sjukdom och även dödsfall i såväl landstingets som i kommunal vård är också relativt talrika.

### **Administration**

Brister i administration innebär hantering av remisser, provsvar, intyg, kallelser och övriga administrativa problem. Anmälningar som avser läkarens bedömning och beslut om att skriva remiss och intyg eller att ta prover redovisas i avsnittet *Behandling*.

Totalt förekommer 212 administrativa ärenden, vilket utgör 4 procent av totalt antal ärenden 2003. Det är en ökning med 68 ärenden i förhållande till år 2002 eller med 47 procent.

#### *Ökning av "förkomna" remisser och uteblivna läkarintyg*

Den främsta anledningen till missnöje med en enskild administrativ fråga är remisser som, efter ibland lång tid, inte har kommit till avsedd specialistklinik, 54 ärenden (25 procent). 39 ärenden rör intyg som dröjer (18 procent). I båda fallen innebär det ökningsar med mer än det dubbla. 24 ärenden (11 procent) avser väntan på resultat av olika typer av genomgångna prover och undersökningar, vilket är en smärre ökning. Problem med kallelser som dröjer utgör endast 10 ärenden (5 procent), ungefär som 2002.

Väntan är en återkommande beskrivning i de flesta klagomål angående remisser, provsvar och intyg. Patienten undrar varför det dröjer med besked och försöker ibland utröna vad som hänt. Man vänder sig till Patientnämnden antingen för att få en förklaring till varför t ex remissen inte skickats eller för att få hjälp att reda ut vad som hänt. Den som drabbas känner sig nonchalant bemött och spekulerar ibland i om det beror på glömska, slarv, hög arbetsbelastning eller dåliga rutiner. Förklaringen från vårdgivaren kan vara att till exempel remissen inte har blivit skriven, inte sänts iväg eller att läkarsekreteraren har hög arbetsbelastning. Läkaren som skulle skriva remissen kan ha gått på tjänstledighet eller slutat. Ibland är det en enskild läkare eller annan personal som av olika anled



ningar inte tillämpat befintliga rutiner, ibland är det rutinerna som behöver ses över. Exempel:

- En 50-årig kvinna som varit patient länge hos en privat specialistläkare, har av läkaren flera gånger blivit lovad remiss för lungundersökning men ingenting händer.

Att tiden går medför ofta oro för hälsan och kan ibland även innebära en risk för patienten om till exempel en nödvändig uppföljning eller behandling försenas. Se även avsnittet om Patientsäkerhet. Nämnden behandlade ett principärende om en ung kvinna som inte fick meddelande om att hon hade cellförändring efter provtagning:

- Efter cellprovstagning på MVC informerades kvinnan om att vid ev cellförändringar skulle de skicka en kallelse inom 2-3 veckor. Efter åtta månader fick hon i brev meddelande att hon hade måttliga cellförändringar - ett tillstånd som i det flesta fall måste behandlas för att inte sprida sig vidare och i värsta fall bli cancer. Hon ringde till MVC och fick veta att det var hennes eget ansvar att ta reda på provsvaret samt att svaren gick till en annan MVC. I yttrande tog den senare MVC på sig ansvaret för det inträffade. Nämnden föreslog att texten på kallelsen för provtagning borde göras tydligare om förutsättningen är att patienten själv ska kontakta vården för besked om provsvar. Dock är det nämndens åsikt att alla provsvar bör sändas både till patienten och ansvarig klinik för att förhindra misstag. I återföringen av vidtagna åtgärder meddelas att texten på kallelsen har gjorts tydligare med klart besked om vart man ska vända sig.

Ett antal ärenden handlar om människor som blir "bollade" mellan specialist och primärvård för att få sjukintyg. Följande är ett exempel:

- En kvinna opererades i foten på ett akutsjukhus. Då hon fortfarande hade besvär med foten tog hon kontakt med kliniken för att få förlängd sjukskrivning. Trots löfte kom inget intyg och hon blev utan intyg för en vecka på grund bristande samarbete mellan sjukhuset och vårdcentralen.

#### *Övrig administration*

Under denna rubrik återfinns olika typer av klagomål av administrativ och organisatorisk karaktär, som var för sig inte är så omfattande. 85 sådana ärenden förekommer (40 procent), vilket också är en närmare 50-procentig ökning jämfört med 2002. Exempel på övriga administrativa problem är flera fall av borttappade eller försvunna kläder, glasögon, nycklar, medicin, broderi och löständer. Några ärenden handlar om synpunkter på sjukresa eller inbetalningsproblem i samband med högkostnadskort, förväxling av patient vid fakturering samt administrativt krångel och byråkrati kring hjälpmedel. Exempel:

- En mor till en liten cp-skadad flicka klagar över handläggningstiden på hjälpmedelscentralen för att få en remiss för värmesulor till dottern godkänd.
- En man besöker ofta ett laboratorium för provtagningar, mestadels på fastande mage. Han är missnöjd med den ordning och effektivitet som råder där.

Andra exempel är missnöje med att mottagningen stänger före stängningstid, att talsvarsystemet vid vårdcentralen inte fungerar, m fl andra administrativa rutiner på vårdcen

tralen samt uteblivna kvitton. Husläkarsystemet ifrågasätts samt förslag lämnas om att alla vårdcentraler borde ha 020-nummer.

*Primärvården har flest anmärkningar på administration*

Det är främst primärvården, liksom åren dessförinnan, som ådrar sig synpunkter på administrationen, med totalt 74 anmälningar (35 procent). Detta är en ökning med 29 ärenden. Ortopedi kommer närmast med 25 anmälningar, internmedicin, 16 anmälningar och psykiatri, 12 administrativa ärenden. Anmälningar av administrativa problem har ökat något inom dessa verksamheter, mest inom ortopedi. Övriga anmälda verksamheter har endast enstaka ärenden angående administrativa brister.

**Rådgivning/ information/ hänvisning**

En av nämndens huvuduppgifter är att ge råd, informera och vid behov hänvisa till andra instanser. Detta ingår mer eller mindre som en del i handläggningen av alla ärenden. Då det är fråga om att enbart ge information om t ex gällande regler, och inget problem eller klagomål framförs, registreras ärendet under denna rubrik.

435 rådgivnings-, informations- och hänvisningsärenden förekom under året, vilket utgör 9 procent av den totala mängden ärenden. Det är en smärre ökning med 26 ärenden jämfört med år 2002. Antalet ärenden visar kanske på att många ser nämnden som ett bra alternativ att vända sig till i olika typer av frågor även om de ej grundar sig i ett klagomål på vården.

Den information och rådgivning som givits av nämnden rör främst olika klagovägar, hänvisning till andra myndigheter och samhällsinstanser. Mycket berör även allmän information om kostnader och regelverk. Ibland gäller det frågor och klagomål inom verksamheter som ligger utanför Patientnämndens område men där det finns klara beröringspunkter med vården. Exempel på frågor beskrivs nedan:

- ◆ Rätten till hembesök
- ◆ Hjälp till talpedagog
- ◆ Frågor kring subventionerad tandvård
- ◆ Råd inför vårdplanering
- ◆ Delegering av sjukvårdsuppgifter
- ◆ Frågor om biståndsbeslut
- ◆ Byte av husläkare
- ◆ Vård utomlands
- ◆ Rätten till sjukresa
- ◆ Behov av samtalskontakt
- ◆ Synpunkter på Apoteket

## ÄRENDEN PER VERKSAMHET

### Primärvård

Antalet primärvårdsärenden under året uppgår till 1 258, vilket är 101 fler än föregående år. Andelen ärenden från primärvården utgör 26 procent av det totala antalet ärenden och primärvården är därmed den verksamhet som har flest anmälningar. Årets siffror bekräftar och förstärker trenden från föregående år, då primärvårdsärendena ökade med 79 procent. Sett till den stora mängd vård som produceras i primärvården med cirka 2,6 miljoner läkarbesök och cirka 1,4 miljoner sjuksköterskebesök under året, kan det dock konstateras att det är en mycket liten andel av vårdkontaktarna som föranlett en anmälan till Patientnämnden.

Till primärvård hänförs all verksamhet vid vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, husläkarmottagningar, jourmottagningar och jourläkartjänster för akuta hembesök. Även läkarinsatser vid äldreboende utförs ofta av primärvården. Verksamheterna drivs antingen av landstingets produktionsområden eller av privata företag med vårdavtal med landstinget. Enligt uppgift från Beställarkontor Vård har ca 40 procent av besöken i primärvården skett på vårdcentraler och mottagningar som drivs privat, medan ca 60 procent har skett på landstingsdrivna enheter. Fördelningen av klagomål/synpunkter är exakt densamma, det vill säga 40 procent av klagomålen/synpunkterna kommer från privata verksamheter och 60 procent kommer från landstingsdrivna.

### *Antal primärvårdsärenden samt deras fördelning på problemområden.*

<i>Problemområde</i>	<i>Antal år 2003</i>	<i>% 2003</i>	<i>Antal år 2002</i>
Behandling	378	30	387
Bemötande	283	23	274
Tillgänglighet	259	21	186
Juridik	139	11	136
Ekonomi	84	6	73
Administration	74	6	45
Rådgivning/hänvisning	19	2	23
Information	17	1	22
Samverkan	3		5
Omvårdnad	2		6
Totalt	1 258	100	1 157

Främst handlar primärvårdsärendena om missnöje med behandling, bemötande och tillgänglighet. Juridik kommer på fjärde plats medan problem angående ekonomi och administration förekommer i något mindre utsträckning. Klagomålen på information, samverkan och omvårdnad är mycket få. De flesta problemområdena ligger på ungefär samma nivå som 2002, utom klagomålen över bristande tillgänglighet som har ökat från 186 år 2002 till 259 under år 2003, vilket innebär en 40-procentig ökning. Även synpunkter på administrationen har ökat med 29 ärenden jämfört med år 2002.

### *Behandling*

Under varje problemområde finns ett antal delproblem som ärendena registreras på. Behandlingsärendena kan bland annat handla om att man inte anser sig ha fått önskad behandling eller att behandlingen anses ofullständig eller felaktig. Denna typ av klagomål är det vanligast förekommande delproblemet, 168 ärenden. Därefter följer problem med att få rätt eller fullständig diagnos, 58 ärenden rör detta. Missnöje med medicinering, 53 ärenden, kommer på tredje plats. Att man blivit nekad remiss, oftast till specialistläkare, klagar 46 personer över. 32 personer har vänt sig till patientnämnden med anledning av att man inte har fått begärt intyg t.ex. till försäkringskassa eller färdtjänst. I några fall har man fått ett intyg, men det har visat sig vara ofullständigt eller felaktigt ifyllt. Exempel på ärenden som rör behandling:

- 84-årig kvinna med Chrons sjukdom vårdades på sjukhus. Efter hemkomsten skulle vårdcentralen sköta hennes medicinering och kontrollera att inga biverkningar uppstod. Uppföljningen av medicineringen brast. Kvinnan blev dålig och blev inlagd på sjukhus med svåra infektioner på grund av att medicineringen hade slagit ut hennes vita blodkroppar.
- 65-årig man fick ett sår på benet och gick på sin vårdcentral för omläggning. Vid ett tillfälle blev bandaget för hårt ådraget, foten svullnade och blev blå. Mannen fick ett nytt sår. Han försämrades utan att han fick att träffa någon läkare. Anhöriga såg till att han kom till sjukhus, där han blev inlagd med bakterier i blodet. Senare fick delar av foten amputeras. I yttrande medger man från vårdcentralen att många vårdaktörer varit inblandade och att uppföljningen borde fungerat bättre.

### *Bemötande*

När det gäller frågor om bemötande rör de allra flesta klagomålen ovänligt eller nonchalant bemötande samt brist på empati. En stor del av ärendena kommer från personer med kronisk smärtproblematik. Man upplever att man inte blir tagen på allvar och lyssnad till.

Flera ärenden handlar också om att man vid diskussioner med läkaren om förlängd sjukskrivning känt sig kränkt och ifrågasatt. En del av ärendena rör annan vårdpersonal än läkare. Ett antal ärenden handlar om dåligt bemötande i receptioner. Se exempel under avsnittet Principärenden, som uppmärksammats av nämnden.

### *Brister i tillgänglighet har ökat mest och för tredje året i rad*

Klagomål på tillgänglighet till vårdcentraler och övriga mottagningar i primärvården har ökat mest och uppgår till 259 ärenden. Om man tittar närmare på delproblemen framkommer att nästan hälften av klagomålen, 125 ärenden, handlar om att det är svårt att få en besökstid hos läkare inom rimlig tid. Motsvarade siffra för år 2002 var 93. Ökningen är 34 procent. Detta visar på vårdcentralernas svårighet att leva upp till besöksgarantin som stipulerar att man inte ska behöva vänta mer än åtta dagar på att få träffa en husläkare.

Även problemen med att komma fram till vårdcentralen eller att få kontakt med sin läkare per telefon har ökat sedan föregående år, från 72 till 106, eller med 47 procent. Trots att man vid flera vårdcentraler och mottagningar arbetat med att föra in nya telefonsystem och ökat antalet linjer in till svarande sjuksköterskor, har befolkningen på många håll påtagliga svårigheter att få kontakt med sin vårdcentral.

Många vårdcentraler har, för att underlätta framkomligheten, infört automatiserade telefonsystem som innebär att man med hjälp av knapptryckningar kommer i kontakt med mottagningen. På vissa håll får man tala in ett meddelande och blir så småningom uppringd. Patientnämnden har under året tagit emot synpunkter på svårigheter för funktionshindrade och äldre att hantera dessa system. Många har svårt att höra eller förstå instruktionerna. Från FUB (Föreningen för utvecklingsstörda barn och vuxna) har man i en skrivelse framfört att röstbrevlådor inte är bra för personer med utvecklingsstörning. De kan bli oroliga och rädda när de inte får prata med en levande person. Problemet är kanske mer ett informationsproblem, då det vid vårdcentralerna i regel finns särskilda telefonnummer som man kan ringa och direkt komma i kontakt med en distriktssköterska eller sjuksköterska.

- En anmälare har klagomål på att inte komma fram på telefon till sin vårdcentral. Han har vid sex tillfällen ringt och pratat in på telefonsvarare (med återuppringningsfunktion) men ingen har ringt tillbaka. Han anser att det är upprörande att disponera människors tid med en sådan nonchalans. Från vårdcentralen beklagas att det nya återuppringningssystemet har varit behäftat med en del tekniska problem. Ytterligare telefonnummer ska öppnas. Information planeras till befolkningen i området hur man lättast får kontakt med vårdcentralen.
- 55-årig kvinna har under en månads tid försökt få tid hos "sin" läkare, som själv bokar patienterna under sin telefontid. Hon har ringt ett flertal gånger men alltid upplysts av en telefonsvarare att tiden är fulltecknad med samtal, lämnat namn och adress för att få en tid per brev, men ingenting har hänt. Vid senaste samtalet blev hon upplyst om att hon inte kan få någon tid på grund av att doktorn har så många patienter och något annat alternativ har ej erbjudits henne. I yttrande skriver verksamhetschefen att det som drabbat anmälaren är oacceptabelt och på intet sätt kan ursäktas. Rutiner har ändrats på vårdcentralen för att förhindra ett upprepande.

#### *Juridik*

Frågor som rör *valfrihet* registreras under problemområdet juridik. Under året har 52 anmälningar rört rätten att välja husläkare och eller vårdcentral i primärvården. Det är 17 färre än förra året. Många som vänder sig till Patientnämnden är besvikna då de nekats välja husläkare. De kan ha fått beskedet att inte geografiskt tillhöra den önskade vårdcentralen. Ett sådant besked är felaktigt och strider mot valfrihetsprincipen. Till valfrihetens grundregler hör även att patienter med akuta vårdbehov alltid ska tas emot, oavsett var de bor eller är listade. Flera anmälningar till Patientnämnden visar att det inte alltid fungerar så.

Under juridiken hamnar också frågor som rör rätten att få ta del av sin journal. 50 sådana ärenden förekom inom primärvården. 15 fall rör sekretess och tystnadsplikt och 17 övriga juridiska frågor.

#### *Administration*

Klagomål som rör administration har ökat från 45 år 2002 till 74 år 2003. Vanligast är försenade remisser och intyg som utgör 26 procent vardera. En dåligt fungerande administration såsom brister i hantering av remisser, provsvar och kallelser vid en enhet, kan i värsta fall drabba patienter på så sätt att diagnos och/eller behandling fördröjs. Detta kan innebära en risk för patientsäkerheten. Bristande hantering av intyg har kanske inte lika allvarliga konsekvenser, men kan förorsaka betydande olägenheter för den enskilde.

- Anmälaren uppger att han tillsammans med sin mor besökte en läkare på vårdcentralen. Modern behövde ett läkarutlåtande för fortsatt färdtjänst. Efter tre månader hade inget intyg kommit och färdtjänstkortet hade gått ut. Anmälaren har flera gånger försökt komma i kontakt med läkaren men ej lyckats. Efter att Patientnämnden kontaktat verksamhetschefen skrevs ett intyg som skickades till kommunen.

### **Psykiatrisk vård samt habilitering**

Psykiatrisk vård innefattar allmänpsykiatri, beroendevård och BUP. Det totala antalet ärenden som rör den psykiatriska vården år 2003 uppgår till 612 – vilket är 13 procent av alla anmälningar till Patientnämnden. Det är en minskning med 150 ärenden jämfört med 2002. Men det bör noteras att jämfört med 2001 är det en ökning med 52 ärenden. Se tabellen nedan.

