

Årsrapport 2004

Patientnämnden i Stockholms län

- **2004 inkom 5 135 patientärenden, en ökning med 6 % och flest ärenden hittills.**
- **Problem med tillgänglighet och valfrihet i primärvården har ökat.**
- **Kvinnorna klagar nu nästan lika mycket på tillgängligheten som män.**
- **Anhöriga till äldre efterlyser bättre information och mer delaktighet vid vårdplanering.**
- **Största antalet ärenden inom akutsjukvård avser ortopedi. En kraftig minskning noteras för internmedicin.**
- **Återigen svårt att få dövtolk.**
- **Fler administrativa misstag – främst med remisser.**
- **13 % av ärendena avser psykiatri. Nästan en tredjedel av dem initieras av annan än patienten själv. Alltjämt uppger många att de nekas erforderlig behandling.**
- **Tandvårdsärendena har ökat med 6 % och gäller främst avgifter och garantier.**
- **Aldrig tidigare har så många tvångsvårdade patienter inom psykiatrin begärt och erhållit stödperson.**



ANTALET ÄRENDEN HOS PATIENTNÄMNDEN 2004 BLEV DET HÖGSTA HIT-TILLS

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.

Patientnämndens förvaltning har under år 2004 hanterat 5 135 ärenden från patienter och anhöriga. De flesta rör hälso- och sjukvården, cirka 590 avser folktandvården samt 95 kommunal vård. Mängden ärenden kan som exempel ställas i relation till cirka 236 600 vårdtillfällen i sluten akut-sjukvård, drygt 3 miljoner öppenvårdsbesök på sjukhus, cirka 2,7 miljoner läkarbesök i primärvården samt drygt 1,3 miljoner patientbesök inom folktandvården under 2004 inom Stockholms läns landsting. I relation till den stora mängden vård som produceras i landstinget är klagomålen till Patientnämnden förhållandevis få. Antalet patientärenden i relation till länets befolkning 31 december 2004 uppgår till 2,7 per 1 000 invånare.

Den största ökningen har skett för de juridiska problemen, där bland annat valfrihetsfrågor, journalfrågor och tolkärenden ingår. De uppgår till 626, vilket är en ökning med närmare 140 ärenden eller med 28 procent. Problem med tillgänglighet till vård har ökat med drygt 100 ärenden eller med 20 procent och uppgår totalt till 606.

Problemen med tillgänglighet och valfrihet i primärvården har ökat

Antalet primärvårdsärenden är 1 463, vilket är 205 fler än föregående år. Primärvårdsärendena utgör 28 procent av det totala antalet ärenden och är därmed den verksamhet som har flest anmälningar. Anmälningarna om tillgänglighet och juridik har ökat mest 2004 och uppgår till 327 respektive 198 ärenden. Att få vänta på en läkartid inklusive att av olika anledningar nekats besökstid utgör tillsammans 155 ärenden. Telefontillgängligheten tycks fortfarande vara mycket svårt att komma tillrätta med, och befolkningen har på många håll påtagliga svårigheter att få kontakt med sin vårdcentral. 139 klagomål rör detta. Valfrihetsärendena, dvs att man nekats välja husläkare eller vårdcentral, har ökat med 40 eller med 71 procent och uppgår till 96. Många som vände sig till Patientnämnden var mycket besvikna över att valfriheten inte fungerar i praktiken

Kvinnor klagar nu nästan lika mycket på tillgängligheten som män

Patientnämndens ärenden 2004 avser i genomsnitt 64 procent kvinnor och 36 procent män, liksom året dessförinnan.

Skillnaden mellan könen beträffande klagomål på tillgänglighet har minskat och är i genomsnitt 12 procent för både män och kvinnor jämfört med 13 respektive 9 procent 2003. Vissa skillnader i tillgänglighet ses däremot mellan könen i olika åldersgrupper. Kvinnor klagar mer på bemötande än män, 14 respektive 10 procent. Det är totalt sett ungefär samma förhållande som 2003. Behandlingsproblemen är störst med runt 30 procent för båda könen totalt, men skillnaderna är stora mellan åldersgrupperna på så sätt att behandlingsärendena har ökat i de yngsta åldersgrupperna och minskat i de båda äldsta åldersgrupperna.

Anhöriga till äldre efterlyser bättre information och mer delaktighet vid vårdplanering

Flertalet ärenden som rör de allra äldsta handlar om vårdtagare som inte kan agera själva. De är beroende av de anhörigas stöd, och det är naturligt att de anhöriga vill känna sig delaktiga i vården. Men många gånger upplevs det som att deras synpunkter ej tas tillvara. De anhöriga klagar över bristfällig information och att det är svårt att få tillstånd en bra kommunikation med vårdpersonal och läkare.

Största andelen ärenden inom akutsjukvård avser ortopedi

Under 2004 mottog nämnden 1 167 ärenden avseende vård vid akutsjukhus, vilket innebär ungefär samma omfattning som 2003. Av nämndens totala antal ärenden har andelen som berör akutsjukhusen minskat något, från 24 till 23 procent. Problem med behandling är som tidigare ojämförligt mest frekventa, 45 procent. Ortopedi är den specialitet inom akutsjukvården som fått flest klagomål/synpunkter, 188. Den största andelen ärenden angående tillgänglighet finns inom ortopedi vid jämförelse med andra specialiteter. Inom samtliga fyra specialiteter med flest antal ärenden angående akutsjukvården ses minskningar i antalet jämfört med föregående år. Detta är tydligast för internmedicin, som i det närmaste trefaldigades mellan 2001 och 2003, men nu minskat med 30 procent, eller med 83 ärenden, jämfört med 2003.

Återigen svårt att få dövtolk

Patientnämnden hade på ett sammanträde 2001 uppe ett principärende gällande svårighet att få tolk för döva och hörselskadade. I ärendet konstaterades det att Stockholms läns landsting inte klarade av att tillhandahålla och finansiera tolkar för vardagstolkning för döva och hörselskadade trots att man hade en skyldighet enligt hälso- och sjukvårdslagen att göra det. Efter Patientnämndens principärende effektiviserades verksamheten, nyutbildade tolkar anställdes och tolkcentralens budget ökade. Som resultat sjönk bristnivån och i och med det även klagomålen till Patientnämnden. Eftersom tolkbristärendena återigen började att öka under 2004 beslutade Patientnämnden att ytterligare en gång ta upp problemet i ett principärende. Nämnden konstaterade i ärendet att Stockholms läns landsting under en längre tid inte fullt ut har klarat av att tillhandahålla och finansiera tolkar för vardagstolkning för döva och hörselskadade.

Fler administrativa misstag – främst med remisser

Administrativa problem avser brister i hantering av remisser, provsvar, intyg, kallelser och övriga administrativa problem. Totalt förekommer 239 administrativa ärenden, vilket utgör 5 procent av totalt antal ärenden 2004. Ökningen är 13 procent. Den främsta anledningen till missnöje, som ökat 2004, är att utlovade remisser som, efter ibland lång tid, inte har kommit till avsedd specialistklinik. Patienten undrar varför det dröjer med besked och försöker utröna vad som hänt. Man vänder sig till Patientnämnden för att få hjälp att reda ut problemet. Den som drabbas känner sig nonchalant bemött och spekulerar ibland i om det beror på glömska, slarv, hög arbetsbelastning, stress eller dåliga rutiner.

Förklaringen från vårdgivaren kan vara att till exempel remissen inte har blivit skriven av läkaren av någon anledning, 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 läka-

re eller annan personal som av olika anledningar inte tillämpat befintliga rutiner, ibland är det rutinerna som behöver ses över.

13 % av ärendena avser psykiatri. Alltjämt uppger många att de nekas behandling.

Bilden beträffande den psykiatriska vården är ungefär densamma som 2003, det vill säga oenighet om erforderlig behandling dominerar klagomålen, följt av patienträttsliga problem – främst angående valfrihet och byte av behandlare – och missnöje med bemötandet. I återkommande fall efterlyser man en vårdplan. Nästan en tredjedel av ärendena har initierats av annan person än patienten själv – många anhöriga till psykiskt sjuka har en svår situation.

Tandvårdsärendena har ökat och rör främst avgifter och garantier

Totalt 591 klagomål och förfrågningar rör tandvården vilket utgör 12 procent av nämndens totala mängd ärenden. I jämförelse med tidigare år är det en ökning med 6 procent. Det dominerande problemområdet när det gäller tandvårdsärenden rör ekonomi med 55 procent, vilket har ökat jämfört med 2003. Behandling och rådgivning/information/hänvisning är de två områden som kommer näst efter ekonomi i storleksordning på vardera 14 procent.

De ekonomiska ärendena har under året i huvudsak handlat om garantier och avgifter. Behandlingsfrågor rör mestadels ärenden som har anknytning till ekonomiska frågor och eller till patientförsäkringen (PSR) och hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Ärenden som rör rådgivning/information/hänvisning visar på att det är många som hör av sig till nämnden för allmän information gällande avgifter, rättigheter, subventionerad tandvård m.m.

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

Nämnden har under året upprättat ett avtal med Sveriges Tandhygienistutbildning gällande en försöksverksamhet som ska pågå under ett år och som innebär att nämnden ska handlägga ärenden som även rör de tandhygienister som arbetar inom den privata tandvården.

Aldrig tidigare har så många tvångsvårdade patienter inom psykiatrin begärt och erhållit stödperson

Patientnämnden har sedan 1992 enligt lag skyldighet att förordna stödperson till patienter som tvångsvårdas enligt LPT, lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) eller enligt LRV, lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). Den 1 juli 2004 trädde den nya smittskyddslagen (2004:168) i kraft, vilket innebär att även patienter som isoleras enligt smittskyddslagen har rätt till stödperson. Hittills har ingen stödperson förordnats enligt smittskyddslagen (SmL). Stödperson är frivilligt och utses endast om patienten själv önskar detta.

Det första året som stödpersonsverksamheten fanns, 1992, utfärdades 181 förordnanden. Detta har sedan dess varit rekord fram tills 2004 då 206 förordnanden utfärdades. Det var en mycket kraftig ökning jämfört med 2003 då endast 133 förordnanden utfärdades. Orsakerna till ökningen kan vara flera. Det finns ingen samlad statistik över om det totala antalet patienter som vårdas enligt LPT eller LRV har ökat. Patientnämnden har under året satsat på information till olika personalkategorier inom psykiatrin.

INNEHÅLL

ALLMÄNT OM ÄRENDEN HOS PATIENTNÄMNDEN.....	3
Statistik från olika klagoinstanser.....	4
Problemområden – Patientnämnden i Stockholms län.....	5
Köns- och åldersfördelning	6
ÄRENDEN PER PROBLEMOMRÅDE.....	10
Behandling	10
Bemötande	13
Tillgänglighet.....	14
Omvårdnad.....	15
Samverkan.....	16
<i>Vårdplanering - en fördjupningsstudie</i>	18
Ekonomi	19
Juridik	20
Information.....	24
Administration	25
Rådgivning/information/hänvisning	27
ÄRENDEN PER VERKSAMHET.....	28
Primärvård	28
Psykiatrisk vård samt habilitering	33
<i>Anhörigas perspektiv</i>	36
Akutsjukhus.....	37
Specialistvård utanför akutsjukhus	41
Geriatrisk	42
<i>Anhörigas perspektiv</i>	42
Tandvård	44
Kommunal vård	46
<i>Anhörigas perspektiv</i>	47
PATIENTNÄMNDENS FÖREBYGGANDE ARBETE.....	50
Informationsspridning	50
Betänkanden och motioner	51
Principärenden.....	52
STÖDPERSONSVERKSAMHETEN - en fördjupningsstudie.....	57
Bakgrund till patienters rätt till stödperson.....	57
Förutsättningar för tvångsvård och isolering	57
Förordnande av stödperson enligt LPT, LRV eller SmL.....	58
Avslutande av stödperson enligt LPT, LRV eller SmL	59
Jämförelse mellan 2003 och 2004	59
Stödpersonernas bakgrund	60
Patientnämndens verksamhet för stödpersonerna	60
Stödpersonsföreningen	60
Psykiatriprojektet	61
Framtiden för stödpersonsverksamheten.....	61

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 2002 - 2004
- 2 Antal ärenden per problemområde, SLL 2002 - 2004
- 3 Andel ärenden per problemområde för kvinnor och män 2004
- 4 Antal ärenden fördelade på ålder och kön 2002 - 2004
- 5 Antal ärenden per problemområden inom primärvård 2002 - 2004
- 6 Antal ärenden per problemområde vid akutsjukhusen 2002 - 2004
- 7 Antal ärenden per problemområde inom tandvården 2002 - 2004
- 8 Nationell statistik per problemområde, SLL 2002 - 2004 med tabellbilaga

ALLMÄNT OM ÄRENDEN HOS PATIENTNÄMNDEN

Patientnämndens förvaltning har under år 2004 hanterat 5 135 ärenden från patienter och anhöriga. De flesta rör hälso- och sjukvården, cirka 590 avser folktandvården samt 95 kommunal vård. Mängden ärenden kan som exempel ställas i relation till cirka 236 600 vårdtillfällen i slutna akutsjukvård, drygt 3 miljoner öppenvårdsbesök på sjukhus, cirka 2,7 miljoner läkarbesök i primärvården samt drygt 1,3 miljoner patientbesök inom folktandvården under 2004 inom Stockholms läns landsting.

I relation till den stora mängden vård som produceras i landstinget är klagomålen till Patientnämnden förhållandevis få. Den vård som bedrivs har mestadels hög kvalitet och vårdpersonalen gör fina insatser i många gånger mycket påfrestande situationer.

Patientnämnden är den klagoinstans som har flest ärenden även om allt missnöje med vården inte kommer till Patientnämndens kännedom. Missnöje kan kanaliseras och lösas 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. Andra alternativ är att vända sig till chefläkaren eller medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS. När man inte lyckats klara ut problemen i direktkontakt med berörda eller av någon anledning inte vill göra detta, har man möjlighet att vända sig till Patientnämnden.

Patientnämnden är en opartisk, fristående instans som patienter och anhöriga kostnadsfritt kan vända sig till vid problem i kontakterna med all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, såväl landstings-, kommunalt som privat driven samt folktandvården i Stockholms län. Se även i bilaga 1 om Patientnämndens uppgifter och handläggning av ärenden.

Patientnämndens ärenden utgör en viktig kunskapskälla som underlag för att göra vården bättre. Andra sådana kunskapskällor är anmälningar till Patientförsäkringen (PSR), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Lex Maria och Lex Sara liksom avvikelserapporter, resultat från patientenkäter, kvalitetsregister m m. Se även nästa avsnitt om Statistik från olika klagomålsinstanser.

Ärendedatabasen Vårdsynpunkter ger skräddarsydd statistik

Patientnämndens ärenden registreras i ärendedatabasen Vårdsynpunkter. Databasen vidareutvecklades under våren 2002 och det nya systemet infördes från och med juni 2002. Därmed underlättas både inmatning av uppgifter och bearbetning till statistik. Systemet är flexibelt och kan anpassas till eventuella förändringar i vårdens organisation. Systemet har rönt intresse både inom och utom landstinget. Statistiken används bland annat som underlag till Årsrapporterna till Socialstyrelsen och lokalt. Det har blivit mer och mer vanligt att både Beställarkontor Vård och olika vårdgivare efterfrågar statistik som kan skräddarsys efter önskemål, till exempel per sjukhus, kommun, stadsdel, enhet m m. Se närmare vilka variabler som registreras i bilaga 1.

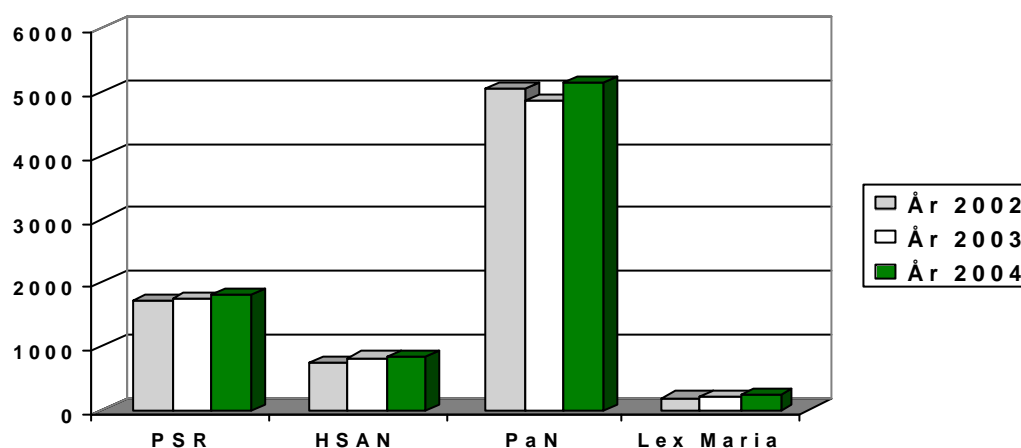
Ärenden och klagomål

90 procent av alla ärenden avser synpunkter och missnöje med vården. 10 procent är rådgivning/information/hänvisning där klagomål på vården ej framkommer. Ett ärende kan ibland innehålla synpunkter/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. 447 av de 4 606 ärenden som avser synpunkter på vården 2004, innehåller två olika klagomål. De utgör 10 procent av alla klagomål, vilka allt som allt blir 5 053.

En genomgång av statistiken med och utan de 447 klagomålen visar samma fördelning av klagomål på variabler som problemområde, delproblem, vårdtyp och specialitet. 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 2004 var 5 135 ärenden aktuella hos nämnden, vilket innebär en ökning jämfört med 2003. Även övriga instanser har dock erfårit ökning under 2004. Patientförsäkringens ärenden ökade med 3 procent till 1 815, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ökade med 4 procent till 853 ärenden och anmälningarna enligt Lex Maria ökade med 12 procent till 251 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 kvarstod i det närmaste oförändrad under 2003. Under 2004 har ärendemängden ökat med 6 procent. 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 HSAN 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.

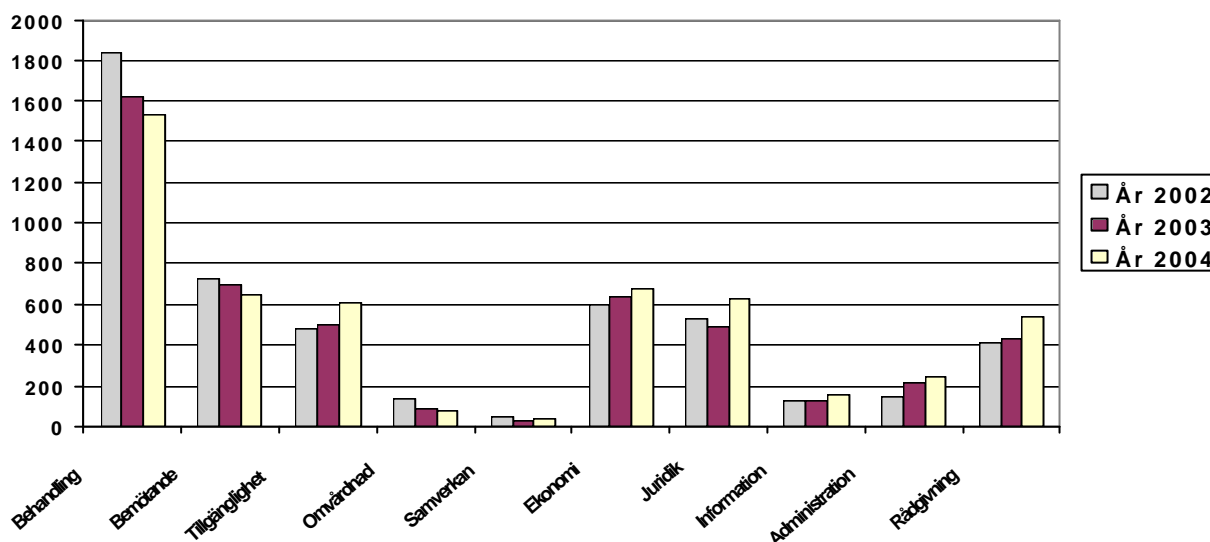
Nämnden har en funktion som problemlösare för enskilda individer, men också för grupper av patienter genom att problemområden och systemfel identifieras och återförs till vården och där utgör underlag till förbättringar. Nämnden kan även uppmärksamma vården på problem och föreslå förbättringar och därigenom 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. Det så kallade "problemområdet" Rådgivning/information/hänvisning innehåller inga klagomål på vården, vilket rubriken anger. Kvalitetsproblem i vården som föranlett nämnden att föreslå förbättringar, beskrivs i avsnittet Principärenden under Patientnämndens förebyggande arbete.

Ärenden per problemområde 2002 - 2004



Av figuren framgår att sex av tio problemområden har ökat medan två har minskat och två har ungefär samma omfattning 2004 jämfört med 2003. Den största förändringen är att de juridiska problemen, där bland annat valfrihetsfrågor och journalfrågor ingår, har ökat med närmare 140 ärenden. Problem med tillgänglighet till vård samt rådgivning/information/hänvisning har ökat med drygt 100 ärenden vardera.

Ekonomiska frågor har ökat med cirka 40 ärenden, administrativa problem med närmare 30 ärenden samt brister i information med cirka 20 ärenden. Omvårdnadsproblemen och frågor om samverkan har ungefär samma omfattning som 2003. Däremot har anmälningarna om behandling minskat med 95 ärenden och bemötandefrågor har minskat med cirka 40.

I avsnittet Ärenden per problemområde, beskrivs de olika problemområdena mer ingående. Nedan redovisas dessförinnan köns- och åldersfördelningen i anmälningarna till Patientnämnden, vilka problem som framförs av kvinnor och män i olika åldersgrupper samt köns- och åldersfördelningen per vårdtyp.

Köns- och åldersfördelning

Kvinnor och män totalt: Patientnämndens ärenden 2004 avser 64 procent kvinnor och 36 procent män. Det är samma förhållande som 2003.

Åldersfördelning totalt: Ärendenas fördelning på åldersgrupper 2003 och 2004 framgår av nedanstående tabell.

