

Synpunkter på psykiatrisk vård

Patientnämnden 2015–2017

FÖRORD

Varje år hör många personer av sig till oss på patientnämndens förvaltning med synpunkter på hälso- och sjukvården i Stockholms län. Under treårsperioden 2015–2017 inkom totalt 22 228 ärenden, varav 3 423 avsåg psykiatrisk vård.

Patientnämnden är en del av Stockholms läns landsting, men är opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienterna inom hälso- och sjukvården. Patientnämnden tar inte ställning utan fungerar som en länk mellan patienten och vårdverksamheten.

Den 1 januari 2018 fick patientnämnden, genom en ny lagstiftning, ett fördjupat uppdrag att analysera inkomna ärenden. I lagen står att läsa *”...patientnämnderna ska rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter...”* samt *”patientnämnderna ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter...”* Dessutom fick förvaltningen under hösten 2017 ett särskilt uppdrag av patientnämndens ledamöter att analysera klagomål på psykiatrisk vård som inkommit under åren 2015–2017 så detta sammanföll väl tidsmässigt. Den här rapporten är resultatet av den första analys som genomförts efter lagändringen.

Förvaltningen har under perioden också drivit ett principärende inom området psykiatrisk vård, Vårdgarantin efterlevdes inte för neuropsykiatriska utredningar, se bilaga 1.

Det känns mycket bra att den här rapporten nu är färdigställd och jag hoppas att du som läser den ska tycka att den är intressant. Samtidigt vill jag passa på att tacka rapportens författare Lillemor Humlekil och Sari Kokkonen Nassef för det gedigna arbete de lagt ner.

Steinunn Ásgeirsdóttir
Förvaltningschef Patientnämnden Stockholms läns landsting

Stockholm i december 2018

”Jag får inte kontakt med min psykiatriska mottagning och jag måste få till stånd ett läkarbesök eftersom försäkringskassan behöver ett utlåtande. Dessutom behöver jag en uppföljning av mina läkemedel. Jag har ingen fast läkarkontakt utan träffar ständigt nya läkare – det är jobbigt att behöva berätta min historia gång på gång. Jag har fått kontakt med en person för terapeutiska samtal men hen kan ju inte hjälpa till vare sig med intyg eller läkemedel och ringer inte heller tillbaka när jag försöker få kontakt.”

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

PATIENTNÄMNDEN	1
2015–2017	1
FÖRORD	2
1 SAMMANFATTNING	6
2 BAKGRUND	8
3 SYFTE	8
4 MÅL	8
5 METOD	8
6 RESULTAT 1 – PSYKIATRISK VÅRD JÄMFÖRT MED ÖVRIGA VÅRD TYPER	9
6.1 ANTAL ÄRENDEN	9
6.1.1 Ärenden och klagomål.....	9
6.1.2 Ärenden per kontakttyp.....	9
6.2 PATIENTERNAS KÖN OCH ÅLDER	10
6.3 KLAGOMÅL PER VÅRD TYP	11
6.4 KLAGOMÅL PER PROBLEMOMRÅDE	11
6.4.1 Vård och behandling.....	12
6.4.2 Kommunikation	13
6.4.3 Organisation och tillgänglighet	14
6.4.4 Patientjournal och sekretess	15
6.4.5 Könsskillnader.....	16
6.5 ÄRENDEN SOM LETT TILL FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER	16
6.5.1 Förbättringsåtgärder per vårdtyp	16
6.5.2 Förbättringsåtgärder per vårdtyp och kön.....	17
6.5.3 Förbättringsåtgärder per problemområde för samtliga vårdtyper	18
6.5.4 Förbättringsåtgärder per problemområde och kön	19
6.5.5 Jämförelse mellan psykiatrisk vård och akutsjukhus.....	19
6.5.6 Problemområden.....	20
7 RESULTAT 2 – PSYKIATRISK VÅRD	22
7.1 KLAGOMÅL PER PSYKIATRISK SPECIALITET	22
7.2 KLAGOMÅL PER PROBLEMOMRÅDE	22
7.2.1 Vård och behandling.....	23
7.2.2 Kommunikation	23
7.2.3 Organisation och tillgänglighet	24
7.3 KÖN	24
7.4 ÅLDER	25
7.4.1 Åldersgruppen 0-9 år.....	25
7.4.2 Åldersgruppen 10-19 år.....	26
7.4.3 Åldersgrupperna 20-59 år	26
7.4.4 Åldersgrupperna 60 år och äldre	27
8 KVALITATIV ANALYS OCH RESULTAT	28

8.1	KVALITATIV ANALYS	28
8.2	URVAL	28
8.3	RESULTAT URVALSGRUPP 1	28
8.3.1	<i>Otillräcklig vård, lång väntan på eller utebliven utredning eller behandling</i>	29
8.3.2	<i>Bristande information och dialog med patient och anhöriga</i>	29
8.3.3	<i>Upplevelse av brister i allmänna rutiner.....</i>	29
8.3.4	<i>Oprofessionellt bemötande</i>	29
8.3.5	<i>Ändrade läkemedel utan uppföljning</i>	30
8.3.6	<i>Sekretessbrott.....</i>	30
8.4	RESULTAT FRÅN ÅTGÄRDER PÅ ENSKILD OCH ÖVERGRIPANDE NIVÅ GRUPP 1	30
8.5	RESULTAT URVALSGRUPP 2	30
8.5.1	<i>Otillräcklig vård samt bristande delaktighet i vårdplanering</i>	31
8.5.2	<i>Oprofessionellt bemötande och kommunikationsbrister</i>	31
8.5.3	<i>Klagomål på läkemedelsbehandling.....</i>	32
8.5.4	<i>Begränsad tillgänglighet och svårigheter att kontakta mottagningen</i>	32
8.5.5	<i>Svårigheter att få intyg och remisser</i>	32
8.5.6	<i>Konstanta läkarbyten</i>	32
8.5.7	<i>Felaktiga journaluppgifter.....</i>	32
8.6	RESULTAT FRÅN ÅTGÄRDER PÅ ENSKILD OCH ÖVERGRIPANDE NIVÅ GRUPP 2	33
9	DISKUSSION.....	33
9.1	ANTAL ÄRENDEN	33
9.2	KLAGOMÅL PÅ VÅRD OCH BEHANDLING.....	33
9.3	KLAGOMÅL PÅ ORGANISATION OCH TILLGÄNGLIGHET	33
9.4	KLAGOMÅL PÅ KOMMUNIKATION OCH INFORMATION	34
9.5	VÅRDGIVARNAS FÖRBÄTTRINGSÅTGÄRDER	34
9.6	BEGRÄNSNING MED KVALITATIV METOD.....	34
9.7	FÖR VIDARE REFLEKTION.....	34
9.7.1	<i>Upplevelser av otillräcklig, försenad, utebliven eller nekad vård</i>	35
9.7.2	<i>Vikten av kommunikation, information och bemötande.....</i>	35
9.7.3	<i>Vård utifrån patientens egna förutsättningar</i>	35
10	REFERENSER	36
	PATIENTNÄMNDEN.....	38
	TILLITSFULLA MÖTEN	38

1 SAMMANFATTNING

Under hösten 2017 fick förvaltningen ett särskilt uppdrag av nämnden att analysera klagomål på psykiatrisk vård som inkommit under åren 2015, 2016 och 2017. För att få en tydligare bild av utvecklingen har i en del fall även ärenden som inkom under 2013 och 2014 ingått i studien.

Förvaltningen har genomfört en kvantitativ studie avseende såväl skillnader mellan klagomål på psykiatrisk vård och övriga vårdtyper som utveckling av och innehåll i klagomål på psykiatrisk vård, samt en kvalitativ analys av textsammanfattningar i två urvalsgrupper.

Den kvantitativa studien visade bland annat att klagomålen på psykiatrisk vård har ökat något mindre än klagomålen på övriga vårdtyper. Under treårsperioden var ökningarna tydligast för primärvård, akutsjukhus och specialistvård utanför akutsjukhusen där de uppgick till 32, 12 respektive 23 procent mellan 2015 och 2017. Klagomålen på psykiatrisk vård ökade under perioden med 10 procent.

Relativt tydliga skillnader kunde ses vad gäller patienternas kön och ålder vid jämförelse mellan ärenden avseende psykiatrisk vård respektive övriga vårdtyper. Andelen män var större vid klagomål på psykiatriska vård och patienterna var yngre.

Mindre skillnader kunde ses för klagomålens fördelning per problemområde. Andelarna klagomål på vård och behandling, organisation och tillgänglighet, patientjournal och sekretess samt även för vårdansvar var något större för psykiatrisk vård än för övriga vårdtyper.

För såväl psykiatrisk vård som övriga vårdtyper var klagomål på vård och behandling, kommunikation samt organisation och tillgänglighet vanligast.

Klagomålen på vård och behandling i psykiatrisk vård ökade tydligt under perioden. Andelarna klagomål på delproblemen behandling respektive läkemedel var större för psykiatrisk vård än för övriga vårdtyper, medan andelarna klagomål på undersökning/utredning och diagnos var mindre.