#### ***Antal ärenden rörande psykiatrisk vård respektive år 2001–2003 (allmänpsyk, beroendevård och BUP)***

<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
560	733	612

Vanligast är klagomål på behandling, vilka utgör 46 procent av alla psykiatriärenden. Problem med bemötande och juridiska frågor svarar för 20 respektive 19 procent av de psykiatriärendena. Övriga klagomål – angående tillgänglighet, samverkan, ekonomi/avgifter med flera – utgör tillsammans 16 procent. Observera att ärendena registreras/dokumenteras utifrån anmälares perspektiv. Se följande tabell.

#### ***Antal ärenden angående psykiatrisk vård respektive år 2001–2002 (allmänpsyk, beroendevård och BUP) fördelade på problemområden***

<b><i>Problemområden</i></b>	<b><i>2002</i></b>		<b><i>2003</i></b>	
	<b><i>Antal</i></b>	<b><i>Andel</i></b>	<b><i>Antal</i></b>	<b><i>Andel</i></b>
Behandling	359	49	278	46
Bemötande	115	16	120	20
Juridik	105	14	114	19
Övriga problemområden	154	21	100	16

Jämfört med år 2002 har ärenden avseende behandling minskat märkbart, medan ärenden angående bemötande och juridiska frågor är i stort sett oförändrade. De övriga problemområden har tillsammans minskat med 54 ärenden.

#### ***Behandling***

När det gäller klagomål som rör behandling handlar det, liksom tidigare år, oftast om att anmälaren inte tycker sig erhålla den behandling man borde få (169 ärenden). Alltjämnt klagar många på att man enbart erbjuds medicinsk/farmakologisk behandling och i för

liten utsträckning samtalsbehandling eller psykoterapi – eller fel sorts psykoterapi. Efterfrågan på kognitiv psykoterapi/kognitiv beteendeterapi tycks vara betydligt större än tillgången.

41 ärenden handlar specifikt om problem med medicinering, t ex bristfällig information om biverkningar, ingen lyssnar när man berättar om biverkningar, dålig uppföljning. Vidare anser man sig inte få gehör när man vill byta eller sätta ut medicin – ”Måste jag ta den medicin läkaren föreskriver?”, kan anmälaren fråga Patientnämnden – och i flera fall nekas man den medicin man önskar få. Det kan gälla lugnande medicin med risk för beroende.

Slående vad gäller ärenden som rör psykiatrin är att patient och vårdgivare många gånger har svårt att bli överens om vad som är lämplig/bästa behandling. Det tycks brista i dialogen mellan patient och vårdgivare.

I återkommande fall efterlyser, liksom tidigare, såväl patienter som anhöriga tydliga och väldokumenterade vårdplaner – med diagnos och målsättning med behandlingen. Man är osäker på hur behandlaren tänker och på om behandlingen leder någonstans. Sådan osäkerhet kan vara anledning till att man kontaktar Patientnämnden med frågor om hur man byter behandlare. Exempel på anmälningar som rör behandling:

- En moder kontaktar nämnden angående sin vuxne son som hade psykiska problem i 5 år. Han behandlades med många olika sorters mediciner utan större effekt. Modern bad om att sonen skulle få psykoterapi samt hjälp med att komma till ett behandlingshem. Sonen avled p g a överdos, sannolikt oavsiktlig. Se även under Samverkan nedan.
- En ung kvinna vill uppmärksamma de brister som finns vad gäller möjligheten att få psykoterapi inom den psykiatriska vården i Stockholm idag. Hon anser att hon är i behov av psykoterapi under en längre tid för att bli fri från sina besvär.
- En man klagar på att han vid en psykiatrisk mottagning endast får farmakologisk behandling. Dessutom har han nyligen fått byta medicin. Han är mycket kritisk till läkaren som, trots att han lovat, inte hört av sig för att följa upp medicinbytet.
- En fader kontaktar nämnden då dottern nyligen begått självmord. Hon hade haft kontakt med psykiatrin i 8 år. Fadern anser att dottern med rätt behandling hade kunnat bli i det närmaste frisk, lönsam för samhället och definitivt hade förhindrats att begå självmord. Det visade sig alldeles för sent, via en nyligen gjord utredning, att dottern hade ett neuropsykiatriskt funktionshinder som bl a skulle ha berättigat henne till LSS. Fadern ser dotterns självmord som ett totalt misslyckande främst för den psykiatriska vården.
- En 39-årig kvinna som ”gått in i väggen” hör av sig. Hon har sökt hjälp inom psykiatrin, men är besviken över hur vården fungerar. Hon anser att man åtminstone borde kunna se till att de som behöver hjälp får rätt mediciner/doseringar och att man kontrollerar så att problemen inte helt eller delvis har fysiska orsaker. ”Det skulle behövas att någon tar ett helhetsgrepp!”, anser hon.
- En patient som vårdas enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) ifrågasätter om han tidigare fått erforderlig behandling. Han undrar om han hade kunnat undvika att begå det brott som ledde fram till LRV om han fått bra hjälp dessförinnan.

Patientnämnden tar aldrig ställning till medicinska bedömningar. Men vi kan på olika sätt söka bidra till att återupprätta dialogen mellan patient och vårdgivare. Ibland är det missförstånd som kan redas ut; särskilt om flera vårdgivare är inblandade kan Patientnämnden som utomstående ge perspektiv på situationen. Ibland upptäcker vårdgivaren att behandlingen kan genomföras på ett sätt som bättre överensstämmer med patientens uppfattning. Ibland kvarstår oenighet, men patienten kan likväl tycka att det varit av värde att ha fått problemet belyst.

#### *Bemötande*

Klagomål om bemötande handlar om att anmälaren känner sig kränkt, eller ej lyssnad till eller ovänligt, oempatiskt bemött. Ett exempel:

- En man uppger att han vid ett läkarbesök på psykiatrisk mottagning med anledning av depression och sömnbesvär upplevde läkaren som stressad och oempatisk. Mannen önskar att läkaren ber om ursäkt.

I sådana fall har patient och vårdgivare ofta helt olika uppfattningar om vad som hänt. Patientnämndens handläggning kan i bästa fall bidra till större överensstämmelse i synen på vad som förevarit. I en del fall visar det sig behandlaren ifråga fått flera klagomål och att arbetsledningen avser vidta åtgärder.

#### *Juridik*

Klagomålen angående valfriheten rör såväl önskemål om byte av psykiatrisk sektorsklinik som byte av behandlare inom en mottagning eller sektorsklinik. Byte av psykiatrisk sektor upplevs som mycket krångligt. Uppenbarligen är personalen i många fall okunniga om reglerna för valfrihet – det händer inte sällan att patienter blir motsagda när de helt korrekt påpekar sina rättigheter. Det finns heller ingen information på [www.vardguiden.se](http://www.vardguiden.se) om hur man går tillväga när man vill byta sektor.

Beträffande önskemål om byte av behandlare inom mottagning/klinik, avvisas detta ofta med hänvisning till att behandlare/team har ansvar för olika geografiska områden. Därtill tycks det finnas en utbredd tradition av att man från vårdgivarens sida kräver att patienten skall diskutera igenom sitt missnöje med den behandlare han/hon inte vill ha – alltså med den behandlare som han/hon inte tycker sig kunna föra en dialog med.

Journalfrågor gäller främst problem för anmälaren med att få läsa eller att få ut sin journal samt uppgifter i journalen som man anser är felaktiga.

Patienter som vårdas enligt LPT kan klaga på att de bedöms som sjuka, eller att de vill vårdas frivilligt.

Sekretessfrågor handlar oftast om att anmälaren påtalar brott mot sekretesslagen. Men i några fall har anhöriga klagat på att de ej har möjlighet att hjälpa den psykiskt sjuka om sekretessen tillämpas fullt ut gentemot de anhöriga.

#### *Samverkan*

Det förekommer att patienter bollas mellan psykiatrin och primärvården i ett remitterande och återremitterande som vittnar om en bristfällig kontakt mellan psykiatrisk mottagning och husläkare/vårdcentral. Det händer även att psykiatriska mottagningar kräver remiss, vilket de inte har rätt att göra.



Psykiatrin och socialtjänsten har i flera fall haft svårt, eller inte lyckats, att komma överens om delat betalningsansvar när vård/ behandling på behandlingshem aktualiserats. I andra fall har hårddraget antingen- eller- tänkande – specialiserad sjukvård respektive socialtjänst – lett till att personer bollats mellan huvudmännen eller fallit emellan.

#### *Tillgänglighet*

Problem med tillgänglighet rör främst långa väntetider för psykoterapibedömning. Ett återkommande problem rör sjukintyg; de löper ut utan att patienten lyckas få tid för bedömning av eventuell förlängning. Så småningom får patienten förlängt sjukintyg, men inte retroaktivt. Det blir ett glapp, patienten får ekonomiska problem och kan t o m äventyra sin sjukpenning.

#### *Anhörigas perspektiv*

Av de som kontaktar Patientnämnden i ärenden som rör psykiatrisk vård, är ca 25 procent någon annan än patienten själv, oftast en anhörig. Många klagomål kommer från anhöriga som anser att de tvingas ta på sig ett alltför stort vårdansvar eller att de inte engageras i vårdplaneringen. Andra är missnöjda med att patienten inte får erforderlig behandling.

#### *Rådgivning och information*

Råd och information angående den psykiatriska vården handlar mestadels om regelverket kring valfrihet/byte och psykoterapi.

#### *Barn- och ungdomspsykiatri*

34 ärenden avser barn- och ungdomspsykiatrin. I flera fall har föräldrar kontaktat Patientnämnden när de nekats hjälp med hänvisning till ”bristande resurser”, även då barnet av BUP konstaterats behöva en viss behandling. Föräldrar har fått besked om att BUP:s egna resurser är otillräckliga samtidigt som det inte finns medel att anlita externa behandlare.

#### *Beroendevård*

29 ärenden avser beroendevården. Specifika klagomål har rört vården inom *metadonprogrammet* och handlat om en onödigt repressiv och kustodiell kultur. Ett antal personer som vårdas inom metadonprogrammet har hört av sig till Patientnämnden med olika klagomål, framförallt vad gäller bemötande, vårdinnehåll, valfrihet samt regelverket för och handläggningen av ofrivilliga utskrivningar.

Flera av dessa personer har önskat vara anonyma. Anledningen är att de är rädda för repressalier, i värsta fall för att bli ofrivilligt utskrivna. I de fallen har således konkreta utredningar inte gått att genomföra.

Svenska Brukarföreningen ”för hjälp åt opiatberoende och människor som har eller vill ha subutex eller metadon” har kontaktat Patientnämnden för att diskutera hur klagomål skall hanteras med tanke på rädslan för repressalier. Svenska Brukarföreningen har bl a funderat på möjligheten av att göra kollektiva anmälningar för att minska risken för repressalier.

Vidare har Patientnämnden noterat att det av allt att döma har saknats tydliga regler och information till patienterna om vad som gäller beträffande möjligheten att välja mottagning/program. I Socialstyrelsens föreskrifter om metadonunderhållsbehandling och förskrivning av opiater på indikation narkomani (SOSFS 1990:16), står på s 2: ”En patient

får överföras från en enhet till en annan, om detta bedöms lämpligt”. Flera patienter har uppgett att de fått informationen att det är omöjligt att byta program. Patientnämnden är medveten om att ett flertal byten de facto ägt rum, men informationen till patienterna tycks vara otillfredsställande. I den skrivna informationen (”gulingen”) som nya patienter får, står det ingenting om möjligheten att byta mottagning/program. I de riktlinjer som de fyra programmen i Sverige gemensamt gav ut i mars 1997, står det heller ingenting om detta. Patientnämnden har under 2003 haft kontakt med såväl Socialstyrelsen som Beställarkontor Vård angående dessa klagomål.

#### *Löpande kontakter med Beställarkontoret Vård*

Patientnämnden har under året haft två sammanträden med nätverket av psykiatribeställare inom Beställarkontor Vård, och då haft tillfälle att redovisa och diskutera de klagomål och synpunkter som kan vara av intresse ur beställarperspektiv.

#### **Habilitering**

Endast 13 ärenden under år 2003 rörde habilitering. De rör behandling (5 st), tillgänglighet (3 st), samverkan (2 st) och övriga (3 st) – och de flesta ärendena rör barn.

#### **Akutsjukhus**

Under 2003 mottog nämnden 1 184 ärenden avseende vård vid akutsjukhus, vilket innebär en liten ökning med 24 ärenden jämfört med 2002. Ärendena angående akutsjukhusen utgör 24 procent, det vill säga ungefär samma andel som förra året.

Problem med behandlingen är mest frekventa, 45 procent, vilket är en större andel jämfört med genomsnittet på 34 procent av totalt antal ärenden. Därefter följer bemötande, 13 procent, tillgänglighet, 11 procent, ekonomi, 10 procent, juridiska frågor, 7 procent samt information med 4,5 procent. Skillnaderna är små jämfört med 2002. Övriga problemområden har endast ett fåtal ärenden.

Ordningsföljden bland de specialiteter som haft flest ärenden har fortsatt att förändras i samma riktning som tidigare år. Av nedanstående tabell framgår vilka specialiteter som har flest ärenden under 2001, 2002 och 2003. De utgör tillsammans 66 procent av alla anmälda specialiteter vid akutsjukhus 2003.

<i>Specialitet</i>	<i>Antal 2001</i>	<i>Antal 2002</i>	<i>Antal 2003</i>	<i>% 2003</i>
Internmedicin, alla subspec.	95	155	272	23
Ortopedi	181	188	233	20
Kirurgi	129	146	142	12
Gynekologi/obstetrik	93	93	126	11

Antalet ärenden som rör internmedicin har fortsatt att öka, och utgör nu den specialitet inom akutsjukvården som fått det största antalet synpunkter. Ökningen jämfört med 2002 uppgår till 75 procent. Jämfört med 2001 har antalet i det närmaste tredubblats. Även ärenden som avser ortopedi och gynekologi/obstetrik har ökat, med 24 respektive 35 procent jämfört med 2002.

Antalet ärenden som berör akutmottagningar uppgår till 152, vilket innebär en ökning med 25 procent jämfört med 2002.

Problemen fördelar sig något olika mellan de olika specialiteterna. Samtliga specialiteter domineras av problem rörande behandling. Vanligtvis utgör behandlingsärendena mellan 40 och knappt 60 procent av respektive specialitets totala ärendemängd. För övriga problemområden varierar det något mellan specialiteterna. Fördelningen av de mest frekventa problemområdena inom de fyra största specialiteterna framgår av tabellen nedan (obs. rangordning inom respektive specialitet).

<i>Internmedicin</i>		<i>Ortopedi</i>		<i>Kirurgi</i>		<i>Gynekologi</i>	
Problem- område	%	Problem- område	%	Problem- område	%	Problem- område	%
Behandling	42	Behandling	48	Behandling	52	Behandling	56
Bemötande	17	Tillgänglig- het	18	Ekonomi	13	Bemötande	17
Tillgänglig- het	9	Ekonomi	12	Tillgäng- lighet	11	Juridik	11
Ekonomi	9	Bemötande	9	Bemötande	9	Samverkan	7

#### *Behandling*

538 av akutsjukhusens ärenden avser behandling. I vartannat av dessa är man missnöjd med den behandling man fått, eller inte fått trots att man tycker att man borde. I knappt vart fjärde fall rör synpunkterna komplikationer efter behandling. 17 procent av behandlingsärendena avser utebliven, ingen eller felaktig diagnos. I många fall är patienten missnöjd med resultatet av en operation. Man har förväntat sig att bli helt återställd, och när detta inte sker blir man besviken och undrar om man felbehandlats.

En del ärenden berör patienter med kroniska smärta, vanligen i ryggen, som är undersökta och utredda av ett varierande antal specialister utan att man kunnat finna anledningen till smärtan. Många av dessa är också utredda på smärtklinik där man även prövat olika metoder för smärtlindring, utan att smärtfrihet kunnat uppnås. Dessa personer känner sig missförstådda och undanskuffade i vården, då de inte kunnat få hjälp för sina besvär. De fortsätter att söka hjälp men blir inte mottagna av någon vårdgivare, och vänder sig därför till Patientnämnden.

#### *Bemötande*

151 ärenden avser brister i bemötandet, till övervägande delen ovänligt/nonchalant bemötande eller brist på empati från vårdpersonal.

- I ett fall var en man kallad till en poliklinisk undersökning som skulle genomföras när han var fastande. Då han har diabetes förklarade han för en sjuksköterska att detta var omöjligt. Han bad i stället att få bli inlagd före undersökningen och få dropp, men ingen lyssnade på honom. Han gavs en tid för undersökningen som han uteblev från, då han inte klarade fastan. När mannen kontaktat Patientnämnden talade handläggaren med en sköterska på mottagningen. Denna lovade ta upp fallet med ansvarig läkare och återkomma till patienten.

- I ett annat fall fördes en 67-årig man med känd cancersjukdom från hemmet till en akutmottagning när han hastigt försämrades. Hustrun nekades följa med i ambulansen. Vid ankomsten till sjukhuset hänvisades hon och ett vuxet barn till ett anhörigrum. Där fanns också en sjuksköterska men hon talade inte med familjen. Ytterligare två barn anlände så småningom och frågade sköterskan vad som hände med fadern. De fick till svar att ”de håller på med honom”. Någon ytterligare kommunikation förekom inte under den första timmen. Därefter gick sköterskan på hustruns begäran för att se efter vad som hände. Strax därpå kom hon tillbaka med en läkare som på ett bryskt sätt informerade de anhöriga om att mannen avlidit och att man valt att inte sätta in några åtgärder. Familjen har synpunkter på att de inte fick information om mannens tillstånd och att man utan samråd med dem beslöt att avstå från livsuppehållande åtgärder. De är också starkt kritiska till att familjen, eller i vart fall hustrun, inte fick vara med mannen under hans sista stund i livet.