<i>Åldersgrupper</i>	<i>Andel ärenden totalt per åldersgrupp 2004</i>	<i>Andel ärenden totalt per åldersgrupp 2003</i>
0 - 9	2	3
10 - 19	4	4
20 - 64	72	71
65 - 79	15	15
80 -	7	7

Av tabellen framgår att den största andelen anmälningar finns i gruppen 20 – 64 år, vilket delvis beror på den vida gruppindelningen. Det är i stort sett samma åldersfördelningen totalt som året dessförinnan.

Ärenden angående kvinnor respektive män fördelade per åldersgrupp 2003 och 2004

<i>Åldersgrupper</i>	<i>Ärenden angående kvinnor fördelade per åldersgrupp, %</i>		<i>Ärenden angående män fördelade per åldersgrupp, %</i>	
	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>
0 - 9	2	2	4	4
10 - 19	5	4	4	4
20 - 64	72	74	71	66
65 - 79	14	13	16	19
80 -	7	7	5	7

Åldersfördelningen i ärenden som rör kvinnor skiljer sig inte speciellt mycket mellan åren och liknar åldersfördelningen totalt 2004. När det gäller männen förekommer en större andel ärenden i åldersgruppen 20 - 64 år jämfört med föregående år och en något mindre andel i åldersgruppen 65 - 79 år. Andelen pojkar 0 - 9 år är något större än andelen flickor 2004. Dessa ärenden anmäls främst av barnens föräldrar. Vidare är andelen män 65 - 79 år något större än andelen kvinnor i samma åldersgrupp medan det motsatta gäller i den äldsta åldersgruppen 2004.

Könsfördelning inom respektive åldersgrupp 2004 och 2003

<i>Åldersgrupper</i>	<i>Andel kvinnor inom resp. åldersgrupp</i>		<i>Andel män inom resp. åldersgrupp</i>	
	<i>2004</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2003</i>
0 - 9	43	49	57	51
10 - 19	66	63	34	37
20 - 64	65	66	35	34
65 - 79	61	55	39	45
80 -	64	65	36	35

Båda åren är andelen kvinnor större än andelen män i alla åldersgrupper utom i den yngsta, där andelen pojkar är större. De största förändringarna mellan åren är att andelen pojkar i yngsta åldersgruppen har ökat 2004, vilket självklart gör att flickornas andel minskat, och att kvinnor i åldersgruppen 65 - 79 år har ökat och männen minskat.

Problemområden per kvinnor och män totalt

Totalt sett fördelar sig kvinnors och mäns synpunkter på liknande sätt mellan olika problemområden utom när det gäller klagomål på bemötande. Kvinnor klagar mer på bemötande (14 procent) än män (10 procent), vilket är ungefär samma förhållande som 2003 totalt sett. Behandlingsproblemen är störst med runt 30 procent för båda könen. Skillnaden har minskat mellan könen beträffande klagomål på tillgänglighet och utgör 12 procent för både män och kvinnor jämfört med 13 respektive 9 procent 2003. Kvinnornas klagomål på tillgänglighet har således ökat och närmast sig männens som har ungefär samma andel 2004 som 2003 i genomsnitt. Vissa skillnader ses däremot mellan könen i olika åldersgrupper. Se diagrambilaga 3.

Problemområden per åldersgrupp och kön

Problemområdet behandling är störst i alla åldersgrupper för både kvinnor och män liksom tidigare. Behandlingsproblemet dominerar ju yngre patienten är oavsett kön även om skillnader finns mellan könen fast på en hög nivå. Klagomålen på behandling har dessutom ökat i de yngsta åldersgrupperna och minskat i de båda äldsta åldersgrupperna. Kvinnorna klagar mer på bemötande än männen i alla åldersgrupper som tidigare. Klagomålen på tillgänglighet till vård är störst i den äldsta åldersgruppen. Det är större skillnader mellan åldersgrupperna än mellan kvinnor och män.

Åldersgruppen 0 – 9 år har den allra högsta andelen behandlingsärenden jämfört med andra åldersgrupper, liksom året dessförinnan. Andelen är högst bland pojkar med 56 procent, vilket är en ökning med 18 procentandelar. Bland flickor är andelen behandlingsärenden 41 procent, vilket är en minskning med 10 procent. (Genomsnittet i hela materialet är 30 procent behandlingsärenden.) En annan skillnad mellan könen är att flickor har 18 procent klagomål på bemötande och pojkar 11 procent. Det är en ökning för flickor och en minskning för pojkar. Övriga problemområden har relativt få anmälningar och är utan nämnvärda skillnader mellan pojkar och flickor liksom föregående år.

Åldersgruppen 10 - 19 har också en mycket hög andel behandlingsärenden, 45 procent för flickor och 51 procent för pojkar, jämfört med 42 respektive 39 procent 2003. Behandlingsärendenas andel har ökat för båda könen och mest för pojkar. För flickor är det en något högre andel klagomål på tillgänglighet (11 procent och pojkar 4 procent). Däremot har pojkar en större andel klagomål på juridik/valfrihet (13 procent och flickor 4 procent). Övriga problemområden har relativt få anmälningar och det är endast smärre skillnader mellan pojkar och flickor liksom föregående år.

Åldersgruppen 20 – 64 har stora likheter med problemområdenas fördelning totalt och små skillnader mellan könen utom när det gäller klagomål på bemötande. Klagomål på behandling utgör för kvinnor 29 procent och för män 31 procent jämfört med 34 procent för båda könen 2003. Kvinnorna anmäler 15 procent bemötandeproblem och männen 10 procent, vilket är något mindre än 2003 för båda könen. En liknande skillnad mellan könen fanns även föregående år. Ekonomiska problem utgör 14 - 15 procent för kvinnor respektive män (13 procent för båda 2003). Juridiska frågor, främst brister i valfrihet, utgör 14 procent för kvinnor och 12

procent för män (11 procent för båda könen 2003). Klagomålen på tillgänglighet är 11 procent för kvinnor och 12 procent för män. Jämfört med 2003 var männen andel också var 12 procent, men kvinnornas 8 procent, vilket var fallet även år 2002. Kvinnornas klagomål på tillgänglighet har således ökat och männen har samma andel 2004.

Åldersgruppen 65 - 79 år har 25 respektive 24 procent behandlingsproblem bland kvinnor och män, vilket är en minskning för båda könen jämfört med 2003 då det var 33 procentandelar för kvinnor och 30 för män. Härnäst i storleksordning kommer klagomål på ekonomin, 16 procent för kvinnor och 17 för män. Det är en minskning för männen och ungefär samma andel för kvinnor som 2003. På tredje plats kommer tillgänglighet, med 15 procent för män och för kvinnor 13 procent. Även i denna åldersgrupp klagar kvinnorna mer på bemötande, 12 respektive 7 procent. Skillnaderna mellan könen i anmälningar av bemötande kunde ses även 2003. Kontakterna för att få information och råd förekom i 12 respektive 14 procent för kvinnor och män, vilket är en ökning för båda könen främst för männen (10 procent respektive 7 procent 2003). Överlag har skillnaderna mellan könen minskar jämfört med 2003 utom ifråga om klagomål på bemötande.

Åldersgruppen 80 år och äldre har en något större spridning på olika problemområden, liksom föregående år. I denna åldersgrupp ses skillnader mellan kvinnor och män i framför allt klagomål på behandling, bemötande och tillgänglighet. Klagomålen på behandling är för kvinnornas del 27 procent och för männens 22, vilket är en minskning för männen med 8 procentandelar och för kvinnorna med 2. Den största skillnaden mellan könen i den äldsta åldersgruppen rör bemötandeproblemet där kvinnornas andel är 12 procent och männens 8 procent. (2003 var relationen 17 och 8 procent som var en större skillnad mellan könen än 2004.) Männen klagar mer på tillgänglighet, 19 respektive 15 procent (något högre andelar för båda könen än 2003, då det var 16 respektive 12 procent). Anmälningar angående omvårdnad förekommer nästan uteslutande i den äldsta åldersgruppen, 11 procent för kvinnor och 13 procent för män mot 12 och 10 procent 2003. Således någon ökning för män. Rådgivning utgör cirka 9 procent för båda könen.

Könsfördelning per vårdtyp

<i>Vårdtyp</i>	<i>Andel kvinnor 2004</i>	<i>Andel män 2004</i>	<i>Andel kvinnor 2003</i>	<i>Andel män 2003</i>
Primärvård	65	35	63	37
Akutsjukhus	66	34	62	38
Specialistvård utanför akutsjukhus	69	31	67	33
Tandvård	66	34	69	31
Psykiatri	63	37	63	37
Kommunal vård	65	35	60	40
Geriatrisk	71	29	64	36
Övrig vård	63	37	67	33
Totalt	64	36	64	36

Anmälningar från kvinnor dominerar i alla verksamheter, liksom föregående år. Den största andelen kvinnor 2004 förekommer i ärenden angående geriatrisk vård, specialistvård utanför akutsjukhus, akutsjukhus samt tandvård. Den största andelen män 2004 förekommer i anmälningar angående psykiatri och övrig vård. Den lägsta andelen män finns i anmälningar angående

ende geriatrisk vård. Den största skillnaden i könsfördelningen mellan 2003 och 2004 avser geriatrisk vård och kommunal vård där andelen kvinnor ökat och männen minskat.

Åldersfördelning per vårdtyp

<i>Vårdtyp</i>	<i>0-9 år</i> <i>%</i>	<i>10 - 19 år</i> <i>%</i>	<i>20 - 64 år</i> <i>%</i>	<i>65 - 79 år</i> <i>%</i>	<i>80 år och äldre</i> <i>%</i>
Primärvård	3	3	75	15	5
Akutsjukhus	4	6	67	15	7
Specialistvård utanför akutsjukhus	2	3	74	15	6
Tandvård	1	5	69	23	2
Psykiatri	1	9	86	3	1
Kommunal vård	0	0	18	30	53
Geriatrisk	0	0	14	42	44
Övrig vård	1	2	77	16	4
Totalt	2	4	72	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 psykiatri. Anmälningar från 20 - 64-åringar är vanligast inom de flesta vårdtyperna utom inom kommunal vård och geriatrisk, och störst inom psykiatri med 86 procent. Synpunkter på kommunal vård och geriatrisk vård är allra vanligast bland 80-åringar och äldre med 53 respektive 44 procent. Även 65 -79-åringar klagar i relativt stor utsträckning på kommunal och geriatrisk vård.

Åldersfördelningen i ärenden som rör olika vårdtyper är i stora delar densamma 2004 som 2003. Den största förändringen gäller geriatrisk vård där andelen ärenden har ökat betydligt (från 28 till 42 procent) i åldersgruppen 65 - 79 år medan de har minskat nästan lika mycket i den allra äldsta åldersgruppen. När det gäller tandvård har en förskjutning skett från yngre åldrar till 65 - 79 år som ökat med 5 procent.

ÄRENDEN PER PROBLEMMOMRÅDE

I detta avsnitt redovisas 2004 års ärenden per problemområde. Det finns tio sådana områden och inom dessa ett antal delproblemområden. Registreringskoderna för dessa framgår av bilaga 2.

Behandling

Här redogörs för synpunkter och klagomål som rör medicinska beslut och åtgärder av läkare. Anmälningar om till exempel "förkomna" eller försenade remisser, intyg och provsvar ingår inte här utan behandlas under avsnittet Administration.

Den vanligaste anledningen att kontakta Patientnämnden har med den medicinska behandlingen och kontakten med läkare att göra. Behandlingsärendena uppgår till 1 532 och utgör 30 procent av totalt antal ärenden 2004. Det är en minskning med 95 ärenden, eller med 6 procent, jämfört med 2003. Behandlingsärendena minskar därmed för andra året i rad. Av nedanstående tabell framgår hur behandlingsärendena fördelar sig på olika delproblem.

Delproblem inom problemområdet behandling

<i>Delproblem</i>	<i>Antal ärenden</i>		<i>Antal ärenden</i>	
	<i>2004</i>	<i>% 2004</i>	<i>2003</i>	<i>% 2003</i>
Behandling – nekad/otillräcklig/felaktig	867	57	854	52
Diagnos – igen/ofullständig/fel/försenad	157	10	221	14
Komplikationer efter behandling	158	10	192	12
Medicinering – ingen/fel/feldosering/biverkan	136	9	150	9
Remiss – nekad/ofullständig/felaktig	89	6	83	5
Intyg – nekad/ofullständigt/felaktigt	99	7	80	5
Prover – inga eller för få togs/fel	15	1	29	2
Teknisk utrustning/hjälpmedel	11	1	18	1

Klagomålen 2004 handlar främst om själva behandlingen som tidigare, och med en mycket liten ökning jämfört med 2003. Det är 57 procent av alla behandlingsärenden mot tidigare 52 procent.

Härnäst i storleksordningen kommer missnöje med diagnostiken och med att ha drabbats av en komplikation/besvär efter behandling. Båda har samma omfattning och utgör vardera 10 procent av behandlingsärendena. Klagomål angående medicinering utgör 9 procent medan problem med remisser och intyg svarar för 6 respektive 7 procent. Synpunkterna på provtagning och teknisk utrustning är få.

Synpunkter på diagnostiken minskade mest

Anmälningar om att inte få någon diagnos eller att den är ofullständig, felaktig eller försenad minskade med 64, lika många som de ökade med 2003. De uppgår 2004 till 157. Även anmälningar om komplikationer efter behandling minskade med 34 ärenden till 158. Klagomål på medicinering och provtagning minskade med vardera 14 ärenden.

Problem med intyg/utlåtanden ökade något och med remisser obetydligt

Anmälningarna ökade med 19 ärenden till 99. En stor del avser innehållet i läkarens utlåtande till Försäkringskassan som man anser är fel och har lett till att Försäkringskassan inte beviljar sjukersättning. Samma konsekvens får det när läkaren vägrar att skriva utlåtande eller att fortsätta med tidigare sjukskrivning och inte anser att arbetsförmågan är så nedsatt och att personen är arbetsför. Dessa ärenden utgör en lika stor del som klagomålen på innehållet i utlåtandet. Några ärenden handlar om att husläkaren och/eller specialistläkaren inte anser sig kunna uttala sig om patientens arbetsförmåga och hänvisar till att utlåtandet bäst utfärdas av den andre läkaren. Patienten känner sig då "bollad" mellan dessa utan att få hjälp. Andra ärenden handlar om att det blivit ett glapp i sjukskrivningen av någon anledning eller att patienten vill bli sjukskriven retroaktivt. Många av dessa ärenden tas emot på telefon och nämndens handläggare informerar då om att vi inte kan påverka en läkares medicinska beslut, och föreslår kontakt med läkaren eller vederbörandes verksamhetschef. Däremot kan vi hjälpa till med att få en motivering om till exempel kommunikationen mellan patient och läkare varit knapphändig.

Anmälningarna om *remisser* som man önskat men inte fått eller anser felaktiga ökade obetydligt med 6 ärenden till 89. Cirka två tredjedelar av ärendena handlar om att ha blivit nekad remiss till en specialistläkare av husläkaren, varav en mindre andel avser hudspecialist, öron-, näs- och halsspecialist samt sjukgymnast där remisstväng införts från april och maj 2004. Remisstväng har delvis påverkat anmälningarna. Andra ärenden rör missnöje med innehållet i remissen. Några ärenden handlar om problem med långremiss och remiss för utlandsvård och till annat landsting.

Vanligast förekommande specialiteter inom problemområdet behandling

<i>Specialitet</i>	<i>Antal ärenden 2004</i>	<i>% 2004</i>	<i>Antal ärenden 2003</i>	<i>% 2003</i>
Allmänmedicin	370	26	389	24
Psykiatri	252	17	267	17
Ortopedi	149	10	171	11
Internmedicin, alla subspec.	96	7	143	9
Tandvård	84	6	140	9
Kirurgi	75	5	91	6
Gynekologi och förlossningsvård	79	5	85	5

Dessa sju vanligast förekommande specialiteter inom hela problemområdet behandling utgör tillsammans 76 procent av ärendena 2004, vilket är en minskning från 81 procent år 2003. Antalsmässigt har alla ovan nämnda specialiteter var för sig minskat mer eller mindre. Minskningen är störst för tandvård och internmedicin, med 56 respektive 47 ärenden. Specia-

liteterna allmänmedicin och psykiatri, som är vanligast bland anmälningar om brister i behandlingen, 26 respektive 17 procent, samt ortopedi har minskat något jämfört med 2003.

Trots minskningen av behandlingsärendena är dock klagomålen som har med behandling att göra vanligaste inom olika verksamheter.

Synpunkterna på behandling är mycket varierande

Variationen i ärendena beror bland annat på skillnader i olika verksamheter. Akutsjukvården och privata specialister har en större andel behandlingsproblem och komplikationer, medan primärvården får en större andel synpunkter på intyg, medicinering och remisser. Se närmare i avsnitten om respektive verksamhet längre fram i rapporten.

Skillnaderna är också stora i behandlingsärendena mellan sådant som får mycket allvarliga konsekvenser för patienten och om mindre allvarliga medicinska spørsmål. Ur patientens perspektiv kan även de sistnämnda ge upphov till oro och upprördhet. Patienten beskriver det som inträffat från sitt perspektiv, vilket också är det som registreras i Patientnämndens databas. Efter att ett ärende har utretts kan det som ur patientens synvinkel tedde sig alarmerande får sin förklaring i yttrandet från berörda i vården och patienten lugnas. I sådana fall kan det snarare ha brustit i informationen och kommunikationen mellan vårdare och patient.

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. I vissa fall kan Patientnämnden hålla med patienterna i deras kritik. I andra fall kan det vara patienten som har orealistiska krav och förväntningar på vården och blir missnöjd av den anledningen.

Patientsäkerhet och risker i vården

I en del av behandlingsärendena till Patientnämnden har patienterna utsatts för mer eller mindre allvarliga risker. Missad, felaktig eller för sent ställd diagnos är sådana exempel liksom komplikationer av olika slag efter operativa ingrepp. Läke-medelsförskrivning och hantering är andra exempel. Ibland har vi anledning att informera om möjligheten att vända sig till Socialstyrelsen som tillsynsmyndighet. Patienter som ifrågasätter det medicinska handlandet, väljer ibland att gå vidare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN, eftersom Patientnämnden inte gör medicinska bedömningar. Den som önskar ekonomisk ersättning hänvisas till Patientförsäkringen, PSR.

Det är inte enbart i behandlingsärendena som det finns risker för patienterna, utan det kan handla om bristande administrativa rutiner eller att rutinerna inte har följts av någon anledning. Här framträder problemen i hantering av remisser som blir liggande och inte kommer till avsedd specialistklinik eller provsvar som inte har meddelas patienten och som inte leder till någon åtgärd trots att så borde ske. Behandlingen försenas, vilket kan innebära en ökad risk för patienten.

Förseningar och risker uppstår också till följd av att patienterna köar till besök och behandling hos specialist efter att först ha väntat på tid hos husläkaren för att få remiss. Andra risker är fallolyckor och trycksår inom ramen för omvårdnaden i kommunal vård och vid akutsjukhus.

Bemötande

Under året har 650 ärenden som rör bemötande från vårdpersonal aktualiserats. Dessa utgör 13 procent av alla ärenden. År 2003 var antalet 692. En minskning med 43 ärenden har således skett 2004.

Anmälningar per delproblem

<i>Delproblem</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Ovänligt/nonchalant bemötande eller brist på empati	550	85
Ej lyssnad till – ej trodd	51	8
Blivit slussad runt i vården/ ingen tar ansvar för patienten	48	7

En mycket stor del av anmälarna anser sig ovänligt och nonchalant bemött i främst samband med besök hos läkaren men även vid kontakter med vården för att beställa tid för läkarbesök, fråga efter provsvar m m. Av anmälningarna framgår också att en del inte upplever sig trodda av läkaren eller att ingen riktigt tar ansvar för patienten som anser sig slussad runt mellan olika läkare. Se även avsnittet om Primärvård.

I många fall har vårdgivaren beklagat det inträffade och framfört en ursäkt. Ibland har anmälningarna föranlett diskussioner i personalgruppen. I andra fall skiljer sig anmälarens beskrivning av det inträffade från personalens. När ord står mot ord framgår det ofta att anmälaren känner sig i underläge gentemot personalen, att ingen har lyssnat eller förstått problemen.

Vanligast förekommande vårdtyper inom problemområdet bemötande

<i>Vårdtyp</i>	<i>2004</i>		<i>2003</i>	
	<i>Antal ärenden</i>	<i>%</i>	<i>Antal ärenden</i>	<i>%</i>
Primärvård	257	40	280	40
Akutsjukhus	147	23	151	22
Psykiatrisk vård	97	15	112	16
Specialistvård	76	12	101	15
Tandvård	40	6	19	3

De ovanstående vårdtyperna svarar tillsammans för 96 procent av ärendena om problem med bemötande i vården. Primärvård dominerar som föregående år men ärendena har minskat i antal. Bemötandearärenden angående den privata specialistvården minskade också liksom i psykiatrisk vård men i mindre omfattning. Däremot ökade klagomålen på bemötande i tandvården.

Tillgänglighet

Antalet ärenden som avser svårigheter för människor att få kontakt med vården och att få tillgång till vård uppgick under året till 606, vilket utgör 12 procent av totalt antal ärenden. Det är en ökning med 106 ärenden jämfört med 2003 eller med 20 procent. Anmälningarna om brister i tillgängligheten delas in i sex kategorier vars resultat redovisas nedan.

De vanligaste klagomålen angående tillgänglighet rör lång väntetid/kötid till besök och behandling inklusive vårdgarantifrågor och nekad besökstid. Dessa ökade med 49 ärenden jämfört med 2003 och uppgår till 347 ärenden (57 procent) 2004. 89 av dessa handlar om att, av olika orsaker, ha blivit avvisad från främst en vårdcentral. Se närmare i avsnittet om primärvård.

Brister i telefontillgängligheten kommer på andra plats i storleksordning och har ökat med 32 ärenden och uppgår till 162, vilket utgör 27 procent av ärendena om tillgänglighet. Även detta problem berör till stor del primärvården.

Övriga delproblem som har med tillgänglighet att göra förekommer i mindre omfattning. Det gäller anmälningar om bristande kontinuitet i vården, 46 ärenden (8 procent). 28 ärenden (5 procent) rör inställda åtgärder främst operationer, 25 stycken, vilket är en ökning med mer än det dubbla. För tidig utskrivning/ingen eftervård/rehabilitering utgör 19 ärenden (3 procent). Dessa ärenden är egentligen något fler då de kan registreras även under andra problemområden som till exempel samverkan, beroende på var tyngdpunkten i klagomålet ligger.