Antalet klagomålen på kommunikation förändrades endast marginellt för psykiatrisk vård, medan de ökade tydligt för övriga vårdtyper. Dock var andelen klagomål på dialog/delaktighet betydligt större för psykiatrisk vård än för övriga vårdtyper.

Klagomålen på organisation och tillgänglighet ökade endast marginellt för psykiatrisk vård, medan tydligare ökning kunde ses för övriga vårdtyper. Dock var klagomålen på lång väntan på besökstid, i vissa fall utöver vårdgarantins gränser, vanligare för psykiatrisk vård än övriga vårdtyper.

Förvaltningen följer kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vården. Då dessa kommer till förvaltningens kännedom sent i handlägningsprocessen analyserades i detta sammanhang ärenden som avslutats under perioden 2015 till 2017.

Under åren 2015–2017 hade vårdgivarna vidtagit förbättringsåtgärder i totalt 30 procent av de skriftliga ärenden som avslutades under perioden och där yttranden inhämtats. Andelarna varierade dock mellan vårdtyperna. Psykiatrisk vård hade, tillsammans med specialistvård utanför akutsjukhus de minsta andelarna, 26 procent vardera.

Den kvalitativa analysen gjordes av totalt 253 textsammanfattningar i lika många ärenden av inkomna synpunkter och klagomål på psykiatrisk vård och utgjorde ett komplement till den kvantitativa redovisningen. Urvalet bestod av textsammanfattningar från två grupper. Den första urvalsgruppen bestod av skriftliga ärenden i åldersgrupperna 20–29 år och 30–39 år där vårdgivarna kommit med åtgärder på enskild eller övergripande nivå. I dessa åldersspann hade det inkommit flest ärenden. Den andra urvalsgruppen bestod av psykiatriska öppenvårdsverksamheter med störst ökning av inkomna ärenden vid jämförelse mellan åren 2016 och 2017. Dessa psykiatriska öppenvårdsverksamheter var fem till antalet. Datamaterialet från de båda urvalsgrupperna analyserades var för sig.

Resultatet bestod av flera kategorier, bland annat: *otillräcklig vård samt bristande delaktighet i vårdplanering, oprofessionellt bemötande och kommunikationsbrister, bristande information och dialog med patient och anhöriga, svårigheter att få intyg och remisser och konstanta läkarbyten.*

En fördjupning och förståelse framkom i de enskilda ärendena som inte skulle framträtt med bara statistisk redovisning. I resultatet från den kvalitativa innehållsanalysen kunde man se att de flesta klagomål handlade om otillräcklig, försenad, utebliven eller nekad vård. Det framkom också att synpunkter och klagomål på bristande information och dialog mellan vårdgivarna och anmälarna var många, liksom på bristande läkemedelsbehandling och -uppföljning samt mottagningarnas tillgänglighet. Sammanfattningsvis kan förmodas att många av de synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden hade kunnat undvikas om verksamheterna implementerat ett mer personcentrerat förhållningssätt där vården är samordnad och den unika personen bemöts med medkänsla och respekt. Då hade möjligheten ökat att bemötandet varit mer professionellt. Sannolikt hade också dialog med och information till patienter och anhöriga återkopplats så att färre missuppfattningar uppstått, information tappats bort eller glömts förmedlas.

2 BAKGRUND

Den 1 januari 2018 fick patientnämnden genom ny lagstiftning på klagomålsområdet ett fördjupat uppdrag att analysera inkomna ärenden. Detta sammanföll väl i tiden med att förvaltningen under hösten 2017 fick ett särskilt uppdrag av den politiska nämnden att analysera klagomål på psykiatrisk vård som inkommit under åren 2015, 2016 och 2017. Denna rapport baseras på den första analys som genomförts efter lagändringen.

3 SYFTE

Att genom en fördjupad studie belysa synpunkter och klagomål på psykiatrisk vård.

4 MÅL

Att studera klagomålsutvecklingen avseende psykiatrisk vård och jämföra denna med övriga vårdtyper samt uppmärksamma och sprida resultatet till berörda vårdenheter och nyckelpersoner.

Resultatet av denna studie kan, genom att den innehåller såväl kvantitativ redovisning som kvalitativ analys, ge ytterligare dimensioner som skulle kunna resultera i ett beslut om en fortsatt fördjupad studie rörande klagomål på psykiatrisk vård.

5 METOD

Kvantitativ redovisning och kvalitativ analys avseende klagomål på psykiatriska verksamheter som inkommit under treårsperioden 2015-2017. För att ytterligare belysa utvecklingen har i vissa fall även ärenden som inkommit under 2013 och 2014 ingått i studien.

Den kvantitativa redovisningen omfattar

- antal ärenden
- anmälarnas kön och ålder
- specialitet
- problem och delproblem
- ärenden som lett till att vårdgivarna vidtagit förbättringsåtgärder

Den kvantitativa redovisningen avser såväl skillnader mellan klagomål på psykiatrisk vård och övriga vårdtyper som utveckling av och innehåll i klagomål på psykiatrisk vård.

Den kvalitativa analysen omfattar en innehållsanalys av sammanfattningar av ärenden i två urvalsgrupper. Dessa utgjordes av

- ärenden som avslutats under 2017 avseende åldersspannen 20-29 och 30-39 år i såväl öppen- som slutenvård där vårdgivarna vidtagit förbättringsåtgärder.
- skriftliga, telefon- och e-postärenden som inkommit under 2017 avseende fem psykiatriska verksamheter där antalet klagomål ökat jämfört med 2016.

6 RESULTAT 1 – PSYKIATRISK VÅRD JÄMFÖRT MED ÖVRIGA VÅRD TYPER

6.1 Antal ärenden

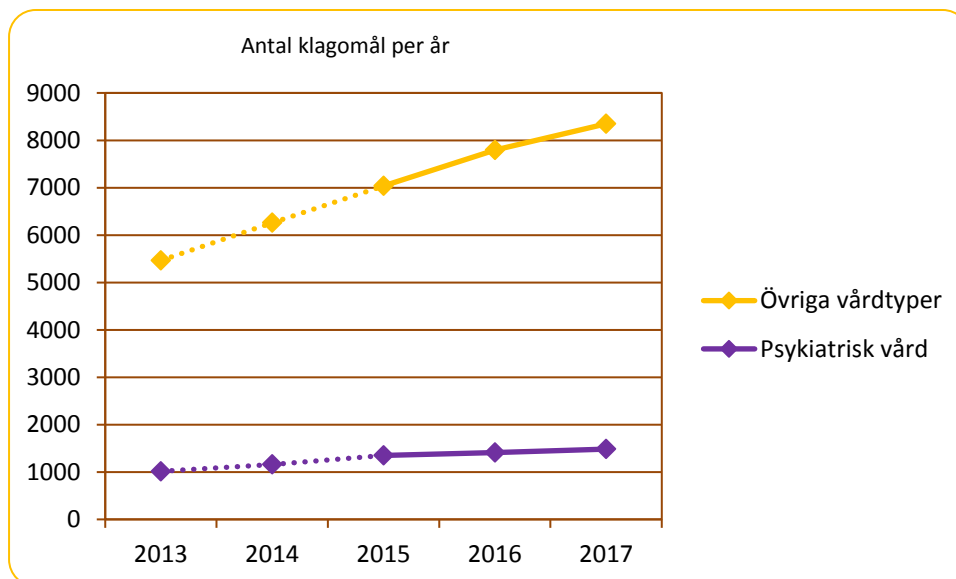
6.1.1 Ärenden och klagomål

Under treårsperioden 2015-2017 inkom totalt 22 228 ärenden, varav 3 423 avsåg psykiatrisk vård. Ett ärende kan innehålla två klagomål, vilket var fallet i 23 procent av periodens samtliga ärenden och 24 procent av de ärenden som avsåg psykiatrisk vård. Antalet ärenden med två klagomål har ökat successivt. Under 2017 registrerades två klagomål i 2 189 ärenden, vilket var 29 procent av samtliga ärenden. Jämfört med 2016 ökade antalet ärenden som innehöll två klagomål med 41 procent. Här sågs ingen skillnad vid en jämförelse mellan klagomål på psykiatrisk vård och samtliga övriga vårdtyper.

Det förekommer att en anmälare kan ha fler än två klagomål på samma vårdenhet. Dessa kan dock inte registreras i ärendet, utan får beskrivas i ärendets textsammanfattning. I denna rapport redovisas fortsättningsvis, om inget annat anges, antalet klagomål. I vissa fall är det dock mer relevant att redovisa antalet ärenden, vilket kommer att anges i texten.