### *Tillgänglighet*

131 ärenden avser tillgänglighet, huvudsakligen lång väntetid för besök och behandlingar. Ett stort antal av dessa berör bristfällig information om vart patienten ska vända sig för att få vård inom vårdgarantins ram när den aktuella kliniken inte kan tillhandahålla detta. Ett relativt stort antal ärenden avser långa väntetider på akutmottagningar. Detta gäller ofta äldre personer som också har synpunkter på att de under många timmars väntan inte erbjudits någon mat eller dryck.

### *Ekonomi*

124 ärenden avser ekonomiska frågor. Ungefär två tredjedelar avser ersättningskrav och en tredjedel avgiftsfrågor. Vanliga ersättningskrav handlar om att man önskar ersättning för att ett förväntat behandlings- eller operationsresultat inte infriats eller för privata tillhörigheter som förkommit i samband med besök eller vistelse på akutsjukhus.

### *Juridik*

83 ärenden är av juridisk karaktär, vanligen avses journalfrågor av olika slag, t ex att man inte fått begärda journalkopior eller önskan att göra ändringar eller ta bort delar av journalen som man anser felaktiga. 19 procent av juridikärendena avser valfrihetsfrågor. I en del fall har man inte längre förtroende för den klinik man går på eller för ansvarig läkare och vill ha hjälp att få ett byte till stånd.

### *Administration*

58 ärenden avser administrativa brister. 40 procent av dessa rör brister i hantering av remisser, övriga rör intyg, kallelser och provsvar m m. Vanligt är att utlovade remisser antingen glöms bort eller skrivs men blir liggande och skickas först efter en tid som anmälaren uppfattar som lång.

När husläkare remitterar en patient till specialistklinik för utredning och ställningstagande till eventuell behandling kan ibland oklarhet uppstå gällande vilken läkare som är ansvarig för sjukskrivning och läkemedelsförskrivning. Huvudregeln är att husläkaren är ansvarig, men i de fall där problem uppstått upplever denne/denna att han/hon inte har tillräcklig kunskap om patientens tillstånd. För att säkra ett gott omhändertagande om patienten behöver man i dessa fall klart definiera och överenskomma var ansvaret ska ligga. Ett annat för nämnden välkänt problem består av lång väntan på provsvar eller att patienter efter provtagning endast kontaktas om provet uppvisar någon avvikel- se. Många vill få information även när provet är normalt.

*Information*

53 ärenden berör brister i informationen. Det kan handla om brister i information inför en planerad behandling eller operation, till exempel om tillvägagångssättet eller om förväntat resultat. I många fall anser anhöriga till äldre patienter att de inte fått tillräcklig information om patientens hälsotillstånd, planerad behandling eller att patienter flyttats till annan avdelning eller annat sjukhus utan att anhöriga informerats. I en del fall har det efter en operation visat sig att den läkare patienten informerats om skulle genomföra operationen inte gjort det.

*Omvårdnad*

Brister i omvårdnad hanteras i 20 ärenden. De flesta avser brister i tillsyn av äldre patienter vid akutsjukhus. Se även avsnittet om Omvårdnad.

*Samverkan*

Endast 12 ärenden avser brister i samverkan, vanligen mellan olika vårdgivare eller inom en vårdgivares område. Samverkansbrister kan även spåras i ärenden som registrerats under utebliven eller fördröjd behandling/rehabilitering, liksom under tillgänglighet och då under delproblemet förtidig utskrivning, ingen eftervård/rehabilitering. Detta gör att denna typ av ärenden i realiteten är fler.

- Nämnden har i ett principärende tagit upp frågan om överföring till sjukhus på hemorten efter att patienten initialt, till exempel efter en olycka, vårdats på annat sjukhus i landet. I dessa fall tas en patient som är under pågående behandling in på hemortssjukhuset via akutmottagningen. Där ska en mottagande läkare bedöma och skriva in patienten innan överföring till en vårdavdelning sker. Förutom att väntetiden kan bli lång, upptas en plats på akutmottagningen av en patient som inte behöver akutmottagningens resurser.

*Rådgivning/information/hänvisning*

Endast 14 ärenden har registrerats under denna rubrik. Dessa ärenden avser huvudsakligen allmänna frågor om t ex regler och rättigheter. Inga klagomål framkommer här och därför registreras ärendet inte under något av ovanstående problemområden.

**Specialistvård utanför akutsjukhus**

556 ärenden avser specialistvård utanför akutsjukhusen, vilket utgör 11 procent av nämndens samtliga ärenden. Huvuddelen av verksamheterna drivs i privat regi som enskilda mottagningar och större eller mindre grupp-mottagningar, t ex privatdrivna kliniker, läkarhus och närsjukhus.

Jämfört med samtliga ärenden ses en liten förskjutning mot fler skriftliga ärenden, samt något större andelar kvinnor och personer i yrkesverksam ålder än genomsnittligt.

Man kan se tydliga skillnader i fördelningen av ärenden på specialiteter mellan specialistvård utanför akutsjukhus och det totala antalet ärenden. Detta är sannolikt relaterat till att vissa specialiteter förekommer förhållandevis mer i den specialistvård som bedrivs utanför akutsjukhusen.

***Fördelningen av ärenden på specialiteter i specialistvård utanför akutsjukhus och i totalt antalet ärenden***

<i>Specialiteter</i>	<i>Specialistvård utanför akutsjukhus</i>		<i>Samtliga ärenden</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>
Ortopedi	26		8
Ögonsjukdomar	12		2
Internmedicin	11		7
Allmänmedicin	7		27
Kirurgi	6		4
Gyn-obstetrik	6		4
Psykiatri	1		12

Den största andelen av ärendena avseende specialister utanför akutsjukhus avser främst ortopedi samt ögonsjukdomar och internmedicin till skillnad mot dessa specialiteters andel av totalt antal ärenden.

Ärendenas fördelning på problemområden skiljer sig inte lika mycket som specialiteterna jämfört med det totala antalet ärenden. Vissa skillnader kan dock ses.

***Fördelningen av ärenden på problemområden***

<i>Problemområden</i>	<i>Specialistvård utanför akutsjukhus</i>		<i>Samtliga ärenden</i>
		<i>%</i>	<i>%</i>
Behandling	38		34
Bemötande	18		14
Ekonomi	14		13
Juridik	10		10
Tillgänglighet	9		10

Det framgår av sammanställningen att andelen klagomål på behandling och på bemötande är större bland ärenden angående specialistvård utanför sjukhus än genomsnittligt.

Bland behandlingsärendena är andelen komplikationer något större än genomsnittet. Bland bemötandeproblemen är det framför allt klagomål på ovänligt och nonchalant bemötande och brist på empati som dominerar. Avgiftsproblemen och journalfrågorna är också något vanligare än genomsnittet ifråga om ekonomiska och juridiska ärenden.

Anledningarna till klagomål som avser behandling och bemötande vid specialistmottagningar utanför akutsjukhus skiljer sig inte från de klagomål som avser akutsjukhusens specialistmottagningar. Exempel:

- En åldrig kvinna med en reumatisk sjukdom blev bryskt undersökt när läkaren skulle utreda hennes rörlighet i knälederna. Kvinnan hade knäproteser sedan flera

decennier. Några dagar senare svullnade hennes knän kraftigt och hon blev tvungen att uppsöka en akutmottagning. Vid kontakt med läkaren medgav denna att hon kanske tagit i lite väl hårt.

- En man blev av sin husläkare remitterats till en hudspecialist på en privat mottagning för bedömning av utslag i ansiktet. Utan närmare undersökning förklarade läkaren att utslagen var HIV-relaterade och ställde några frågor om mannens arbete. Mannen uppmanades att göra ett HIV-test, vilket några dagar senare visade sig vara negativt. Mannen ifrågasatte att läkaren kunde ställa en allvarlig, och felaktig, diagnos efter att bara ha ställt några frågor om hans arbete.

## **Tandvård**

Under år 2003 har till Patientnämnden inkommit totalt 557 ärenden som rör tandvården. De utgör 12 procent av nämndens totala mängd ärenden. I jämförelse med tidigare år är det en ökning med 43 ärenden, det vill säga 8 procent. Antalet ärenden fördelat sig enligt nedan:

Folktandvården Stockholms län AB, 424

Tandvårdsenheten, 18

Odontologen KI, 8

Allmänt tandvård, 40

Privat tandvård, 67

Allmänt tandvård innebär ett klagomål eller en förfrågning som rör tandvården i Stockholms län men där uppgift om tandvårdsgivare saknas. Vad gäller den privata tandvården har nämnden ej möjlighet att utreda orsaker till klagomålen utan hänvisar dessa ärenden till Privattandläkarförningens förtroendenämnd i Stockholm. Nämnden har emellertid skyldighet att ge dessa patienter information och vägledning.

De två dominerande problemområdena när det gäller tandvårdsärenden rör ekonomi (43 procent) och behandling (25 procent). Rådgivning, information och hänvisning (19 procent) är den tredje större gruppen. Den har nästintill ökat med det dubbla från föregående år och visar på att det är många som hör av sig till nämnden för att få allmän information om avgifter, subventionerad tandvård m.m.

De ekonomiska ärendena har under året i huvudsak handlat om garantier. Ofta har patienten fått reda på garantitiden vad gäller protetiska arbeten, men man vet inte att garantin är begränsad till själva protetiken och i stort inte gäller om patienten känner sig missnöjd med funktionsdugligheten, exempelvis en nygjord protes som efter en tid behöver rebaseras (återformas) för en bättre passform.

Den vanligaste frågan som inkommer till Patientnämnden gäller rotfyllningar. Det handlar om upphovet till att behandlingen leder till rotfyllning, garanti på utförda rotfyllningar och varför patienten ska stå för kostnaden. Ett flertal ärenden gäller exempelvis när en ny fyllning har gjorts i en tand och besvär uppstår som leder till att tanden måste rotfyllas eller att en rotfyllning utförts men som efter en tid leder till att tanden måste tas bort.

De behandlingar som inte har någon garanti och där behandlingen inte blir som den var tänkt, ger ofta upphov till patientens ifrågasättande av terapi och framförallt bristande

information om risker m.m. Patienten kan ibland förstå om en behandling inte blir som den var tänkt men förväntar sig då också att tandvården står för merkostnaden. Många av dessa ärenden uppkommer just på grund av bristande information från tandvårdens sida vad gäller kostnader, garantier och eventuella efterbesvär/ risker med behandlingen.

Exempel:

- 24-årig kvinna lagade en tand. Efter lagningen fick hon tandvärk och nu måste tandläkaren rotfylla tanden. Hon har blivit upplyst om att hon måste betala ca. 3 000:- för rotfyllningen. Är det rätt att hon ska betala när tandläkaren gjort fel?
- 44-årig man genomgick rotfyllning av en tand. Efter en tid uppstod en spricka i tanden och infektion vilket gjorde att tanden måste tas bort. Önskar avgiften för den misslyckade rotfyllningen tillbaka.
- 64-årig man har erhållit en räkning för en behandling. Han är inte beredd att betala den eftersom den bara är en korrigerig av två tidigare misslyckade behandlingar av samma tand.
- 54-årig kvinna besöker tandvården akut. Tandläkaren får ej ut hela tanden och en ny tid för operation bokas. Betalar 490:- för detta besök. Återbesöket kostar 1 300:- då tanden opereras ut. Kvinnan anser inte att hon ska betala då tandläkaren misslyckades med att få ut hela tanden vid första besöket.

I ärenden som dessa får Patientnämnden upplysa om gällande garantiregler och informera om risker som kan uppstå vid eller efter behandling och som inte är förankrat till någon garanti. Beroende på de enskilda ärendenas karaktär kan det, i de fall där tydliga oklarheter framkommit, bidra till en överenskommelse med vårdgivaren att korrigera debiteringen.

När det gäller ärenden som rör behandlingsfrågor är det ofta ärenden som har anknytning till ekonomiska frågor och eller till patientförsäkringen (PSR) och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Exempel:

- Känselfall efter käkoperation
- Emaljskada efter borttagning av tandställning
- Försenad diagnos gällande tandlossning

Barn och ungdomstandvården utgör 6 procent av den totala mängden tandvårdsärenden. Oftast handlar de om tandreglering och då speciellt om man fått avslag på den kostnadsfria tandregleringen.

#### *Patienter med komplexa vårdbehov*

En patientkategori som många gånger vänder sig till Patientnämnden är de personer som upprepade gånger söker vård för uttalade besvär men som upplever att vården ej utreder och behandlar deras symtom, inte minst inom tandvården. Det är patienter som ofta besöker ett antal olika vårdgivare eller som av vården hänvisas till annan instans. Dessa patienter upplever att det saknas en helhetsbild kring deras problem och att ingen vill ta ansvar för behandlingen. Nämndens uppfattning är att det idag saknas en instans där sjukvårdens och tandvårdens kunskaper mer kategoriskt arbetar med en samlad klinisk utredning.



Patientnämnden har under året uppmärksammat Landstingsstyrelsen på behovet av samordning för tandvårdspatienter med komplexa vårdbehov. En samlad bedömning inom tandvård och sjukvård kring den enskilde patienten skulle gagna både vårdgivaren och patienten. Det skulle även långsiktigt kunna bidra till minskade kostnader ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

### **Kommunal vård**

Under 2003 inkom 117 ärenden angående den kommunala vården, vilket innebär en minskning jämfört med föregående år, då 191 kommunala ärenden registrerades. Fler orsaker kan antas ligga bakom den minskade ärendemängden. En orsak kan vara att en effektiv klagomålshantering har byggts upp i kommuner och stadsdelar, och att man idag tar hand om fler klagomål inom den egna verksamheten. En annan tänkbar orsak är att nämnden under 2003 ej haft möjlighet att satsa på samma omfattande information ut till kommunerna som tidigare år, varför nämndens verksamhet ej är tillräckligt känd ute hos den kommunala personalen och därmed inte hos vårdtagarna. Den förstärkta tillsynen med äldreskyddsombuden vid Länsstyrelsen och Socialstyrelsen kan även ha bidragit till att Patientnämnden har fått ta emot färre klagomål.

De kommunala ärendena utgör drygt 2 procent av den totala ärendemängden. Med kommunal vård avses hälso- och sjukvård samt omvårdnad vid särskilda boenden som drivs antingen av en kommun/stadsdel eller på entreprenad genom avtal med en kommun/stadsdel. Även enskilt drivet sjukhem eller ålderdomshem där kommun eller stadsdel köper enstaka platser hänförs till kommunal vård. Klagomål på läkaren registreras inte på den kommunala vården. Sådana ärenden läggs på primärvård eller geriatrik beroende på var läkaren, som ansvarar för äldreboendet, kommer ifrån. Många ärenden berör såväl läkaren som kommunens personal. I dessa fall är det en stor fördel att nämnden kan handlägga hela frågan oavsett huvudman. Frågor som rör enbart hemtjänst behandlas inte av nämnden.

#### *Kontakt tas oftast av närstående*

Kontakten med Patientnämnden tas i de flesta fall av närstående. De flesta klagomålen tas emot per telefon. Oftast kan problemen som framkommer vid telefonsamtalet klaras upp genom att nämnden tar direkt kontakt med berörd verksamhet eller med den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Vid skriftliga ärenden inhämtas yttrande från medicinskt ansvarig sjuksköterska och/eller verksamhetschef.

#### *Klagomål rörande yngre personer*

Sjutton av de kommunala ärendena rör personer under 65 år. Flera av klagomålen tar upp frågan om avsaknad av adekvat boende för yngre svårt funktionshindrade. Brist på daglig stimulans och träning är ett återkommande problem i denna åldersgrupp. Några klagomål rör gruppboenden för yngre med psykiska eller neuropsykiatriska störningar. Det handlar i dessa fall om bristande omvårdnad vid gruppboende och att personalen inte alltid ser vårdtagarens behov.

#### *Omvårdnad*

Liksom föregående år återfinns flest ärenden under problemområdet omvårdnad. Dessa utgör en tredjedel av de kommunala ärendena, vilket motsvarar 39 stycken. 26 av dessa rör brister i omvårdnaden såsom hårdhänthet och okänslighet vid hjälp med personlig hygien, bristande övervakning och för lite hjälp vid måltider, för låg vätsketillförsel,

felaktigheter vid läkemedelshantering samt uppkomna trycksår. Åtta klagomål rör inträffade olycksfall med mer eller mindre allvarliga skador, medan fem klagomål tar upp brister i själva boendemiljön. Inte sällan innehåller anmälningarna flera problem där både omvårdnad, boende och bemötande och behandling ingår.

- En dotter ringer angående fadern som bor på ett servicehus. Han har fallit ur sängen och ådragit sig ett lårbensbrott. Anhöriga hade bett om sängsidor, men de hade inte blivit ditsatta. Dottern hänvisades att kontakta kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska.
- Anmälaren uppger att hennes 88-åriga mor vårdades på ett sjukhem. För kraftig dosering av värkmedicin gjorde att modern blev yr, ramlade och slog sig i huvudet och slog upp sår på benen. Under vårdtiden minskade modern kraftigt i vikt på grund av bristande tillsyn i samband med måltiderna. I inkomna yttranden från ansvarig läkare och medicinskt ansvarig sjuksköterska tillstås att brister i vården förekommit. Bristerna har tagits upp med verksamhetsansvarig.