Vanligast förekommande specialiteter inom problemområdet tillgänglighet

<i>Specialitet</i>	<i>2004</i>		<i>2003</i>	
	<i>Antal ärenden</i>	<i>%</i>	<i>Antal ärenden</i>	<i>%</i>
Allmänmedicin	288	53	257	52
Ortopedi	75	14	66	13
Psykiatri	26	5	18	4
Internmedicin, alla subspec.	24	4	26	5
Urologi	16	3	7	1

De ovanstående specialiteterna svarar tillsammans för 79 procent av ärendena om brister i tillgänglighet till vård, vilket är ungefär samma andel som 2003. Allmänmedicin dominerar som föregående år och har ökat med 31 ärenden.

Ortopedisk verksamhet kommer på andra plats liksom tidigare och har ökat litet med 9 ärenden. Problemen med tillgänglighet inom internmedicin och psykiatri är färre och av ungefär samma omfattning. Internmedicin ligger på samma nivå som 2003, medan brister i tillgänglighet inom psykiatri har ökat litet med 8 ärenden. Anmälningarna om lång väntetid till urologiska operationer är förhållandevis få men har ökat med mer än det dubbla jämfört med 2003.

Slopad vårdgaranti 2004

Patientnämnden har under 2004 fått en del frågor om vårdgarantin från köande människor med anledning av att den upphörde från och med 1 januari 2004. En ökning har också skett i anmälningar om långa väntetider med 49 ärenden till 347. För sådana behandlingar där patienter ställdes på väntelista under 2003 skulle dock vårdgarantin gälla in på 2004. De som vänt sig till Patientnämnden i sådana fall har hänvisats till Beställarkontor Vård, BKV, för att få hjälp. Besöksgarantin på tre månader för första besöket till specialist har fortfarande gällt under 2004 men Patientnämnden har fått anmälningar om att den inte alltid kan hållas, speciellt inte inom ortopedi och bland annat för ryggoperationer. Här finns exempel på väntetider på mellan 6 månader och ett år. Ibland får väntande patienter svävande beskeden om väntetidens längd. I andra fall har väntetiden uppskjutits både en och flera gånger bland annat med motivering att resurserna inte räckt året ut exempelvis för ryggoperationer.

Inställd operation

Lång väntan på vård innebär ofta både utdraget lidande och oro hos den som väntar. Man ser fram mot den dagen operationen skall ske. När då patienten kommer till sjukhuset för operation och får besked att operationen är inställd innebär detta en enorm frustration. En operation innebär ofta en hel del praktisk planering för patienten och en mental förberedelse. Patientnämnden påtalade för några år sedan att denna typ av ärenden hade ökat, vilket ledde till att inställda operationer skulle följas upp i landstinget. Under ett par år minskade dessa ärenden hos Patientnämnden för att återigen öka under 2004 med mer än det dubbla till 25 ärenden.

Bland dessa ärenden har Patientnämnden mottagit två som rör barn som skulle operera skolios på samma sjukhus under hösten 2004. I båda fallen ställdes operationerna in efter att barn och föräldrar kommit till sjukhuset på operationsdagen. Motiveringen vari i båda fallen att det inte fanns plats på intensivvårdsavdelningen. Detta åsamkade barnen fortsatt lidande och föräldrarna en mängd problem eftersom det varit en noggrann planering som måste göras om när nya operationstider gavs.

Omvårdnad

Antalet ärenden uppgår till 75, vilket är en minskning med 12 ärenden från år 2003. Anmälningar om brister i omvårdnad utgör knappt 2 procent av Patientnämndens ärenden. När det gäller omvårdnadsärenden dominerar klagomålen från den kommunala vården med 37 ärenden, vilket motsvarar 49 procent av omvårdnadsärendena. Inom landstingsvården kommer de flesta klagomålen från akutsjukhusen med 12 anmälningar (16 procent). Den geriatriska vården har 9 anmälningar (12 procent), specialistvården 7 (9 procent), primärvården 6 (8 procent), psykiatri 2 (3 procent) och tandvård och övrig vård ett klagomål vardera. Anmälningarna rör något färre män än kvinnor, och nästan tre fjärdedelar återfinns i åldrarna över 65 år.

Under problemområdet omvårdnad registreras delproblemen brister i omvårdnaden, tillbud och olycksfall samt brister i boende, kosthållning och miljö. Anmälningar om brister i den dagliga vården är vanligast, 43 stycken (57 procent). Dessa handlar om otillräcklig hjälp med personlig skötsel och med intag av föda och vätska, bristande hygienrutiner och uppkomst av trycksår. Bristande omvårdnad är också att personal inte uppmärksammat en försämring i en persons tillstånd, och att inte adekvata åtgärder vidtas som att kalla på läkare eller kontakta anhöriga.

17 ärenden rör bristande tillsyn och övervakning eller otillräckliga säkerhetsåtgärder, som har givit upphov till olycksfall, ibland med allvarliga skador. Tre av dessa rör personer som skadats i samband med lyft eller förflyttning med personal närvarande, ett av fallen med så olycklig utgång att en kvinna avled. Denna olycka har anmälts enligt Lex Maria. Ett annan tragisk olycka till följd av bristande säkerhetsrutiner gällde en dement man vid ett äldreboende som drack hårschampo och till följd av detta avled i lunginflammation. Även denna händelse är Lex Maria- anmäld. Exempel finns även på att förvirrade personer försvunnit från vårdavdelningar.

15 klagomål tar upp brister i själva boendemiljön, eller vårdmiljön om det gäller sjukhus. Ett problem som återkommer är att dementa personer vårdas med icke dementa, vilket har upplevts som väldigt störande. Klagomål på bristande hygien på mottagningar och vårdavdelningar förekommer, liksom att man inte tar tillräcklig hänsyn till allergiska personer vad gäller blommor och starka dofter.

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 ”besvärsliga” sådana.

Samverkan

Totalt 37 ärenden handlar om brister i samverkan inom och mellan vårdgivare eller om bristande vårdplanering. Det är två fler 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 om bristande samverkan i realiteten är fler. (Se vidare diskussion under fördjupningsavsnittet om Vårdplanering nedan.)

31 av anmälningarna avser brister i samverkan inom/mellan vårdgivare, och sex har registrerats som bristande vårdplanering. I frågor som gäller bristande samverkan är 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 har akutsjukhus och primärvård med elva ärenden vardera. Kommunal vård har fem ärenden, geriatrik och psykiatri fyra vardera och specialistvård och övrig vård varsitt ärende.

Flest klagomål på samverkan återfinns i åldersgruppen 80 år och äldre. (Några beskrivs under fördjupningsavsnittet om Vårdplanering.)

Flera fall rör oklarheter i samarbetet mellan husläkare och specialistläkare. Patienter upplever att de bollas mellan vårdcentral och specialistmottagning. Frågan vem som har det övergripande ansvaret för patientens vård tycks många gånger vara oklar. Det kan till exempel gälla vilken läkare som ska sjukskriva eller vem som ska remittera för olika undersökningar. Några ärenden rör barn där barnläkare på barnläkarmottagning och husläkare hänvisar till varandra.

Vårdplanering - en fördjupningsstudie

Patientnämnden har i årets rapport valt att, utifrån inkomna synpunkter och klagomål, närmare studera de problem som har med vårdplanering att göra

Vårdplanering genomförs i vården dels som *individuell planering* av den enskildes vård, dels som *gemensam vårdplanering* vid överflyttning från en vårdform till en annan, oftast i samband med utskrivning från slutenvården.

Individuell vårdplanering

Enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763) ska habilitering, rehabilitering samt tillhandahållande av hjälpmedel planeras i samverkan med den enskilde. Av planen ska planerade och beslutade insatser framgå.

I Patientjournalagen (1985:562) stadgas att en patientjournal ska innehålla uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. I lagen preciseras inte närmare hur planeringen ska dokumenteras, men i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om patientjournalagen (SOSFS 1993: 20) ges särskilda föreskrifter vid dokumentering av omvårdnad. Där framgår att omvårdnadsdokumentationen utifrån patientens individuella behov skall beskriva vårdens planering, genomförande och resultat.

En vårdplan bör upprättas enligt Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården. (SOSFS 1993:17). En sådan individuell omvårdnadsplan/vårdplan kan göras av sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast tillsammans med patienten och eventuellt anhöriga. I verksamheter där speciella kontaktpersoner är utsedda för patienten, bör även denne delta i arbetet med att upprätta en individuell vårdplan.

Vårdplanen syftar till att kartlägga vårdtagarens resurser och behov, sätta upp mål för omvårdnaden, prioritera åtgärder, skapa ett tryggt och meningsfullt omhändertagande. Regelbunden utvärdering och revidering av vårdplanen ska göras.

Frågor som rör vårdplan/individuell vårdplanering är inte så vanligt förekommande bland nämndens ärenden. I några fall har nämnden upplyst om rätten enligt lag att få en habiliterings/rehabiliteringsplan. Likaså har anhöriga till personer vid äldreboende, som klagat på vårdens innehåll och bristande aktiviteter, uppmanats att be att få ta del av vårdplanen som ska finnas och kanske begära att en uppföljning görs.

Exempel:

- En dotter ringer angående 88-årig far på sjukhem dit han kom för en vecka sedan. Enligt dottern får fadern ingen träning utan får bara ligga. Sjuksköterskan har sagt att pappan är gammal och att han bara ska ligga under filten och mysa. Dottern uppmanas att begära ett möte med omvårdnadsansvarig sjuksköterska, kontaktperson och eventuell rehabiliteringspersonal för upprättande av individuell vårdplan.
- En kvinna boende på sjukhem skrev till Patientnämnden och frågade om hur ofta hon hade rätt att få hjälp med dusch, hårtvätt, nagelvård mm. I yttrande skrev sjukhemschefen att

man hållit en ny vårdplanering, varvid man gemensamt med kvinnan och hennes make gjort upp en checklista med rutiner och tidpunkter för den efterfrågade hjälpen.

Gemensam vårdplanering

Begreppet gemensam vårdplanering är kopplat till Lagen om kommunernas betalningsansvar (1990:1404). Lagen reviderades 2003. Inriktningen är att den enskildes behov av vård, omsorg och stöd blir beaktade vid planering för fortsatt vård och att planeringen sker i dialog med den enskilde och eventuella närstående. En kommun har betalningsansvar för patient som är utskrivningsklar från slutenvården och för vilken vårdplan har upprättats. Om den behandlande läkaren har konstaterat att patienten har behov av fortsatt vård inom kommun eller primärvård efter utskrivning från slutenvård, skall en vårdplan upprättas. Den behandlande läkaren ska kalla till vårdplanering. Vårdplanen ska utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter och patienten och/eller närstående. Vårdplanen skall justeras av företrädarna för primärvården och/eller kommunen.

Socialstyrelsen har gett ut Föreskrifter och allmänna råd om Informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32).

Samverkansöverenskommelser har upprättats mellan Stockholms Läns Landsting, Stockholms Stad och flertalet kommuner i länet som komplement till gällande lagstiftning och föreskrifter. Lokala rutiner för organiserad samverkan vad gäller utskrivningsklara patienter finns på de flesta håll. En manual för personal "Vårdplanering på sjukhuset" och en informations-skrift till patienter "Information om vårdplaneringsmöte på sjukhuset" har tagits fram vid Älvsjö Kompetenscentrum. De är tänkta att användas för hela länet. Samverkansgrupper ska ta hand om avvikelser, klagomål och sypunkter på brister i samverkan. Ett datoriserat system för informationsöverföring mellan slutenvård, kommuner och primärvård, Webbcare, är på väg att införas i hela länet.

Patienter och anhöriga har många gånger svårt att skilja på vad som är kommunens ansvar och vad som är landstingets. Flera klagomål handlar om att man anser att en anhörig har blivit för tidigt utskriven från slutenvården och att kommunen inte erbjuder någon korttidsplats för fortsatt återhämtning och rehabilitering. Man tycker sig ha hamnat mellan stolarna och att vårdgivarna hänvisar till varandra. För patienten/anhöriga är det inte intressant vilken huvudman som ansvarar för insatserna, utan det viktiga är att vården fungerar i en obruten kedja utan glapp.

Anhöriga upplever att man inte lyssnar på dem, att vårdens företrädare talar över huvudet på dem och att man får olika och motstridig information från kommunens företrädare och från personalen på sjukhuset. Patientnämnden får ta emot samtal från förtvivlade anhöriga då de fått besked om att deras åldriga, skröpliga far eller mor ska skrivas ut till hemmet, trots att de är övertygade om att det inte kommer att fungera. I sådana fall uppmanas anhöriga att begära en vårdplanering på sjukhuset om någon sådan inte har hållits. Patientnämnden tar i dylika fall ofta kontakt med verksamhetschef eller ansvarig överläkare och med biståndshandläggare för klagor och ställningstagande till en eventuell omprövning av fattade beslut.

Ärenden hos Patientnämnden visar att gemensam vårdplanering vid utskrivning från slutenvård inte alltid genomförs på det sätt som beskrivs i samverkansöverenskommelserna.

Exempel:

- En 90-årig man som bott ensam med hemhjälp blev dålig och kom i ambulans till sjukhus. Först låg han på en medicinavdelning, därefter på geriatrisk klinik. Han kom hem utan vårdplanering, trots att sonen bett om en sådan. Distriktssköterska och biståndshandläggare träffades för vårdplanering i hemmet. Då framkom det att mannen var mycket sämre och hade ett större hjälpbehov än vad sjukhuset hade rapporterat. Enligt sonen borde vårdplanering ha skett på sjukhuset och fadern skulle aldrig ha kommit hem utan fått ett korttidsboende. Efter två veckor var fadern så försvagad att han föll och ådrog sig en allvarlig blödning i hjärnan som ledde till att han avled. Av yttranden i ärendet framgick att geriatriken gjort bedömningen att vårdplanering ej behövdes. Kommunens företrädare svarade i yttrande att biståndshandläggaren inte hade tillräcklig och rätt information från sjukhuset för att ställa krav på vårdplanering innan utskrivning. Distriktssköterskan fick inte något utskrivningsmeddelande trots att mannen var i behov av hemsjukvård. Hon anmälde händelsen som en avvikelser till den lokala samverkansgruppen. Ärendet har behandlats i nämnden som ett principärende. Nämndens uppfattning var att det inte rått samstämmighet om tolkningen av regelverket för gemensam vårdplanering av utskrivningsklara patienter och att anhörigas synpunkter inte i tillräcklig grad tagits tillvara. I återföringar från involverade vårdgivare beskrivs det lokala samverkansarbetet mellan slutenvård, primärvård och kommun. Samverkansgruppen har uttalat att vårdplanering borde ha skett på sjukhuset och att man borde ha lyssnat på de anhöriga. Från sjukhusets sida har man sett över rutinerna för vårdplanering och ökad tonvikt läggs nu på att informera anhöriga och ta hänsyn till deras önskemål om vårdplaneringsmöten, även om patienten är känd hos kommun och primärvård sedan tidigare.
- En 87-årig kvinna vårdades efter en olycka på geriatrisk klinik. Vid samtal med sjuksköterska före hemgång påpekade dottern att det var omöjligt för modern att själv ta sig upp för trappstegen vid porten, och att det var nödvändigt att beställa färdtjänstbuss med trappklättrare. Några instruktioner om detta hade färdtjänsten inte fått. Sjukhuset hade även missat att faxa till biståndshandläggaren att modern skulle komma hem. Med anledning av det inträffade har kliniken sett över sina utskrivningsrutiner.

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.

676 av nämndens ärenden 2004 gällde ekonomiska frågor. Detta är en liten ökning med 40 ärenden eller med 6 procent jämfört med 2003. De ekonomiska frågorna utgör 13 procent av totalt antal ärenden.

Avgiftsfrågor

Dessa ärenden utgör 49 procent av de ekonomiska spörsmålen 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

Dessa utgör 51 procent av de ekonomiska ärendena och förekommer till exempel på för 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

48 procent rör tandvården och handlar i huvudsak om garantier, hur och när garantin faller ut för en behandling. Dessa ärenden har ökat under året. Ofta önskar patienten sina pengar åter för en behandling som ej blev till belåtenhet. Se närmare i avsnittet om tandvård.

Primärvården kommer närmast när det gäller ekonomiska frågor med 16 procent. Specialistvård utanför akutsjukhus utgör 14 procent och akutsjukhusen 13 procent. Övriga verksamhetstyper har mycket få ekonomiska anmälningar hos Patientnämnden 2004.

Juridik

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

Antal juridiska ärenden under 2004 uppgår till totalt 626. Detta är en ökning med 138 ärenden eller 28 procent jämfört med året innan då det var 488 ärenden. En ökning har skett mer eller mindre på alla de juridiska problemområdena. År 2002 var det 530 juridiska ärenden.

Journalfrågor

Den största gruppen av de juridiska ärendena rör, liksom tidigare år, frågor om och synpunkter på journaler. 38 procent av de totala juridiska ärendena rör journalfrågor av olika slag. Det är 236 ärenden, vilket är 33 fler än 2003 då de var 203 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 hur denna kan få kopia av sin egen journal. I vissa fall kan det även vara nödvändigt att ta kontakt med sjukvårdspersonal för att informera om de regler som gäller. Det vill säga att som regel har man som patient rätt att läsa eller skriva av sin journal. Patienten har också rätt att få en avskrift eller en kopia av den. I undantagsfall kan dock journaluppgifter undanhållas för patienten. Patientnämnden får även klagomål på att det tar för lång tid att få ta del av sin journal. Nämnden upplyser då att en begäran om att få ta del av sin journal skall behandlas så snart det är möjligt. 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 svårigheter att få ut journalkopia från avvecklad verksamhet.

Valfrihet

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 28 procent. Denna grupp av ärenden har, förutom 2003 ökat varje år. 2004 var valfrihetsärendena 173 till antal, vilket är en ökning med 38 jämfört med 2003 då de var 135 till antal och år 2002 då det var 155 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 bland annat reglerat i Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (A 00:56).

Exempel:

- Patientnämnden har under året tagit upp ett principärende angående bristande valfrihet i primärvården. I de flesta fallen har valfriheten begränsats av att den aktuella primärvårdsmottagningen eller den önskade läkaren har haft fullt och därför inte har kunnat ta emot fler patienter. Nämnden noterade även att det på flera vårdcentraler har skapats regler om geografisk tillhörighet, som inte överensstämmer med gällande regelverk, såsom att man till exempel blir tilldelad en läkare utifrån vilken adress man bor på. Många som vände sig till Patientnämnden var mycket besvikna över att valfriheten inte fungerar i praktiken. Nämnden har förståelse för att det uppstår situationer där valfriheten begränsas av bristen på allmänläkare. Det är dock angeläget att alla som är verksamma i primärvården gör vad som är möjligt för att tillgodose patienternas önskemål.

Patientnämnden har under året inte fått så många förfrågningar gällande vård utomlands trots att det i januari 2004 kom flera domar från Regeringsrätten som gav patienter rätt till retroaktiv ersättning för sjukvård i andra EU-länder.

Övriga juridiska ärenden

Det tredje största problemområdet är övriga juridiska ärenden som består av 118 ärenden, 19 procent. 2003 var det 74 ärenden som gällde övriga juridiska ärenden. En del av den förhållandevis stora ökningen på 44 ärenden beror på att nämnden har fått in närmare 50 klagomål gällande svårigheter att få tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdöva, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade. Ärendena rör bland annat att man inte har fått tolk till olika möten, kurser och fritidsaktiviteter, men även till sjukvårdsbesök.

Exempel:

- Patientnämnden hade på ett sammanträde 2001 uppe ett principärende gällande svårighet att få tolk för döva och hörselskadade med anledning av att nämnden hade fått in ett större antal anmälningar beträffande detta. I principärendet konstaterades det att Stockholms läns landsting inte klarade av att tillhandahålla och finansiera tolkar för vardagstolkning för döva och hörselskadade trots att man hade en skyldighet att göra det. Efter Patientnämndens principärende effektiviserades verksamheten och nyutbildade tolkar anställdes. Vidare ökade Tolkcentralens budget. Som resultat sjönk bristnivån och i och med det även tolkbristklagomålen till Patientnämnden.

Eftersom tolkbristärendena återigen började att öka under 2004 beslutade Patientnämnden att ytterligare en gång ta upp problemet i ett principärende. Nämnden konstaterade i principärendet att Stockholms läns landsting under en längre tid inte fullt ut har klarat av att tillhandahålla och finansiera tolkar för vardagstolkning för döva och hörselskadade trots att man har en skyldighet enligt 3 b § 1 stycket 3 punkten hälso- och sjukvårdslagen att göra det. Patientnämnden noterade i ärendet att man försökte att komma till rätta med problemet. Nämnden ville dock påpeka att det är angeläget att döva och hörselskadade som är beroende av tolk erbjuds sådan vid behov. Det är viktigt att dessa personer i sin vardag har möjlighet att ge och ta emot information, att de kan påverka och kunna förmedla sina synpunkter och därmed få inflytande över sina liv som är syftet med stadgan. Patientnämnden önskade att landstinget skulle komma till rätta med problemet snarast.

- Ett annat ärende som har tagits upp som principärende under övriga juridiska ärenden gällde en man som vägrades vård efter konflikt med laboratorium personal. Mannen hade besökt ett laboratorium vid en vårdcentral för att lämna blodprov. Det var många som väntade och mannen hade frågor till personalen kring körutinerna. Stämningen blev efter detta irriterad. Han önskade därför att få tillbaka sin remiss och i samband med det tog han laboratorieassistenten i armen. Senare under dagen fick han ett telefonsamtal från verksamhetschefen som meddelade att han var polisanmäld då han har slagit personal och att han inte var välkommen till vårdcentralen. Verksamhetschefen för vårdcentralen uppgav att laboratorieassistenten hade ett rött vridmärke efter det inträffade. Patientnämnden konstaterade att alla som är bosatta inom landstinget skall få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Inom landstinget råder valfrihet, men en patient har alltid rätt att få komma till den vårdcentral som har områdesansvar för en. I detta fall fick inte patienten komma till vårdcentralen som hade områdesansvar för honom och han hade inte själv kunnat hitta en vårdcentral som ville ta emot honom. Om nu aktuell vårdcentral vägrade att ta emot honom ansåg Patientnämnden att vårdcentralen måste säkerställa att han fick någon annan kontakt inom primärvården. Beställarkontor vård har sedan ordnat så att mannen har fått komma till en annan vårdcentral.