Klagomål på psykiatrisk vård registreras under en egen vårdtyp. Därtill förekommer ett litet antal privatpraktiserande läkare med psykiatrisk inriktning. Totalt inkom 47 ärenden med 60 klagomål på dessa under treårsperioden. De registreras under specialistvård, bland övriga specialistmottagningar utanför akutsjukhusen, och ingår inte i begreppet psykiatrisk vård i denna rapport. Jämfört med vårdtypen psykiatrisk vård sågs endast mindre skillnader rörande klagomålen fördelning på problemområden.

Diagrammet nedan visar utvecklingen under åren 2013 till 2017 för klagomål avseende samtliga vårdtyper exklusive psykiatrisk vård respektive enbart psykiatrisk vård.



Det totala antalet klagomål har under de senaste åren ökat med mellan 7 och 14 procent årligen. Även antalet klagomål avseende psykiatrisk vård har ökat under de senaste åren, dock i mindre utsträckning än övriga vårdtyper. Under treårsperioden 2015 till 2017 ökade antalet klagomål avseende psykiatrisk vård med 10 procent, medan ökningen för samtliga övriga vårdtyper uppgick till 19 procent.

6.1.2 Ärenden per kontakttyp

Anmälare kan ta kontakt med förvaltningen genom skrivelser, telefonsamtal, e-post eller vid personliga besök. Det vanligaste sättet för anmälare att ta den första kontakten är per telefon. Detta skedde i 67 procent av samtliga ärenden under 2015-2017. I 22 procent av ärendena togs den inledande kontakten med e-post och i resterande 11 procent bestod den första kontakten av en skrivelse.

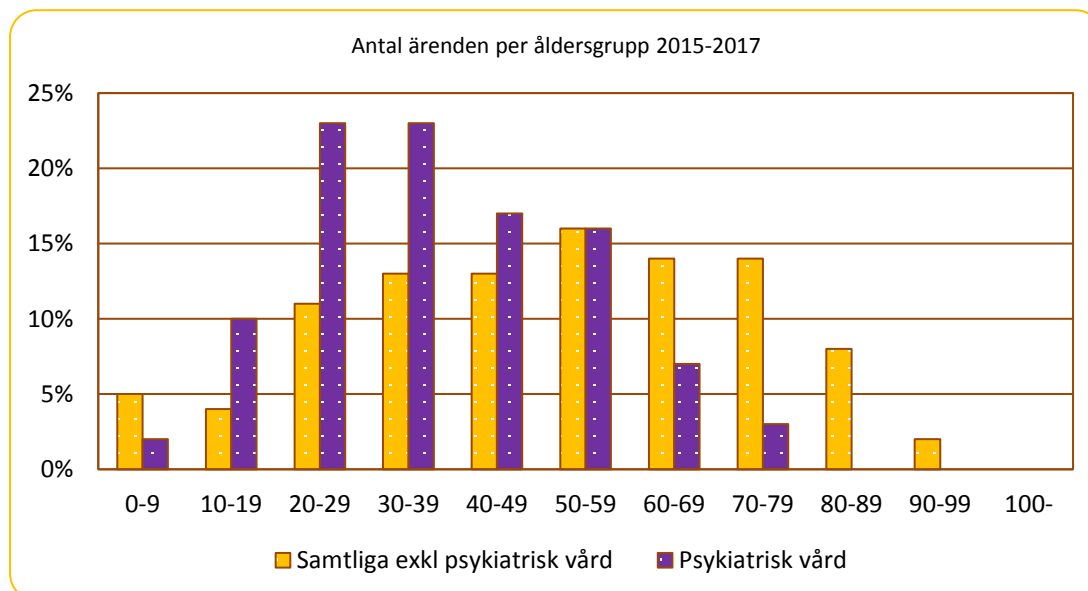
Vid jämförelse mellan ärenden avseende psykiatrisk vård och övriga vårdtyper under de aktuella åren sågs endast minimala skillnader gällande hur anmälare inledningsvis tog kontakt med förvaltningen.

6.2 Patienternas kön och ålder

Patientens kön är i princip alltid känt. Det kan dock förekomma ett fåtal ärenden, mindre än 1 procent av det totala antalet under den aktuella treårsperioden, där så inte är fallet. I 15 procent av ärendena var patientens ålder okänd. Här sågs ingen skillnad mellan psykiatrisk vård och övriga vårdtyper. Ärenden där anmälarnas ålder och/eller kön inte var kända ingår inte i de separata redovisningarna avseende detta, men i samtliga övriga delar av denna rapport.

Under treårsperioden 2015-2017 avsåg 37 procent av samtliga ärenden män. Andelen var densamma i ärenden för samtliga vårdtyper exklusive psykiatrisk vård, men större i ärenden som avsåg psykiatrisk vård, där den uppgick till 40 procent. Under samma period avsåg 17 procent av männens och 15 procent av kvinnornas klagomål psykiatrisk vård.

Som framgår av diagrammet nedan var patienterna i ärenden som avsåg psykiatrisk vård åren 2015 till 2017 tydligt yngre än patienter i ärenden som avsåg övriga vårdtyper.



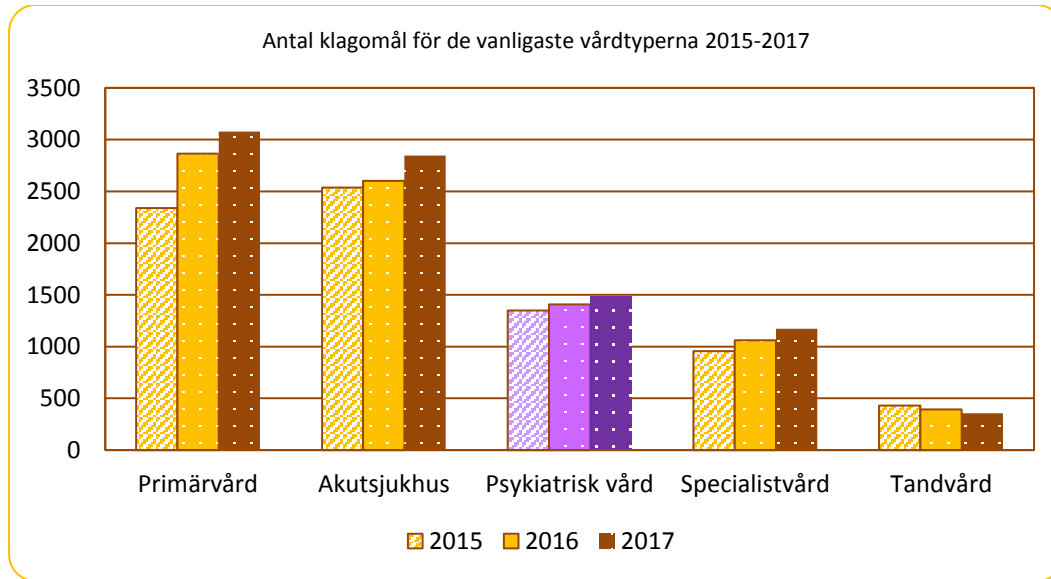
För åldersgruppen 10 till 19 år avsåg 31 procent av ärendena psykiatrisk vård. Därefter följde akutsjukhus och primärvård med 24 respektive 21 procent vardera.

Störst skillnader sågs för åldrarna 20 till 39 år. Denna grupp uppgick till 45 procent av patienterna i ärenden som avsåg psykiatrisk vård. Motsvarande andel i ärenden som avsåg övriga vårdtyper var 24 procent.

Skillnader sågs även för åldrarna 40 till 59 år. Totalt 79 procent av patienterna i ärenden som avsåg psykiatrisk vård var mellan 20 och 59 år gamla. Motsvarande andel för övriga vårdtyper uppgick till 53 procent.

6.3 Klagomål per vårdtyp

Diagrammet nedan visar klagomålsutvecklingen för de vanligaste vårdtyperna för åren 2015 till 2017.