### *Behandling*

17 klagomål avser behandling. Hälften av dessa rör nekad eller utebliven behandling och hälften rör felaktigheter i samband med medicinering. Vanligtvis handlar klagomål på behandling om att rehabilitering och aktivering inte ges i tillräcklig utsträckning. Vissa av klagomålen kan bottna i bristfällig information om vad särskilt boende innebär och vilka möjligheter och resurser som står till buds och vilka insatser som kan vara realistiska med hänsyn taget till brukarens fysiska och mentala kondition. Det kan i vissa fall innebära att man som anhörig har orealistiska förväntningar om aktiviteter och rehabilitering. En tydlig vårdplan där vårdtagarens behov fastställs, liksom möjligheten att tillgodose dessa, bör göras tillsammans med vårdtagare och närstående.

Talträning och tillgång till logoped saknas i flera fall. (Frågan om logoped i kommunernas verksamhet diskuteras närmare i rapportens avsnitt om samverkan). I några fall klagar man också på att ordinerad provtagning inte utförts.

När det gäller läkemedelshantering så handlar det oftast om uteblivna läkemedelsdoser. Anhöriga klagar i några fall på bristande smärtlindring.

- Dottern till 75-årig kvinna boende på ett ålderdomshem ringer då hon är oroad för moderns räkning. Modern som har cancer får vänta för länge på smärtstillande injektioner, på grund av att det inte finns sjuksköterska dygnet runt vid boendet. Dottern får rådet att begära ett vårdplaneringsmöte med ansvariga för moderns vård. Av vårdplaneringen bör det framgå vilka åtgärder som planeras för att ge adekvat smärtlindring

### *Bemötande*

Sex ärenden tar upp brister i bemötandet av såväl boende som närstående. De närstående klagar över att kommunikationen med personalen brister. De känner att de besväras och att personalen inte alltid tar tillvara den resurs som närstående många gånger kan vara. Det är ju de som bäst känner vårdtagaren, och vet vilka speciella behov och önskemål som han eller hon kan ha. En förtroendefull relation mellan de närstående och personalen är naturligtvis av största vikt och underlättas om de anhöriga så långt möjligt involveras i planeringen av vården.

- Anmälaren kom till äldreboendet för att besöka sin 93-åriga väninna. Hon blev vittne till hur personalen omänskligt och hårdhänt behandlade väninnan i samband med blöjbyte. Hon såg väninnan liggande naken på sängen med tre vårdare runt sig. Ett stort fönster stod vidöppet, trots att det var vinter och kallt ute. När anmälaren bad dem stänga fönstret och klä på väninnan, blev vårdarna arga och en ordväxling uppstod. Ord stod mot ord om vad som inträffat. På Patientnämndens initiativ ordnades ett möte med berörd personal, verksamhetsansvariga och anmälaren samt en annan god vän som också hade framfört klagomål på personalens agerande. En rad åtgärder vidtogs efter mötet såsom personalsamtal och viss omflyttning av personal. Enligt anmälaren förbättrades förhållandena vid boendet påtagligt efter detta.

### *Juridik*

Juridiska frågor förekommer i 15 av ärendena. Förutom problem med att få ta del av anhörigs journal finns det frågor som rör anhörigs rätt att delta i vården vid äldreboende och den enskildes rätt att välja annan läkare eller sjukgymnast än de som erbjuds vid boendet. Etiska och juridiska frågor som har att göra med vårdinsatser till personer med nedsatt autonomi aktualiseras då och då i ärenden hos nämnden. Exempel:

- En förälder vänt sig till Patientnämnden då personalen i ett gruppboende vägrar att i smyg ge sonen, som är blind och autistisk, hans medicin mot epilepsi i teet så som föräldrarna önskar. Sonen vill inte ha medicinen. Av förvaltningens jurist får föräldern besked om att personalen i princip gör rätt. Medicineringen kan inte heller godkännas av god man utan huvudmannens samtycke. Hänvisning ges till en aktuell artikel i Läkartidningen om behandling av icke beslutskompetenta personer.

### *Rådgivning och information*

Inom det kommunala området förekom 23 kontakter med frågor som ofta gäller rättigheter enligt Socialtjänstlagen i form särskilt boende, korttidsvistelser, dagvård mm. Anhöriga vill ofta ha råd inför en förestående vårdplanering i samband med utskrivning från sjukhus. Frågan om man har rätt att flytta till en annan kommun om man har stora hjälpbehov är inte helt ovanlig. Upplysning ges om gällande lagstiftning och överklagningsmöjligheter. En del personer hänvisas vidare till biståndshandläggare eller till kommunens äldreombudsman.

## **PATIENTNÄMNDENS FÖREBYGGANDE ARBETE**

### **Informationsspridning**

Lagen om patientnämndsverksamhet är väldigt tydlig när det gäller nämndens uppgift att återföra erfarenheter från verksamheten till vården. För att kunna göra detta på ett systematiskt sätt registreras nämndens ärenden i avidentifierat skick i en databas. Sedan 1993 har detta skett. Databasen har därvid tillförts flera tusen ärenden årligen. Med hjälp av detta material skickas en rapport med sammanställning av alla ärenden med kommentarer till berörda sjukhus, produktionsområden, folktandvården, statsdelsnämnder och övriga kommunala nämnder. Från och med 1999 års verksamhet lämnas dessutom rapport till socialstyrelsen, landstingsstyrelsen, revisorerna, hälso- och sjukvårdsutskottet m fl.

Avidentifierade patientärendena som nämnden behandlat som principärenden redovisas i landstingets tidskrift *Sting*. Tidningen hjälper här till med att föra ut informationen från nämnden genom sin breda spridning till anställda i vården. Principärendena och vilka förändringar i vården dessa lett till ägnas ett eget avsnitt senare.

Nämnden informerar också om och delar med sig av sina erfarenheter vid ett flertal konferenser årligen. Patientnämnden anordnar vidare föreläsningar i ämnen, som nämnden genom sina ärenden märker att vårdpersonal behöver veta mer om. Inom ramen för projektet "Patienten har rätt" har nämnden varit med och arrangerat seminarier i juridik och etik för personal och patientföreningar.

Information om patientnämndens verksamhet lämnas vidare vid årsmöten med patientföreningar, pensionärsföreningar och andra samverkansgrupper inom vården. Ett annat forum är mässor av olika slag. Nämndens anställda deltar regelbundet vid seniormässan och riksstämman för läkare.

Allmänhet och patienter informeras vidare om Patientnämnden genom media av olika slag (TV, annonser, tidningsartiklar m m) samt genom att ca 50 000 foldrar årligen skickas till alla kliniker och vårdcentraler inom sjukvården, primärkommunernas sjukhem, tandkliniker samt BUP, habiliteringen, apotek och försäkringskassor.

Härtill kommer information i telefonkataloger m m. Patientnämndens hemsida är välbesökt.

När det gäller information om Patientnämnden till personal satsas dels på utbildning av blivande personal genom medverkan i utbildningen av AT-läkare, tandläkare, tandhygienister, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och undersköterskor. Vidare ges information till personal vid bland annat klinikmöten.

En särskild satsning på information om Patientnämndens verksamhet har under året genomförts inom primärvården. En handläggare besökte under våren 21 vårdcentraler/husläkarmottagningar belägna i den södra delen av Stockholms sjukvårdsområde. Information gavs vid personalmöten med all personal samlad. Kontakten upplevdes som

mycket positiv och man hade behov av att diskutera och få veta mer om Patientnämndens arbetsätt. Vid diskussionerna framkom att man tyckte det var nödvändigt att det fanns en instans dit patienter kunde vända sig för klagomål och information. En tredje part kan bidra till att eventuella missförstånd klaras upp och att patienterna i lugn och ro får diskutera igenom de problem som uppstått.

### **Betänkanden, promemorior och övriga utredningar**

Under 2003 har Patientnämnden beretts möjlighet att yttra sig över följande betänkanden, promemorior etc.

Socialdepartementets betänkande **Åldersgränser och ersättningsetablering** (SOU 2003:7)

Patientnämnden har yttrat sig rörande de delar av betänkandet som avser åldersgränsen när det gäller ersättning till läkare och sjukgymnaster samt den del som behandlar förutsättningarna för privata vårdgivare att överlåta en praktik till en kollega.

Nämnden valde att stödja utredningens förslag om att höja åldersgränsen till 70 år i lagen om läkarvårdsersättning respektive ersättning för sjukgymnastik (1993:1651 resp. 1652), då nämnden har noterat att det råder svår brist på specialister på flera områden i Stockholms läns landsting vilket försämrar tillgängligheten och i synnerhet kontinuiteten. Vidare har Patientnämnden inte kunnat fastställa något samband mellan privata läkares eller sjukgymnasters ålder och frekvensen anmälningar till nämnden. Patientnämnden såg det som rimligt att ha en åldersgräns och utredningens förslag om en gräns vid 70 år, med möjlighet att efter prövning arbeta vidare, hade Patientnämnden inget att invända mot.

Patientnämnden hade inga synpunkter på förslaget beträffande ersättningsetablering.

Patientnämnden närvarade även vid en hearing, anordnad av ovannämnda utredning, gällande åldersgränsen för tandhygienister och tandläkare. Nämnden framförde då sitt stöd till förslaget om att i lagen (1962:381) om allmän försäkring införa en möjlighet för tandläkare och tandhygienister att, efter medgivande från Riksförsäkringsverket, utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter 70 års ålder, eftersom bristen på tandläkare och tandhygienister troligtvis under de kommande åren kommer att variera stort, inte minst vad gäller den geografiska spridningen och efterfrågan på specialisttandläkare. För att kunna möta framtidens behov och upprätthålla en god kvalitet och kontinuitet, måste tandvården bli bättre på att utnyttja tandhygienisternas/tandläkarnas kompetens i större utsträckning än vad som görs idag. Att höja åldern för tandläkare och tandhygienister att kunna utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen fram till 70 års ålder och att ge möjlighet till fortsatt dispens därefter är en kortsiktig lösning, men öppnar för att täcka den eventuella personalbrist som vissa geografiska- och specialistområden kan komma att möta.

Socialdepartementets betänkande **Dentala material och hälsa** (SOU 2003:53)

I yttrandet fokuserade nämnden på de frågor verksamheten kommer i kontakt med och tillstyrkte utredningens förslag rörande kunskapsläget, bättre vård och bemötande, bättre kontroll av dentala material och att högskoleförordningen kompletteras med ett krav på

att man på tandläkarutbildningen får kunskaper om dentala material och hur de påverkar såväl munhåla som miljö.

#### Socialdepartementets promemoria **Läkare i allmän tjänst** (Ds 2003:30)

Patientnämnden ställde sig positiv till förslaget att privat verksamma läkare som arbetar på uppdrag av landstinget får - under förutsättning att det i entreprenadavtalet ingår att utföra undersökningar för vårdintyg - besluta om omhändertagande för undersökning gällande vårdintyg om undersökningen inte kan utföras med patientens samtycke. En sådan läkare skall få begära biträde av polismyndigheten för att kunna genomföra en undersökning för vårdintyg och för att föra patienten till en sjukvårdsinrättning sedan vårdintyg har utfärdats. Beslut om omhändertagande för undersökning för vårdintyg enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård skall således i framtiden inte endast få fattas av läkare i allmän tjänst. Nämnden ansåg att kravet på rättsäkerhet bör kunna tillgodoses även om man gör denna utvidgning.

Patientnämnden välkomnade även en utredning där det ses över om särskilda behörighetskrav bör införas för läkares behörighet att utföra undersökning för vårdintyg.

För att säkerställa att tryckfrihetsförordningens regler om rätten att ta del av allmänna handlingar samt de rättsprinciper som i övrigt är knutna till handläggningen av en offentlig uppgift ges motsvarande tillämpning i den enskilt bedrivna verksamheten tillstyrkte nämnden utredarens förslag att bestämmelserna i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen om att överlämna uppgift som sjukvårdshuvudmannen ansvarar för till någon annan kompletteras och att Socialstyrelsen bemyndigas att behandla utformningen av entreprenadavtalen i sina föreskrifter och allmänna råd.

Slutligen tillstyrkte nämnden utredarens förslag att lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård skall ändras så att begäran om biträde av polismyndigheten endast får göras när det på grund av särskilda omständigheter kan antas att en åtgärd inte kommer att kunna utföras utan att våld behöver tillgripas eller det annars föreligger synnerliga skäl för begäran och att det i lagen regleras att när en polismyndighet lämnar biträde skall någon som tillhör vårdpersonalen inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten medverka.

#### Socialdepartementets promemoria **Stödperson och sakkunnig enligt smittskyddslagen (2003:xxx)**

Patientnämnden var mycket positiv till förslaget att den som isoleras enligt smittskyddslagen, och som så önskar, skall få en stödperson.

Nämnden ansåg dock att förslaget borde ändras så att dessa stödpersoner utan hinder av sekretess skall få kännedom om den tvångsisolerades hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, då det är viktigt att stödpersonen får denna information för sin egen säkerhets skull. Stödpersonen har ju i sin tur att iaktta tystnadsplikt. (Denna uppfattning har nu antagits av Regeringen, proposition 2003/04:30, då man föreslår att om det finns särskilda skäl med hänsyn till stödpersonens säkerhet skall chefsöverläkaren, utan hinder av sekretess, lämna ut nödvändiga upplysningar om den isolerade till stödpersonen eller patientnämnden.)

Patientnämnden poängterade även att förslaget kommer att innebära merkostnader för nämnden i form av utbildning, arvoden, reseersättningar och rekrytering av fler stödpersoner.

Patientnämnden har som ett led i utredningsarbetet i **utredningen om förmyndare, gode män och förvaltare** (Ju 2002:04) överlagt med utredningen angående utformningen av regler inom hälso- och sjukvården för patienter som saknar beslutskompetens. Det var i huvudsak bestämmelser om ställföreträdare som diskuterades.

**Socialstyrelsens Redovisning av uppdrag angående uppföljning av avveckling av amalgam i barn- och ungdomstandvården** (S2002/9922)

Nämnden tillstyrkte Socialstyrelsens förslag när det gäller undantag från överenskommelsen att inte använda amalgam inom barn- och ungdomstandvården. I den enskilda behandlingen måste fördelarna vägas mot nackdelarna. Socialstyrelsens förslag till formulering i dessa undantag styr mot ett successivt upphörande av amalgam i barn- och ungdomstandvården.

**Socialstyrelsens riktlinjer för astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) 2003** (LS 0307-2207)

Nämnden kommenterade inte de delar av riktlinjerna som berör det medicinska omhändertagandet. Nämnden ansåg det värdefullt att riktlinjerna omfattar det totala omhändertagandet från primärprevention till rehabilitering. Det är angeläget att patienter i skilda delar av landet erbjuds likvärdig vård och rehabilitering, vilket riktlinjerna kan bidra till. Det är vidare värdefullt att riktlinjerna ges ut i tre olika versioner anpassade till målgruppernas behov, d v s för beslutsfattare, vårdpersonal respektive patienter/anhöriga. Nämnden påpekade också vikten av god läkarkontinuitet för dessa patientgrupper, då de ofta har långvariga kontakter med sjukvården.

**Socialstyrelsens översyn Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter** (S2003/1319/HS)

Med utgångspunkt från sina erfarenheter framhöll nämnden i sitt yttrande att allmänmedicin, i likhet med Socialstyrelsens förslag, bör bibehållas som en självständig specialitet samt att två tilläggspecialiteter, akutsjukvård och smärtlindring, inrättas. Nämnden delade även utredningens förslag rörande utveckling av palliativ medicin och äldrepsykiatri.

Nämnden delade inte uppfattningen att geriatrik och reumatologi bör utgöra grenspecialiteter till internmedicin och att urologi blir en grenspecialitet till kirurgi.

Därutöver påtalade nämnden att det i en stor del av nämndens ärenden framgår att brister i bemötande och stöd till patienter och anhöriga i krissituationer är vanliga. Då specialistläkare ofta möter patienter med långvariga, svåra och allvarliga sjukdomar är det angeläget att de har god kunskap om bemötande i svåra situationer. Nämnden framförde därför förslaget att bemötande och krishantering bör utgöra kontinuerliga inslag i samtliga SK-kurser.

**Motion av Birgitta Rydberg m fl (fp) om förbättringar för funktionshindrade inom Stockholms läns landsting** (Motion 2003:31)

I motionen redovisades ett stort antal åtgärder som syftar till förbättringar för funktionshindrade som kommer i kontakt landstingets samtliga verksamheter. Här finns bl a förslag om att utveckla vårdgarantin för patienter med kroniska sjukdomar, att öka personalens kunskaper på området, att ta bort onödiga administrativa hinder för funktionshindrade och att utreda om krav kan införas vid upphandlingar etc om att motparten inte får diskriminera funktionshindrade.

Nämnden framförde att flertalet av de problem som beskrevs i remissen var väl bekanta. Med utgångspunkt från sina erfarenheter fann nämnden förslaget värdefullt i det fortsatta arbetet för att begränsa konsekvenserna av funktionsnedsättningar hos enskilda och ansåg att föreslagna åtgärder var adekvata och angelägna.