Sekretess och tystnadsplikt

11 procent av de juridiska ärendena rör sekretess och tystnadsplikt, det vill säga 69 ärenden. År 2003 var det 53 ärenden som rörde sekretess. Det är vanligt med frågor om vad sekretessen innebär.

Exempel är tre principärenden som har tagits upp under 2004:

- Det ena gällde att en anställd på en vårdcentral skvallrade om ett patientbesök. Anmälaren var en man som klagade på en kvinnlig anställd på en vårdcentral som även var granne med mannen. Denna kvinna hade i samtal med övriga boende i området röjt uppgifter rörande en av mannens barns sjukdom. Hon hade talat med andra grannar om ett tillfälle då barnet hade sökt vård. Vårdcentralen beklagade det inträffade, som hade bekräftats av den anställde. En jurist hade bjudits in till verksamheten för att prata om tystnadsplikten och dess betydelse för personal som arbetar inom sjukvården.
- Det andra principärendet gällde att en annans patients journal låg framme vid ett läkarbesök. En kvinna hade besökt en läkare på en vårdcentral. Hon blev vid besöket anvisad att

sitta ner vid läkarens skrivbord. Framför henne på skrivbordet låg papper med en annans patients namn, personnummer och journaluppgifter fullt synliga. Berörd läkare uppgav till Patientnämnden att patientuppgifter, såsom laboratoriesvar, röntgensvar och remissvar, ofta hamnade på hans skrivbord, som han dessvärre inte alltid hann plocka bort inför patientbesöken. Patientnämnden ansåg att det inte är acceptabelt, ur bland annat sekretesssynpunkt, att en patient får information om en annans patients hälsotillstånd. För att förhindra att så sker bör inte information om en patient ligga synligt framme när en annan patient vistas i rummet. Nämnden önskade att det infördes rutiner på området. Vårdcentralen har sedan tagit upp ärendet på en arbetsplatsträff och bland annat beslutat att vårdcentralen skall arbeta fram skriftliga instruktioner på området.

- Slutligen har ett principärende tagits upp som gällde att journalhandlingar hade upphittats på ett tvätteri, som anlätades av ett akutsjukhus. Med anledning av det inträffade påminde sjukhuset personalen om gällande regler för hantering av journalhandlingar. Patientnämnden underströk vikten av att kontinuerligt informera och påminna om sekretesslagstiftningen och reglerna om journalhantering, så att ett korrekt synsätt förankras i hela organisationen.

LPT och LRV

Det minsta problemområdet, lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) och lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129), har fått 29 anmälningar, 5 procent. 2003 utgjordes denna grupp av 23 ärenden. Flera av anmälningarna rör att man anser sig felaktigt tvångsvårdad. Man har även frågor kring tvångsvårdslagstiftningen. En del är missnöjda med vården och permissionerna.

Även under andra problemområden kan det finnas ärenden av juridisk karaktär.

Exempel:

- Ett principärende under problemområdet behandling rörde en filippinsk man, som ej kunde betala i förskott och därför nekades operation för diagnos av misstänkt lungcancer. Mannen hade bott i Sverige i 14 år och arbetat på en ambassad. I mitten av juli 2003 var han intagen som akut patient på ett akutsjukhus på grund av blodupphostningar. I augusti fick han beskedet att det fanns förändringar i ena lungan. Han hade sedan dess gått igenom ett flertal undersökningar, som inte påvisade något. Nu behövdes en operation göras för att kunna fastställa en konkret diagnos. Sedan juli hade han varit sjukskriven och på grund av lång frånvaro och ingen konkret diagnos blev han uppsagd av ambassaden och i och med det arbetslös. Han hade betalat samtliga behandlingar och undersökningar själv. Han önskade nu en avbetalningsplan för operationen. Hans mor och bror, som båda var svenska medborgare, var villiga att ställa upp för honom som borgesmän. Den behandlande överläkaren anförde att det kraftiga upptaget i vänster lunga talade starkt för malignitetsmisstanke. Av yttrande från chefläkaren framgick det att det inte gick att bedöma i vilken grad patientens situation var akut utan operation. Operation kunde inte ske eftersom betalningsgarantierna var för osäkra. Både anmälare och sjukhus hade varit i kontakt med Stockholm Care AB, som bland annat har till uppgift att tillhandahålla vård för utländska patienter, utan att få till stånd en avbetalningsplan. Patientnämnden tog ändå kontakt med bolaget som beslutade på grund av särskilda skäl att lägga upp en avbetalningsplan. På så sätt kunde anmälaren i slutet av april 2004 uppta sina kontakter med sjukhuset.

Patientnämnden konstaterade att enligt 4 § hälso- och sjukvårdslagen skall landstinget erbjuda de som vistas inom landstinget och som har behov av omedelbar hälso- och sjukvård sådan vård. I förarbetena framkommer det att ett sådant behov får prövas från fall till fall. Läkaren eller annan som svarar för vården bör få avgöra om en vårdsökande behöver omedelbar vård eller om vården kan anstå till dess den vårdsökande kommer dit där han annars har att söka vård. Något hinder för att huvudmannen bereder vård i större omfattning finns inte. Patientnämnden konstaterade att sjukvården ansåg att det inte gick att bedöma i vilken grad patientens situation var akut utan operation. I en sådan situation ansåg nämnden att det är oetiskt att inte bevilja en patient, som inte för stunden har betalningsförmåga, en avbetalningsplan så att operation kan ske. Nämnden trodde inte att det var lagstiftarens mening att en person i nu aktuell situation inte skulle erbjudas vård. Föredragande statsråd hade precis tvärtom gett uttryck för att det många gånger med hänsyn till omständigheterna i det enskilda fallet både är önskvärt och lämpligt att huvudmannen erbjuder vård i större omfattning än vad som från saklig synpunkt är motiverad. Nämnden ansåg att frågan om vilka som har rätt till omedelbar hälso- och sjukvård borde diskuteras inom landstinget så att inte oetiska beslut fattas.

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

Information

Under 2004 har 153 anmälningar angående brister i information anmälts, vilket innebär 3 procent av alla ärenden. Detta är en ökning i antal från 2003 då 129 anmälningar kom till patientnämnden.

Anmälningarna handlar om att:

- man inte fått information
- fått information för sent
- fått fel information
- fått otillräcklig information.

I dessa ärenden har man oftast klagat på informationen i första hand. Det bör framhållas att problem med brister i informationen egentligen är fler då det inte är ovanligt att anmälningar om den medicinska behandlingen efter utredningen visar sig vara brister i information och kommunikation.

Relativt många klagomål rör information i samband med olika undersökningar och behandlingar. Patienterna har velat få mer tid för att ställa frågor och få mer uttömmande svar angående prognosen för sin åkomma och på behandlingsmetoder. I andra fall har man fått svävande information om väntetider för bland annat operationer.

Ett flertal klagomål rör brister i information i samband med äldre personers vård och dödsfall. Här är det anhöriga som inte fått den information de önskat.

Vanligast förekommande vårdtyp inom problemområdet information

Vårdtyp	Antal	2004		2003	
		% ärenden	Antal	% ärenden	Antal
Akutsjukhus	47	31	53	41	41
Primärvård	20	13	17	13	13
Psykiatri	9	6	7	5	5
Tandvård	38	25	27	21	21
Specialistvård	20	13	14	11	11

Ovanstående vårdtyper svarar tillsammans för 88 procent av anmälningarna om brister i information. Antalet ärenden ligger ungefär på samma nivå som 2003 utom för tandvården som har ökat något sedan 2003. Här handlar det främst om brister i information om kostnader för tandbehandling. Som mest förekommer anmälningar om brister i information i akutsjukvården, vilket hänger samman med att patienterna anser sig ha fått veta för litet om omständigheterna kring sin diagnos, sjukdom och behandling.

Administration

Administrativa problem avser brister i hantering av remisser, provsvar, intyg, kallelser och övriga administrativa problem. Anmälningar angående läkarens medicinska bedömning och beslut om att skriva remiss och intyg eller att ta prover redovisas i avsnittet *Behandling*.

Totalt förekommer 239 administrativa ärenden, vilket utgör 5 procent av totalt antal ärenden 2004. Det är en ökning med 27 ärenden i förhållande till år 2003 eller med 13 procent. Ökningen är något mindre än den var år 2003.

Delproblem inom problemområdet administration 2004 och 2003

<i>Delproblem -</i>	<i>Antal ärenden</i>	<i>% 2004</i>	<i>Antal ärenden</i>	<i>% 2003</i>
<i>Brister i hantering av:</i>	<i>2004</i>		<i>2003</i>	
Remisser	76	32	54	25
Intyg	36	15	39	18
Provsvar	22	9	24	11
Kallelse	12	5	10	5
Övrig administration	93	39	85	40

Ökning främst av "förkomna" remisser

Den främsta anledningen till missnöje med en enskild administrativ fråga är remisser som, efter ibland lång tid, inte har kommit till avsedd specialistklinik. Dessa ärenden har ökat med 22 eller med 40 procent och utgör 32 procent av de administrativa ärendena. Det vi benämner övrig administration har också ökat litet, med 8 ärenden och utgör 39 procent. Beträffande problem med intyg, provsvar och kallelser som dröjer har i stort sett inga förändringar skett mellan 2003 och 2004.

Väntan är en återkommande beskrivning i de flesta klagomål angående remisser, provsvar, intyg och kallelser. Patienten undrar varför det dröjer med besked och försöker utröna vad som hänt. Man vänder sig till Patientnämnden antingen för att få en förklaring till varför till exempel remissen inte skickats eller för att få hjälp att reda ut vad det beror på. Den som drabbas känner sig nonchalant bemött och spekulerar ibland i om det beror på glömska, slarv, hög arbetsbelastning, stress eller dåliga rutiner.

Förklaringen från vårdgivaren kan vara att till exempel remissen inte har blivit skriven av läkaren av någon anledning, 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 anledningar inte tillämpat befintliga rutiner, ibland är det rutinerna som behöver ses över

Att tiden går medför ofta att patienten oroar sig för sin hälsa och det kan även innebära en risk för patienten om till exempel en nödvändig uppföljning eller behandling försenas.

En väl fungerande bevakning av remisser och provsvar är angeläget ur patientsäkerhetssynpunkt, vilket Patientnämnden haft anledning att påpeka i ärenden under året. Nämnden har i dylika fall hänvisat till Socialstyrelsens nya föreskrift SOSFS 2004:11 om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården. Föreskriften tydliggör verksamhetschefens ansvar för att fastställa rutiner för hantering av utgående remisser och inkommande svar.

Klagomålen på övrig administration är varierande

Under denna rubrik redovisas olika typer av klagomål av administrativ och organisatorisk karaktär, som var för sig inte är så omfattande. Men tillsammans förekommer 93 sådana ärenden (39 procent), vilket är en liten ökning jämfört med 2003. Bland dessa ärenden återfinns ett 10-tal fall av borttappade eller förkomna föremål som nycklar, körkort, recept, blodprov, pengar och legitimation. Nästan lika många anmälningar rör administration och telefonservice på vårdcentral. Därtill kommer sex klagomål på tidsbokningssystemet vid vårdcentral. Fem ärenden handlar om att patienten inte fick ett inbetalningskort på vårdcentralen när kontanter saknades. Fem andra ärenden avser att inte ha fått besked och svar på frågor av olika slag som utlovats, till exempel om ny husläkare. Ytterligare fem ärenden gäller misstag kring tidsbokning som inte noterats och liknande.

Några ärenden handlar om förväxling av personer i kallelse, kvitto och journal. Andra hade synpunkter på problem i samband med högkostnadskort samt krångliga regler för att få hjälpmedel. I tre ärenden framförs klagomål på att kassaservice saknas vid en röntgenavdelning. Här följer ytterligare exempel på problem av administrativ karaktär:

- Fick ej kvitto som önskades
- Fick recept av okänd läkare
- Blöjor hemsända trots återbud
- Vårdcentralen stängd för utbildning
- Remitterades till semesterstängd specialistmottagning
- Försenad förhandsprövning
- Problem att vårdcentral flyttats geografiskt
- Missnöje med nedläggning av vårdcentral

Primärvården har flest anmälningar av administrativ karaktär

Det är främst primärvården, liksom åren dessförinnan, som ådrar sig synpunkter på administrationen, med totalt 98 ärenden. Det är en ökning jämfört med 2003 med 25 ärenden. Ortopedi, kirurgi, internmedicin och psykiatri har cirka 15 anmälningar vardera, vilket är ungefär samma nivå som året dessförinnan. 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 till exempel gällande regler, och inget problem eller klagomål framförs, registreras ärendet under denna rubrik.

541 rådgivnings-, informations- och hänvisningsärenden förekom under året, vilket utgör 11 procent av den totala mängden ärenden. Det är en ökning med 106 ärenden jämfört med år 2003. Ärendena delas upp i undergrupperna ekonomi, juridik, utom SLL samt övriga frågor. 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 som inkommit under året beskrivs nedan:

- Hur länge sparas journaler
- Frågor kring vård av ungdomar
- Delegering av sjukvårdsuppgifter
- Frågor inför utskrivning av anhörig
- Byte av husläkare
- Vård utomlands
- Rätten till sjukresa
- Samtalsgrupper för anhöriga
- Frågor om högkostnadskort
- Ekonomisk hjälp till tandvård
- Frågor om beslut enligt SOL och LSS

ÄRENDEN PER VERKSAMHET

Primärvård

Antalet primärvårdsärenden under året uppgår till 1 463, vilket är 205 fler än föregående år. Andelen är 28 procent av det totala antalet ärenden och primärvården är därmed den verksamhet som har flest anmälningar. Siffrorna bekräftar trenden med en årlig ökning av klagomål och synpunkter på primärvården. Dessa ska dock ställas i relation till att även produktionen har ökat 2004. Under år 2003 gjordes ca 3,8 miljoner besök totalt i primärvården, varav 2,5 miljoner var läkarbesök. År 2004 var motsvarande siffror ca 4, 2 miljoner totalt, varav ca 2,7 var läkarbesök. Sett till den stora mängd vård som produceras kan det konstateras att en mycket liten andel av vårdkontaktarna har föranlett en anmälan till Patientnämnden.

Till primärvård hänförs all verksamhet vid vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, rehabiliteringsenheter, barnvårdscentraler, mödravårdscentraler, husläkarmottagningar, jourmottagningar och jourläkartjänster för akuta hembesök. Även läkarinsatser vid äldreboende utförs ofta av primärvården. Verksamheterna drivs antingen av Stockholms Läns Sjukvårdsområde eller av privata företag med vårdavtal med landstinget.

Antal primärvårdsärenden samt deras fördelning på problemområden 2003 och 2004

<i>Problemområde</i>	<i>Antal år 2004</i>	<i>% 2004</i>	<i>Antal år 2003</i>
Behandling	407	28	378
Tillgänglighet	327	22	259
Bemötande	257	18	283
Juridik	198	14	139
Ekonomi	105	7	84
Administration	98	7	74
Rådgivn/hänvisn	34	2	19
Information	20	1	17
Samverkan	11	1	3
Omvårdnad	6	1	2
Totalt	1 463	100	1 258

Främst handlar primärvårdsärendena om missnöje med behandling, tillgänglighet och bemötande. Juridik kommer på fjärde plats medan problem angående ekonomi och administration förekommer i något mindre utsträckning. Klagomålen på information, samverkan och omvårdnad är få. Alla problemområden har ökat mer eller mindre utom bemötande som har minskat med 26 ärenden. Tillgänglighet och juridik har ökat mest med 68 respektive 59 ärenden. Behandling, administration och ekonomi har ökat med 29, 25 respektive 21 ärenden. Övriga problemområden har ökat obetydligt. Förändringarna rör sig om 2 - 4 procentandelar för problemområden med de största förändringarna jämfört med 2003.

Av de inkomna klagomålen/synpunkterna kan 1 179 kan härröras till en specifik enhet. Resten av synpunkterna rör primärvården rent allmänt. 180 olika vårdcentraler eller verksamheter är berörda. Ärendemängden per verksamhet varierar från ett klagomål till som mest 39 på en och

samma vårdcentral. En övervägande del av verksamheterna har mellan ett och fem klagomål. Över tjugo klagomål är det sju verksamheter som har. En viss samstämmighet råder mellan antalet klagomål och verksamhetens omfattning räknat i antal besök, men av statistiken framgår även att många av de största vårdcentralerna har få ärenden. Exempel finns också på motsatsen, dvs. att små enheter har förhållandevis många klagomål.

Nya remissregler

Från och med 1:a april infördes i landstinget krav på remiss från husläkare för sjukgymnastik efter 8 behandlingar och från första maj även för besök hos öron, -näs- och halsläkare och hudläkare. Patientnämnden har märkt av denna förändring och har, under det dryga halvår som gått efter att beslutet börjat gälla, tagit emot ett femtiotal synpunkter/klagomål på införandet av remisstvång. Cirka hälften av dessa har vänt sig mot det politiska beslutet rent allmänt och har inga klagomål på en specifik vårdcentral eller specialistmottagning. Man har synpunkter på att systemet gjort det mycket krångligare och dyrare att få träffa en specialist eller att få fortsätta sin behandling hos sjukgymnasten. Många har känt sig ifrågasatta av sin husläkare när de bett om en remiss. Behandlingar har fördröjts i och med att man först fått vänta, ibland veckor, på att få komma till sin husläkare och sedan har ytterligare tid förflutit innan man fått en tid hos specialistläkaren.

Tillgänglighetsproblemen har ökat i primärvården. Det finns skäl att anta att de nya remissreglerna delvis bidragit till detta.

Exempel:

- 78-årig kvinna hade en vaxpropp i örat. Då man på vårdcentralen misslyckades med att avlägsna vaxproppen bad hon om en remiss till specialist. Först fyra veckor efter besöket på vårdcentralen skrevs remissen till öron, -näs- och halsläkaren.

Behandling

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, 196 ärenden, vilket är 30 fler än föregående år. Att man blivit nekad remiss, oftast till specialistläkare, klagar 57 personer över. Denna siffra var föregående år 46. Ökningen härvidlag har koppling till de nya remissreglerna. 55 klagomål rör missnöje med medicinering, vilket är ett mindre än förra året. På fjärde plats kommer missnöje med att man inte fått begärt intyg eller att intyget enligt anmälnaren varit ofullständigt eller felaktigt. 50 klagomål framförs över detta jämfört med 32 år 2003. De flesta frågorna handlar om intyg till Försäkringskassan och att läkaren inte vill sjukskriva eller förlänga en sjukskrivning. Ett problem som några upplevt är att den ordinarie läkaren sjukskrivit tidigare, men en tillfällig vikarie har inte gjort samma bedömning och vägrat fortsätta sjukskrivningen. 36 personer anser att de fått fel diagnos eller ingen diagnos alls, vilket är 22 klagomål färre jämfört med fjolårets siffror. Komplikationer efter behandling samt att fel eller att inga prover togs har liksom tidigare år föranlett få anmälningar när det gäller primärvård.

Exempel:

- En man som behövde sjukintyg bollades mellan sin vårdcentral och en smärtmottagning. Han vände sig till Patientnämnden för att få hjälp. Specialistläkaren ansåg sig ej kunna ut-

tala sig om mannens arbetsförmåga, däremot hans smärtproblematik och diagnos. Distriktsläkarens uppfattning var att intyget bäst utfärdades av behandlande läkare. Det begärda intyget skrevs till slut av distriktsläkaren

- En man med det blodförtunnande medlet Waran hade vid kontroll ett lägre värde än vanligt. Han meddelades per telefon av en sjuksköterska att han skulle dubbla dosen under två veckor. Mannen fann detta märkligt och sökte upp vårdcentralen. Läkaren halverade i stället dosen. Vid samtal med läkaren upplevde mannen att händelsen bagatelliserades. Verksamhetschefen uttalade i yttrande att man vid vårdcentralen har bra och välfungerande rutiner för Warankontroll och ordination. I det aktuella fallet hade dock en felskrivning skett, vilket självklart inte får förekomma. Misstaget har uppmärksamrats och man kommer att göra vad man kan för att undvika framtida misstag.

Tillgänglighet

Tillgänglighet är det näst största problemområdet i primärvården och antalet ärenden har ökat för fjärde året i rad och uppgår till 327. Störst är problemet med att få vänta på en läkartid inklusive att av olika anledningar nekas besökstid med 155 ärenden. Telefontillgängligheten tycks fortfarande vara mycket svårt att komma tillrätta med, och befolkningen har på många håll påtagliga svårigheter att få kontakt med sin vårdcentral. 139 personer har klagat över detta, vilket är 33 fler än föregående år. Det gäller dels att komma fram på telefonen för att få boka en läkartid, dels att komma i direktkontakt med husläkaren.

Ett antal ärenden handlar om personer, som efter att förgäves ha försökt ringa, gått upp till mottagningen för att boka en tid och fått besked om att detta inte går, utan man har blivit uppmanad att gå hem och ringa. Patientnämnden har i olika sammanhang tagit upp det orimliga i detta förfarande. Det är därför glädjande att det nu i basåtagandet för primärvården särskilt angetts att tid ska kunna bokas direkt vid personligt besök.

Exempel:

- En man har under en månads tid tre till fyra gånger i veckan försökt få kontakt med sin husläkare på dennes telefontid. Första kvarten tutar det upptaget, därefter lämnar en röst besked om att telefonkön är full.
- En kvinna har förgäves försökt nå sin husläkare per telefon. Hon har röntgat ett knä och blev uppmanad att ringa för besked om röntgen efter en vecka. Hon har även besökt vårdcentralen tre gånger utan att få kontakt. Sjuksköterskorna skulle lägga in lappar till doktorn för att han skulle ringa upp, vilket inte har skett.

Av alla ärenden om tillgänglighet är klagomålen på lång väntetid och möjlighet att få komma till läkarbesök störst och har ökat, från 125 till 155 ärenden. Det kan konstateras att många mottagningar har svårt att leva upp till besöksgarantin, som stipulerar att man ska få tid hos en husläkare inom åtta dagar. Många har känt sig lurade av den information som givits av landstinget via Vårdguiden, då man uppfattat garantin som en absolut rättighet. Efter det att man i Vårdguidens text infört att alla mottagningar har svårt att uppfylla besöksgarantin, har denna typ av klagomål minskat.

