

Allvarlig händelse, ur patientens perspektiv

Patientnämnden Region Värmland



Ansvarig verksamhet	Patientnämnden
Kontakt	Pernilla Kyrk, Jenny Aschberg
Datum	240320
Diarienummer	PN/240491
Region Värmland Regionens hus 651 82 Karlstad	

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
Inledning.....	4
Bakgrund.....	4
Syfte	4
Metod	4
Övergripande beskrivning och underlag	4
Fördelning av antal ärenden	5
Ålder och könsfördelning.....	6
Kategorier.....	6
Vård och behandling.....	7
Resultat	7
Kommunikation	7
Tillgänglighet	7
Vårdansvar och organisation.....	7
Övriga kategorier	8
Patienters och närståendes förbättringsförslag	8
Analys och reflektioner	8

Sammanfattning

Klagomålen i denna analys har sin grund i patientens upplevelse av att ha fått en vårdskada. Verksamhetschef eller annan personal i ledande position har delat uppfattningen om att vården kan ha varit bidragande till det eller att patienten har utsatts för risk för vårdskada. Händelsen kan ha skett vid ett vårdtillfälle men också sträcka sig över en längre tid. Patienten har haft en förväntan på att få hjälp och bli lyssnad på. I beskrivna klagomål har det inte skett och det kan ha bidragit till en stor besvikelse och ilska, när kontakten med vården gjort att tillståndet förvärrats. Trots det som inträffat går det inte att bortse ifrån att individanpassad kommunikation och professionellt bemötande hade varit en framgångsfaktor i kontakten med patient och i vissa fall närstående.

Inledning

Vården kan lära av patienter och deras närstående och låta deras behov och resurser vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso – och sjukvården. Patienters medskapande av sin egen hälsa och delaktighet i sin vård är en resurs som behöver tas tillvara och stödjas. Det är när vården välkomnar klagomålen som de blir ett värdefullt bidrag i arbetet för ökad patientsäkerhet och resurseffektivitet.

Klagomålen i denna analys handlar om att patienter upplever att den vård som erbjudits bidragit till en vårdskada eller risk för vårdskada. Patienten upplever att åtgärden varit fördröjd, felaktig eller utebliven. Klagomålen handlar också till stor del om bristande delaktighet, att patienten inte blivit lyssnad till och inte blivit tagen på allvar. Svaren från verksamheten är respektfulla och beskriver att händelsen ska utredas av Lex Mariarådet eller på annat sätt granskas.

Bakgrund

Patientnämnderna bedriver lagreglerad verksamhet med uppdrag att ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående avseende offentligt finansierad hälso- och sjukvård i regioner och kommuner samt viss tandvård. Utifrån synpunkter och klagomål ska patientnämnderna bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Patientnämnderna ska årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regioner och kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Syfte

Syftet med analysen är att klagomål som rör nyckelordet, allvarlig händelse ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas för att tillgodose de behov och förutsättningar som patienter har.

Metod

Samtliga inkomna ärenden som har märkts med nyckelordet "Allvarlig händelse" under perioden 210101-231231 har granskats.

Underlaget bearbetades enligt kvalitativa och kvantitativa metoder. Ärenden enligt urvalet har gått igenom och delats upp för att sedan blivit underlag för analysen. Det kvantitativa underlaget har tagits fram ur ärendehanteringssystemet för att ge en samlad bild av inhämtade data. Analysen följer den av patientnämnderna i Sverige gemensamt framtagna basmodell.