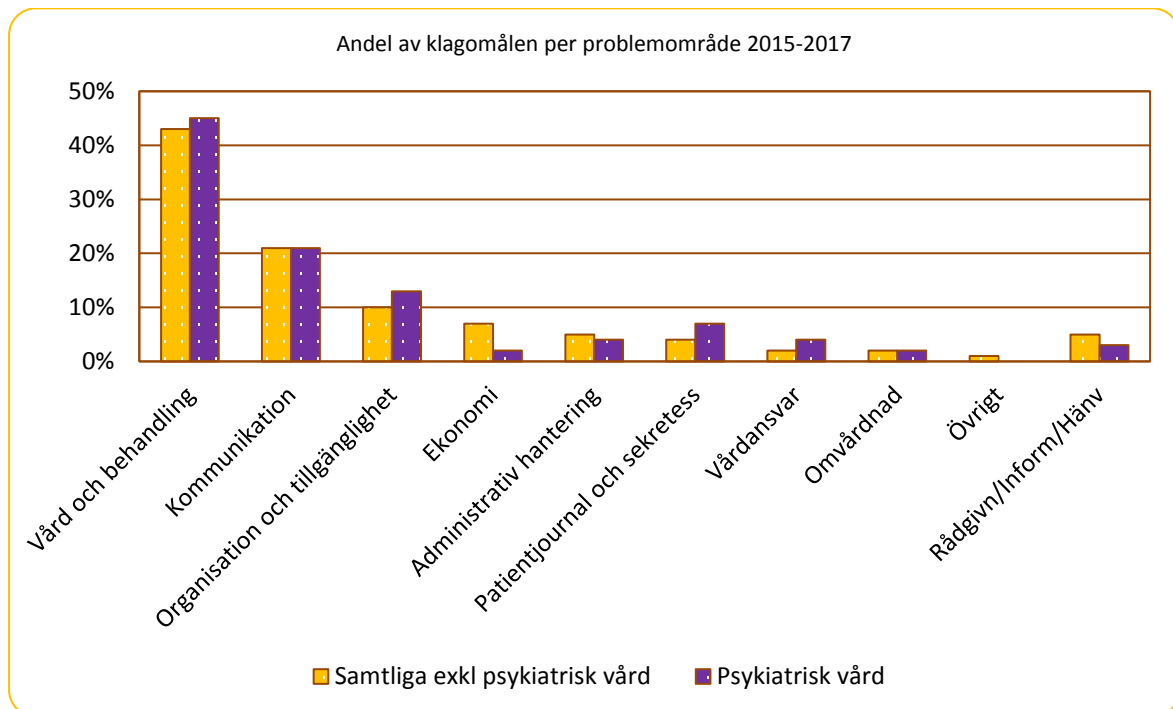


Ökningarna var tydligast för primärvård, akutsjukhus och specialistvård utanför akutsjukhus där de uppgick till 32, 12 respektive 23 procent mellan 2015 och 2017. Motsvarande ökning för psykiatrisk vård uppgick till 10 procent.

6.4 Klagomål per problemområde

Mindre skillnader sågs för klagomålen fördelning mellan problemområdena vid jämförelse mellan psykiatrisk vård och övriga vårdtyper.

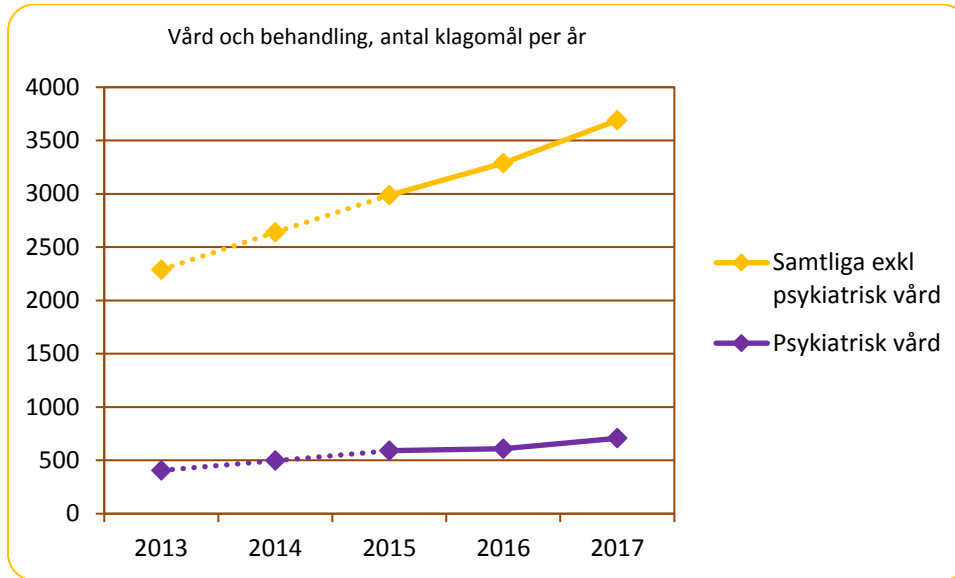
Diagrammet nedan visar fördelningen mellan de olika problemområdena för klagomål avseende psykiatrisk vård respektive samtlig övrig vård för åren 2015 till 2017.



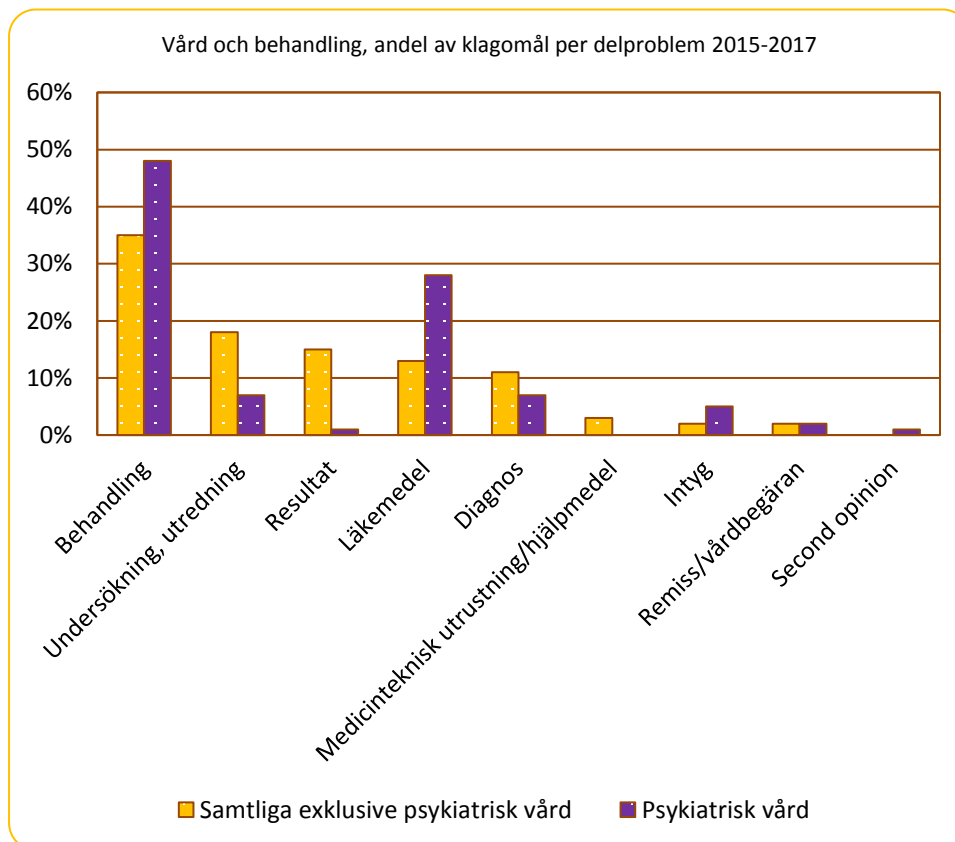
Andelarna klagomål på vård och behandling, organisation och tillgänglighet, patientjournal och sekretess samt även för vårdansvar var något större för psykiatrisk vård än för övriga vårdtyper.

6.4.1 Vård och behandling

Diagrammet nedan visar utvecklingen av klagomålen på vård och behandling för psykiatrisk vård respektive övriga vårdtyper. Mellan åren 2015 och 2017 ökade dessa klagomål med 20 procent för psykiatrisk vård och 24 procent för övriga vårdtyper.



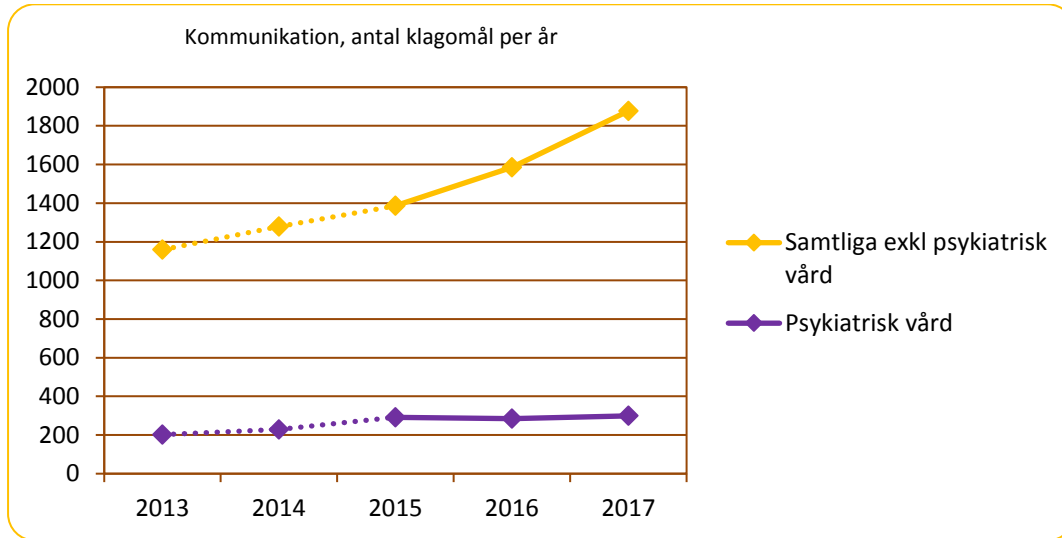
Diagrammet nedan visar andelen klagomål på vård och behandling för åren 2015 till 2017 per delproblem.