Under delproblemet lång väntetid återfinns 66 ärenden som handlar om att man av olika skäl blivit nekad att komma på besök på vårdcentralen eller den jourmottagning man kontaktat. Ett

skäl till att man nekats komma på besök är att jourtiderna varit fullbokade, men det har även hänt att man nekats akutbesök på grund av att man inte tillhört vårdcentralens upptagningsområde. Ett sådant besked är felaktigt, då det till valfrihetens grundregler hör att patienter med akuta vårdbehov ska tas emot oavsett var de bor eller är listade. Fem ärenden handlar om eller att man inte fått hembesök av läkare eller distriktssköterska. Dessa fall har rört personer som haft svårt att ta sig till vårdcentralen på egen hand.

Exempel:

- Son ringer angående 90 årig far som har hemsjukvård och hemtjänst. Fadern har fått urinvägsinfektion och feber och sonen har ringt vårdcentralen och bitt om hembesök av läkare, men blivit nekad detta. Vid nämndens kontakt med vårdcentralen framkommer att man inte bedömt det som medicinskt motiverat med ett hembesök, utan man har erbjudit mannen att komma till vårdcentralen. Detta är enligt sonen omöjligt utan han beställer en ambulans och tar in fadern till akutsjukhus.
- Äldre kvinna skrevs nyligen ut från geriatrisk klinik. I ett behandlingsmeddelande skrev läkaren att distriktssköterskan skulle komma hem och kontrollera kvinnans blodtryck. Distriktssköterskan nekar detta och säger att kvinnan får komma till vårdcentralen. Enligt dotterdottern orkar hon inte ta sig dit. Har ansökt om färdtjänst, men ännu inte fått det.

Bristande läkarkontinuitet klagar 26 personer över. En person uppger att hon vid åtta läkarbesök, som inte var akuta, fått träffa sex olika läkare på vårdcentralen.

Bemötande

Anmälningar om bristande bemötande har minskat från 283 till 257, vilket naturligtvis är glädjande att konstatera. När det gäller frågor om bemötande rör de allra flesta klagomålen, 221 stycken, ovänligt eller nonchalant bemötande samt brist på empati. Övriga klagomål handlar om att man blivit slussad runt i vården eller att man inte blivit lyssnad till. En hel del av bemötandeärendena rör annan vårdpersonal än läkare.

Exempel:

- Kvinna som behövde få recept förnyade, men vars specialistläkare hade semester, vände sig till sin husläkarmottagning för att höra om hon kunde få en läkartid för att få medicinen utskriven. Mottagningssköterskan bemötte henne mycket avvisande och förklarade att kvinnan fick skylla sig själv som inte i tid sett till att hon haft nog med mediciner. Kvinnan nekades hjälp. I yttrande beklagade verksamhetschefen det inträffade.
- 83-årig kvinna med värkande höfter sökte sin vårdcentral. Röntgen hade visat på förändringar och kvinnan haltade svårt. Läkaren sade åt henne att banta och att gå mycket. Röntgenresultatet hade ingen betydelse. Besöket var över på några minuter. Kvinnan kände sig mycket nonchalant behandlad. Verksamhetschefen vid vårdcentralen delade uppfattningen att kvinnan blivit illa bemött. Dessutom fick hon ej korrekt information om röntgenresultatet. Hon erbjöds en ny tid hos annan läkare.

Juridik

Hälften av de juridiska ärendena handlar om *valfrihet*. Under året har 96 anmälningar rört rätten att välja husläkare och eller vårdcentral i primärvården. Valfrihetsärendena har ökat med 40 eller med 71 procent jämfört med 2003. Man nekats listning på annan vårdcentral eller läkare än den man geografiskt tillhör på grund av att den önskade vårdcentralen/läkaren inte kunnat ta emot fler patienter. Många blir besvikna då de nekats att få välja eller byta läkare eftersom man i information från landstinget förespeglats denna rättighet. Flera vårdcentraler har skapat regler om geografisk tillhörighet, som inte överensstämmer med gällande regelverk, såsom att man till exempel blir tilldelad en läkare utifrån vilken adress man bor på. Många som vände sig till Patientnämnden var mycket besvikna över att valfriheten inte fungerar i praktiken

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. Se även om valfrihet på sidan 21.

Under juridik läggs också frågor som rör rätten att få ta del av sin journal. 70 sådana ärenden förekom inom primärvården. 19 fall rör sekretess och tystnadsplikt och 13 övriga juridiska spörsmål.

Ekonomi

Ekonomiska spörsmål tas upp i 105 anmälningar. Frågor om kostnader för laboratoriebesök, röntgen, hjälpmedel och inkontinensprodukter är vanligt förekommande liksom frågor om kostnader för olika former av intyg. Nämnden har även behandlat ärenden där personer nekats vård på grund av att man inte kunnat betala, liksom ärenden där man debiterats för att man uteblivit från bokad besök, trots att återbud lämnats i god tid. I dylika fall har nämnden förklarat vilka regler som gäller och, om det varit uppenbart att något fel begåtts, medverkat till att patienten återbetalats. I vissa fall har anmälaren ställt krav på ersättning på grund av att man ansett sig felaktigt behandlad. Om det har bedömts som relevant har anmälaren rekommenderats att göra en anmälan till Patientförsäkringen.

Administration

Klagomål som rör administration har ökat från 74 år 2003 till 98 år 2004. Brister i hantering av remisser svarar för 32 av anmälningarna medan 22 anmälningar rör problem med provsvar och intyg. En väl fungerande bevakning av remisser och provsvar är angeläget ur patientsäkerhetssynpunkt, vilket Patientnämnden haft anledning att påpeka i ärenden under året. Nämnden har i dylika fall hänvisat till Socialstyrelsens nya föreskrift SOSFS 2004:11 om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården. Föreskriften tydliggör verksamhetschefens ansvar för att fastställa rutiner för hantering av utgående remisser och inkommande svar.

Brister i övrig administration som till exempel telefonsystemet, telefonservice, turordning i väntrum, felbokningar, att inte få inbetalningskort när kontanter saknades och att patienten ej fått återbud vid läkares sjukdom m m handlar 43 anmälningar om. Felbokningar har kanske inte lika allvarliga konsekvenser som brister i remiss- och provsvarshantering, men kan förorsaka betydande olägenheter för den enskilde.

Exempel:

- En kvinna hade sedan en månad en bokad läkartid på sin vårdcentral. När hon på avsedd tid anmälde sig i kassan fick hon besked om att läkaren var sjukskriven. Hon hade inte blivit underrättad om detta. Ingen annan läkare hade möjlighet att ta emot henne. Hon fick en ny tid fyra dagar senare och tog åter ledigt från sitt arbete och infann sig för andra gången. Nu fick hon besked om att alla läkare var på kurs och att man bokade om henne till en tid om tre veckor. Inte heller detta hade meddelats henne. Vårdcentralschefen svarade i yttrande att vårdcentralen inte haft fungerande rutiner kring avbokningar. Ärendet behandlades som ett principärende, varvid nämnden delade verksamhetschefens uppfattning och förutsatte att rutiner utarbetats. Nämnden begärde in en skriftlig återföring angående vidtagna åtgärder.

Psykiatrisk vård samt habilitering

Psykiatrisk vård innefattar allmänpsykiatri, beroendevård och barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det totala antalet ärenden som rör den psykiatriska vården år 2004 uppgick till 649 – vilket är 13 procent av alla anmälningar till Patientnämnden. Det är en ökning med 37 ärenden jämfört med 2003. Andelen ärenden som rör den psykiatriska vården har varit 12-13 de senaste åren.

Antal ärenden angående psykiatrisk vård respektive år 2003–2004 (allmänpsyk, beroendevård och BUP) fördelade på problemområden

<i>Problemområden</i>	<i>2003</i>		<i>2004</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>	<i>Antal</i>	<i>Andel</i>
Behandling	278	46	276	43
Bemötande	120	20	103	16
Juridik	114	19	149	23
Övriga problemområden	100	16	121	19
S:a	612	100	649	100

Vanligast är klagomål på behandling, vilka utgör 43 procent av alla psykiatriärenden. Problem med bemötande och juridiska frågor svarar för 16 respektive 23 procent. Övriga klagomål – angående tillgänglighet, samverkan, ekonomi/avgifter med flera – utgör tillsammans 19 procent. Observera att ärendena registreras/dokumenteras utifrån anmälarens perspektiv.

Jämfört med år 2003 har antalet ärenden avseende juridik och övriga problemområden, (särskilt rådgivning/information/hänvisning) ökat, medan antalet ärenden angående bemötande minskat. Respektive andelar har förändrats i samma riktningar. I stora drag ter sig den statistiska bilden för 2003 och 2004 likartad.

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 (174 ärenden av 278 – ungefär

samma antal och andel som 2003). Det rör sig alltså sällan om direkta felbehandlingar, utan problemet är att patient och vårdgivare många gånger har *svårt att bli överens* om vad som är lämplig/bästa behandling. Många saknar en bra dialog om sin behandling. Det kan uppstå tvister. Man erbjuds till exempel enbart farmakologisk behandling men önskar någon form av psykologisk behandling, kognitiv terapi. Och det förekommer att patienter/anhöriga uppfattar att de nekas erforderlig behandling av ekonomiska skäl – främst beträffande olika former av psykoterapi samt vård på behandlingshem.

43 ärenden handlar specifikt om problem med medicinering, till exempel att man anser att man fått bristfällig information om biverkningar, att ingen lyssnar när man berättar om biverkningar, dålig uppföljning. I flera fall nekas man den medicin man önskar få. Det kan gälla lugnande medicin med risk för beroende.

I återkommande fall efterlyser, liksom tidigare år, såväl patienter som anhöriga tydliga och väldokumenterade *vårdplaner* – med diagnos, insatser/åtgärder och målsättning med behandlingen. Man är osäker på hur behandlaren tänker och på om behandlingen leder någonstans. På beställarsidan är man angelägen om att patienter inom psykiatrisk vård skall ha en vårdplan. Landstingsstyrelsen godkände vid sitt sammanträde den 25 oktober Hälso- och sjukvårdsutskottets förslag till enhetliga avtal för allmänpsykiatri i Stockholms läns landsting. I avsnittet 3.3 *Patientfokuserad hälso- och sjukvård* i förslaget till avtalstext står: ”En skriftlig vårdplan skall upprättas inom rimlig tid om fortsatt behandling planeras, vilket innebär under de fyra första öppenvårdsbesöken eller inom de två till fyra första dagarna vid inläggning i slutenvård.” I en fotnot anges: ”Planen upprättas tillsammans med patienten, och i förekommande fall med närstående. I planen definieras ansvariga personer, insatser och mål för insatserna. Planen skall följas upp och vid behov omprövas.” Den nu godkända avtalstexten ingår redan (feb 2005) i förnyade avtal/vårdöverenskommelser.

Patientnämnden avser att under en period 2005, notera hur många av dem som kontaktar Patientnämnden med klagomål/synpunkter på en pågående behandlingskontakt inom den psykiatriska verksamheten, som har vårdplan enligt avtalstexten.

Tre exempel på ärenden som rör problemområdet behandling:

- En kvinna har svårigheter med att få en kontinuerlig psykoterapeutisk kontakt inom den psykiatriska vården. Olyckligtvis har två behandlare som kvinnan haft förtroende för bytt arbetsplats. Den nuvarande behandlaren har kvinnan inget förtroende för – någon terapeutisk allians tycks inte ha gått att upprätta. Kvinnan önskar få gå till en privat psykoterapeut. Sedan handläggare på Patientnämnden uppmärksammat ansvarig inom berörd verksamhet på problemet, erhåller kvinnan psykoterapi med högkostnadsskydd hos privatpraktiserande psykoterapeut, då man anser den psykiatriska mottagningen inte har den kompetens som kvinnan är i behov av.
- En man är missnöjd med den behandling han fått vid psykiatriska mottagningen. Han har haft kontakt med mottagningen i två år utan att någon förbättring inträtt, enligt hans uppfattning. Vid flera tillfällen i samband med förlängning av sjukskrivning har mannen dessutom fått intygen för sent. Han har också haft problem med att få till stånd en fungerande vårdplanering. Mannen har ett personligt ombud. Patientnämnden uppmärksammar vårdgivaren på problemet. Så småningom kunde han remitteras till en annan psykiatrisk mottagning där han nu anser sig fått en väl fungerande behandlingskontakt.

- En kvinna tog sig till psykiatrisk akutmottagning för att erhålla kvalificerad hjälp. Efter ett givande samtal med sjuksköterska fick hon träffa en ung kvinnlig läkare. Kvinnan upplevde det generande att sitta och bli intervjuad på ett barnsligt och okvalificerat sätt och ville inte betala för någonting som bara gjorde henne besviken och inte hjälpt. Läkaren gjorde inte något direkt fel men kvinnan anser att det skulle ha känts bättre att tala med en äldre och mognare person. Hon avböjde fortsatt kontakt med psykiatrin. I ett yttrande beklagar verksamhetsansvarig att kvinnan inte fått den hjälp hon önskade. Enligt journalanteckning blev kvinnan erbjuden såväl inläggning som kontakt med psykiatrisk mottagning. Förmodligen rimmade inte kvinnans förväntningar på en psykiatrisk akutmottagning med dess uppdrag och funktion. Det bästa hade kanske varit om hon hade tagit upp sitt problem med sin husläkare eller kontaktat psykiatrisk mottagning för tidsbeställning/egenanmälan.

Bemötande

Klagomål på bemötande, 103 stycken, handlar mestadels om att patienten anser sig ha blivit kränkt och/eller nonchalerad.

Ett par exempel:

- En kvinna är mycket kritisk till sin ”ordinarie” psykiater som hon anser vara ifrågasättande och oempatisk. Detta till skillnad från de i hennes ögon professionella och respektfulla läkare som hon mött när hon vid flera tillfällen sökt hjälp på psykiatrisk akutmottagning. Både kvinnans make och Patientnämnden gjorde ansvarig vid den aktuella kliniken uppmärksam på problemet. Kvinnan fick senare byta läkare.
- En kvinna anmälde att personalen på vårdavdelningen hade brukat våld mot henne i onödan. Kvinnan hade varit upprörd och aggressiv, men istället för att ge henne utrymme att ge ord på och förklara sin frustration, användes våld som hon fick blåmärken av. Handläggare på Patientnämnden kontaktade avdelningens chef och framförde kvinnans perspektiv på händelsen. Chefen och berörd personal pratade igenom det som hänt tillsammans med kvinnan och personalen framförde därvid en ursäkt till henne. Chefen arrangerade även ett utbildningstillfälle med vårdavdelningens personal om hur man bäst bemöter en patient som blir aggressiv.

Juridik

Många kontaktar Patientnämnden för att få hjälp med att ta del av sin journal eller för att de är missnöjda med vad som står i den (44 av 149 ärenden). Många har problem med tillämpningen av valfrihetsreglerna (37 av 149) – ofta för att vårdgivaren inte känner till reglerna eller för att det är en krånglig procedur att byta sektorsklinik. Fortfarande finns det ingen information på www.vardguiden.se om vilka sektorskliniker man kan välja mellan, inte heller hur ett byte går till rent praktiskt. Klagomål på tvångsvård liksom på tillämpningen av sekretess/tystnadsplikt – både att den bryts och att den följs – kommer på delad 3:e plats.

Samverkan

Problem som rör samverkan mellan vårdgivare utgör en liten andel av anmälningarna. Likväl kan konstateras att det förekommer en oklar ansvarsfördelning mellan *primärvård och psykiatri* vad gäller personer med ”medelsvåra” eller ”lätta” psykiska besvär. Deras lidande kan

vara stort och även funktionsnedsättande. Deras tillstånd torde kräva kvalificerad behandling. Tidigare fanns kompetensen och uppdraget inom psykiatrin. Numera är inriktningen den att primärvården skall ansvara för deras behandling. Och på många håll har primärvården utvecklat sin kompetens. Men alltför ofta förekommer bolland.

Vad gäller samverkan mellan *psykiatri och beroendevård*, förekommer det att personer med komplexa vårdbehov blir bolland.

De få anmälningar som rör samverkan mellan *psykiatri och socialtjänst*, handlar oftast om problem med delat betalningsansvar för placering på externt behandlingshem. Anmälaren är som regel anhörig och/eller god man.

Tillgänglighet

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 till och med äventyra sin sjukpenning. Varför har man inte som rutin att boka in patienten för besök eller telefonkontakt innan intyget går ut?

Rådgivning och information

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

Anhörigas perspektiv

Av de som kontaktar Patientnämnden i ärenden som rör psykiatrisk vård, är ca 31 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 blir lyssnade till, inte engageras i vårdplaneringen. Andra är missnöjda med att patienten inte får erforderlig behandling – eller att den kommer till stånd först efter utdragna påstötningar från de anhöriga. De kan då undra vad patienten skulle ha fått för vård om inte anhöriga hade framfört krav.

Personliga ombud

Patientnämnden har ett bra samarbete med de personliga ombuden i kommuner och stadsdelar i Stockholms län. De kan be Patientnämnden om råd och information och från Patientnämndens sida kan vi föreslå personer som tillhör målgruppen av psykiskt funktionshindrade, att ta kontakt med personligt ombud.

Barn- och ungdomspsykiatri

41 ärenden avser barn- och ungdomspsykiatrin (34 år 2003). Specifikt bland BUP-ärendena är problem med tillgängligt vad gäller neuropsykiatriska utredningar (väntetiderna för vuxna är också långa, men ärendena hos Patientnämnden är jämförelsevis färre).

Beroendevård

35 ärenden avser beroendevården (29 ärenden 2003). Fortfarande förekommer klagomål på bemötandet inom *metadon-programmet*, man anser att det är onödigt repressivt.

Löpande kontakter med Beställarkontor Vård och Socialstyrelsens tillsynsenhet

Patientnämndens handläggare av psykiatriärenden har under året 2004 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. Två sammanträden har också ägt rum med den grupp som handlägger psykiatriärenden på Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Stockholm

Habilitering

Endast 5 ärenden under år 2004 rörde habilitering: problemområde behandling (2 st), bemötande (2 st) och rådgivning/information/hänvisning (1 st).

Akutsjukhus

Under 2004 mottog nämnden 1 167 ärenden avseende vård vid akutsjukhus, vilket innebär en liten minskning med 17 ärenden jämfört med 2003. Av nämndens totala antal ärenden har andelen som berör akutsjukhusen minskat något, från 24 till 23 procent.

Problem med behandling är som tidigare ojämförligt mest frekventa, 45 procent. (Genomsnittet av alla anmälningar angående behandling ligger på 30 procent.) Därefter följer bemötande med 13 procent, tillgänglighet med 12 och juridik med 9 procent. Ekonomi och administration utgör 8 respektive 6 procent av alla ärenden angående akutsjukvården. Detta innebär endast små skillnader jämfört med 2003.

Behandling

521 ärenden avser behandling. I 60 procent av dessa är man missnöjd med den behandling man fått, eller inte fått trots att man tycker att man borde. I 18 procent av fallen rör synpunkterna komplikationer efter behandling. 12 procent avser utebliven, ingen eller felaktig diagnos.

En del ärenden avser patienter med kraftiga smärtor som fått sin behandling fördröjd då man, på grund av att symptomen till en början inte var helt typiska, haft problem med att ställa korrekt diagnos. Det kan röra sig till exempel om patienter med buksmärter som initialt inte kunnat diagnosticeras korrekt, men där det i ett senare skede visat sig vara en inflammerad blindtarm. I andra fall har frakturer bedömts som stukningar. När smärtan inte avtagit inom rimlig tid har man röntgat och först då funnit frakturen. Det har även förekommit att hjärt- eller lungproblematik initialt bedömts som revbensskador.

Bemötande

147 ärenden avser bemötande, till övervägande delen ovänligt/nonchalant bemötande eller brist på empati från vårdpersonal.

Exempel:

- I ett fall remitterades en 60-årig kvinna vid ett besök på en akutmottagning till fortsatt utredning av sina höft- och ryggsjukdomar vid sjukhusets ortopediska klinik. När hon efter

flera månaders väntan fick träffa en läkare där gjordes ingen undersökning. Efter fem minuter avfärdades hon med att det var semestertid och att inget kunde göras mitt i sommaren. Hon borde i stället gå ut i solen. När berörd läkare tagit del av kvinnans skrivelse till nämnden bad han om ursäkt och beklagade att kvinnan inte var nöjd med besöket. Han hade före besöket genom journalen satt sig in i kvinnans problematik. Vid besöket diskuterades fortsatt behandling men då han bedömde kvinnans besvär som ganska måttliga och operationsmöjligheterna små under sommaren önskade han avvakta med beslut om fortsatt behandling.

- I ett annat fall hade en drygt 30-årig man opererats efter en olycka där han bröt benet. Vid flera tillfällen blev han otrevligt bemött av personalen. Han hade opererats på kvällen och följande morgon uppmanades han gå upp och duscha. Då han fortfarande hade mycket ont ville han vänta på sin fru som kunde hjälpa honom. Detta accepterades dock inte av personalen som tvingade honom att duscha själv. När hans mobiltelefon, som han inte informerats om att den skulle vara avstängd, ringde tilläts han inte svara utan blev bryskt tillsagd att stänga av den. När han bad om smärtlindring fick han vänta länge och blev snorkigt bemött när han påminde. Efter utskrivningen upptäckte han att droppnålen satt kvar. Eftersom ingen personal stod att upptäcka någonstans på avdelningen tog hans fru, som är undersköterska, bort nålen.

Tillgänglighet

144 ärenden avser tillgänglighet. Av dessa utgör 100 ärenden eller 69 procent lång väntetid för besök och behandlingar samt nekad besökstid. 16 ärenden, 11 procent, avser inställda operationer, vilket är en ökning jämfört med 2003, då nämnden behandlade tre sådana ärenden. 10 ärenden handlar om problem med telefontillgänglighet.

En vanlig typ av ärende rörande lång väntetid utgörs av en sjukskriven samt väl utredd och diagnosticerad patient i yrkesverksam ålder och med behov av att genomgå en ortopedisk operation som sannolikt kommer att leda till att patienten kan återgå till sitt tidigare arbete. Under dessa omständigheter finner patienten det orimligt att vänta på sin operation i många månader.