Övergripande beskrivning och underlag

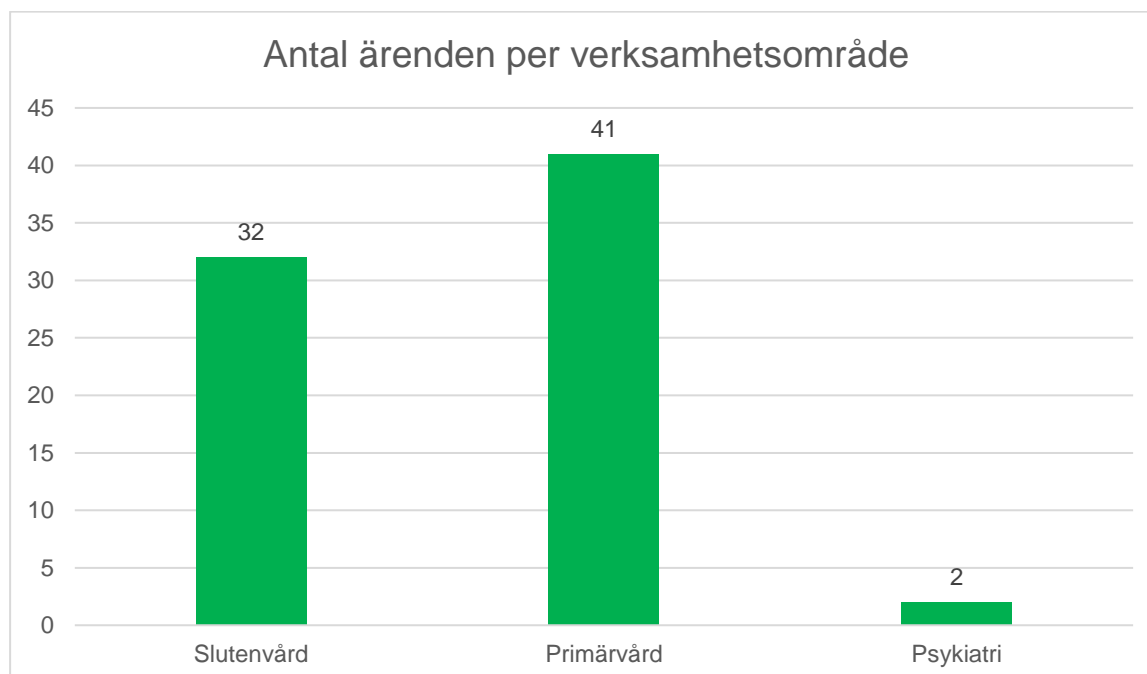
Underlaget är baserat på de ärenden som kommit in till patientnämndsenheten under perioden 1 januari 2021 till 31 december 2023. Ett ärende kan innehålla ett eller flera klagomål, vilket gör att det är fler klagomål kategoriserade än ärenden. Underkategorierna utgår i stor utsträckning från Patientlagens intentioner.

I analysen benämns alla som patient oavsett vem som lämnat in klagomålet.

Patientnämnden kategoriserar inkomna ärenden i åtta olika kategorier. Varje kategori har flera underkategorier. Dessa är gemensamma för patientnämnderna i Sverige och för Inspektion för vård och omsorg, IVO. När patientnämnderna nationellt och IVO gör gemensamma analyser ändvänder dessa kategorier. Även vårdverksamheterna använder dessa kategorier i sin klagomålshantering. Detta är en stor fördel när patienternas synpunkter ska jämföras på aggregerad nivå. Utöver att kategorisera ärendena kan också s.k. nyckelord användas. Dessa beslutas lokalt av patientnämnden år från år och är en möjlighet för att ytterligare kunna ta fram underlag till analyser och rapporter. Ett nyckelord som används av patientnämnden i region Värmland i tre år är, "Allvarlig händelse". Det nyckelordet används när det tydligt framgår i ärendet, av patienten eller i svaret från verksamheten, att det gjorts en avvikelse, en händelseanalys, att ärendet har lämnats till Lex Mariarådet och/eller att händelsen har lett till en Lex Mariaanmälan. De ärenden som kvalificerades till denna analys är patienters klagomål och där vården har svarat att händelsen har granskats enligt ovan. Under 2021 beskrev verksamheterna i svaren att 18 klagomål som inkommit från patientnämnden skulle granskas vidare. Under 2022 var det nästan dubbelt så många, 32 stycken och under 2023 var det 25 ärenden som granskades vidare. I några ärenden har hela förloppet granskats, det vill säga att patienten har uppgett klagomål på fler verksamheter och det har lett fram till att hela förloppet granskats. I andra klagomål har patienten klagat på fler verksamheter men det har enbart lett till att en verksamhet granskats händelsen. I de flesta klagomål har patienten uppgett en verksamhet. Analysen försöker beskriva hur hela händelsen påverkat patienten, inte enbart resultatet av vården utan också upplevelsen av att exempelvis få vänta på kontakt eller återkoppling samt delaktighet och bemötande.