### **Principärenden**

Nämnden lägger stor vikt vid att förebygga brister i vården genom att bland annat föreslå förbättringsåtgärder vid behov. Nämnden har under året behandlat 31 så kallade principärenden, vari totalt 37 olika anmälningar ingår. Nämndens skrivelser med förslag till förbättringar har tillställts bland annat Beställarkontoret Vård (BKV), produktionsområden, sjukhus, privata vårdgivare som har avtala med landstinget, kommunala stadsförvaltningar och äldreboenden. Nämnden önskar i sina skrivelser få skriftlig återföring av vidtagna åtgärder inom viss tid. 24 sådana skriftliga återföringar har inkommit och anmälts i nämnden under året.

Även av yttranden från vården i andra ärenden än principärendena, framgår det många gånger att förbättringar har genomförts. Dessa förbättringar noteras i ärendenas sammanfattningar.

De brister som utreds hos nämnden utgör således underlag för förbättringar hos de berörda. Alla brister som anmäls till nämnden kan dessutom användas som underlag för förbättringar i vården generellt, i och med att erfarenheterna återförs bland annat i årsvisa lokala statistiksammanställningar samt i denna årsrapport till Socialstyrelsen som alla kan ta del av.

#### *Primärvård och kirurgkliniker är vanligast bland principärendena 2003*

Primärvårdens elva ärenden, varav tre avser mödravårdscentral, handlar om bristande tillgänglighet till vård och på telefon (även BKV), kränkande bemötande i två fall, brister i uppföljning av undersökningsresultat, cancerbesked på telefon, fellagd medicin i docett samt respektlöst agerande av läkare efter dödsfall (även kommunalt boende). Mödravårdscentralernas principärenden handlar om en gravid kvinna som inte blev fortsatt sjukskriven trots kvarstående besvär och fick ta av föräldrapenningen, cellförändring meddelades inte efter prov samt en kvinna som inte fick byta MVC (även BKV).

Specialiteten kirurgi förekommer i sex principärenden som handlar om bristande information i två fall, rutiner vid inläggning av patient som redan befinner sig under vård, oklarheter kring dödsfall, sprucken blindtarm i väntan på operation och brister i omhändertagande på akutmottagning. I några av fallen gäller ärendet även någon annan verksamhet eller specialitet som, plastikkirurgi, hematologi, mammografi, akutmottagning och ortopedi (rutiner vid inläggning av patient).



Ortopedklinikerna är representerade i ytterligare två principärendena (totalt tre) och rör bristande information till anhöriga och brister i omvårdnad på sjukhus (rör även internmedicin).

Gynekologisk verksamhet (exkl. MVC) ingår i två ärenden som handlar om en kvinna som kallade förgäves på personal vid födsel och brister i vård och bemötande i samband med förlossning.

Andra principärenden som representerar enstaka verksamheter/specialiteter handlar om snäsigt bemötande av receptionist på ögonklinik, patientens rättighet att anmäla till patientnämnden (laboratorium), rutiner vid utskrivning från sjukhus (neurologi, internmedicin, MAVA), anhörig fick inte information om dödsfall (journalar), fördröjd strålbehandling och bristande information, bristande information och rutiner på barnklinik, fick betala mer än vad som uppgavs i kallelse (mammografi och även BKV), bristande sekretess vid smärtmottagning samt rutiner kring sjukhusbegravning (patologi/cytologi).

Här följer några exempel på principärenden där nämnden förslagit förbättringar, varav de flesta hittills lett till att åtgärder har vidtagits. Fler principärenden återges i de tidigare avsnitten. Nedanstående fall rör bemötandet i receptionen på vårdcentral. Liknande anmälningar inkommer till nämnden då och då:

- En kvinna skulle hämta frikort på vårdcentralen och blev ifrågasatt och kränkande bemött i receptionen. Patientavgifterna för psykoterapi stämde inte med vad receptionisten var van vid. Patienten blev pressad på personliga uppgifter om terapibesöken inför övriga patienter. En högljudd polemik uppstod kring huruvida högkostnadskort skulle skrivas eller ej. Anmälaren ansåg receptionistens agerande oacceptabelt, att hon hade brutit mot sekretessen samt inte känt till regler för högkostnadskort och frikort. Receptionisten bad senare om ursäkt i yttrande. Nämnden ansåg det viktigt med utbildad receptionistpersonalen, då de är patientens första möte med vården och att det då är viktigt att bli väl bemött. Samtidigt har receptionisten en utsatt position och kan få ta emot obehag från patienter. Nämnden ansåg det anmärkningsvärt att sekretesslagen inte respekteras och föreslog översyn av regler för receptionsdiskar med hänsyn tagen till patienternas integritet, i likhet med de åtgärder som vidtagits vid vissa apotek. Flera olika vårdcentraler inkom med skriftliga beskrivningar över vidtagna åtgärder:
  - ett område markeras på olika sätt där en patient i taget talar med receptionisten
  - samtal i ett enskilt rum om problem uppstår.
  - regler och rutiner har setts över
  - kontinuerliga möten hålls med receptionspersonal
  - nummerlapp så att endast en i taget kommer fram till receptionen
  - förändra väntrum och dela in med skiljevägg
  - utbildning

En kvinna fick lång tid efter provtagning besked om cellförändring - ett tillstånd som i de flesta fall måste behandlas för att inte sprida sig vidare och i värsta fall bli cancer:

- Efter cellprovstagning på MVC informerades kvinnan om att vid ev cellförändringar skulle de skicka en kallelse inom 2-3 veckor. Efter åtta månader meddelades hon skriftligen att hon hade måttliga cellförändringar. Hon ringde till MVC och undrade varför hon inte fått veta detta tidigare och upplystes då om att det var hennes eget

ansvar att ta reda på provsvaret samt att svaren gick till en annan MVC. I yttrande tog man på den senare MVC på sig ansvaret för det inträffade. Nämnden föreslog att texten på kallelsen för provtagning borde göras tydligare om förutsättningen är att patienten själv ska kontakta vården för besked om provsvar. Dock är det nämndens åsikt att alla provsvar bör sändas både till patienten och ansvarig klinik för att förhindra misstag. I återföringen av vidtagna åtgärder meddelas att texten på kallelsen har gjorts tydligare med klart besked om vart man ska vända sig.

Brådskan i vården gör ibland att det går för fort, till exempel med förflyttningar mellan kliniker innan information hinner ges:

- En 85-årig man vårdades för brännskador på akutsjukhuset. Efter en vårdperiod blev han abrupt förflyttad till en geriatrisk klinik för eftervård. Vare sig mannen eller de anhöriga hade fått någon information dessförinnan. I yttrandet beskrivs att man oväntat snabbt fick besked om en plats på geriatriken. Den bristande informationen beklagas och rutiner skulle ses över. Efter förslag från nämnden inkommer skriftlig återföring om att avdelningspersonalen har diskuterat det inträffade på en arbetsplatsträff. Alla samtyckte till att i framtiden förbättra sig och starta eftervårdsplanering i god tid samt att involvera anhöriga. Klinikens läkare har delgivits händelseförloppet angående patienten. Eftervården planeras nu i samråd med läkare, patient och anhörig i så god tid som möjligt.

I nedanstående principärende fick en kvinna föda sitt barn helt ensam på sjukhuset:

- Den unga kvinnan skulle föda sitt andra barn. Värkstimulerande dropp sattes in för att sätta fart på förlossningen. Barnmorskan tittade in var 20:e minut. Droppdosen höjdes och värkarna kom tätare, vilket kvinnan talade om för barnmorskan, som visade henne lustgasen och gick. Då började krystvärkarna och kvinnan tryckte på larmknappen. När ingen kom och hon insåg att något var fel började hon skrika, men ingen kom då heller. Hon hade fruktansvärt ont och var orolig för att barnet skulle dö. Hon fick föda sitt barn utan att någon personal var närvarande. Kvinnan skrek nu kraftigare och barnmorskan kom snart in.

Nämnden fann det ousäktligt att personal inte kontrollerat att ringsignalsystemet verkligen var i funktion. Det är inte acceptabelt att lämna en födande kvinna ensam, som dessutom har fått värförstärkande dropp, utan att ha förvässat sig om att hon hade möjlighet att kalla på hjälp. Ingen av förlossningspersonalen tog kontakt med kvinnan när hon låg på BB-avdelningen, vilket visar på en stor brist i synen på hur en förlossning av detta slag kan sätta spår i framtiden. I återföringen till nämnden beskrevs följande vidtagna åtgärder vid förlossningsavdelningen:

- allmän översyn av ringsignalsystemet
- barnmorska/undersköterska kontrollerar att ringsignalsystemet fungerar när kvinnan visas in på ett förlossningsrum
- den förlossningspersonal som varit ansvarig vid en förlossning skall alltid erbjuda möjlighet till uppföljande samtal, framför allt då förlossningen varit komplicerad och/eller traumatisk
- obstetriksektionens chef har haft samtal med all personal som var inblandad vid det aktuella tillfället
- ärendet har diskuterats på arbetsplatsträffar

Det är viktigt att rutinerna fungerar när äldre människor skall skrivas ut från sjukhus. Annars kan det uppstå problem vilket följande händelse illustrerar. Det har behandlats av nämnden tillsammans med ett liknande ärende:

- En 87-årig man skulle efter en vårdtid på akutsjukhus skickas tillbaka till sitt sjukhemmet varifrån han kommit med ambulans. Färdtjänst beställdes och mannen fick ett kuvert med sig för att lämna till personalen på sjukhemmet. Ingen personal följde med honom ut till färdtjänstbilen. Mannen stoppade ner kuvertet i en brevlåda vid utgången för han trodde att "ett kuvert ska ner i en brevlåda". Kuvertet innehöll ny medicin och information till sjukhemmet. Han var mycket lättklädd eftersom han kommit in i ambulans. Färdtjänstföraren hade blivit tillsagd att köra till sjukhemmet där hustrun väntade. Under färden frågade föraren efter färdtjänstkort eller pengar. Mannen som enligt dottern är en aning förvirrad, sa då att de måste åka till hans bostad, vilket de gjorde. Fadern gick upp till bostaden men kunde ej komma in. Då gick han ut igen, i -10 grader, men färdtjänstbilen hade åkt. Lyckligtvis såg några grannar mannen och körde honom till sjukhemmet.

Enligt yttrande från sjukhusavdelningen blev patienten ledsagad ned till entréplanet, men det gick inte att utröna om patienten lämnades ensam. Det inträffade beklagas. Man brukar alltid invänta taxin och se till att patienten kommer in i rätt bil. Dokumenterade rutiner för detta har hittills inte funnits, men kommer att utarbetas för att förhindra ett upprepande. Färdtjänsten hade per telefon instruerats att mannen skulle till sjukhemmet.

Kundserviceavdelningen på Färdtjänsten svarar i yttrandet att resan beställts från sjukhuset till en annan adress än sjukhemmets. Ingen personal fanns med när mannen skulle starta sin resa. Mannen hade inte heller med sig något färdtjänstkort, vilket man måste ha för att resan ska kunna genomföras. Taxiföraren stod därför inför ett val, och då det inte fanns någon personal att fråga, beslöt han sig för att köra till den beställda adressen. Chauffören tog inte betalt och såg att mannen gick in i porten. Flera felaktigheter kunde konstateras. Det inträffade beklagas från Färdtjänsten.

Att kunna känna trygghet i omhändertagandet och tillit till att vårdkedjan fungerar i alla delar är självklart viktigt för alla, men särskilt viktigt är detta för äldre, sköra och ibland förvirrade personer. Bristfälliga rutiner drabbar denna grupp särskilt hårt, vilket de båda ärendena visar. Då anhöriga ofta tar ett stort ansvar i samband med utskrivning från sjukhus, är det av största vikt att kommunikationen med dem fungerar. Likaså är det viktigt att samverkan med färdtjänst och transportörer av sjukresor fungerar på ett optimalt sätt. Patientnämnden ser det som angeläget att det finns dokumenterade rutiner för åtgärder och kontakter som ska tas i samband med utskrivning av den patientkategori som de aktuella ärendena handlar om. Nämnden ser därför med tillfredsställelse på att man i ett av yttrandena angett att översyn av rutinerna ska göras.

Patientnämnden har många ärenden som rör svårigheter att få kontakt med primärvården per telefon. Nedanstående exempel utgör bara ett av dem och är från ett principärende med flera sådana anmälningar:

- En ung mamma försökte komma i kontakt med vården då hon misstänkte att hennes 8 månader gamla dotter hade öroninflammation. Hon ringde barnläkarmottagningen varifrån hon hänvisas till vårdcentral, privatläkare eller akutmottagning. Hon ringde då vårdcentralen där hon fick lämna namn och telefonnummer till en telefonsvarare

och fick beskedet att en läkare skulle ringa upp tre dagar senare. Hon trodde att beskedet måste vara fel och ringde upp vårdcentralens växel och bad att få bli kopplad till sjuksköterskeexpeditionen. Hon hamnade då hos samma telefonsvarare och fick återigen beskedet att hon skulle bli uppringd tre dagar senare.

Kvinnan anser det orimligt att behöva åka till en akutmottagning när dottern får öroninflammation. Detta bör kunna behandlas av vårdcentralen eller barnläkarmottagningen. På vårdcentralen får hon ingen tid, antingen för att hon inte kommer fram på telefon eller för att dottern är för liten. Barnläkarmottagningen har mycket få tider för akuta fall. Vid det aktuella tillfället fick modern kontakt med en öron-, näs- och halsspecialist som gav en tid samma eftermiddag.

I yttrande från vårdcentralens verksamhetschef beklagas anmälarens svårigheter att få en läkartid för sin dotter. Problemet är välkänt i området varför en närakut snart skall öppnas på närsjukhuset. Den är tänkt för patienter som inte kommer i kontakt med den ordinarie läkarmottagningen på dagtid eller befinner sig i gränzonen mellan att vara för sjuka för vårdcentralen men för friska för akutsjukhuset. Vårdcentralen tar inte emot barn under ett år, såvida det inte rör sig om uppenbart banala åkommor. I så fall tar man emot barn från 6 månaders ålder. I det aktuella fallet, med öroninflammation, borde barnet således ha tagits emot på vårdcentralen. Detta omöjliggjordes dock på grund av problem med telefonsvararen. Enligt verksamhetschefen kan detta endast förklaras med att systemet var nyinstallerat och möjligen inte fungerade helt tillfredsställande de första dagarna.

Det ovan redovisade ärendet utgör exempel på en typ av ärenden som är relativt vanligt förekommande. Med hänsyn till gällande besöksgaranti, som utlovar kontakt med husläkarmottagningen/vårdcentralen samma dag, förutsatt att det är en vardag, finner nämnden det inte rimligt att sjuka och oroliga patienter/anhöriga ska ha så stora svårigheter att få kontakt med sin vårdcentral som beskrivits ovan.

En del ärenden handlar om att personal i vården har agerat på ett sätt som visar brist på respekt för både patient och anhöriga. De båda följande principärendena är sådana exempel och handlar om avlidna personer och deras anhöriga:

- En 90-årig kvinna avled i sitt hem på ett servicehus. Kvinnans barn och barnbarn var då närvarande. De gjorde modern fin i ett vackert nattlinnet. Det kändes bra att ta farväl så. En sjuksköterska på servicehuset konstaterade dödsfallet och något senare kom en läkare från vårdcentralen. Han ville omedelbart ta bort pacemakern som den avlidna hade, men hade inga verktyg med sig. Enligt dottern sprättade läkaren upp huden med moderns sax, tog bort pacemakern med en tång från moderns verktygslåda och sydde ihop med nål och tråd från moderns syskrin. Därefter var nattlinnet och madrassen blodiga och läkaren gick sin väg. Dottern skriver bland annat att hon inte kan säga varför hon tog fram det läkaren ville ha och borde ha sagt ifrån, men förflamad av sorg kunde hon inte tänka klart.

Läkaren framför i sitt yttrande bland annat att pacemaker skall avlägsnas helst innan kroppen omhändertas av begravningsbyrån. Han informerade närvarande anhöriga om detta och ville att instrument skulle hämtas från vårdcentralen. Någon personal kunde vid tillfället inge göra detta. Enligt läkaren erbjöd sig dottern att ta fram vad han behövde. Han säger sig ha förståelse för att patientens dotter som sörjande anhörig upplevde proceduren obehaglig. Han har sett till att det skall finnas kompletta suturset på servicehuset och att tjänstgörande läkare meddelas av sköterskan i för

väg om dödsfall där pacemaker skall avlägsnas så att det görs innan de anhöriga tar hand om kroppen. Han tror att han i övrigt behandlat både den avlidnas kropp och närvarande anhörig med den respekt som situationen kräver. Anmälaren konstaterar att ord står mot ord när det gäller vem som sade vad i denna situation.

Patientnämnden anser liksom anmälaren att efterlevande i sorg inte skall behöva uppleva en sådan här händelse. Det kan inte anses respektfullt gentemot den avlidna eller hänsynsfullt och omtänksamt mot de efterlevande, att avlägsna en pacemaker så som skedde när de anhöriga ville ta farväl av sin avlidna släkting på ett värdigt sätt. Anhöriga skall inte i sin sorg behöva försättas i situationen att medverka. Det var inte bråds-kande att ta bort pacemakern - detta hade kunnat göras vid ett senare tillfälle enligt regelverket. Nämnden föreslår att de lokala rutinerna vid vårdcentralen och servicehuset ses över i samarbete så att arbets- och ansvarsfördelning framgår när det gäller olika åtgärder som behöver vidtas vid ett dödsfall och där respekten för den avlidne och för sörjande närstående beaktas.