Ekonomi

88 ärenden avser ekonomiska frågor. Ungefär två tredjedelar avser ersättningskrav och en tredjedel avgiftsfrågor. Vanliga ersättningskrav handlar om att man vill ha kompensation för uteblivet behandlingsresultat.

Juridik

100 ärenden är av juridisk karaktär, varav 66 procent rör journalfrågor av olika slag, till exempel att man inte fått begärda journalkopior eller önskar göra ändringar eller ta bort delar av journal som man anser felaktiga. 14 procent av juridikärendena avser valfrihetsfrågor.

Administration

66 ärenden avser administrativa brister. Av dessa berör 30 procent brister i hantering av remisser, 18 procent rör intyg, 15 procent provsvar och 24 procent handlar om övrig administration.

Exempel:

- En medelålders man skadade sin fot och röntgades på en akutmottagningen. Av okänd orsak lämnade han mottagningen innan röntgensvaret kommit. Mannen informerades därför i brev att han hade flera frakturer och ombads återkomma till akutmottagningen för att gipsas. Trots att rätt adress fanns på hans patientbricka skickades brevet till en tidigare adress, varifrån han flyttade 1999. Först efter 1,5 månad nåddes han av informationen. Vid besök på sjukhuset konstaterades då att frakturerna börjat läka ihop bra utan gipsning. Han hade dock haft svåra smärtor under hela perioden. Nämndens utredning visade att korrekt adress användes av röntgenkliniken och fanns på remissvaret. Av skäl som inte gått att fastställa har kliniken trots detta använt en fem år gammal adress när man kontaktade mannen. Händelsen har lett till att journalskrivande sekreterare informerats om att kontrollera adresser i datorn mot folkbokföringen. Likaså uppmanas personal som lämnar information till patienter att kontrollera aktuell adress och telefonnummer.

Information

47 ärenden berör brister i informationen, till exempel att man inte fått någon information alls, att man fått den för sent eller att den varit otillräcklig.

Exempel:

- En medelålders man fick en natt svår yrsel. Enligt sjukvårdsupplysningens råd kom han akut med ambulans till sjukhus 04.30 och lades in på neurologavdelning. Klockan 10.45 gjordes en datortomografi. Efter att mannen och hans fru väntat hela eftermiddagen på röntgen- och provsvar fick de veta att avdelningsläkaren hade mycket att göra, men att han ”var på gång”. Inget hände dock och när paret återigen undrade när doktorn kunde tänkas komma fick de beskedet att han gått hem. Eftersom det var fredag skulle det dröja ända till måndag innan han kom tillbaka. Paret krävde besked och fick senare under kvällen tala med en överläkare. Mannen tycker inte det är människovärdigt att ansvarig läkare går hem utan att informera sin patient och ge viktiga besked. Med sin anmälan önskade han förhindra att något liknande kan hända andra patienter. Av yttrande från berörd läkare framgår att han genom en sjuksköterska meddelat att röntgen var u.a. men av någon anledning fick mannen inte beskedet. Orsaken till att läkaren inte hade något samtal med patient och anhörig var att han var ensam läkare på avdelningen den dagen, som dessutom var en klämfredag. Mannen ansåg inte att det var en godtagbar ursäkt, det förklarade dock det inträffade.

Omvårdnad

Brister i omvårdnad hanteras i 12 ärenden. De flesta avser brister i tillsyn av äldre och/eller förvirrade patienter.

Samverkan

Endast 11 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 för tidig utskrivning, ingen eftervård/rehabilitering. Detta gör att denna typ av ärenden i realiteten är fler.

Rådgivning/information/hänvisning

31 ärenden har registrerats under denna rubrik. Dessa ärenden kan avse allmänna frågor om till exempel regler och rättigheter eller beröra verksamheter utanför landstinget. Inga klagomål framkommer här och därför registreras ärendet inte under något av ovanstående problemområden.

Därtill kommer allmängiltiga synpunkter på akutsjukvård som inte hänförs till något enskilt sjukhus eller då anmälaren inte vill uppge vilket sjukhus som avses. Dessa ärenden har ökat med 60 procent jämfört med 2003, från 70 till 112. De avser huvudsakligen synpunkter på behandling, journalfrågor och avgifter och ingår under respektive rubrik ovan.

Specialiteter som haft flest ärenden under 2002, 2003 och 2004

Specialitet	Antal 2002	Antal 2003	Antal 2004	Andel av akut- sjukvård 2004 %
Ortopedi	188	233	221	21
Internmedicin, alla subspec	155	272	189	18
Kirurgi	146	142	129	12
Gynekologi/ förlossningsvård	93	126	103	10

Inom samtliga fyra specialiteter med flest antal ärenden ses minskningar i antalet jämfört med föregående år. Detta är tydligast för internmedicin, som i det närmaste tredubblades mellan 2001 och 2003, men nu minskat med 30 procent, eller med 83 ärenden, jämfört med 2003.

Därutöver har ordningsföljden bland specialiteterna förändrats jämfört med föregående år, så att ortopedi nu är den specialitet inom akutsjukvården som fått flest klagomål/synpunkter.

Antalet ärenden som berör akutmottagningar uppgår till 116, vilket innebär en minskning med 24 procent jämfört med 2003.

Problemen fördelar sig något olika inom de olika specialiteterna, vilket framgår av tabellen nedan.

Fördelningen av problemområden för de fyra största specialiteterna 2004

Ortopedi		Internmedicin		Kirurgi		Gynekologi	
Problem- område	%	Problem- område	%	Problem- område	%	Problem- område	%
Behandling	50	Behandling	44	Behandling	47	Behandling	62
Tillgänglighet	21	Bemötande	18	Tillgänglighet	10	Bemötande	12
Bemötande	10	Tillgänglighet	11	Administration	9	Ekonomi	8
Ekonomi	7	Administration	6	Juridik	9	Juridik	7

Samtliga specialiteter domineras av problem rörande behandling. Den största andelen behandlingsärenden förekommer inom gynekologi och den största andelen ärenden angående tillgänglighet finns inom ortopedi. För övriga problemområden varierar det något mellan specialiteterna.

Specialistvård utanför akutsjukhus

567 ärenden avser specialistvård utanför akutsjukhusen, vilket utgör 11 procent av nämndens samtliga ärenden. Detta innebär inga nämnvärda skillnader jämfört med 2003 totalt sett. Huvuddelen av verksamheterna drivs i privat regi som enskilda mottagningar och större eller mindre grupp-mottagningar, till exempel privatdrivna kliniker, läkarhus och närsjukhus.

Ärenden per problemområde 2004

<i>Problemområden</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
Behandling	177	31
Ekonomi	94	17
Tillgänglighet	78	14
Bemötande	76	13
Juridik	47	8
Administration	40	7
Information	20	4
Rådgivning/information	27	5

Jämfört med föregående år har ärenden angående främst tillgänglighet ökat med 27 år 2004. En tillgänglighetsaspekt är inställd operation, som har ökat från 3 stycken 2003 till 9 under 2004. Rådgivning, administration, och ekonomi ökade med mellan 19 och 14 ärenden. Den största förändringen är att behandlingsärendena minskat med 37 stycken. Även brister i bemötande minskade med 25 ärenden. Övriga problemområden uppvisar smärre förändringar.

Vid jämförelse med akutsjukvården är andelen ärenden avseende behandling mindre i specialistvården. Det är andelen klagomål på själva behandlingen, som anses felaktig eller har uteblivit, som är mindre jämfört med akutsjukvården. Andelen ekonomiska frågor är däremot större i specialistvården än i akutsjukvården, vilket är särskilt tydligt rörande avgifter. I övrigt ses endast små skillnader.

Fördelningen av ärenden på specialiteter 2004

<i>Specialiteter</i>	<i>%</i>
Ortopedi	21
Ögonsjukdomar	11
Gyn-förlossning	11
Internmedicin	6
Kirurgi	6
Allmänmedicin	4
Psykiatri	1

De största andelarna avser ortopedi, ögonsjukdomar och gynekologi-förlossning, vilket sannolikt beror på att dessa specialiteter är mer vanligt förekommande i den specialistvård som bedrivs utanför än inom akutsjukhusen.

Exempel:

- En knappt 60-årig kvinna opererades för tennisarmbåge. Ganska snart efter operationen fick hon smärtor igen och hennes sjukgymnast konstaterade överrörlighet i armbågen. För att få hjälp vände hon sig till en ortopedspecialist. Läkaren var väldigt raljerande i tonen och när hon räckte fram papper hon hade med sig kastade han tillbaka dem och sa att hon skulle börja jobba istället för att springa hos sjukgymnaster. När kvinnan påtalade att det kan bli fel vid operation gav han med sig och remitterade till ny magnetröntgen. Denna visade kraftig förslitning i armbågen.
- En 84-årig kvinna som remitterats till en privat ortopedmottagning för ställningstagande till operation av förslitna höfter blev mycket bryskt och ovänligt bemött av läkaren. Denne ansåg att hon var för gammal att opereras. Hon fick veta att hon skulle dö på operationsbordet och att han inte var någon mördare. Kvinnan ansåg att hon trots sin ålder var helt frisk förutom sina höftproblem. Av nämndens utredning framgick att läkaren ifråga bedömt att kvinnans besvär skulle opereras men att hennes ålder och övriga status krävde intensivvårdsresurser, varför hon remitterades till ett av de större sjukhusen för fortsatt omhändertagande.

Geriatrisk

Det totala antalet ärenden som rör den geriatriska vården uppgår under året till 55, vilket är 1 procent av alla anmälningar till Patientnämnden. Det är 16 fler ärenden än under 2003. Fem av ärendena rör verksamheter med avancerad sjukvård i hemmet (ASIH eller SAH).

Vanligast är klagomål på behandling, 24 procent av de inkomna ärendena. Omvårdnad och tillgänglighet, med vardera 16 procent, är näst vanligast. Därefter följer juridiska ärenden med 13 procent. Bemötande, samverkan och information står för vardera 7 procent av klagomålen, medan ekonomiska frågor står för 5 och rådgivning/hänvisning för 6 procent.

Anhörigas perspektiv

När det gäller geriatriska patienter är det i ca 95 procent av fallen anhöriga som kontaktar Patientnämnden. Man tycker att vårdtiden varit för kort, att mor eller far är för dålig att skriva ut och man är orolig för hur det ska fungera i hemmet. Flera upplever att informationen är bristfällig, att det är svårt att få till stånd en bra kommunikation med ansvarig läkare och att man inte tar hänsyn till anhörigas synpunkter vid vårdplaneringar.

Behandling

Flest klagomål handlar om att behandling nekats. Man har blivit nekad plats på geriatrisk klinik för rehabilitering, trots att remiss skrivits. Anledningarna till avslag har varit att patienten är dement och kan ej tillgodogöra sig rehabilitering eller patienten är för dålig och i första hand behöver omvårdnad och tillsyn. I två fall har man blivit nekad plats på grund MRSA-infektion och geriatriken har inte ansett sig kunna ge vård enligt de krav som ställs i vårdpro-

grammet. Vad som av anhöriga uppfattats som direkt felaktig medicinsk behandling tas upp i tre av ärendena. T.ex har man vid ett vårdtillfälle inte hållit en mans diabetes under kontroll. I ett fall anser en anhörig att modern skulle få näring via sond istället för dropp.

Omvårdnad

Att omvårdnad är ett relativt stort problemområde inom geriatriken är inte förvånansvärt, då omvårdnaden har en framträdande roll inom geriatrisk vård. Brister i omvårdnad som påtalats är otillräcklig tillsyn som lett till olycksfall, för lite hjälp med personlig hygien och för lite effektiv träning. Två av ärendena har rört vård i livets slutskede.

Exempel:

- En man vårdades på geriatrisk avdelning. På julaftonsförmiddag fick anhöriga via telefon information om att mannens tillstånd försämrats och att läkaren ordinerat dropp och enskilt rum. När de anhöriga kom till sjukhuset några timmar senare var mannen fortfarande kvar på ett rum för fyra, där det var allmänt stökigt. Han hade inte heller fått något dropp. Mannen avled efter några timmar utan att personalen varit inne och tittat till honom eller tagit kontakt med anhöriga. Ingen läkare kom och konstaterade dödsfallet eller talade med de anhöriga, trots att detta utlovats. Nämndens uppfattning var att tillräcklig uppmärksamhet ej ägnats den döende mannen och hans anhöriga. I återföring från berörd klinik uppges att man under det gångna året har gjort ansträngningar för att förbättra den palliativa vården. Inom avdelningen har man inrättat en enhet för palliativ vård med sex vårdplatser i enkelrum. Utbildningsinsatser har givits till den personal som valt att arbeta på enheten.

Tillgänglighet

Under rubriken tillgänglighet återfinns ärenden där platsbrist har uppgivits som orsak till att patienten ej fått geriatrisk vård. I två av fallen rör det sig om att ASIH/SAH ej har kunnat bereda plats. Sex av ärendena är sådana där anhöriga ansett att utskrivningen från geriatriken har skett alldeles för tidigt.

Juridik

De juridiska frågorna handlar om rätten att ta del av en oftast avliden anhörigs journal. Valfriheten det vill säga rätten att välja vilket geriatriskt sjukhus man vill komma till, har aktualiserats i tre ärenden. Patientnämnden har i dessa fall informerat anmälaren om att valfrihetsprincipen även gäller för geriatrisk vård. Nämnden har även informerat vårdpersonal, då det har stått klart att man inte alltid har känt till denna patienträttighet.

Bemötande och information

Bemötandefrågorna handlar om anhörigas upplevelser av kontakten med vårdpersonalen. Personal har uppträtt nonchalant och i något fall riktigt ovänligt. I svar från vården uppges att klagomålen har varit föremål för samtal i personalgruppen om bemötande och etik.

Bristande information tangerar bemötandefrågorna. Man har från vårdens sida inte givit tydlig information vad gäller planerad vård och behandling. I ett fall informerades anhöriga ej om ett

dödsfall, utan fick besked om detta först flera timmar senare, när de kom för att besöka sin far. I ett annat fall avbröts droppbehandling utan att anhöriga informerats om detta.

Samverkan

Fyra ärenden har registrerats rörande bristande vårdplanering vid utskrivning från geriatriken. Ett av dessa redovisas i fördjupningsavsnittet om vårdplanering i avsnittet om problemområdet samverkan.

Tandvård

Under år 2004 har till Patientnämnden inkommit totalt 591 ärenden som rör tandvården. De utgör 12 procent av nämndens totala mängd ärenden. I jämförelse med tidigare år är det en ökning med 34 ärenden, det vill säga med 6 procent.

Antalet ärenden fördelar sig enligt nedan:

Folktandvården Stockholms län AB, 430
 Tandvårdsenheten, 9
 Odontologen KI, 9
 Allmänt tandvård, 93
 Privat tandvård, 24

Allmänt tandvård, innebär klagomål eller 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 Privattandläkarförbundets förtroendekommitté i Stockholm. Nämnden har emellertid skyldighet att ge dessa patienter information och vägledning.

Det dominerande problemområdet när det gäller tandvårdsärenden rör ekonomi med 55 procent, vilket har ökat jämfört med 2003. Behandling och rådgivning/information/hänvisning är de två områden som kommer näst efter ekonomi i storleksordning på vardera 14 procent. Ärenden som rör bemötande inom tandvården har under åren legat på en väldigt låg nivå i jämförelse med andra vårdgrenar. Under detta år kan man dock se en ökning på det dubbla från föregående år och här handlar det om att patienterna känner sig nonchalant bemötta. Bemötandeproblemen utgör 7 procent av tandvårdsärendena.

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 till exempel gällande regler, och inget problem eller klagomål framförs, registreras ärendet under denna rubrik. Det visar på att det är många som vänder sig till nämnden för att få allmän information om vilka regler som gäller och vilka rättigheter patienten har i tandvården vad avser avgifter, utlämning av journal, 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 exempelvis inte gäller om tanden med den nya kronan vid ett senare tillfälle behöver rotfyllas.

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 att patienten ifrågasätter terapin och framförallt den bristande informationen 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:

- En kvinna rotfyllde en tand för några veckor sedan. Nu har det visat sig att tanden frakturerats och att tanden måste ersättas med ett implantat. Tandläkaren berättade att det inte är ovanligt att rotfyllda tänder är mer sköra och kan fraktureras, men skulle hon inte ha informerats om det innan behandlingen påbörjades?
- På grund av brister i tidigare rotfyllning uppstod en infektion. Kvinnan remitterades till specialisttandvården och rotfyllningen reviderades, men prognosen är osäker. Detta har kostat runt 7 000:- och kvinnan undrar om hon ska behöva betala för ett fel som tidigare behandlare åstadkommit?
- En kvinna hade besvär från vänster nederkäke och fick en tid för undersökning. Tandläkaren kunde ej finna något anmärkningsvärt och hon betalade 720:-. Efter en vecka tappade hon en fyllning i nederkäken där hon påtalat sina besvär. Hon fick en tid för lagning men fick dessutom betala för en delundersökning på 115:-. Kvinnan anser att detta är fel och önskar undersökningskostnaden tillbaka.
- En man fick ett kostnadsförslag på 800:- för att ta bort en visdomstand. Efter flera försök lyckades tandläkaren att få ut tanden men rötterna blev kvar. En remiss skickades till tandkirurg och hela ingreppet slutade på en kostnad av 3 620:-. Mannen ifrågasätter om det är rimligt att han ska behöva betala för att de inte klarade av hela ingreppet på plats?

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 om att korrigera debiteringen.

De ekonomiska frågorna rör även avgifter i tandvården. Allmänheten ifrågasätter de höga tandvårdsavgifterna och vill förvissa sig om att debiteringen skett på ett korrekt sätt. Det är även många som hör av sig med frågor om ekonomiskt stöd och delbetalning för att kunna uppsöka tandvården och som har oro för att tandvårdskostnaderna ska skena iväg.

Exempel:

- En kvinna blev remitterad av sin läkare till tandkirurg på grund av en slemhinneförändring inne i kinden. Hon fick betala 1500:- för operationen. Om fläcken hade suttit på utsidan av kinden, hade behandlingen då gått på sjukvårdstaxa? Hon är nu rädd för att få betala alla operationer själv och är osäker på om hon vågar söka vård framöver.

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:

- Fel tand utdragen i samband med tandreglering
- Olika bedömningar gällande manifest karies
- Filfraktur i samband med rotfyllning
- Upptäckte ej retinerade hörntänder

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

Avtal med Sveriges Tandhygienistförening

Ärenden som rör tandvården skiljer sig något mot ärenden som rör hälso- och sjukvården. Nämnden handlägger endast de ärenden som gäller landstingets tandvård utförd av folktandvården och barntandvården oavsett vårdgivare. Vuxentandvård som utförs av privattandvården hänvisas till privattandläkarnas egen förtroendenämnd. Under året har Patientnämnden undertecknat ett avtal med Sveriges Tandhygienistförening gällande en försöksverksamhet som ska pågå under ett år och som innebär att nämnden ska handlägga ärenden som även rör de tandhygienister som arbetar inom den privata tandvården. Det betyder att allmänheten kan vända sig till Patientnämnden i alla ärenden som rör vård utförd av tandhygienister inom både folktandvården och privattandvården. Försöksverksamheten ska senare utvärderas.

Kommunal vård

Under 2004 inkom 95 ärenden angående den kommunala vården, vilket innebär en minskning jämfört med föregående år, då 117 kommunala ärenden registrerades. Det är dock att märka att klagomål på läkaren vid ett boende inte registreras på den kommunala vården. Sådana ärenden rör primärvård eller geriatrik beroende på vilken verksamhet läkaren kommer ifrån. Många frågor berör såväl läkaren som kommunens personal. Vid läkemedelsbehandling ansvarar läkaren för ordination och uppföljning men är beroende av personalens iakttagelser och rapportering. I sådana fall är det en stor fördel att nämnden kan handlägga hela frågan oavsett huvudman. Rena socialtjänstfrågor som beslut om boende eller klagomål på hemtjänst behandlas inte av nämnden. (Se vidare under rubriken rådgivning/information/hänvisning i detta avsnitt.)

De kommunala ärendena utgör drygt 2 procent av den totala ärendemängden. Inom Patientnämndens ansvarsområde ligger kommunal 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.

Antalet kommunala ärenden har minskat för tredje året i rad. Förhoppningsvis beror detta på att klagomål och synpunkter på ett allt bättre sätt hanteras inom kommunernas egen klagomålshantering. Det finns dock skäl att anta att nämndens verksamhet inte är tillräckligt känd hos vårdtagarna och deras anhöriga. Det är angeläget att kommunerna/stadsdelarna på olika sätt informerar de boendes och deras anhöriga om rätten att vända sig till Patientnämnden när man upplever problem med den kommunala hälso- och sjukvården.

Anhörigas perspektiv

Kontakten med Patientnämnden tas nästan uteslutande av närstående eller av god man. Ungefär tre fjärdedelar av klagomålen tas emot per telefon. Ofast 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.

Anhöriga upplever många gånger frustration och oro över sin äldre närståendes situation. De upplever att deras synpunkter inte tas tillvara och att man uppfattas som besvärlig om man framför specifika önskemål. De känner att de besväras och att personalen inte alltid tar tillvara den resurs som anhöriga 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 anhöriga och personalen är naturligtvis av största vikt och underlättas om de anhöriga så långt möjligt involveras i planeringen av vården.

Man efterlyser mer information och bättre kommunikation med ansvariga sjuksköterskor och med läkaren på boendet. Vid genomgång av anmälningarna kan man se att klagomålen ibland bottenar i att de anhöriga inte fått adekvat information om den närståendes hälsotillstånd och vad som är möjligt att göra. Det kan innebära att den anhöriga har orealistiska förväntningar på t.ex aktiviteter och rehabilitering. Vid vård i livets slutskede förekommer det att anhöriga har en annan syn på behandlingen t.ex om dropp ska ges eller ej. Här krävs att personal och läkare lyssnar på de anhöriga, men att man är tydlig med information om att man gör vad det som bedöms vara bäst för vårdtagaren.