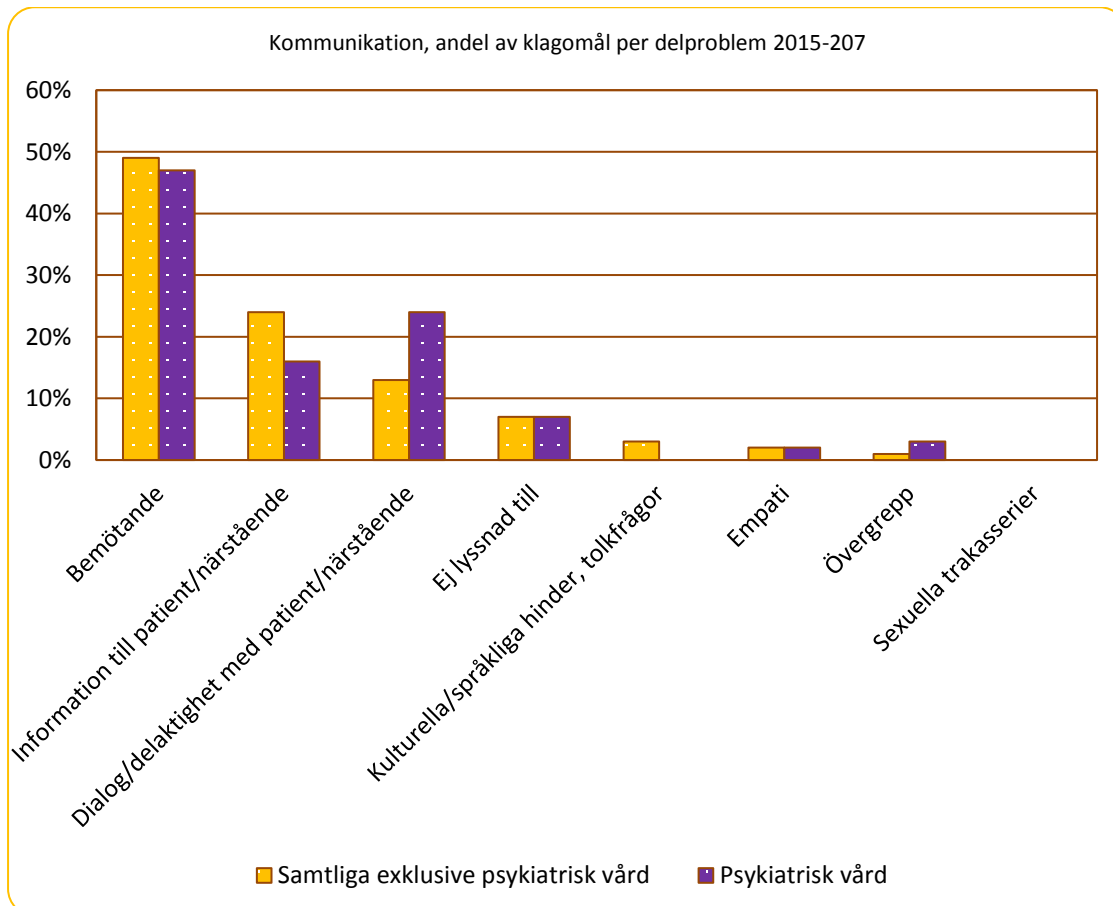
Andelarna klagomål på behandling, både med och utan läkemedel, var tydligt större för psykiatrisk vård än för övriga vårdtyper medan andelarna klagomål på undersökning/utredning, resultat och diagnos var mindre.

6.4.2 Kommunikation

Diagrammet nedan visar utvecklingen av klagomålen på kommunikationsbrister för psykiatrisk vård och övriga vårdtyper. Mellan åren 2015 och 2017 ökade klagomålen med 2 procent för psykiatrisk vård och 35 procent för övriga vårdtyper.



De totala andelarna klagomål på kommunikation var desamma för psykiatrisk vård respektive övriga vårdtyper, 21 procent för åren 2015 till 2017. Dock sågs tydliga skillnader vad gäller klagomålens fördelning mellan de olika delproblemen, vilket framgår av diagrammet nedan.



Klagomål på dialog/delaktighet med patient/närstående var i det närmaste dubbelt så vanliga för psykiatrisk vård där de utgjorde 24 procent av samtliga klagomål på kommunikationsbrister. För övriga vårdtyper uppgick motsvarande andel till 13 procent.

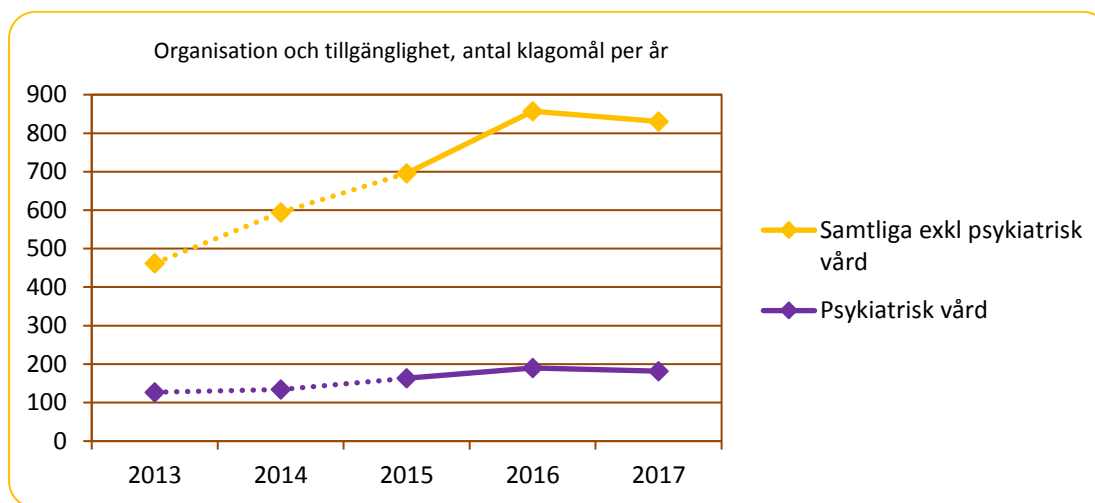
Klagomål på information till patient/närstående var mindre vanliga för psykiatrisk vård, 16 procent av kommunikationsklagomålen, jämfört med 24 procent för övriga vårdtyper.

För klagomål på bemötande sågs en mindre skillnad, de utgjorde 47 procent av kommunikationsklagomålen på psykiatrisk vård och 49 procent för övriga vårdtyper.

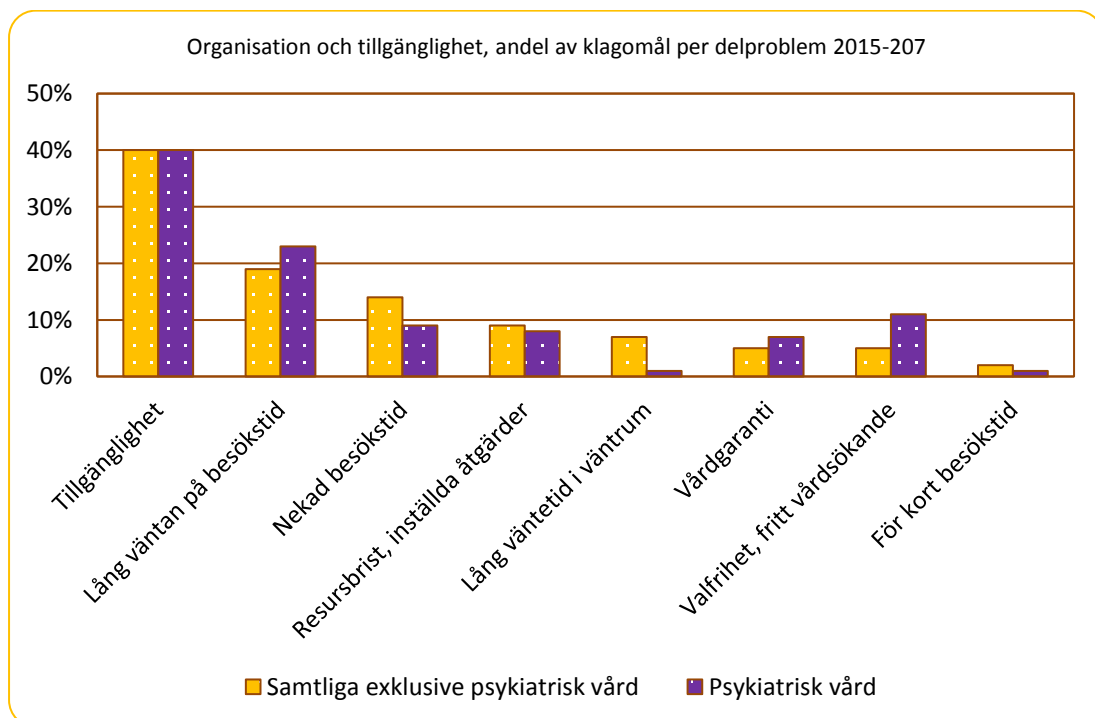
Endast ett fåtal klagomål avsåg övergrepp. Detta kan innefatta till exempel sexuella närmanden eller inviter, personal som varit hårdhänt i samband med bältesläggning eller annan behandling och att man bryskt avvisats från en mottagning. Totalt förekom 95 sådana klagomål under treårsperioden, varav 27 avsåg psykiatrisk vård, vilket motsvarar 3 procent av samtliga klagomål på kommunikationsbrister. För övriga vårdtyper uppgick motsvarande andel till 1 procent.