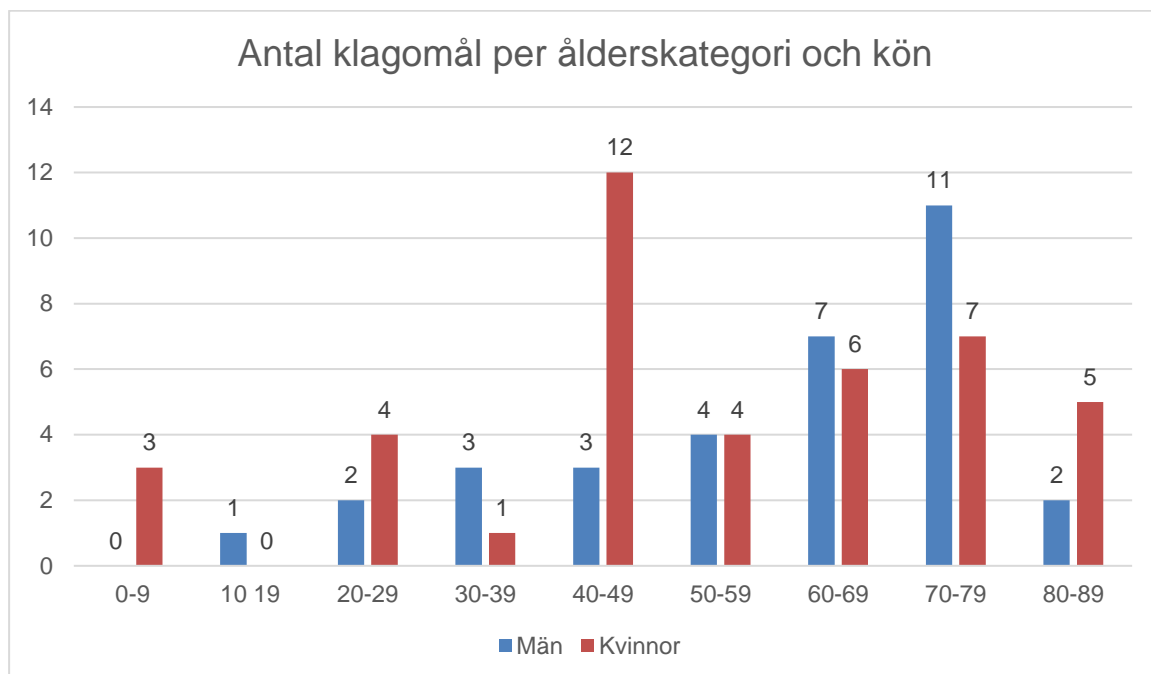
Fördelning av antal ärenden

Delas verksamheterna in i slutenvård, primärvård och psykiatri så har slutenvården granskat 32 ärenden, primärvården 41 och psykiatri 2 stycken under perioden på tre år. Händelserna som föranledde klagomålet och senare vidare utredning är vitt skilda, både gällande symtom och åtgärd. Det finns heller ingen gemensam nämnare mellan de tre områdena eller i område var för sig.



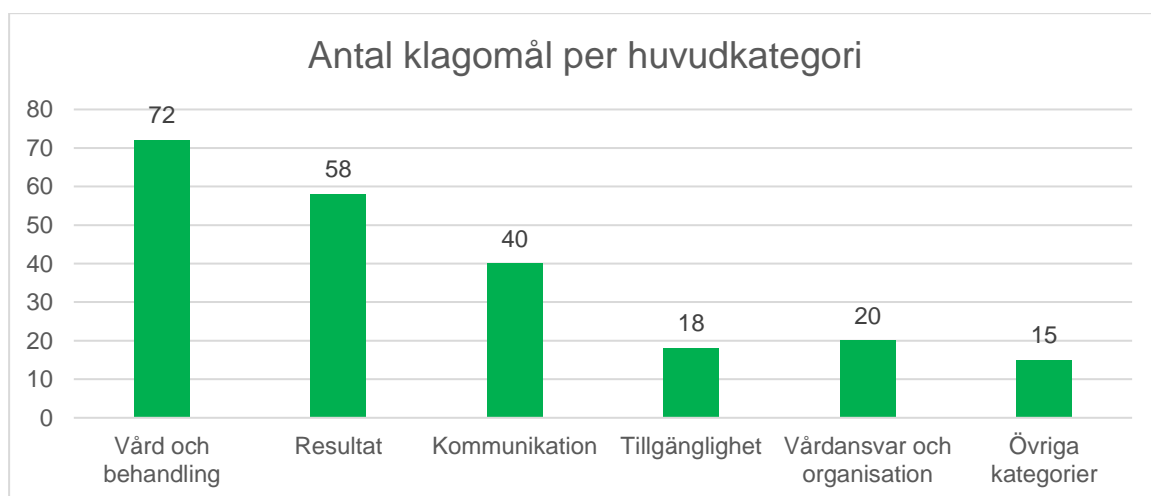
Ålder och könsfördelning

Generellt är det fler kvinnor än män som har lämnat klagomål. De flesta klagomålen återfinns hos kvinnor i ålder 40–49 år och hos män är den vanligaste åldern 70-79 år. I de andra åldersgrupperna är klagomålen färre än 10 per åldersgrupp.