I följande principärende anmälde modern vad som hände efter att hennes nyfödda och avlidna lilla barn hade obducerats på akutsjukhuset:

- Sjukhuset ombesörjde och bekostade därefter begravningen av barnet. Vid begravningen ville föräldrarna se sitt barn och begravningsentreprenören öppnade kistan. Barnet låg i en plastpåse med inälvorna framme. Både sjukhuset och begravningsbyrån skyllde ifrån sig enligt modern som var mycket bedrövad över händelsen och önskar att rutinerna kring sjukhusbegravningar ses över.

I yttrandet från avdelningen för Patologi och Cytologi vid sjukhuset, framförs att för att på alla sätt försöka minimera missförstånd i kontakten mellan obduktionsavdelningen och begravningsentreprenören angående svepning av foster/barn, där man ej kunnat sy ihop kroppen efter obduktion, har man ändrat sina rutiner enligt följande:

Kroppen sveps av obduktionspersonalen innan man lägger den i plast. Utanpå plasten läggs ytterligare ett lakan. Det går alltid ett skriftligt meddelande till begravningsentreprenören om att kroppen inte har kunnat sys ihop.

Anmälaren är nöjd med att rutinerna har ändrats.

Patientnämnden ser med tillfredsställelse på att rutinerna har ändrats, med tanke på hur svårt det måste vara för föräldrar som mist sitt lilla barn att behöva uppleva det som dessa föräldrar fick göra. Det är också nämndens förhoppning, liksom verksamhetschefens, att detta inte skall inträffa igen och föreslår därför att erfarenheterna av de nya rutinerna följs upp och återrapporteras till nämnden.

## STÖDPERSONSVERKSAMHETEN

Enligt lag om psykiatrisk tvångsvård som trädde i kraft 1992 åligger det Patientnämnden att rekrytera och förordna stödpersoner till patienter som tvångsvårdas inom psykiatri och som önskar stödperson.

Syftet med stödperson är tvåfaldigt. Dels får patienten kontakt med en person ute i samhället som är helt fri från vården, dels får samhället genom stödpersonen en inblick i hur tvångsvården fungerar.

Den 1 juli 2000 trädde vissa förändringar i lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård i kraft (Prop 1999/2000:44) Beträffande stödpersonen innebar detta

*att om patient och stödperson är överens kan stödpersonuppdraget fortsätta i fyra veckor efter att tvångsvården upphört*

*att om patient önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 10 § socialtjänstlagen när tvångsvården upphört och stödpersonen samtycker, skall Patientnämnden underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål.*

### **Konsekvenser av förändringen i lagen om psykiatrisk tvångsvård**

Under år 2003 har 42 patienter haft stödperson förordnad 4 veckor efter tvångsvårdens upphörande och 13 stödpersonsuppdrag har anmälts till socialnämnden. Hur många av dessa som fortsatt som social kontaktperson har Patientnämnden ej uppgift om.

Enligt 31 § LPT har chefsöverläkaren anmält patientens inställning till att få en stödperson i 117 fall. Därutöver har det inkommit 20 anmälningar där patientens inställning ej framgått och Patientnämnden har då kontaktat patienten eller dennes kontaktperson på avdelningen. 82 ansökningar har inkommit från patienter.

Om stödperson inte redan utsetts skall chefsöverläkaren enligt lagen alltid anmäla patientens inställning till stödperson om ärendet blir aktuellt i länsrätten. Här finns stora brister men en förbättring har märkts sedan Patientnämnden tillskrev samtliga chefläkare inom psykiatri och påtalade deras skyldigheter att informera patienten om rätten att få en stödperson förordnad och till Patientnämnden anmäla patientens inställning. Däremot fungerar det mycket dåligt på vissa håll att anmäla när tvångsvården upphört för en patient som har fått stödperson utsedd .

### **Rekrytering och utbildning**

Under hösten 2003 har en rekryteringskampanj efter stödpersoner med efterföljande introduktionsutbildning ägt rum. 17 personer har deltagit och f n finns en pool på om

kring 190 stödpersoner med olika bakgrund, yrkeserfarenhet och intressen, allt för att i möjligaste mån kunna erbjuda en stödperson som passar patientens önskemål och intressen. Hittills har alla patienter som begärt stödperson kunnat erhålla sådan.

### **Stödpersonsförordnanden**

Under 2003 har 133 patienter fått stödperson förordnad, vilket är en minskning jämfört med 2002. Det var framför allt under sommarmånaderna som en markant minskning av antalet önskemål om stödperson märktes. Patientnämnden tillskrev då chefsöverläkarna vid de psykiatriska enheterna och påtalade deras skyldighet att informera patienten om rätten att få en stödperson förordnad. Skrivelsen har gett resultat eftersom antalet ansökningar om stödperson under årets tre sista månader har ökat jämfört med 2002. 57 patienter har stödperson förordnad sedan tidigare år. Det längsta förordnandet har pågått sedan 1995. Fr o m 1992 har totalt 1 728 patienter fått stödperson förordnad.

Vid årsskiftet 2003/2004 hade 119 patienter stödperson. Av dessa vårdades 77 män och 11 kvinnor enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV) och 10 män och 21 kvinnor enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

85 män och 54 kvinnor har haft uppdrag som stödperson under 2003.

### **Träffar för stödpersoner**

Patientnämnden har anordnat två träffar för stödpersoner under året. Vid ena träffen inbjöds en överläkare vid Neuropsykiatriska teamet, S:t Görans sjukhus, som talade om "Att möta och förstå patienter med neuropsykiatrisk problematik". Vid den andra träffen deltog två överläkare från Sektionen för särskilt vårdkrävande vid Huddinge Universitetssjukhus som talade om vården av dömda patienter.

### **Stödpersonföreningen**

Stödpersonföreningen i Stockholms läns landsting, som är medlem i Riksförbundet Frivilliga Samhällsarbetare, har 105 medlemmar. Under året har föreningen anordnat studiebesök på Hammarbo psykiatriska behandlingshem, Rättspsykiatriska kliniken vid Huddinge sjukhus, Länsrätten och behandlingshemmet/stödboendet Krukis. En söndag i oktober var det studiedag till sjöss med bl a visning av filmen Livlinan som skildrar olika stödpersoner och deras möten med sina "patienter".

## **PATIENTNÄMNDEN I STOCKHOLMS LÄN OCH DESS UPPGIFTER**

Patientnämnden svarar för sådan patientnämndsverksamhet som landstinget är skyldigt att bedriva enligt lag (Lag om patientnämndsverksamhet mm 1998:1656). Patientnämnden har till uppgift att stödja och hjälpa patienter inom den hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting samt sjukvård och omvårdnad enligt socialtjänstlagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner. Detta innebär att sådan privat verksamhet som är kopplad till landstinget genom samverkansavtal, vårdavtal, entreprenadavtal eller motsvarande är nämndens ansvarsområde. Detta gäller även tandvård som landstingen ansvarar för enligt tandvårdslagen.

Sedan 1 juli 1992 sköter nämnden patientnämndsverksamheten inom "Äldresjukvården" genom avtal med samtliga kommuner i Stockholms län.

Från och med 1992 har nämnden också enligt särskild lag (Lagen om psykiatrisk tvångsvård 1991:1128 ) uppdrag att förordna stödpersoner för patienter som tvångsvårdas inom psykiatrin.

Patientnämnden är en opartisk och fristående instans i landstinget som utifrån synpunkter och klagomål ska

- hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter och därigenom bidra till kvalitetsutvecklingen i vården

Nämnden skall också senast sista februari varje år till Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten under föregående år.

Nämnden har inga disciplinära befogenheter utan arbetar som en rådgivande instans. Den har ingen egen medicinsk kompetens och kan därför inte göra egna medicinska bedömningar. Nämnden ska fungera som en objektiv instans för kontakt med både patienter och personal. Utifrån inkomna klagomål och annan information som nämnden får görs utredningar och framställningar till ansvariga nämnder inom landstinget och till andra berörda organ. I förebyggande syfte gör nämnden uttalanden när det gäller generella iakttagelser och tendenser – systemfel – som kräver vårdpersonalens uppmärksamhet.

De av landstingsfullmäktige angivna målen och inriktningen för verksamheten är:

- Kunskapen om Patientnämnden bland allmänhet och personal ska öka
- Analyserna av inkomna ärenden ska vidareutvecklas
- Det förebyggande arbetet ska intensifieras



## **Handläggning av ärenden**

Till Patientnämnden kan man vända sig genom att ringa, skriva eller komma på besök. De allra flesta ärenden initieras per telefon. Cirka 25 procent av ärendena kommer till nämnden i skriftlig form, ibland efter information om den möjligheten vid telefonsamtal med nämndens förvaltning.

### *Telefonärenden*

Karaktäristiskt för telefonärenden är att de snabbt kan åtgärdas genom rådgivning om rättigheter m m, information om vad nämnden kan hjälpa till med och vad andra instanser i klagomålssystemet har till uppgift. Ibland tar nämndens handläggare kontakt med den aktuella vårdgivaren för att lösa problemet eller råder anmälaren att själv göra det. I andra fall hänvisas anmälaren till patientombudsman/motsvarande vid sjukhus eller i sjukvårdsområden. Patientnämnden har också möjlighet att sända skriftlig information till anmälaren om olika instanser i klagomålssystemet m m.

Många gånger är det tillräckligt för anmälaren att få diskutera igenom sin frågeställning och att få den uppmärksammas och registreras hos Patientnämnden.

### *Skriftliga ärenden*

De skriftliga ärendena blir till största delen noggrant utredda genom att yttrande begärs från berörd enhet via ledningarna för sjukhus, produktionsområde eller för privat vårdgivare med vårdavtal med landstinget. Vårdens företrädare beklagar ofta det inträffade, förklarar och försöker ställa till rätta. Ibland erbjuds tider för läkarbesök eller samtal. En del uttrycker tacksamhet för att de fått kännedom om begångna misstag, eftersom det ger möjlighet till förbättringar. Det förekommer dock även att företrädare för vården ställer sig oförstående och tillbakavisar anmälningsbeskrivning och hävdar att patienten handlagts på ett adekvat sätt.

Ibland kan även de skriftliga ärendena handläggas snabbt genom ett råd till anmälaren eller genom en kontakt med berörda i vården.

Vissa ärendena är av principiellt viktig natur, s k principärende, och behandlas vid nämndens sammanträden. Nämnden gör uttalanden och föreslår förbättringar utifrån de klagomål och synpunkter som framförts. Nämnden begär även skriftlig återföring av vidtagna förbättringsåtgärder.

## **Registrering av problemområden m m**

Ärenden till Patientnämnden registreras i en databas och kodas bland annat på kontakttyp och problem eller rådgivning/information/hänvisning enligt kodförteckning. Det finns 30 olika delproblemkoder fördelade på 10 problemområden. Se bilaga 2. Innan ärenden registreras informeras anmälaren om detta enligt Personuppgiftslagen (PuL 1998:204).

## PROBLEMOMRÅDEN, DELPROBLEM SAMT RÅDGIVNING/ INFORMATION/ HÄNVISNING

### **Behandling**

Behandling:	nekad/ ingen/ ofullständig/ felaktig
Komplikationer:	efter behandling
Diagnos:	ingen/ ofullständig/ fel
Medicinering:	ingen/ fel / fel dosering, biverkningar
Prover:	inga prover togs, fel / för få
Remiss:	nekad/ingen/ ofullständig/ felaktig
Intyg:	nekad/inget/ ofullständigt/ felaktigt
Teknisk utrustning/hjälpmedel	

### **Bemötande**

Ovänligt/ nonchalant/ brist på empati  
Ej lyssnad till - ej trodd  
Blivit slussad runt i vården/ ingen tar ansvar för patienten

### **Tillgänglighet**

Telefon  
Lång väntetid/ kötid/ / väntetid kopplad till vårdgarantin  
Inställda åtgärder t.ex. operationer  
Förtidig utskrivning/ ingen eftervård, -rehabilitering  
Bristande kontinuitet – får ej träffa samma läkare

### **Omvårdnad**

Brister i omvårdnad  
Tillbud och olyckor i t.ex. hem, kommunalt boende, sjukhem, sjukhus  
Brister i boende, miljö, kost

### **Samverkan**

Brister i samverkan inom/mellan vårdgivare  
Brister i vårdplanering

### **Ekonomi**

Avgifter  
Ersättningskrav, garantikrav

### **Juridik**

Sekretess och tystnadsplikt  
Journalfrågor, t.ex. man vill läsa/ kopiera/ ändra/stryka  
LPT, LRV  
Valfrihet  
Övriga juridiska frågor

### **Information**

Ej-, sent-, fel-, otillräckligt informerad

### **Administration**

Brister i administration och hantering av remiss, kallelse, provsvar, intyg m.m.

**Rådgivning/ information/ hänvisning – OBS! används endast när problem enligt ovan ej framkommer.**

**Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.**

1 § I varje landsting och kommun skall det finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom

1. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som bedrivs av landsting eller enligt avtal med landsting,
2. den hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommuner och den allmänna omvårdnad enligt socialtjänstlagen (2001:453) som ges i samband med sådan hälso- och sjukvård, samt
3. den tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125) som bedrivs av landsting.

För sådana nämnder gäller vad som är föreskrivet i kommunallagen (1991:900). Särskilda bestämmelser om gemensam nämnd finns i lagen (2003:192) om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet. Lag (2003:198).

2 § Nämnderna skall utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutvecklingen i hälso- och sjukvården genom att

1. hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, samt
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

3 § En kommun som ingår i ett landsting får överlåta uppgifterna enligt 1 § till landstinget, om kommunen och landstinget har kommit överens om detta. Kommunen får lämna sådant ekonomiskt bidrag till landstinget som motiveras av överenskommelsen.

4 § Nämnderna skall senast den sista februari varje år till Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten under föregående år.

5 § Föreskrifter om stödpersoner vid psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång finns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

## Utdrag ur lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård

### Stödperson

30 § Chefsöverläkaren skall se till att en patient som vårdas enligt denna lag, så snart patientens tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplyses om sin rätt att få en stödperson.

När patienten begär det, skall en stödperson utses. En stödperson kan utses också i annat fall, om patienten inte motsätter sig det.

Stödpersonen skall bistå patienten i personliga frågor så länge denne ges tvångsvård enligt denna lag och, om patienten och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att tvångsvården har upphört. Stödpersonen har rätt att besöka patienten på vårdinrättningen. Han får inte obehörigen röja eller utnyttja vad han under uppdraget har fått veta om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden i övrigt.

Stödpersonen utses av en sådan nämnd som avses i lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Vid en nämnds handläggning av ärenden om stödpersoner gäller, utöver vad som i övrigt föreskrivs, följande bestämmelser i förvaltningslagen (1986:223), nämligen

- 14 § om muntlig handläggning,
- 15 § om anteckning av uppgifter,
- 16 och 17 §§ om parters rätt att få del av uppgifter,
- 20 § om motivering av beslut,
- 21 § om underrättelse om beslut,
- 26 § om rättelse av skrivfel och liknande, och
- 27 § om omprövning av beslut. Lag (2000:353).

31 § Chefsöverläkaren vid den enhet där patienten vårdas skall anmäla till en sådan nämnd som avses i 30 § när det kan finnas skäl att utse en stödperson.

Har stödperson för patienten inte redan utsetts, skall anmälan alltid göras när

1. chefsöverläkaren ansöker om medgivande till tvångsvård enligt 7, 12 eller 14 §,
2. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut om intagning enligt 6 b §,
3. patienten överklagar chefsöverläkarens beslut att avslå en begäran att tvångsvården skall upphöra.

I en sådan anmälan skall chefsöverläkaren ange patientens inställning till att få en stödperson. Nämnden skall, om patienten inte har uttryckt en klar uppfattning, kontakta patienten eller vårdpersonal med kännedom om patienten för att få besked om patienten vill ha en stödperson.

När tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört, skall chefsöverläkaren snarast möjligt underrätta nämnden om detta och om i fall stödpersonens uppdrag fortsätter därefter. Lag (2000:353).

31 a § Om en patient önskar att stödpersonens uppdrag skall övergå till ett uppdrag som kontaktperson enligt 3 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453) när tvångsvården upphört och stödpersonen samtycker till det, skall den nämnd som avses i 30 § underrätta socialnämnden i den kommun där patienten är folkbokförd om patientens önskemål. Lag (2001:469).

**Utdrag ur lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård**

26 § Chefsöverläkaren skall se till att en patient som vårdas enligt denna lag, så snart patientens tillstånd tillåter, genom en individuellt anpassad information upplyses om sin rätt att få en stödperson.

När rättspsykiatrisk vård i fall som avses i 1 § andra stycket 1 har påbörjats eller upphört, skall chefsöverläkaren snarast underrätta vederbörande nämnd enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. om att så har skett. Nämnden skall i fall som avses i 4 § underrättas när patienten enligt 18 § första stycket 2 har överklagat ett beslut av chefsöverläkaren att den rättspsykiatriska vården inte skall upphöra, liksom när vården efter överklagandet har upphört.

Föreskrifterna om stödperson i 30-31 a §§ lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård gäller i tillämpliga delar vid rättspsykiatrisk vård som ges på en sjukvårdsinrättning. Föreskriften i 30 § tredje stycket andra meningen nämnda lag om rätt för stödpersonen att besöka patienten på vårdinrättningen gäller dock bara i den mån det inte möter hinder på grund av bestämmelserna i 8 § tredje stycket denna lag eller 16 § lagen (1976:371) om behandlingen av häktade och anhållna m.fl. om möjlighet att besluta om inskränkningar i patientens rätt att ta emot besök. Lag (2000:354).