6.4.3 Organisation och tillgänglighet

Diagrammet nedan visar utvecklingen av klagomålen på organisation och tillgänglighet för psykiatrisk vård respektive övriga vårdtyper. Mellan åren 2015 och 2017 ökade klagomålen med 12 procent för psykiatrisk vård och 19 procent för övriga vårdtyper.



Diagrammet nedan visar andelen klagomål avseende organisation och tillgänglighet för åren 2015 till 2017 per delproblem.

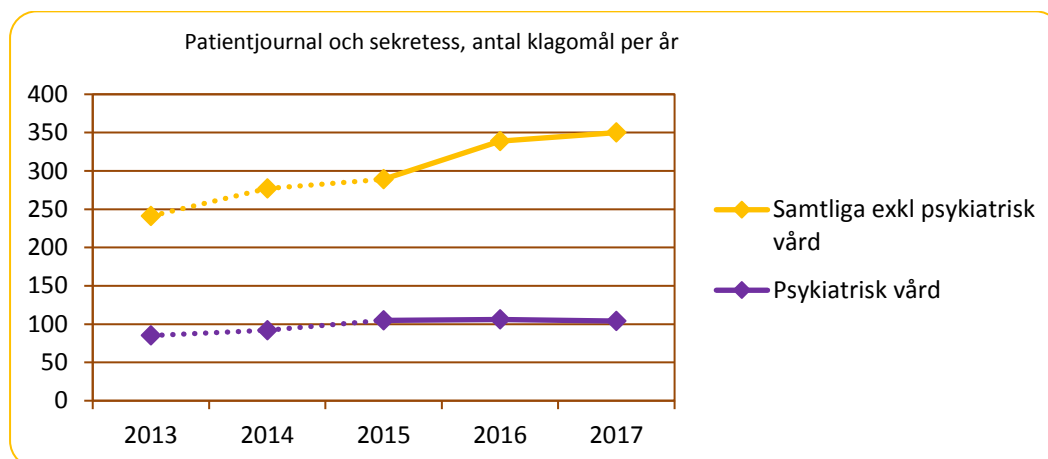


Klagomål på lång väntan på besökstid, i vissa fall utöver vårdgarantins gränser, och valfrihet/fritt vård sökande var vanligare när det gällde psykiatrisk vård än övriga vårdtyper.

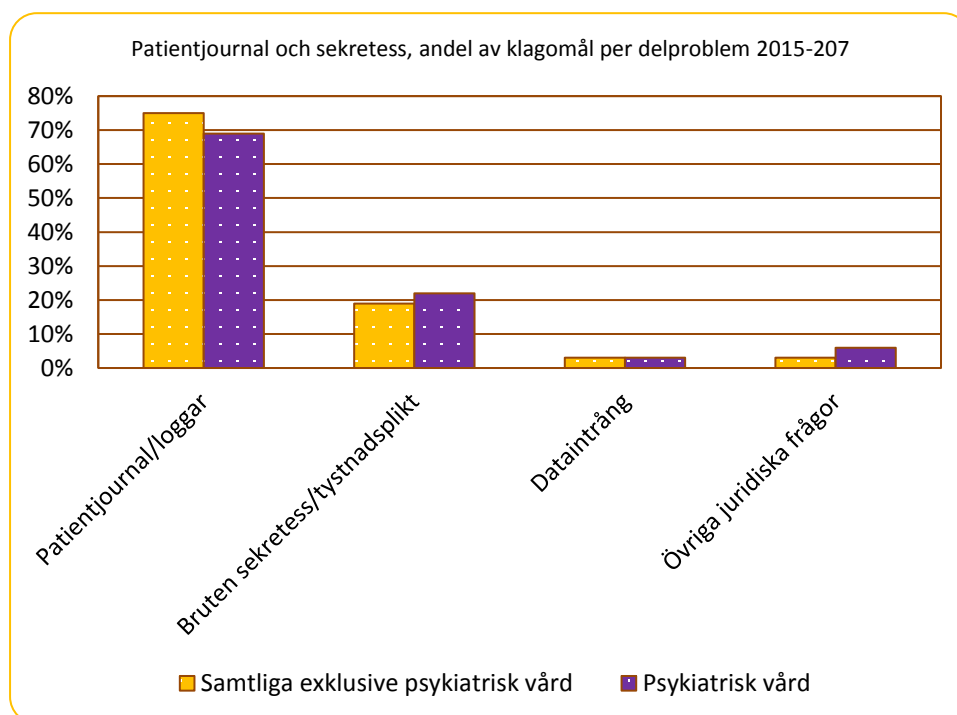
Synpunkter på väntetid framkom i 30 procent av klagomålen på organisation och tillgänglighet avseende psykiatrisk vård, för samtliga övriga vårdtyper uppgick motsvarande andel till 24 procent. I 11 procent av klagomålen avseende psykiatrisk vård framfördes synpunkter på bristande valfrihet, för samtliga övriga vårdtyper uppgick andelen till 5 procent.

6.4.4 Patientjournal och sekretess

Diagrammet nedan visar utvecklingen av klagomålen på patientjournal och sekretess för psykiatrisk vård respektive övriga vårdtyper. Mellan åren 2015 och 2017 skedde endast ytterst marginella förändringar för psykiatrisk vård, medan de ökade med 21 procent för övriga vårdtyper.



Diagrammet nedan visar andelen klagomål avseende patientjournal och sekretess för åren 2015 till 2017 per delproblem.



När klagomålen på patientjournal och sekretess fördelas på de olika delproblemen framkommer inga avgörande skillnader mellan klagomål på psykiatrisk vård och på övriga vårdtyper. Synpunkter på bruten sekretess/tystnadsplikt var något vanligare vid klagomål på psykiatrisk vård, medan synpunkter på patientjournal/loggar var något mindre vanliga.

6.4.5 Könsskillnader

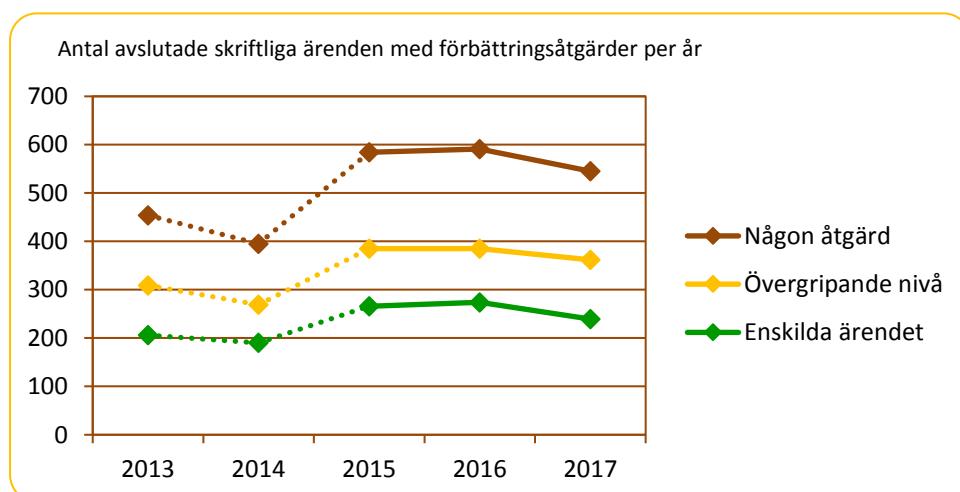
Kvinnors och mäns klagomål fördelade sig generellt tämligen likartat mellan problemområdena. Inga avgörande skillnader kunde ses mellan klagomål på psykiatrisk vård och övriga vårdtyper. Kvinnor klagade generellt mer än män på kommunikationsbrister, vilket innefattar bemötande, delaktighet och information, medan män i större utsträckning än kvinnor klagade på brister rörande vård och behandling samt organisation och tillgänglighet.

6.5 Ärenden som lett till förbättringsåtgärder

Många av de ärenden som hanteras av förvaltningen leder till förbättringsåtgärder hos vårdgivarna. Åtgärderna kan avse en övergripande nivå och syfta till att förhindra att en liknande händelse uppstår igen, eller endast beröra det enskilda ärendet.