Kategorier

Som förväntat är det flest klagomål i kategorin; vård och behandling och resultat. Syftet med nyckelordet allvarlig händelse är att fånga upp där patienten upplever att hen utsatts för vårdskada eller risk för vårdskada och där vården initialt inte uppmärksammat händelsen som sådan. Även om vården inte tar hänsyn till kommunikation, tillgänglighet och vårdansvar/organisation i bedömningen om patienten utsatts för risk för vårdskada eller för en vårdskada har det stor betydelse för patienten. Därför är även dessa kategorier med som en viktig del i analysen.



Vård och behandling

Kategorin vård och behandling, har underkategorierna; undersökning/bedömning, diagnos, behandling, läkemedel, omvårdnad samt second opinion.

Det är flest klagomål under denna kategori, 72 st., vilket är förväntat utifrån syftet med analysen. De flesta patienter klagar på fördröjd, nekad eller utebliven undersökning, diagnos och/eller behandling. Som exempel kan beskrivas att patienten söker för symtom som orsakar både besvär och ofta rädsla. Patienten beskriver sitt mående, blir inte lyssnad på och/eller blir inte tagen på allvar.

Undersökningar/utredningar upplevs som bristfällig eller utebliven. Diagnos fördröjs eller uteblir och pga. detta försenas eller uteblir behandling eller vidare remittering. Eftersom patienten inte tillfrisknar utan snarare försämras och söker igen eller så småningom remitteras och får besökstid till annan vårdverksamhet, uppdragas det att patienten har drabbats av allvarlig sjukdom och att tidigare insatser inte varit tillräckliga.

Resultat

Kategorin resultat har inga underkategorier men innebär att patienten anser sig fått en skada av utförd eller utebliven vård, fått komplikationer, inte är nöjd med resultatet av den vård som utförts eller att resultatet inte var det förväntade. Även i den här kategorin återfinns många klagomål, 58 st. I denna analys ligger kategorierna vård och behandling och resultat nära varandra.

Pga. otillräckliga insatser gällande vård och behandling har resultat inte blivit det förväntade, sjukdomsförlopp förvärrats eller att patienten upplevt sig skadad av utförd vård. Närstående kan anse att den vård eller brist på vård som åstadkommits bidragit till att deras anhörige avlidit.

Kommunikation

Kategorin kommunikation har underkategorierna; information, inte anpassad, inte varit tillräcklig, givits vid fel tillfälle eller har varit svår att ta till sig.

Delaktighet, vården har inte utformats eller genomförts i dialog. Vården har inte utgått från patientens individuella förutsättningar. Patienten har inte blivit lyssnad på.

Samtycke, patientens självbestämmande och integritet har inte respekterats. I denna kategori återfinns även övergrepp. Den sista men ofta använda underkategori är bemötande. Här registreras bristande empati eller oprofessionellt bemötande. Det återfinns 40 klagomål i denna huvudkategori. Ett exempel kan vara att patienten beskriver sitt mående men inte blivit bemött på ett förväntat sätt. Patienten känner sig inte respekterad, lyssnad på och/eller att informationen varit bristfällig eller missförstått. Sker detta upplever patienten ett dåligt bemötande och bristande empati. Som ovan nämnts, tas ingen hänsyn till kommunikation vid granskning om patienten utsatts för vårdskada eller risk för vårdskada. Däremot har det stor betydelse för patienten om den känt sig lyssnad på, varit delaktig och blivit tagen på allvar.

Tillgänglighet

Kategorin tillgänglighet har underkategorierna; tillgänglighet till vården, svårt att få kontakt med verksamheten, svårt att ta sig dit eller att patienten inte blir kontaktad enligt överenskommelse.

Väntetider i vården, att vårdgarantin inte uppfyllts, uppföljning har inte gjorts enligt medicinsk bedömning samt lång väntetid på besökstid eller i väntrum.

I denna analys har kategorin använts när patienten anser att väntetiden på återkoppling eller till åtgärd bidragit eller varit orsak till att situationen förvärrades. 18 klagomål återfinns under denna kategori.

Vårdansvar och organisation

Kategorin vårdansvar och organisation har underkategorierna; valfrihet/fritt vårdsökande, patienten har inte fått möjlighet att välja behandlingsalternativ, utförare eller hjälpmedel.

Fast vårdkontakt/individuell plan, behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet har inte tillgodosetts.

Vårdplanering har inte skett på ändamålsenligt sätt eller inte alls, bristande uppföljning.

Vårdflöde, bristande samverkan mellan olika vårdenheter och vårdgivare.

Resursbrist/inställd åtgärd, prioriteringar, personalbrist och utlokaliserad vårdplats.