26 a § Om det finns särskilda skäl med hänsyn till en stödpersons säkerhet, skall chefsöverläkaren lämna ut nödvändiga upplysningar om patienten till stödpersonen eller till den nämnd som avses i 26 § andra stycket. Lag (2000:354).

# Antal ärenden hos PSR, HSAN, PaN och Lex Maria

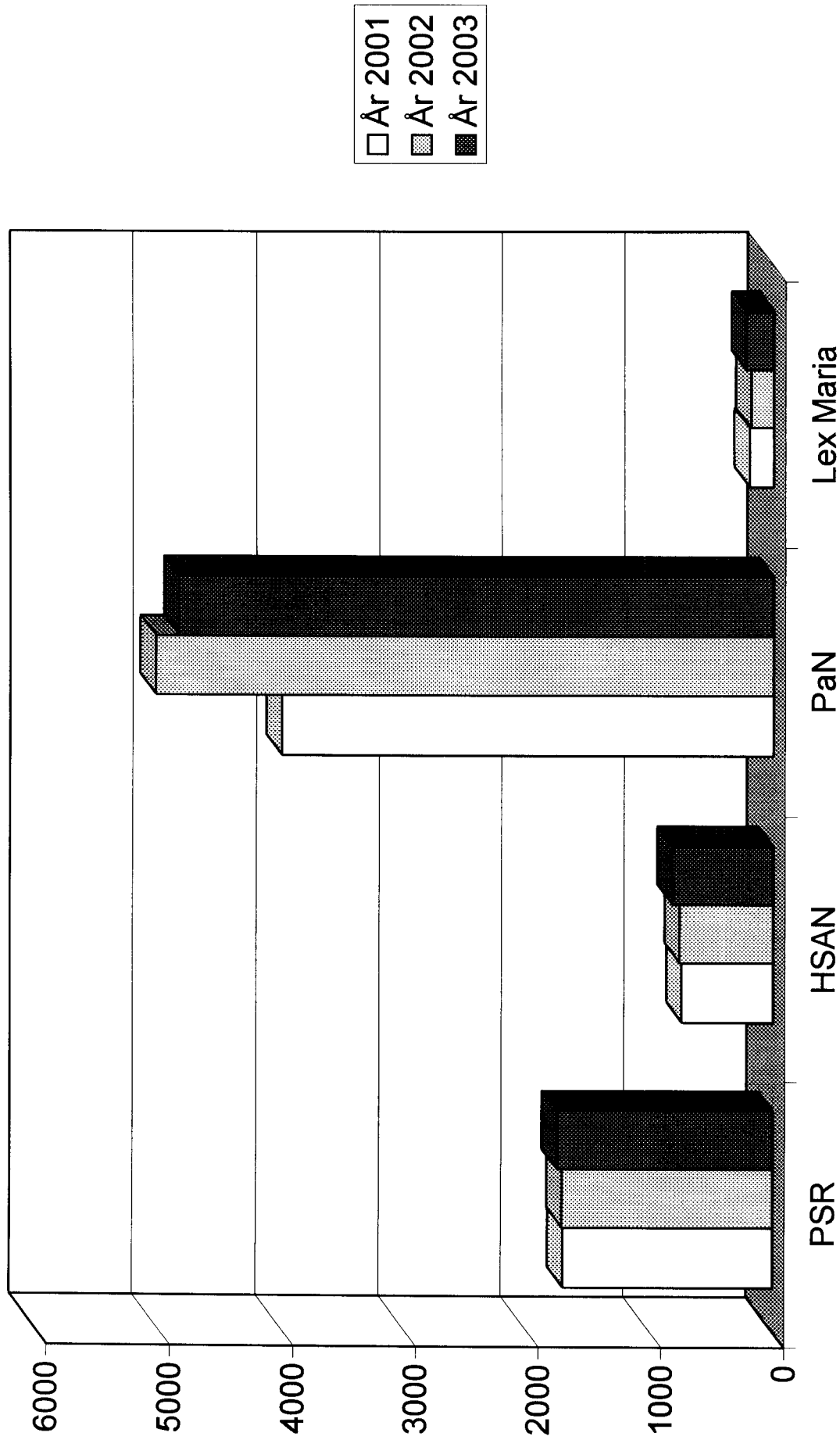


Diagram 1

# Antal ärenden per problemområde, SLL

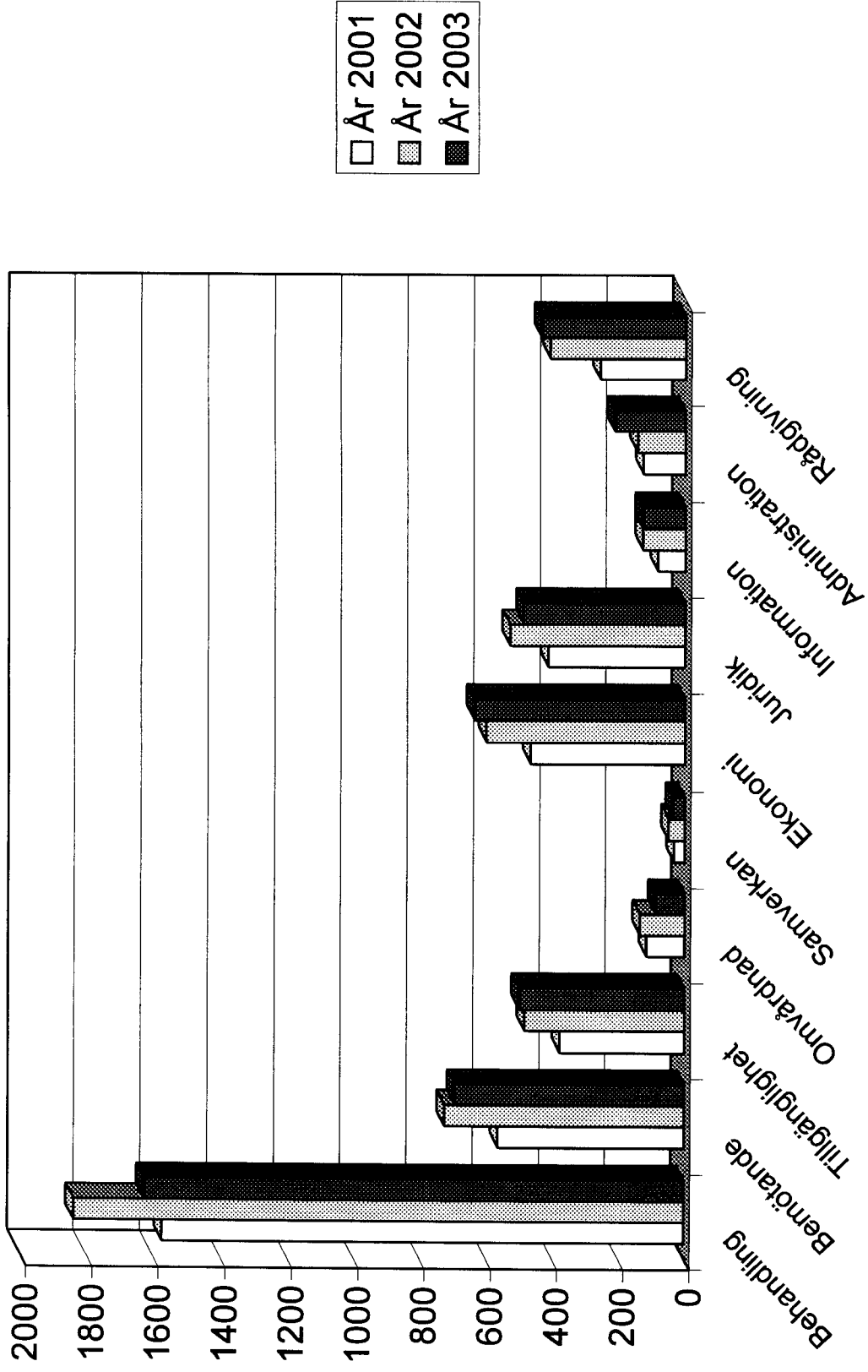


Diagram 2

# Andel ärenden per problemområde för kvinnor och män 2003

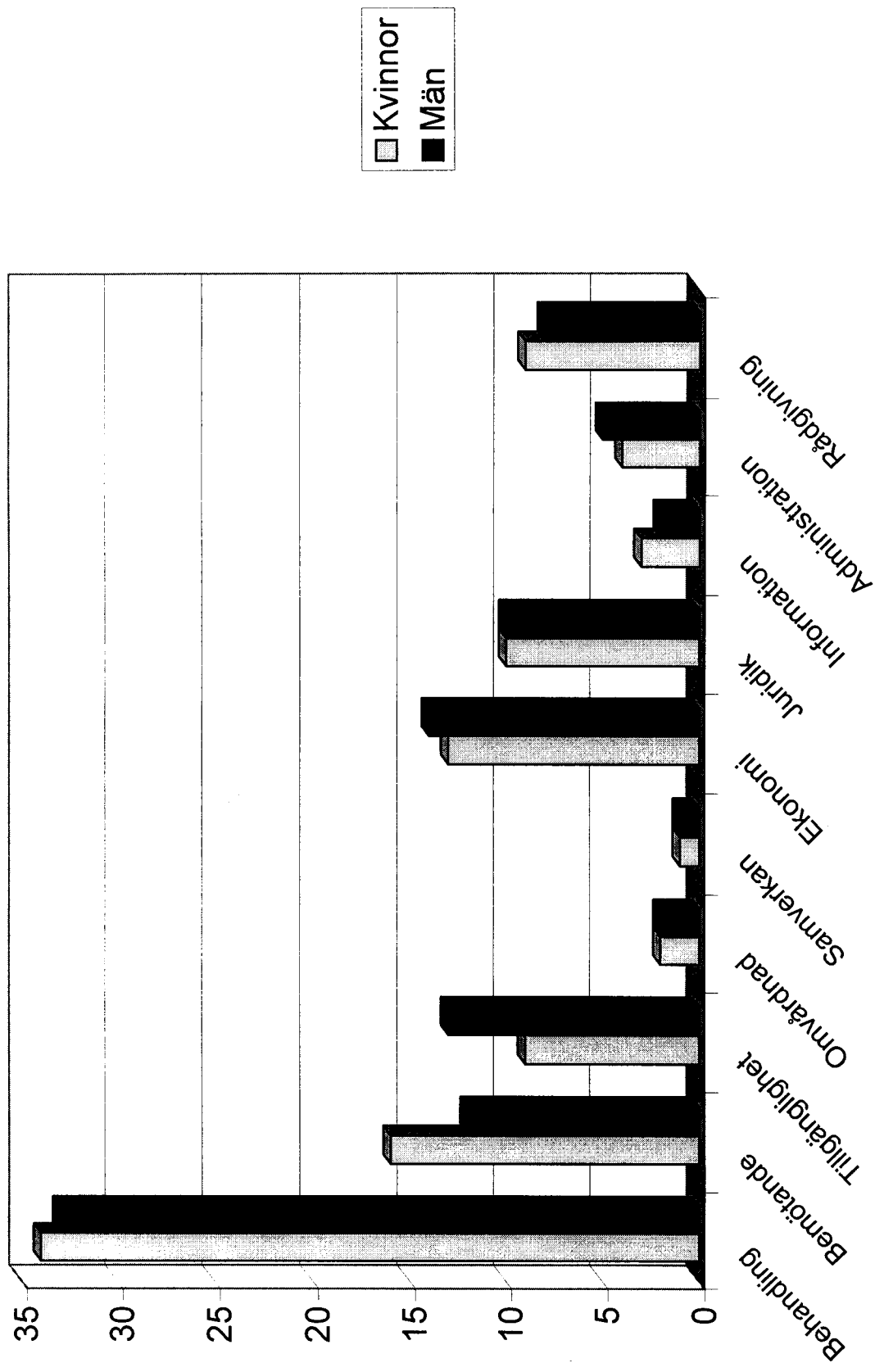


Diagram 3



# Antal ärenden fördelade på ålder och kön

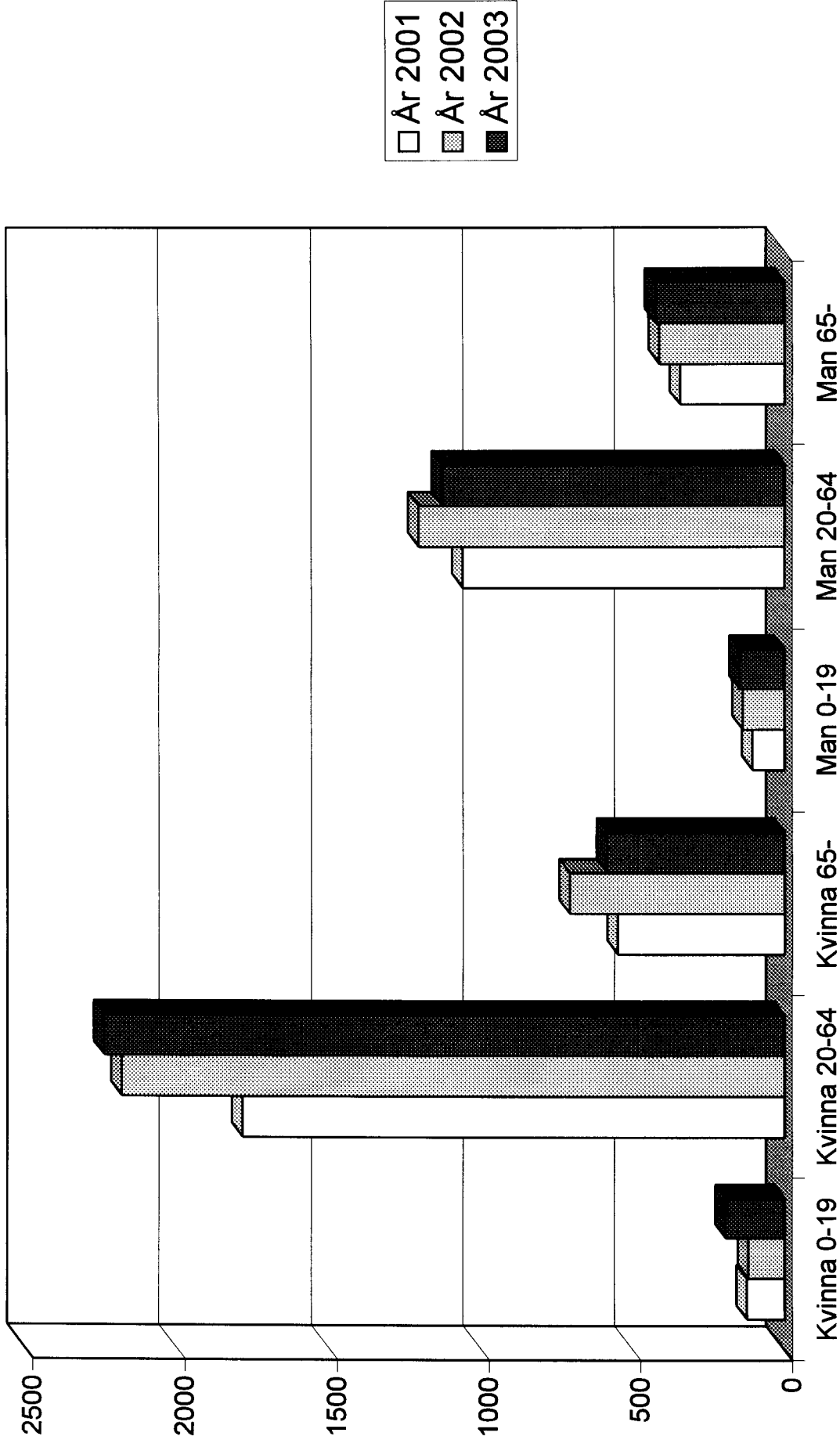


Diagram 4

# Antal ärenden per problemområde inom primärvård

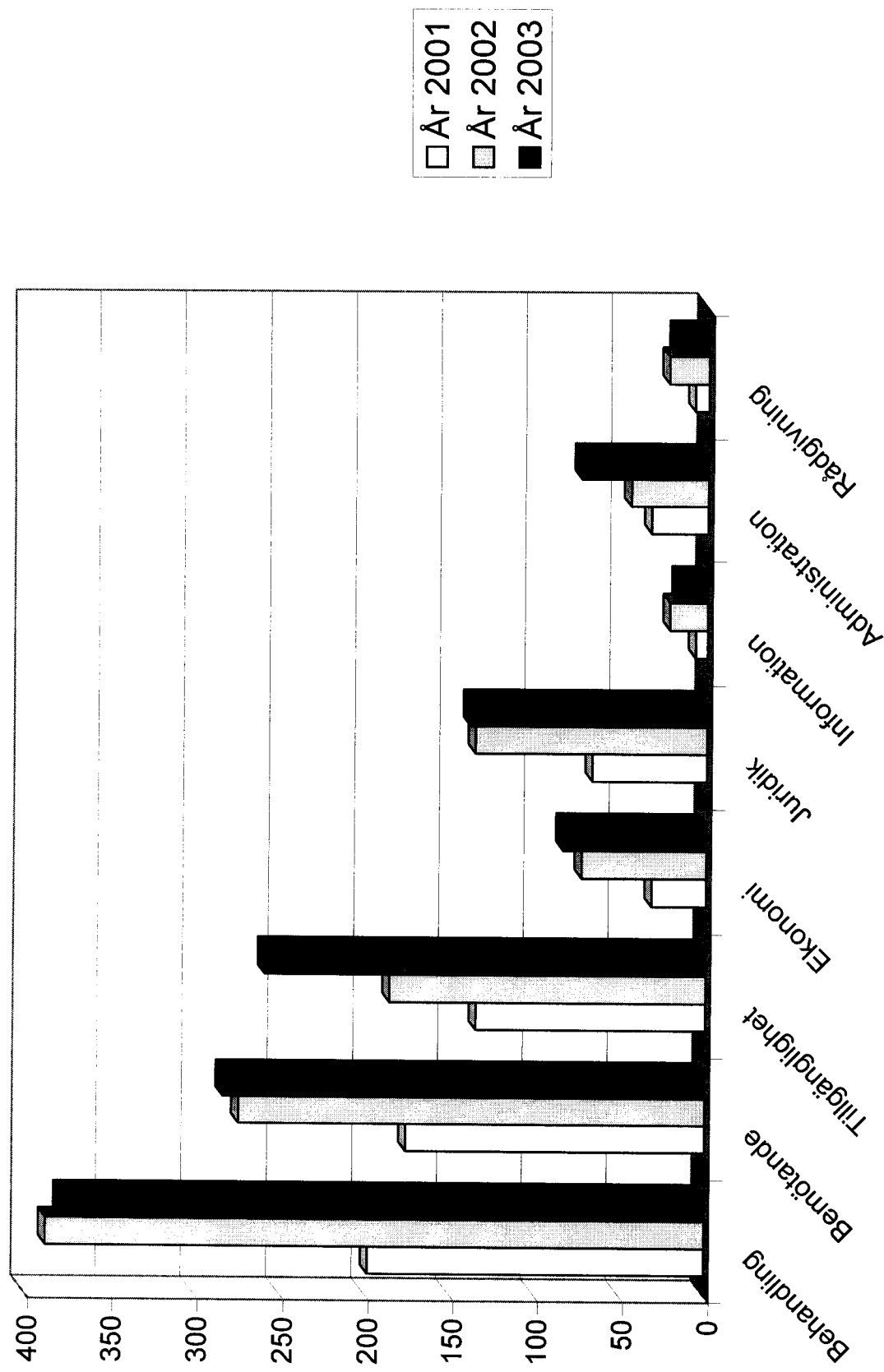


Diagram 5

# Antal ärenden per problemområde vid akutsjukhusen

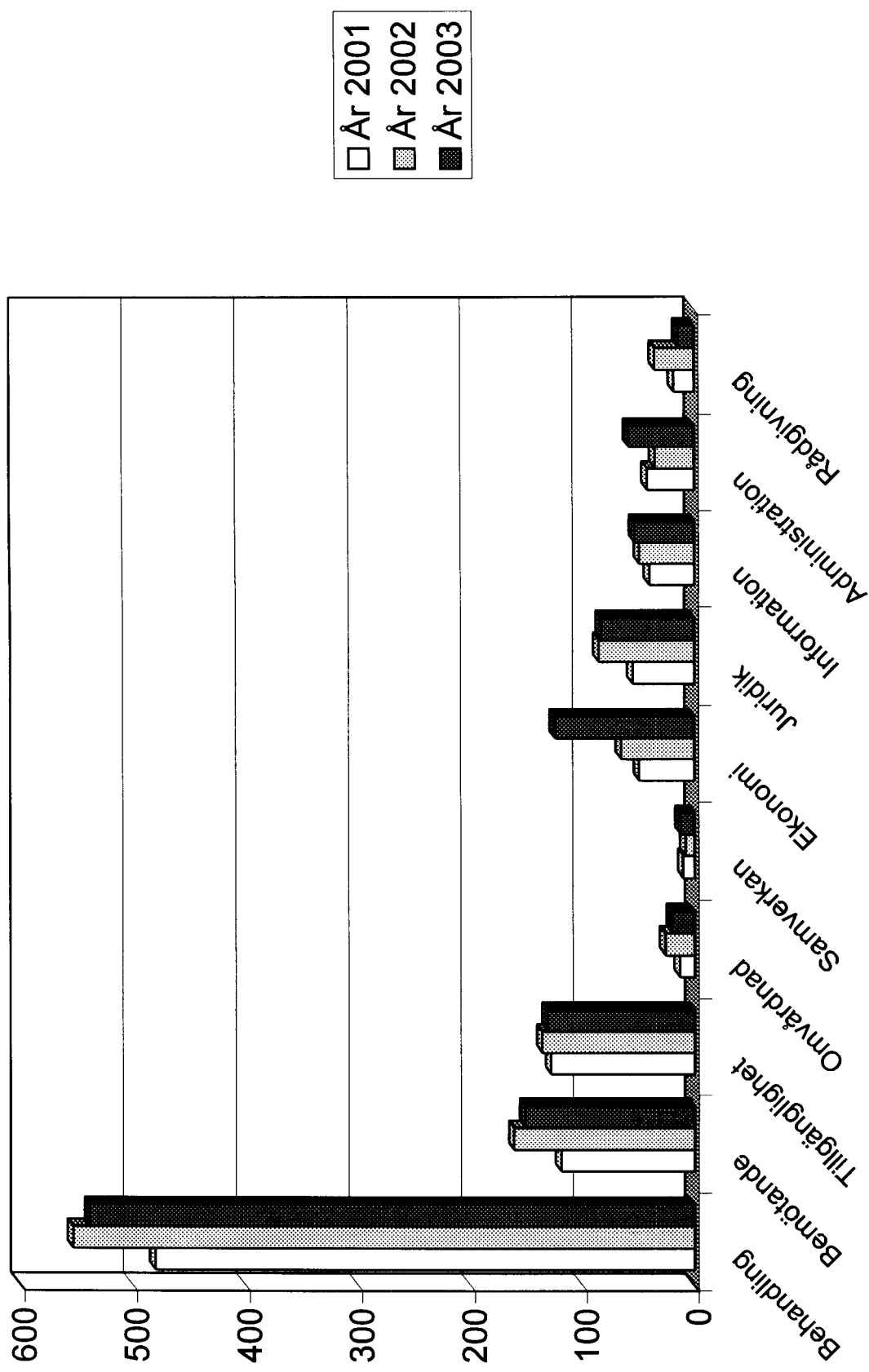


Diagram 6

# Antal ärenden per problemområde inom tandvården

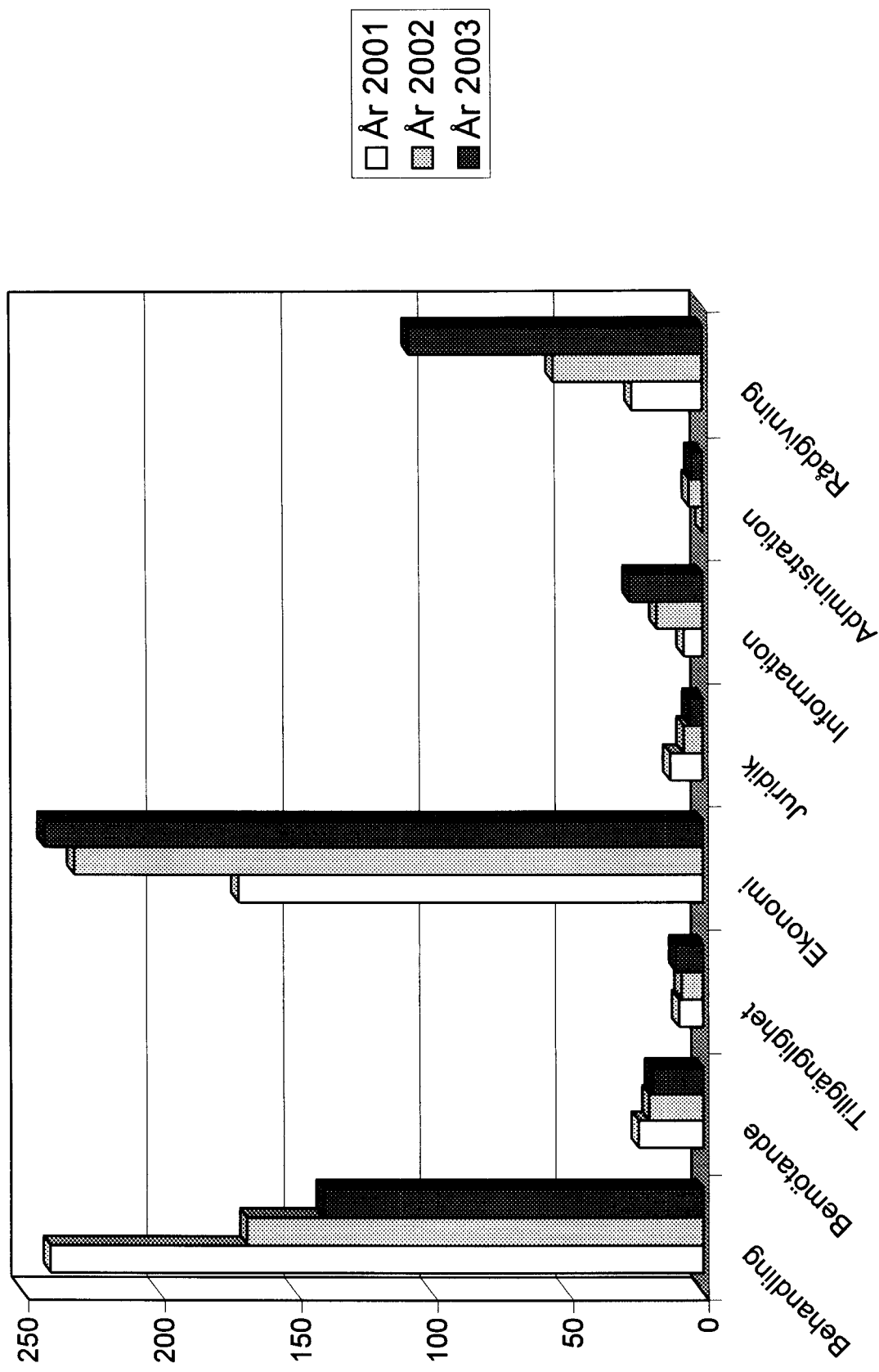


Diagram 7

# Nationell statistik per problemområde, SLL

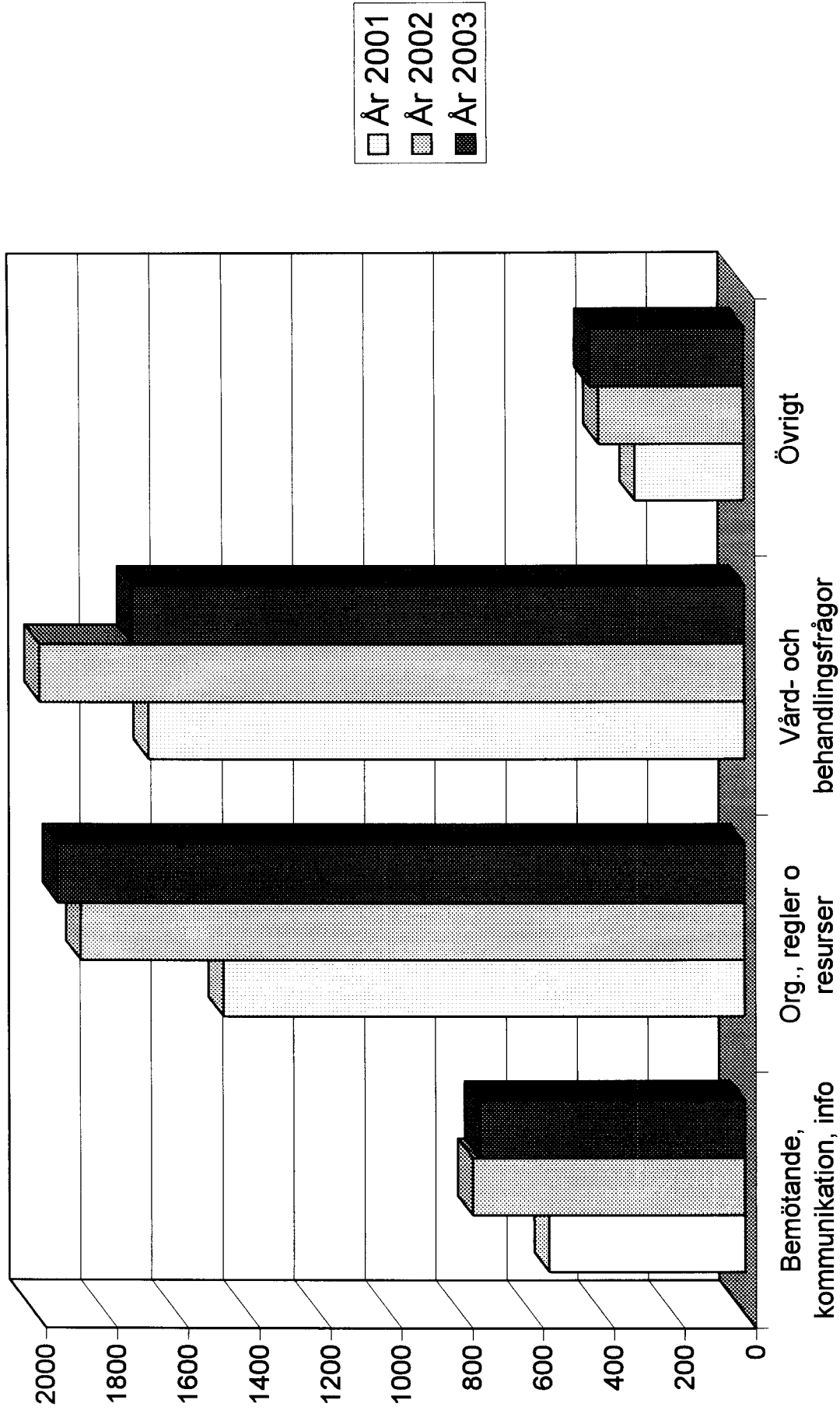


Diagram 8

<b>Bilaga till patientnämndernas rapport till Socialstyrelsen 2003</b>
--

**Landsting/motsvarande:**   Patientnämnden i Stockholms län  

**Adress:**                   Box 17535, 118 91 STOCKHOLM                  

**Uppgiftslämnare:**                   Åsa Rundquist                  

**Telefon/fax/e-post:**                   08-690 67 00 / 08-690 67 18 / registrator@pan.sll.se                  

Ärendetyper	Totalt antal	Varav		Varav		
		Män	Kvinna	- 19 år	20 - 64 år	65 år
Vård och behandlingsfrågor	1 724	605	1 074	160	1 189	370
Bemötande, kommunikation, information	749	211	523	54	557	134
Organisation, regler, resurser	1 936	749	1 139	117	1 373	431
Övrigt	435	140	286	18	316	95
<b>Totalt antal ärenden</b>	<b>4 844</b>	<b>1 705</b>	<b>3 022</b>	<b>349</b>	<b>3 435</b>	<b>1 030</b>