Exempel:

- En kvinna kontaktar Patientnämnden angående 91-årig dement syster på ett äldreboende. Systemen får ej komma upp ur sängen. Kvinnan önskar Patientnämndens hjälp med att få personalen att förstå hur viktigt det är att sitta i en stol och få komma ut i friska luften varje dag. Vid kontakt med ansvarig sjuksköterska framkommer att systemen befinner sig i livets slutskede och det vore oetiskt att tillmötesgå anmälares önskemål. Sjukhemets läkare har haft flera samtal med den anhöriga och informerat om situationen.

Omvårdnad

Liksom föregående år återfinns flest ärenden under problemområdet omvårdnad. Dessa utgör 39 procent av de kommunala ärendena, vilket motsvarar 37 stycken. 22 av dessa rör brister i omvårdnaden såsom otillräcklig hjälp med personlig hygien, bristande övervakning, för lite hjälp vid måltider och dålig näringstillförsel. Flera ärenden handlar om att uppkomna skador eller insjuknanden inte uppmärksammats. Åtta klagomål rör inträffade olycksfall eller tillbud med mer eller mindre allvarliga skador, och sju klagomål tar upp brister i själva boendemiljön. Av de senare handlar tre om att dementa vårdas tillsammans med icke dementa, vilket enligt anmälarna har ställt till med problem.

Behandling

18 klagomål (19 procent) avser behandling. Tio handlar om nekad eller utebliven behandling, oftast att rehabilitering och träning inte getts i tillräcklig utsträckning. Sju ärenden handlar om felaktig medicinering. Några tar upp en direkt felhantering, med utebliven läkemedelsdos och några är ärenden där en boende enligt anhörigas uppfattning blivit övermedicinerad och att personalen inte har varit tillräckligt uppmärksam på biverkningar.

Exempel:

- Ett ärende beskriver hur man på ett sjukhem inte upptäckt att en boende fått diabetes. Enligt dottern hade modern blivit oförklarligt trött och hennes tillstånd försämrades raskt. Ingen av sjuksköterskorna tog symptomen på allvar, utan man förklarade att modern var gammal och trött. Efter flera påstötningar från dottern kontaktades läkaren som skickade in modern till sjukhus med skyhögt blodsocker som krävde intensivvård. Anhöriga har efter det inträffade haft möte med ansvariga som vidgått att man brustit och borde ha lysnat på dottern.

Juridik

Juridiska frågor förekommer i 10 av ärendena. Förutom problem med att få ta del av anhörigs journal finns det frågor som rör rätten att välja läkare. Valfriheten gäller i princip även för personer i äldreboende. Frågan kan dock vara svår att lösa praktiskt, då det finns en för boendet utsedd läkare, som kommer på regelbundna besök och övriga tider finns anträffbar för konsultationer från sjuksköterskorna.

Bemötande

Fyra ärenden tar upp brister i bemötandet. I samtliga fall är det anhöriga som upplevt att de blivit ovänligt bemötta av personalen eller att man inte lyssnat på dem när de har försökt att föra talan för den boende.

Samverkan

Fem ärenden förekommer varav fyra om brister i samverkan mellan vårdgivare och ett som bristande vårdplanering.

Exempel:

- En 80-årig kvinna vårdades på sjukhem efter sviter av en stroke med halvsidesförlamning och afasi. Hon hade tidigare fått logopedträning, men när sjukhemmet bytte läkare fick hon ej fortsätta med träningen. Som skäl för detta angavs att det var oklart vem som skulle stå för kostnaden. Enligt yttranden som inhämtats från berörd stadsdel och berörd geriatrisk klinik och Beställarkontor Vård framkom att kostnaden för logoped för boende vid särskilt boende varit oklar ända sedan ÅDEL-reformen infördes. Diskussioner för att finna en lösning pågick mellan Stockholms stad och landstinget. I avvaktan på en lösning beslutades att stadsdelen och landstinget skulle dela på kostnaden för logopedbehandlingen för kvinnan i det aktuella ärendet.

Rådgivning/ information/hänvisning

15 kommunala ärenden där handläggare har givit råd och information har registrerats. Anhöriga till boende har vänt sig till nämnden med frågor om vilka rättigheter man har som patient inom den kommunala hälso- och sjukvården. Man har önskat råd inför en vårdplanering, om rätt att få näringstillskott, rätt till hjälpmedel mm.

Till detta kommer frågor som ligger utanför Patientnämndens ansvarsområde och således inte registreras under kommunal vård. Dessa frågor kan röra sig om rättigheter enligt Socialtjänstlagen och LSS i form särskilt boende, korttidsvistelser, dagvård, ledsagarservice mm. Avgifter för vård och omsorg samt om rätten att flytta till annat boende är andra frågor som förekommer. Under senaste året har nämnden haft en del samtal angående servicehus som har omvandlats till seniorboende. Den som ringt har varit orolig för att service och omvårdnad och sjukvård ska försämrats. Patientnämnden ger upplysning om gällande lagstiftning och överklagningsmöjligheter. En del personer hänvisas till biståndshandläggare eller till kommunens äldreombudsman.

Information om Patientnämnden

Patientnämnden har under året träffat en rad lokala pensionärsorganisationer och pensionärsråd samt anhöriggrupper. Vid dessa tillfällen har deltagarna fått information om nämndens verksamhet och om vilka rättigheter man har som patient. Besöken har av deltagarna upplevts som informativa och värdefulla. Informations- och utbildningsinsatser har även givits till personalgrupper inom äldreomsorgen.

Handläggare har deltagit i möten i ett av Stockholms Läns Äldrecentrum initierat gransknätverk för äldreomsorg, där Patientnämndens erfarenheter utifrån inkomna klagomål redovisats. Möten har även hållit med Länsstyrelsens äldreskyddsombud samt handläggare av kommunal hälso- och sjukvård på Socialstyrelsens Regionala Tillsynsenhet.

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 aidentifierat skick i en databas. Sedan 1993 har detta skett. Databasen har därvid tillförts flera tusen ärenden årligen. Med hjälp av detta material skickas årligen en rapport med sammanställning av alla ärenden med kommentarer till berörda sjukhus, hälso- och sjukvårdsområde, folkandvården, statsdelsnämnder och övriga kommunala nämnder m fl. Från och med 1999 års verksamhet lämnas dessutom rapport till socialstyrelsen, landstingsstyrelsen, revisorerna, hälso- och sjukvårdsutskottet m fl.

Under 2004 har samarbetet med beställarkontor vård strukturerats och utvecklats. Nämndens statistik har därvid blivit ett självklart underlag i arbetet med vårdöverenskommelser och avtal.

Aidentifierade patientärenden som nämnden behandlat som principärenden, redovisas ibland i landstingets tidskrift *Sting*. Tidningen hjälper här till med att föra ut informationen från nämnden genom sin breda spridning till anställda i vården. Patientfall publiceras även i andra tidningar. Till exempel i samband med den presskonferens som hölls i mars 2004 med anledning av nämndens årsrapport fick nämndens erfarenheter stort genomslag i såväl dagspress som radio och TV.

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. Under 2004 kan särskilt framhållas rikskonferensen om patientsäkerhet. 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 seminarieserier 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, kommunernas 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.

Betänkanden och motioner

Under 2004 har Patientnämnden beretts möjlighet att yttra sig över följande betänkanden och motioner.

Socialdepartementets betänkande *Patientskadlagen och läkemedelsförsäkringen – en översyn SOU 2004:12*

Patientnämnden ställde sig positiv till vad som föreslogs i betänkandet och då särskilt till de punkter som stärker patientens ställning såsom förändring när det gäller infektionsskador och förslaget om att en så kallad katastrofparagraf införs. Vidare tillstyrktes att lagens tillämpningsområde föreslås utvidgas till att omfatta även vård som ges utomlands efter hänvisning av ett landsting och för vilken landstinget har åtagit sig kostnadsansvar. Nämnden ansåg det även vara viktigt att informationen till patienterna om lagens existens förbättras och påpekade att det finns brister i kunskapen hos sjukvårdspersonal när det gäller både försäkringarnas existens och deras uppbyggnad.

Patientnämnden ställde sig också positiv till förslaget att Läkemedelsförsäkringsföreningen skulle åta sig ersättningsansvaret i läkemedelsförsäkringen även för skador orsakade av läkemedel från tillverkare eller importörer som inte är medlemmar i föreningen och således inte omfattas av försäkringen. Rekommendationen att försäkringen skall utvidgas till att omfatta även psykiska skador, dock endast allvarliga sådana, tillstyrktes.

Dessutom framförde Patientnämnden att det finns brister i vården när det gäller att informera patienterna om deras rättigheter att söka ekonomisk ersättning då de drabbats av personskada i samband med hälso- sjuk och tandvård. Patientnämnden har de senaste åren haft ett flertal ärenden där patienten inte har fått någon information från vårdgivaren om sina rättigheter att söka ekonomisk ersättning. Det är även viktigt ur patientsäkerhetssynpunkt att den information som ges till berörda patienter är lättbegriplig och lättillgänglig.

Patientnämnden har som ett led i utredningsarbetet i utredningen *Översyn av teckenspråkets ställning (S 2003:12)* bidragit med uppgifter och statistik gällande klagomål på att tolktjänst för vardagstolkning för barndomsdövs, dövblinda, vuxendöva och hörselskadade inte har erhållits i enlighet med 3 b § hälso- och sjukvårdslagen.

Motion av Lena-Maj (mp) om policy för exponering för elektriska fält (Motion 2002:11) och motion av Mikael Freimuth (m) m fl om förbättrad vård för elöverkänsliga (Motion 2003:65)

Patientnämnden instämde i förslaget att landstinget ska utarbeta en policy för hur elöverkänslighet ska hanteras och nämnden instämde även i förslaget att såväl kontors- som sjukhusmiljö bör kartläggas i fråga om elpåverkan. Nämnden såg det också som angeläget att länets sjukhus har möjlighet att ta emot elöverkänsliga patienter får vård i en elsanerad miljö och att öka personalens kunskaper om elöverkänslighet.

Motion av Christer G Wennerholm m fl (m) om ranking inom sjukvården (Motion 2004:21)

I motionen föreslås landstingsfullmäktige besluta att uppdra till landstingsstyrelsen att införa ett rankingsystem inom Stockholms läns landsting och att ta initiativ till att vara en försöksverksamhet med ett rankingsystem inom Stockholms läns landsting i samarbete med Social-

styrelsen. Patientnämnden ansåg att motionen tog upp en intressant fråga och höll med om att huvudmotivet i motionen för att införa rankingsystem i sjukvården är att en öppen information om vårdens kvalitet stärker patientens ställning och ger möjlighet till valfrihet. Nämnden upplyste om att nämnden kontaktas med jämna mellanrum av människor som frågar var man är bra på en viss typ av vård, liksom att man får motta klagomål på brister i valfriheten i vården.

Patientnämnden höll också med om att öppna kvalitetsredovisningar bör vara jämförbara och begripliga. Detta ställer metodmässiga krav på datainsamling, analys och redovisning. För att kunna göra tillförlitliga jämförande analyser krävs också relevant bakgrundsinformation. Detta talar för att ansvaret för att ta fram, analysera och redovisa öppna kvalitetsdata bör ligga på en fristående och oberoende organisation, vilket föreslås i motionen. Det finns många olika aspekter av kvalitet och det är en viktig uppgift att de kvalitetsmått som skall redovisas öppet är gemensamt överenskomna. Patientnämnden anförde att nämndens erfarenhet är att patienter och närstående anmäler olika problem beroende på verksamhet och ålder. Vid valet av mått och mätmetoder vid öppna kvalitetsredovisningar bör därför hänsyn tas till olika patientgruppers preferenser och behov. Det är ett sätt att öka patienternas ställning och inflytande i hälso- och sjukvården.

Patientnämnden ansåg det angeläget att även följa upp och jämföra olika aspekter av kvalitet ur patienternas perspektiv. Nämnden framhöll slutligen vikten av att patienters synpunkter, förutom att utgöra underlag för jämförande analyser, används som underlag för att förbättra och utveckla vården.

Principärenden

Nämnden lägger stor vikt vid att förebygga brister i vården genom att bland annat föreslå förbättringsåtgärder vid behov. Nämnden har under året behandlat 25 så kallade principärenden. Nämndens skrivelser med förslag till förbättringar har skickats bland annat till Beställarkontoret Vård (BKV), produktionsområden, sjukhus, privata vårdgivare som har avtal med landstinget, kommunala stadsförvaltningar och äldreboenden. Nämnden önskar i sina skrivelser få skriftlig återföring av vidtagna åtgärder inom viss tid. Under året har 29 skriftliga återföringar inkommit som anmälts i nämnden.

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 akutvård är vanligast bland principärendena 2004

Primärvårdens ärenden handlar om bristande sekretess i två fall; anställd vid vårdcentral skvallrade om patientbesök och annan patients journal låg framme vid läkarbesök, i två fall handlar ärendena om bristande remissrutiner; läkaren hade glömt att skicka iväg remiss och i två fall om brister i bokningssystem. Ett ärende handlar om bristande valfrihet på vårdcentral vilket är en mycket vanlig anledning till kontakt med Patientnämnden.

Till december 2004 hade 83 ärenden som rör problem med valfriheten i primärvården aktualiserats. Ett ärende rörde en man som vägrades vård efter konflikt med laboratoriepersonal.

När det gäller akutvård har patientnämnden behandlat fem principärenden; patient som saknar krishantering efter trauma, journalhandlingar upphittade på tvätter, anhörig ifrågasätter rutiner i vårdkedja och bristande information vid vård av anhörig, dåligt bemötande av anhörig i samband med dödsfall och bemötande av ambulanspersonal.

Tre principärenden handlar om kirurgi; utländsk medborgare med misstänkt lungcancer nekats operation eftersom han inte kan betala i förskott, blev ej kalla till ögonbehandling och MRSA-bärare vägras operation.

Andra principärenden som representerar enstaka specialitet/verksamhet handlar om avbruten psykoterapi vid 18-årsgräns, får inte hjälp av barn- och ungdomspsykiatri, patient förväxlades, bristande vårdplanering vid utskrivning från geriatrisk klinik, ovärdig vård i livets slutskede och brister i tolktjänst för vardagstolkning för döva och hörselskadade.

Här följer några exempel på principärenden där nämnden förslagit förbättringar, och där de flesta hittills resulterat i att åtgärder har vidtagits. Fler principärenden återges även under respektive problemområde.

Följande exempel visar att det kan vara problematiskt att uppmärksamma patienter som varit med om ett trauma men klarat sig bra fysiskt:

- En man som krockat med en lastbil när han körde motorcykel påtalar avsaknad av helhetstänkande inom vården samtidigt som han framför att alla enskilda vårdgivare varit duktiga. Mannen vaknade upp ur medvetlösheten under lastbilen och trodde att han höll på att dö och kände dödsångest. Han omhändertogs snabbt och skickligt av ambulans- och sjukhuspersonal, och man kunde efter utredningar konstatera tåfrakturer. Mannen som själv arbetar själv som debriefinghandledare, var först lycklig över att ha överlevt men började sedan känna igen varningssignaler på en krisreaktion. Han försökte förgäves uppmärksamma vårdpersonalen på sitt behov av hjälp med krisbearbetning och fick sedan hjälp ordnad via sin arbetsgivare. Han frågar varför ingen inom landstinget såg till att krisreaktionen bearbetades med psykologuppföljning ett par dagar efter olyckan så som sker inom polis, brandkår och militär. Det går inte att förlita sig på att den drabbade själv ska be om hjälp, eftersom flertalet som råkar ut för en kris säger sig inte behöva någon hjälp och får en reaktion senare.

Patientnämnden har inhämtat yttrande från samtliga akutsjukhus i länet om eventuella införda rutiner för krishantering, Samtliga sjukhus svarade att de har rutiner för hur de skall ta hand om patienter som varit med om allvarliga olyckor eller sjukdomar. Det saknas dock rutiner som uppmärksammar patienter som varit med om ett trauma men klarat sig bra fysiskt. Det kan vara en svår bedömning för vårdpersonal att avgöra vilka patienter som behöver krisbehandling.

Återföringarna översändes för kännedom till samtliga tillskrivna sjukhus så att de kan ta del av varandras rutiner. Patientnämnden framförde samtidigt att det är önskvärt att patienter får någon form av skriftlig information om var de kan vända sig om de behöver hjälp efter att de lämnat sjukhuset. Genom händelserna i Asien med flodvågskatastrofen har behovet av krishantering accentuerats.

Patientnämnden har valt att lyfta fram föreliggande ärende då det speglar principiella problem som är förknippade med tillämpningen av en åldersgräns i vården – med överföring av vård- och ekonomiskt ansvar.

Exempel:

- Ett par snart 18-åriga tvillingsystrar hade haft en långvarig kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP), inkluderande dagvård och heldygnsvård på behandlingshem i samverkan med socialtjänsten samt individuell psykoterapi. I slutet av januari 2003, två månader före 18-årsdagen, skickades remiss från BUP-kliniken i Stockholms län till psykiatrisk öppenvård (vuxenpsykiatri) med förslag om gemensamt möte rörande den ena av flickorna då hon bedömdes vara i behov av fortsatt behandling även efter fyllda 18 år. Enligt remissen hade den andra flickan liknande problematik. Vid tidpunkten för remissen hade de två flickornas tillstånd avsevärt förbättrats även om de alltjämnt gick i individuell psykoterapi och behandlades med psykofarmaka samt erhöll insatser genom socialtjänsten. Trots påminnelser från BUP kom inget möte till stånd med den psykiatriska öppenvården förrän drygt en månad efter 18-årsdagen – och då var ansvarig inom BUP förhindrad att vara med. Dessförinnan hade flickornas far (anmälarer) fått ett muntligt besked från den psykiatriska öppenvården om att man inte kunde betala för fortsatt psykoterapi då den aktuella psykoterapeuten inte skulle vara legitimerad – en felaktig uppgift, psykoterapeuten hade legitimation.

Såsom överföringen mellan BUP och vuxenpsykiatri nu genomfördes, blev resultatet att flickornas psykoterapi avbröts i ovisshet i 3 - 5 månader – och den ena flickan fick vänta ännu längre på tid hos ny psykoterapeut. En förnyad psykoterapibedömning skulle göras först.

Sedan man insett flickornas behov av behandling, handlades deras ärende mycket skyndsamt. Ändå medförde överföringen ett längre och ovisst avbrott i deras behandling i ett känsligt läge, vilket uppenbarligen drabbade flickorna mycket hårt och som en av dem reagerade mycket allvarligt på – hon gjorde ett suicidförsök.

Med anledning av detta ärende har beställare och producenter infört ett förtydligande i 2004 års vårdöverenskommelse, om att gemensam vårdplanering skall aktualiseras senast 6 månader före 18-årsdagen, om man kan anta att ett vårdbehov kom mer att kvarstå över 18-årsdagen.

Det är viktigt att rutiner och samordning fungerar när äldre människor skall skrivas ut från sjukhus. Nedanstående exempel visar att vårdgivare har olika uppfattningar om hur vårdplanering ska ske och hur de anhörigas synpunkter tas tillvara.

Exempel:

- Son skriver angående sin far. Fadern, som bodde ensam i hemmet, hade stora problem att gå och hade hemhjälp. Han ville själv in på något äldreboende och sonen hade diskuterat frågan med kommunens biståndshandläggare. En dag blev fadern dålig med yrsel och allmän svaghet och infördes akut i ambulans till sjukhus. Där låg han först på medicinavdelning, sedan flyttades han till geriatrisk avdelning. Sonen hade under tiden kontakt med biståndshandläggare och diskuterade annat boende för fadern. På sjukhuset bad han om en

vårdplanering och att man inte skulle skicka hem fadern. Men en dag fick sonen reda på att det var bestämt att fadern skulle skrivas hem om två dagar. Vårdplaneringsmöte skulle ske i hemmet med biståndshandläggare och distriktssköterska. Vid mötet i hemmet, där sonen var med, förstod man att fadern var mycket sämre än vad man uppgivit från sjukhuset. Efter två veckor i hemmet, då tillståndet successivt försämrades, föll fadern och slog i huvudet. Han ådrog sig en allvarlig blödning i hjärnan och avled efter några dagar. Enligt sonen borde vårdplaneringen ha skett på sjukhuset och fadern skulle aldrig ha kommit hem utan ha fått komma till ett äldreboende. Man borde ha lyssnat på fadern och på de anhöriga. Sonen önskar påtala det inträffade så att andra inte ska behöva råka ut för samma sak.

Av yttrandena från de involverade vårdgivarna att döma, har man har olika uppfattningar om vårdplaneringen i det aktuella fallet skett i enlighet med uppgjorda rutiner. Från sjukhuset har det bedömts som att vårdplaneringsmöte inte var nödvändigt före utskrivningen och att sjuksköterskan på avdelningen och biståndshandläggaren var eniga om att det räckte med vårdplanering i hemmet. Från kommunens sida säger man att biståndshandläggaren inte hade tillräcklig och rätt information att ifrågasätta detta. Distriktssköterskan å sin sida hade inte fått någon information från sjukhuset, utan fick reda på av biståndshandläggaren att patienten var på väg hem.

Patientnämnden uppfattar det som att de uppgjorda rutinerna till trots, inte alltid råder samstämmighet om hur regelverket ska tillämpas. Det är även nämndens mening att anhörigas synpunkter inte i tillräcklig grad tagits tillvara. Sonen hade bett om en vårdplanering på sjukhuset, då det var hans uppfattning att fadern inte skulle kunna klara sig hemma. Nämnden ser därför med tillfredsställelse på uppgifterna i det kompletterande yttrandet från geriatriken att man kommer att anstränga sig för att förbättra sättet att informera och samråda med anhöriga och patienter. Vårdplaneringsmötets roll som informationskälla för anhöriga kommer att betonas mera än tidigare.

Följande ärende handlar om att personal i vården har agerat på ett sätt som visar brist på respekt för patient och anhöriga.

- En 67-årig man med känd cancersjukdom försämrades hastigt i hemmet. Han transporterades med ambulans till sjukhus där han togs omhand i ett akutrum. Familjen hänvisades under tiden till ett anhörigrum där de väntade i tron att mannen fick kvalificerad vård. I rummet fanns en sjuksköterska som inte gjorde några försök att kommunicera med familjen. Efter en och en halv timmes väntan bad en familjemedlem sköterskan och gå och se efter vad som hände. Sköterskan kom strax tillbaka med en läkare som på ett okänsligt sätt informerade familjen om att mannen avlidit och att man med hänsyn till hans sjukdom valt att inte sätta in några livräddande eller livsuppehållande åtgärder. Familjen reagerade kraftigt när de insåg att de väntat så länge utan att få besked om situationen. De hade även hållits utanför beslutet om behandlingsval och fråntagits möjligheten att vara med mannen under hans sista stund i livet.