Underkategorin hygien, beskriver osäker vårdmiljö, bristande hygien och städning samt brister i hantering av teknisk utrustning och hjälpmedel. 20 klagomål återfinns i denna huvudkategori.

Som exempel kan nämnas att patienten inte fått välja utförare. Det patienterna oftast upplever är att det saknas samverkan mellan olika utförare och/eller en kommunicerad vårdplan.

Övriga kategorier

Under denna rubrik återfinns kategorierna;

- Dokumentation och sekretess, journalanteckningarna har formulerats så att integriteten kränkts. Journalanteckningar saknas, vara bristfälliga eller vara felaktiga.
- Ekonomi, patientavgifter, ersättningsanspråk och garantier.
- Administrativ hantering, brister i hantering av kallelser, remisser, prov och provsvar.

I sammanlagt 15 ärenden finns ovanstående kategorier. Det är en konsekvens av att patienten upplever sig felbehandlad och/eller fått en vårdskada. Patienten kan exempelvis uppleva att journalanteckningarna är bristfälliga eller saknas, att remisser eller provsvar inte hanterades korrekt samt att patienten önskar ersättning för det psykiska och/eller fysiska lidande hen har fått utstå.

Patienters och närståendes förbättringsförslag

I hälften av klagomålen har patienterna bidragit med förbättringsförslag. De sammanfattas på följande vis:

Bättre rutiner kring utredningar och diagnostisera innan ordination av läkemedel.

Bättre kommunikation, empati, dialog och kontinuitet.

Noggrannare journalföring.

Saknas resurser, informera politikerna.

Ge patienten besökstid till rätt kompetens i tid eller konsultera annan läkare eller annan specialist.

Bolla inte runt patienten.

Lyssna på patient/närstående och ta berättelsen på allvar.

Undersökningar och kontroller borde ha gjorts tidigare.

Analys och reflektioner

Patientnämnden har inga medicinska befogenheter och bedömer inte om vården har gjort rätt eller fel. De analyserade ärendena är de som patienterna själva anser vara av allvarlig karaktär och som vården också ansett ska granskas närmare.

Diagnoserna och fördelningen mellan slutenvård, primärvård och psykiatri skiljer sig åt. Det går också att konstatera att det är fler kvinnor än män som klagat och som lett fram till att händelsen granskats.

Det går också att konstatera, utifrån de lämnade klagomålen till patientnämnden, att kvinnor i 40-årsåldern är den grupp som är mest drabbade av allvarlig händelse. Varför det är så berörs inte i denna analys. Skulle patientnämndens klagomål jämföras med ett större material kan resultatet se annorlunda ut.

Verksamheternas svar kan vara ett konstaterande att ärendet kommer att lämnas vidare till Lex Mariarådet. Andra svar innehåller också ett beklagande och en beskrivning av hur verksamheten tar till sig av kritiken. Patientnämnden avslutar alla ärenden när vården svarat att händelsen kommer att granskas vidare, av exempelvis lex Maria rådet. Därefter är det berörd verksamhets ansvar att informera patienten om tagna beslut. Det händer att vården informerar patientnämnden i brev vad rådet eller verksamheten kommit fram till. Det är inget som krävs men ses som positivt.

Syftet med att beskriva kategorierna är att försöka fånga en helhetsbild av patientens hela upplevelse av kontakten med vården, inte enbart den undersökning/bedömning, diagnos och/eller behandling som fördröjdes eller blev fel. Av den uppkomna händelsen har patienten varit illa som person, närstående har drabbats sekundärt, ekonomin kan ha blivit lidande samt att förtroendet för vården påverkats negativt. Att inte bli trodd eller lyssnad på kan kännas nedvärderande och till och med kränkande.

Många patienters syfte med att klaga är att det som de själva varit med om inte ska drabba någon annan. Det är en viktig att patienten blivit bekräftad i att händelsen var av allvarlig karaktär och att vården tagit händelsen på allvar och utifrån det gjort förbättringar. Patientens klagomål leder då till ökad patientsäkerhet.

Att utgå från patientens hela situation och inte utifrån ett verksamhetsperspektiv ställer höga krav på den personal som patienten möter. Det händer att patienten upplever att organisationen är ett hinder för att hen ska få rätt vård i rätt tid. Patienten ska inte bli lidande för att vården valt att organisera sig på ett sätt som inte gagnar patienten. Vill hela vårdkedjan, inte enbart enskild verksamhet, lära sig av patientens resa? Kan vården ta ett gemensamt ansvar för patienten, trots att delar av den gjort rätt men helheten blev fel.