Landstingens/motsv sjukvård (inkl avtal med privata vårdgivare)	Antal	Varav primärvård	Varav psykiatri
Vård och behandlingsfrågor	1 523	380	276
Bemötande, kommunikation, information	693	267	109
Organisation, regler, resurser	1 650	591	176
Övrigt	305	19	22
<b>Totalt antal ärenden</b>	<b>4 170</b>	<b>1 257</b>	<b>583</b>

Folktandvård	Antal
Vård och behandlingsfrågor	141
Bemötande, kommunikation, information	46
Organisation, regler, resurser	261
Övrigt	109
<b>Totalt antal ärenden</b>	<b>557</b>

Kommunal vård (inkl avtal med privata vårdgivare)	Antal
Vård och behandlingsfrågor	59
Bemötande, kommunikation, information	10
Organisation, regler, resurser	25
Övrigt	23
<b>Totalt antal ärenden</b>	<b>117</b>

Statistik som alla patientnämnder enligt överenskommelse lämnar till Socialstyrelsen. Statistiken är sammanställd i några stora grupper.

## Årsrapport 2003 beslutad av Patientnämnden i Stockholms län

### Ledamöter

Ordf Christina Tallberg (s)  
Tyresö

V ordf Elisabeth Dingertz (m)  
Värmdö

Brit Rundberg (v)  
Stockholm

BirGitta Tornérhielm (mp)  
Kista

Mattias Reinholdson (fp)  
Lidingö

### Ersättare

Ellen Sääf-Bergqvist (s)  
Stockholm

Cecilia Westin (m)  
Lidingö

Yousef Yebari (v)  
Hägersten

Pia Lebsund (mp)  
Skärholmen

Lars Hedberg (fp)  
Sollentuna

### Medverkande i utarbetandet av rapporten:

*Siv Aronsson, Agneta Calleberg, Amy Chau, Hans Dahlén, Ingalill Ejvall,  
Lillemor Eriksson, Leif Kihlström, Lisbet Lindgren, Gisela Rosenquist,  
Åsa Rundquist, Johan Widén samt Birgit Rosén (även samordnare av rapportarbetet).*

Rapporten kan beställas från  
Patientnämnden  
Box 17535  
118 91 STOCKHOLM

Telefon: 08-690 67 00  
Telefax: 08-690 67 18  
E-post: [registrator@pan.sll.se](mailto:registrator@pan.sll.se)