Nämnden ansåg det angeläget att anhöriga i situationer som denna bemöts med största respekt och hänsyn samt får snar och korrekt information. Det är också viktigt att anhöriga ges möjlighet att vara delaktiga i de beslut som fattas.

Sjukhuset beklagade djupt att anhöriga till den aktuella patienten upplevde omhändertagande okänsligt. Sjukhuset har en särskild sjuksköterska eller undersköterska som kallas

”anhörigmottagare” vid alla tidpunkter på dygnet. Arbetsuppgiften delas mellan personal som har stor erfarenhet av arbetet på mottagningen och har genomgått särskild utbildning. Detta klagomål på okänsligt omhändertagande har diskuterats i arbetsgruppen för att förbättra förhållningssättet till anhöriga i framtiden.

Nedanstående ärende handlar om rätt till vård på lika villkor som hälso- och sjukvårdslagen stadgar

- En 61-årig kvinna bärare av MRSA (meticillinresistenta stafylokocker, en form av sjukhussjuka) blev under hösten 2003 remitterad till sjukhus för en handkirurgisk operation. Vid det första besöket informerade kvinnan läkaren om att hon är bärare av MRSA. Hon remitterades vidare till MRSA-enheten vid infektionsklinik. Där konstaterades att det inte fanns några hinder för att genomföra operation vilket kvinnans läkare vid sjukhuset informerades om. Trots detta fick kvinnan skriftligt besked från sjukhuset att man på grund av smittan inte hade möjlighet att genomföra operationen där. Hon remitterades vidare till ett annat sjukhus. Senare, vid muntlig kontakt, fick kvinnan veta att orsaken till detta var att sjukhuset inte hade sk barriärvård.

Kvinnan kontaktade nämnden för att få veta om hon kan nekats operation vid sjukhus, som har avtal med landstinget. Hon vill dessutom lyfta upp problematiken så att inte fler patienter skall drabbas av samma hinder som hon gjort.

Kvinnan har otvetydigt rätt till vård på samma villkor som andra patienter. Hon har trots det särbehandlats på grund av att hon är smittbärare, vilket inte är förenligt med hälso- och sjukvårdslagen. Det inträffade har för kvinnan inneburit onödig lång väntan på operationen. Hon har nu varit på ett första besök på det sjukhus hon remitterades vidare till och operationen planeras tidigast runt årsskiftet 2004-2005.

Nämnden finner det med hänsyn till att kvinnan nekats vård, som hon uppenbart hade rätt till, angeläget att följa upp ärendet och har därför begärt skriftlig återföring från sjukhuset avseende vilka åtgärder som vidtagits för att förhindra att andra patienter drabbas av det samma som den aktuella kvinna samt erfarenheter av dessa.

Följande principärende är ett exempel på administrativa misstag som förorsakar onödig oro.

- En kvinna fick en kallelse till dagoperation. Av kallelsen framgick inte varför hon skulle opereras. Kvinnan hade en månad tidigare genomgått en operation och i samband därmed tagit cellförändringsprov. Eftersom hon inte hade fått svar på provet när operationskallelsen kom kopplade hon ihop den med cellprovet. Hon blev mycket orolig och fruktade att hon var allvarligt sjuk. När hon nästa dag fick kontakt med mottagningen fick hon besked om att testerna var bra och att de inte visste varför hon blivit kallad.

Nämnden ansåg att det aktuella fallet är ett exempel på administrativa missar som förorsakar patienter onödig oro och irritation. Nämnden såg med tillfredsställelse på att kliniken i yttrandet uppgav att de sett över sina administrativa rutiner för kallelser. Vid sammanträdet beslöts även att föreslå verksamhetschefen att texten på kallelserna ska arbetas om så att det klart och tydligt framgår vilken åtgärd som ska genomföras. Vid återföring av ärendet framgick att det nu framgår i kallelsen varför man kallas till sjukhuset.

STÖDPERSONSVERKSAMHETEN – en fördjupningsstudie

Bakgrund till patienters rätt till stödperson

Patientnämnden har sedan 1992 enligt lag skyldighet att förordna stödperson till patienter som tvångsvårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (1991:1128) eller enligt lagen om rättspsykiatrisk vård (1991:1129). Den 1 juli 2004 trädde den nya smittskyddslagen (2004:168) i kraft, vilket innebär att även patienter som isoleras enligt smittskyddslagen har rätt till stödperson. Stödperson är frivilligt och utses endast om patienten själv önskar detta.

Den 1 juli 2000 trädde vissa förändringar i lagen om psykiatrisk tvångsvård och lagen om rättspsykiatrisk vård i kraft. I lagen har förordnandetiden för stödpersoner förlängts och kan fortgå fyra veckor efter att tvångsvården upphört. Efter denna tid har patienten också möjlighet att fortsättningsvis ha stödperson/kontaktperson via socialtjänsten i kommunen. Det åligger Patientnämnden att i samråd med patienten och den tillförordnade stödpersonen initiera en kontakt med kommunen angående detta om både patient och stödperson önskar det. Stödpersonen blir då kontaktperson med stöd av socialtjänstlagen.

Antalet förordnanden har varierat mellan åren. Redan det första året, 1992, var det 181 förordnanden vilket tyder på att dåvarande Förtroendenämnden lyckades väl med att sprida information om patienternas rättighet till stödperson. Det lägsta antalet förordnanden var 1998 då det var 108 och rekordåret var 2004 med 206 stycken. Från och med 1992 har totalt 1 935 förordnanden utfärdats med stöd av lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV). Hittills har ingen stödperson förordnats enligt smittskyddslagen (SmL).

Förutsättningar för tvångsvård och isolering

Lagen om psykiatrisk tvångsvård

3 § Tvångsvård får ges endast om

1. Patienten lider av en allvarlig psykisk störning.
2. Patienten på grund av sitt psykiska tillstånd och sina personliga förhållanden i övrigt har ett oundgängligt behov av psykiatrisk vård, som inte kan tillgodoses på annat sätt än genom att patienten är intagen på en sjukvårdsinrättning för kvalificerad psykiatrisk dygnet-runtvård, och
3. Patienten motsätter sig sådan vård som sägs i 2 eller till följd av patientens psykiska tillstånd finns grundad anledning att anta att vården inte kan ges med hans samtycke.

Tvångsvård får inte ges, om patientens psykiska störning enligt första stycket 1 utgör enbart en utvecklingsstörning.

Vid bedömning av vårdbehovet enligt första stycket 2 skall även beaktas, om patienten till följd av sin psykiska störning är farlig för annans personliga säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Lagen om rättspsykiatrisk vård

1 § 2 stycket 1 punkten

Lagen gäller den som efter beslut av domstol skall ges rättspsykiatrisk vård.

3 § Föreskrifter om beslut av domstol om överlämnande till rättspsykiatrisk vård finns i 31 kap. 3 § brottbalken.

Smittskyddslagen

5 kapitlet 1 § Förutsättningar för isolering

Den som bär på en allmänfarlig sjukdom får isoleras om

1. det av omständigheterna klart framgår att den enskilde inte är beredd eller i stånd att frivilligt underkasta sig de åtgärder som krävs för att förebygga eller så långt som möjligt minska risken för smittspridning, eller

2. det finns grundad anledning anta att den enskilde inte följer de förhållningsregler som har beslutats.

Beslut om isolering får meddelas endast om det finns en påtaglig risk för att andra människor kan smittas.

De patienter som vårdas enligt LPT har generellt sätt kortare vårdtider än de som vårdas enligt LRV. De vårdas på grund av sjukdom och vården skall upphöra så snart som det är möjligt. De som vårdas enligt LRV har begått brott som egentligen skall ge fängelsestraff men eftersom de blivit bedömda som allvarligt psykiskt störda så har de fängelseförbud och får istället vård. De patienter som vårdas enligt LRV är till 90 procent män som har begått sådana brott som innebär att det är olämpligt med en kvinnlig stödperson. Behovet av manliga stödpersoner är därför större. Tiden på ett förordnande kan vara väldigt olika. De kortaste är bara några dagar medan det längsta var nästan 10 år. Riktigt långa förordnanden brukar vara inom den rättspsykiatriska vården.

Förordnande av stödperson enligt LPT, LRV eller SmL

En ansökan om att få stödperson inkommer antingen från patienten själv eller från överläkaren eller annan sjukvårdspersonal. Den kommer genom fax eller med det gula ansökningsformulär som skall finnas på samtliga vårdinrättningar som bedriver tvångsvård. Om en patient ringer och önskar stödperson så uppmanar handläggaren patienten att med hjälp av kontaktperson eller annan personal faxa in en ansökan. Enligt lagen så skall chefsöverläkaren, om stödperson inte redan utsetts, i samband med en ansökan till länsrätten om förlängd tvångsvård även informera Patientnämnden om patientens inställning till att en stödperson utses. Tyvärr så glömmar de ofta bort detta.

När en ansökan har inkommit så registrerar handläggaren den i dataprogrammet vårdsynpunkter. Därefter undersöker handläggaren om patienten har haft stödperson tidigare.

Handläggaren ringer till avdelningen för att få information om patientens sociala situation, intressen och orsaken till att patienten vårdas enligt tvång. Vanligtvis sker samtalet med patientens kontaktperson men det händer även att samtalet sker direkt med patienten själv eller överläkaren. Det viktiga är att få fram relevant information för att kunna hitta en lämplig stödperson. Om patienten har haft stödperson tidigare är det viktigt att fråga om de önskar

samma stödperson igen. Om det är en patient som är dömd till vård är det viktigt att få reda på orsaken till detta eftersom vissa stödpersoner inte vill vara stödperson till exempelvis en patient som har begått brott mot barn.

De som har eller har haft uppdrag som stödperson finns registrerade i vårdsynpunkter. Handläggaren funderar över vem som är lämpligast för den aktuella patienten. När det gäller att hitta en lämplig stödperson så vägs flera olika faktorer in såsom kön, intressen, avstånd till vårdinrättningen och ålder.

När ett förslag på en lämplig stödperson har hittats ringer handläggaren upp denne och frågar om intresse finns för ett nytt uppdrag. Om stödpersonen är intresserad ges den information om patienten som handläggaren har fått. Om det är en dömd patient informeras även om orsaken till detta.

Ett förordnande sammanställs i vårdsynpunkter och detta skall undertecknas av förvaltningschefen. Därefter sänds originalet till stödpersonen och kopia sändes till patienten, patientens kontaktpersoner, vederbörande läkarsekreterare och vederbörande överläkare. I det brev som sänds till överläkaren bifogas även en av handläggaren undertecknad påminnelse om att Patientnämnden önskar besked om när tvångsvården har upphört. Ett brev sändes även till länsrätten med information om det nya förordnandet där även stödpersonens adress framkommer eftersom länsrätten behöver denna då de skall underrätta om länsrättsförhandling.

Stödpersonen uppmanas att kontakta handläggaren efter första besöket för att informera om hur det avlöp.

Avslutande av stödperson enligt LPT, LRV eller SmL

Enligt 31 § LPT och 26 § LRV skall chefsöverläkaren när tvångsvården av en patient, för vilken stödperson utsetts, har upphört snarast möjligt underrätta Patientnämnden om detta. Tyvärr så glömmer de ofta bort detta. Informationen om att patientens tvångsvård har upphört kommer därför oftast från stödpersonen.

När ett förordnande har upphört noteras detta i vårdsynpunkter. Handläggaren sänder därefter ett avslut till stödpersonen tillsammans med en kvalitetsrapport, bestående av nio frågor, och ett frankerat svarskuvert. När stödpersonen återsänt kvalitetsrapporten registreras den i vårdsynpunkter. Om stödpersonen framför klagomål till Patientnämnden eller har förslag om till exempel kommande föreläsningar så kontaktar handläggaren stödpersonen. Av kvalitetsrapporterna framkommer att stödpersonerna brukar träffa sin patient i genomsnitt en gång per vecka. De flesta anser att de haft en bra kontakt med sin patient. Många stödpersoner har ej haft möjlighet att närvara vid länsrättsförhandlingar på grund av att de fått information om denna, dagen innan den skall äga rum. Detta har ett samband med att länsrätten enligt lag skall ha korta handläggningstider. De flesta stödpersoner är nöjda med den utbildning och det stöd som de fått från Patientnämnden.

Jämförelse mellan 2003 och 2004

Vid årskiftet 2004/2005 hade 143 patienter stödperson fördelat på 109 stödpersoner. 100 patienter vårdades enligt LRV och 43 vårdades enligt LPT. Detta skall jämföras med årskiftet 2003/2004 då 119 patienter hade stödperson. Av dessa vårdades 88 enligt LRV och 31 vårdades enligt LPT.

Orsaken till ökningen är oklar. Det finns ingen samlad statistik över om det totala antalet patienter som vårdas enligt LPT eller LRV har ökat. Patientnämnden har under året genomfört en speciell informationsträff för läkarsekreterarna vid de psykiatriska vårdavdelningarna. Detta kan vara en möjlig orsak till det ökande antalet patienter som har stödperson eftersom läkarsekreterarna kan påminna läkarna om att de skall fråga patienterna om de önskar stödperson eller inte.

Stödpersonernas bakgrund

Patientnämnden har 190 stödpersoner. Den yngsta stödpersonen är 25 år och den äldsta 77 år. Det finns stödpersoner från de flesta av Stockholms bostadsområden och de har en mycket blandad yrkesbakgrund. 42 stödpersoner är födda utomlands, fördelat på 19 olika länder. Det är viktigt att stödpersonerna speglar samhället i stort eftersom patienter som önskar stödperson även de har en mycket blandad bakgrund. Varje höst sker annonsering i Metro och lokal-tidningar efter nya stödpersoner och det brukar efter genomförda intervjuer och utbildningar innebära ett tillskott på 30 till 40 stödpersoner vilket är nödvändigt eftersom stödpersoner även slutar av olika skäl. Alla som vill bli stödperson ombeds att fylla i en fullmakt gällande att Patientnämnden får inhämta upplysningar om dem i kriminalvårdsregistret, detta för att nämnden skall undvika att utbilda och förordna personer som är kriminellt belastade. De som efter intervjuer bedöms som lämpliga att utbildas till stödpersoner inbjuds till en kvällsutbildning vid Patientnämnden som omfattar tre kvällar om totalt nio timmar. De två första kvällarna föreläser en vårdlärare, som utbildar sjuksköterskor, om bemötande av patienter, om olika synsätt inom psykiatrin och om olika former av psykisk sjukdom. Den sista kvällen kommer en nämndeman från länsrätten och föreläser om de lagar som styr verksamheten och om hur det går till när länsrätten sammanträder. Efter genomförd utbildning kan deltagarna få uppdrag som stödperson.

Patientnämndens verksamhet för stödpersonerna

Två gånger per år så inbjuder Patientnämnden stödpersoner som haft uppdrag till en föreläsning inom något intressant ämnesområde. Stödpersonerna kan själva vara med och påverka innehållet av dessa föreläsningar. Under 2004 var det en föreläsning om psykiskt störda missbrukare och en föreläsning om förändringarna i smittskyddslagen. Ett 50-tal stödpersoner brukar komma på dessa föreläsningar. Förutom detta så uppmanas stödpersonerna att ringa till handläggarna om de vill ha råd eller stöd i sin praktiska verksamhet som stödpersoner.

Stödpersonsföreningen

Sedan den 15 oktober 1996 finns det en stödpersonsförening som för närvarande har 115 betalande medlemmar. Den ingår i Riksförbundet frivilliga samhällsarbetare (RFS). Patientnämnden har ett väldigt bra samarbete med stödpersonsföreningen och de brukar ha sina möten i förvaltningens lokaler. Det är en mycket aktiv förening som regelbundet anordnar studiebesök och under 2004 har de besökt vårdinrättningen Ytterö, Stadsmissionens verksamhet för hemlösa vid Stadsmissionsgården, inackorderingshemmet Bandhagshemmet och behandlingshemmet Hammarbo. En söndag i september var det studiedag till sjöss med information om psykiatriprojektet och erfarenhetsutbyte. Handläggare vid Patientnämnden brukar alltid delta vid stödpersonsföreningens aktiviteter.

Psykiatriprojektet

Den 1 september 2004 anställde RFS en projektledare som skall driva ett treårigt psykiatriprojekt. Bakgrunden till detta är att majoriteten av stödpersonerna har svensk bakgrund medan en stor del av patienterna har en annan etnisk bakgrund än svensk och denna grupp ökar. Dessa patienter behöver ännu mer stöd för att integreras i det svenska samhället. Samtidigt behöver stödpersonerna mer kunskap om det mångkulturella samhället samt om olika kulturer och religioner. Projektets övergripande mål är att erbjuda alla stödpersoner som är intresserade en grundutbildning för att stödpersonerna ska utvecklas med inriktning på mångkulturell kompetens. Projektledaren har ett tätt samarbete med Patientnämnden och under våren 2005 kommer utbildningsinsatser att erbjudas för minst 100 utav de nu aktuella stödpersonerna. De två första åren kommer projektet att koncentrera sig på Stockholm och dess stödpersoner medan det tredje året kommer att innebära att samtliga stödpersoner i Sverige skall erbjudas motsvarande utbildning. Projektet finansieras av medel beviljade genom Allmänna arvsfonden.

Framtiden för stödpersonsverksamheten

Förändringar diskuteras ständigt inom tvångspsykiatrin. En möjlig utveckling är att de som vårdas enligt LRV får fortsätta sin vård i fängelse om de blir friskförklarade i ett i förhållande till brottet tidigt stadium. I betänkandet Psykisk störning, brott och ansvar (SOU 2002:3) föreslås det att om den rättspsykiatriska vården upphör innan verkställigheten av en dom på fängelse har avslutats, skall stödpersonen fortsätta att bistå den dömde så länge denne är frihetsberövad och, om den dömde och stödpersonen samtycker till det, även under fyra veckor efter det att frihetsberövandet har upphört.

Patientnämnden anser att det är av stor vikt att samma stödperson på detta sätt kan fortsätta att bistå en dömd, som har eller har haft en allvarlig psykisk störning, så länge denne är frihetsberövad även om den rättspsykiatriska vården har upphört. Detta då ett sådant kontinuerligt stöd måste anses som ytterst gynnsamt för den dömde.

Om denna förändring kommer att genomföras så ställer det dock helt andra krav än i dag på Patientnämnderna. En stödperson skulle då kunna följa sin patient från en sjukhusavdelning till ett fängelse. Kravet på stödpersonerna ökar avsevärt och svårigheterna att behålla dessa under en längre tid får inte underskattas.

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. 22- 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 registrerad 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 anmälarens beskrivning 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 i Patientnämndens databas Vårdsynpunkter

Patientnämndens ärenden registreras i ärendedatabasen Vårdsynpunkter. Databasen vidareutvecklades under våren 2002 och det nya systemet infördes fr o m juni 2002. När ett ärende registreras får det automatiskt ett diarienummer i kronologisk ordning. Innan personuppgifter registreras i ett ärende informeras anmälaren om detta enligt Personuppgiftslagen (PuL 1998:204). De uppgifter som kan registreras är följande:

Kontakttyp - anmälan per telefon, skriftligen eller vid besök x)
 Anmälningsdatum x)
 Handläggarens namn
 Patientens namn *)

Patientens adress, personnummer och telefonnr. *)
 Patientens personnummer *)
 Patientens ålder och kön x)
 Anmälare, adress och telefonnr. - om det är någon annan än patienten själv *)
 Rubrik - kort ärendebeskrivning
 Driftform - landsting, privat, kommun
 Vårdtyp - akutsjukvård, kommunal vård, primärvård, psykiatri, folktandvård m fl x)
 Geografisk placering - kommun eller stadsdel där vårdgivaren finns
 Vårdinrättning - vilket sjukhus, vilken vårdcentral o s v
 Klinik/motsvarande - vilken klinik
 Problemområde och delproblem - se kodförteckning i bilaga 2. x)
 Specialitet x)
 Sammanfattning - problemet beskrivs i löpande text samt vad utredningen resulterar i

x) Dessa uppgifter används främst till statistik i denna Årsrapport.

*) Dessa personuppgifter används ej till statistik över huvudtaget.

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. Utöver ovanstående uppgifter finns i varje ärende ett diarium för inkommande och utgående post och utrymme för anteckningar om ev överenskommelser med anmälaren. När ärendet avslutas noterar handläggaren i sammanfattningen vad utredningen resulterat i och noterar i särskilt utrymme mängden korrespondens och kontakter.

För att bearbeta data används rapportprogrammet som innehåller ett antal fasta rapporter samt dessutom möjligheter att bearbeta på ovan redovisade variabler.

Bilaga till patientnämndernas rapport till Socialstyrelsen 2004

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	1 613	591	984	162	1 103	327
Bemötande, kommunikation, information	755	217	523	54	541	149
Organisation, regler, resurser	2 226	807	1 378	106	1 619	468
Övrigt	541	188	329	13	379	125
Totalt antal ärenden	5 135	1 803	3 214	335	3 642	1 069

Landstingens/motsv sjukvård (inkl avtal med privata vårdgivare)	Antal	Varav primärvård	Varav psykiatri
Vård och behandlingsfrågor	1 528	413	267
Bemötande, kommunikation, information	680	257	102
Organisation, regler, resurser	1 878	759	204
Övrigt	458	34	41
Totalt antal ärenden	4 544	1 463	614

Folktandvård	Antal
Vård och behandlingsfrågor	85
Bemötande, kommunikation, information	75
Organisation, regler, resurser	348
Övrigt	83
Totalt antal ärenden	591

Kommunal vård (inkl avtal med privata vårdgivare)	Antal
Vård och behandlingsfrågor	56
Bemötande, kommunikation, information	6
Organisation, regler, resurser	18
Övrigt	15
Totalt antal ärenden	95

Årsrapport 2004 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,
Barbro Eriksson, Lillemor Eriksson, Leif Kihlström, Lisbet Lindgren, Elsie Lund,
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