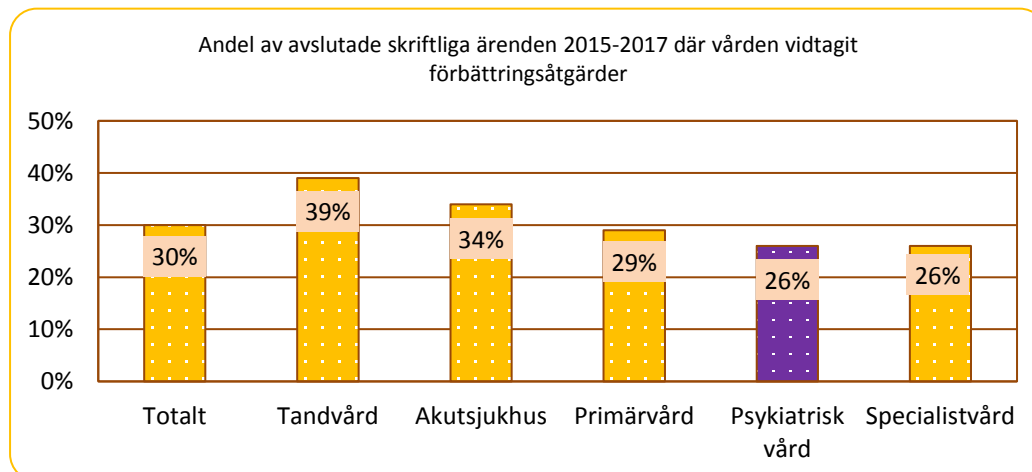
Förvaltningen följer kontinuerligt de förbättringsåtgärder som dokumenteras i yttranden från vårdgivare. Det kan självfallet också förekomma att åtgärder vidtas utan att det framkommer i yttranden. Då förvaltningen får kännedom om dessa åtgärder sent i handlägningsprocessen analyseras i detta sammanhang ärenden som har avslutats under respektive år, oavsett när de inkom. Flertalet har dock inkommit under det aktuella året eller i slutet av föregående år.

Diagrammet nedan visar samtliga ärenden som avslutats under åren 2013 till 2017 som lett till att vårdgivarna vidtagit förbättringsåtgärder.



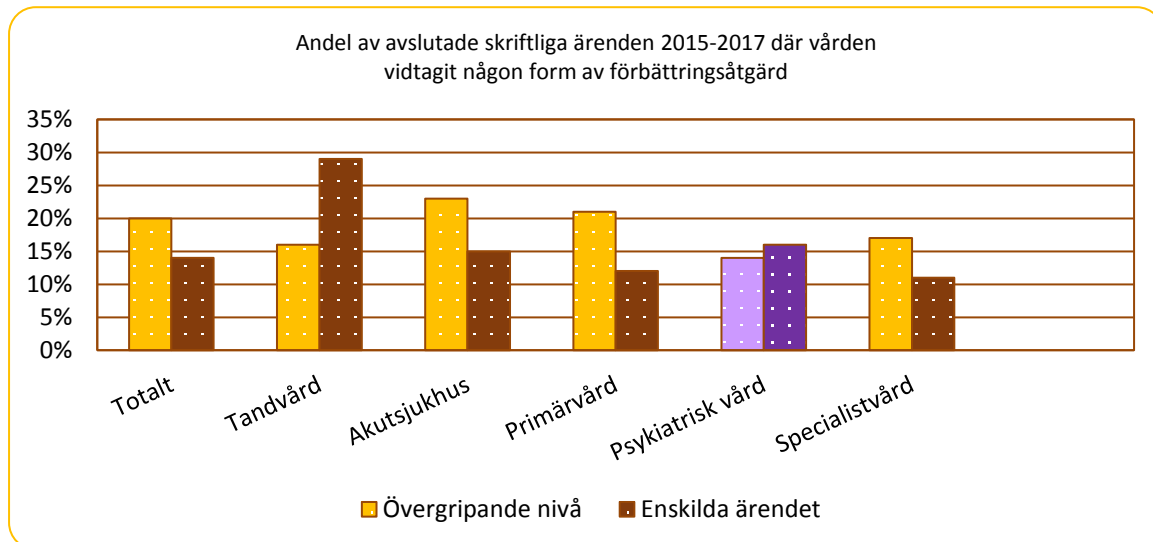
6.5.1 Förbättringsåtgärder per vårdtyp

Under perioden 2015 till 2017 avslutades totalt 5 757 skriftliga ärenden där yttrande begärts från vården. Av dessa ledde 1 726 till att vårdgivarna vidtog någon form av förbättringsåtgärd, det vill säga totalt 30 procent. Andelarna varierade mellan vårdtyperna, vilket framgår av nedanstående diagram som redovisar de vanligaste vårdtyperna.



Den högsta andelen förbättringsåtgärder sågs som tidigare i ärenden som avsåg tandvård. Antalet ärenden var dock relativt begränsat och avsåg i stor utsträckning ekonomiska frågor. En vanlig åtgärd var att man krediterade eller ersatte patienter för kostnader som inte klargjorts tillräckligt tydligt i förväg.

Även andelen förbättringsåtgärder av de två olika slagen, övergripande nivå eller i det enskilda ärendet, varierade mellan vårdtyperna, vilket framgår av nedanstående diagram.



Förbättringsåtgärder på övergripande nivå var vanligast vid akutsjukhus där de uppgick till 23 procent av samtliga skriftliga ärenden som avslutats under treårsperioden. Den minsta andelen, 14 procent, sågs för psykiatrisk vård.

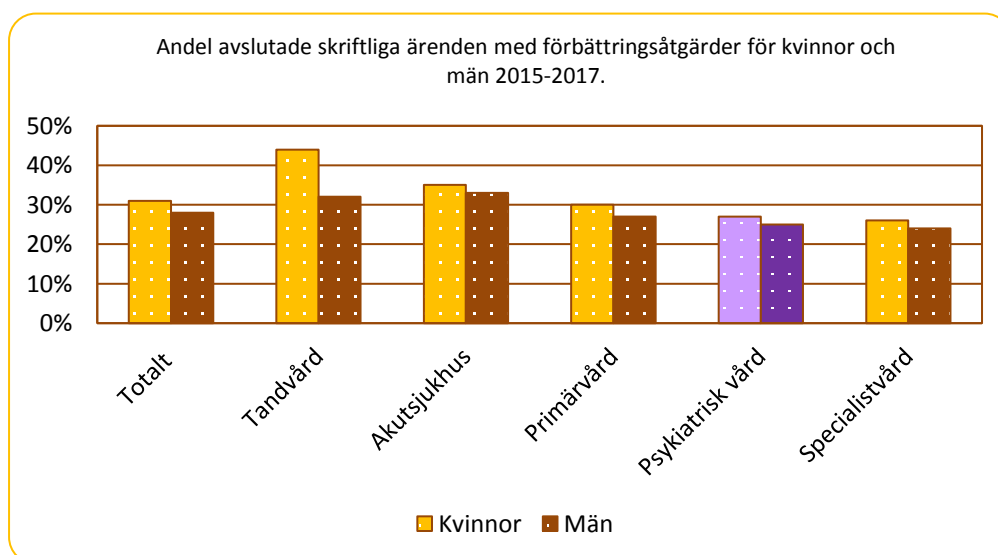
När det gällde förbättringsåtgärder i det enskilda ärendet sågs den högsta andelen för tandvård, 29 procent. Därefter följde psykiatrisk vård med 16 procent.

6.5.2 Förbättringsåtgärder per vårdtyp och kön

Under treårsperioden 2015-2017 hade förbättringsåtgärder vidtagits i 28 procent av avslutade skriftliga ärenden som avsåg män och 31 procent av ärenden som avsåg kvinnor.

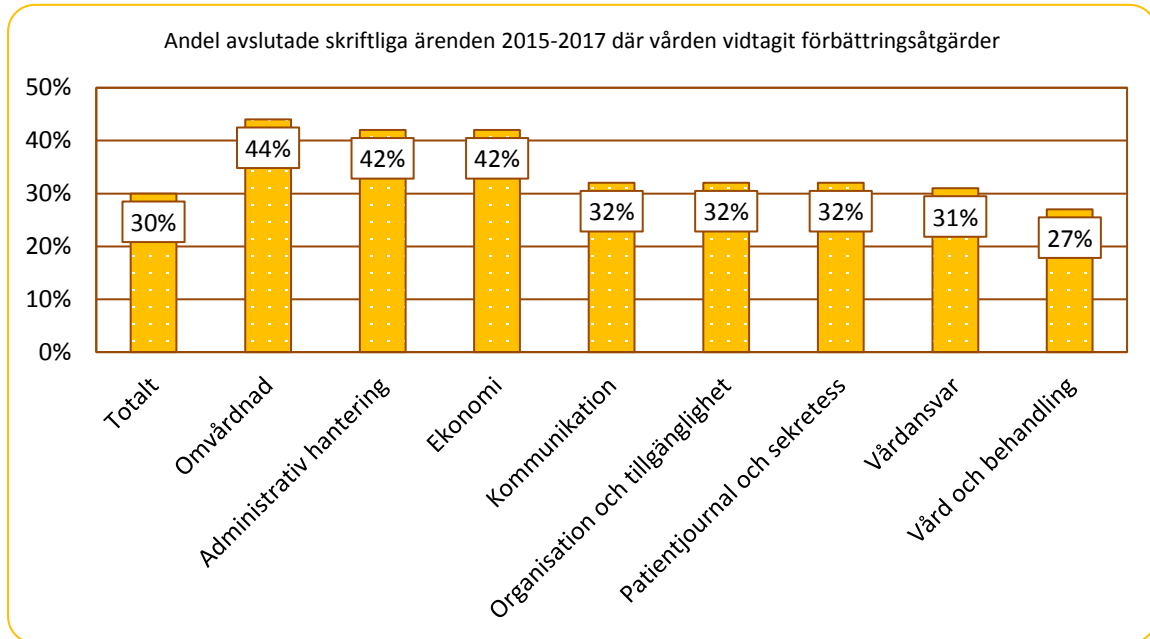
Åtgärder på övergripande nivå hade vidtagits i 18 procent av männens och 21 procent av kvinnornas ärenden. Åtgärder i det enskilda ärendet hade vidtagits i 13 procent av männens och 17 procent av kvinnornas ärenden. Då åtgärder av båda typerna kan förekomma i samma ärende kan andelarna inte adderas.

Mäns och kvinnors andelar ärenden med förbättringsåtgärder varierade något mellan vårdtyperna, vilket framgår av diagrammet nedan.



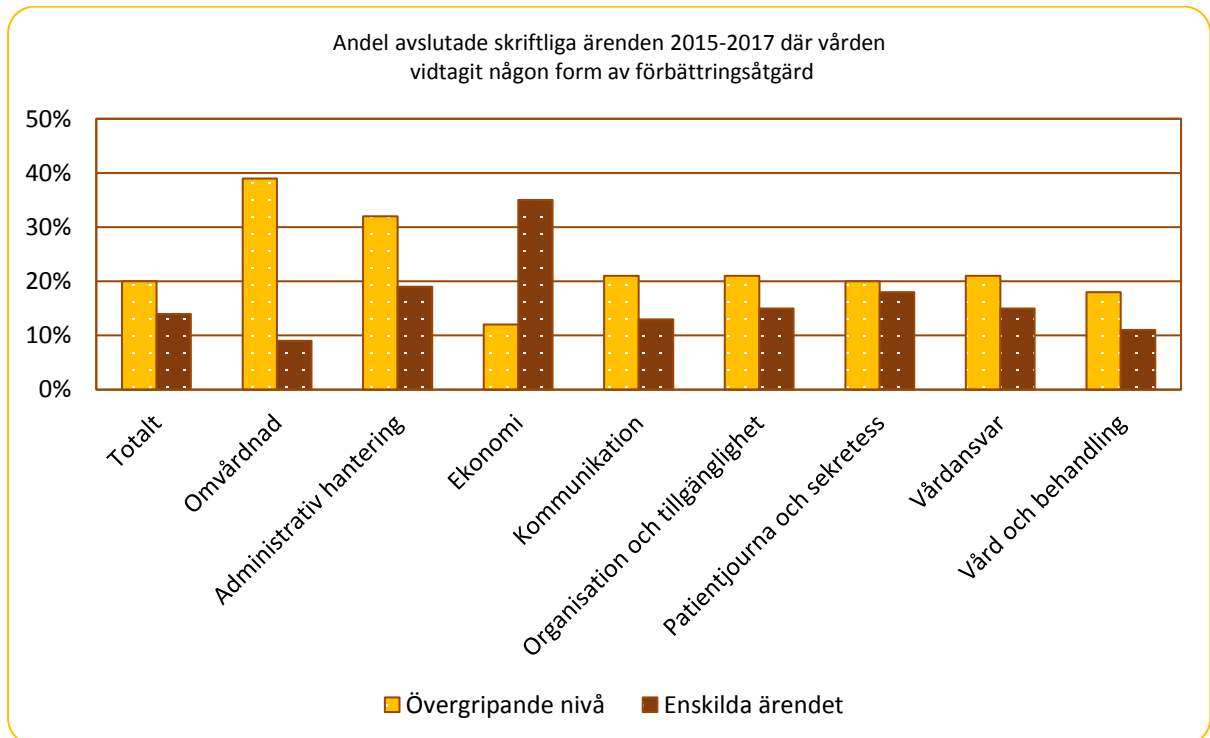
6.5.3 Förbättringsåtgärder per problemområde för samtliga vårdtyper

Förutom skillnader mellan vårdtyperna sågs även variationer i andel förbättringsåtgärder vid klagomål på de olika problemområdena, vilket framgår av diagrammet nedan.



Det totala antalet ärenden avseende de problemområden som hade de största andelarna förbättringsåtgärder var dock förhållandevis små, varför statistiken är något osäker. Ärenden avseende problemområden med stora andelar förbättringsåtgärder, omvårdnad, administrativ hantering och ekonomi, utgjorde 2, 5 respektive 6 procent av samtliga ärenden under treårsperioden.

Andelarna förbättringsåtgärder av de olika slagen, på övergripande nivå eller i det enskilda ärendet, varierade mellan problemområdena, vilket framgår av diagrammet nedan.

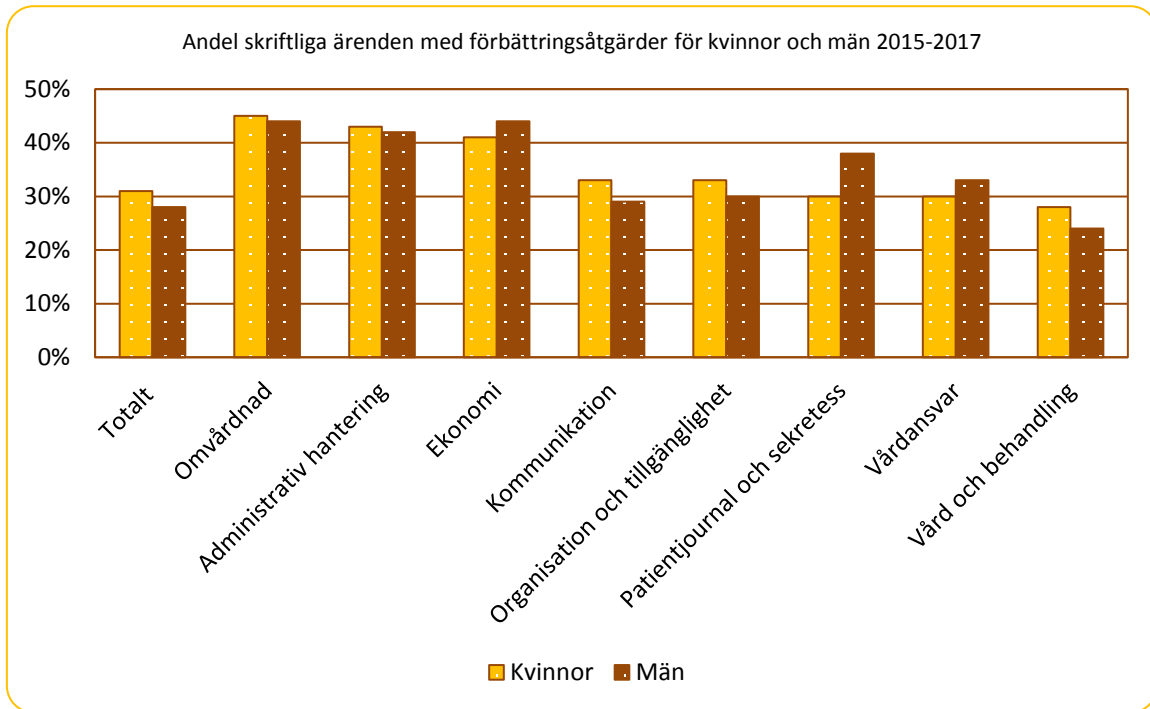


De största andelarna förbättringsåtgärder på övergripande nivå sågs i ärenden som avsåg omvårdnad respektive administrativ hantering där de uppgick till 39 respektive 32 procent av samtliga avslutade ärenden. Den minsta andelen sågs för ekonomi, 12 procent.

Den största andelen förbättringsåtgärder i det enskilda ärendet sågs för ekonomi, där den uppgick till 35 procent. För övriga problemområden varierad andelarna mellan 8 och 19 procent.

6.5.4 Förbättringsåtgärder per problemområde och kön

Mäns och kvinnors andelar ärenden med förbättringsåtgärder varierade något mellan problemområdena, vilket framgår av diagrammet nedan.



Inga avgörande skillnader sågs mellan könen. Männens andelar var något större i ärenden som avsåg ekonomi, patientjournal och sekretess samt vårdansvar, medan kvinnornas var något större för övriga problemområden.

6.5.5 Jämförelse mellan psykiatrisk vård och akutsjukhus

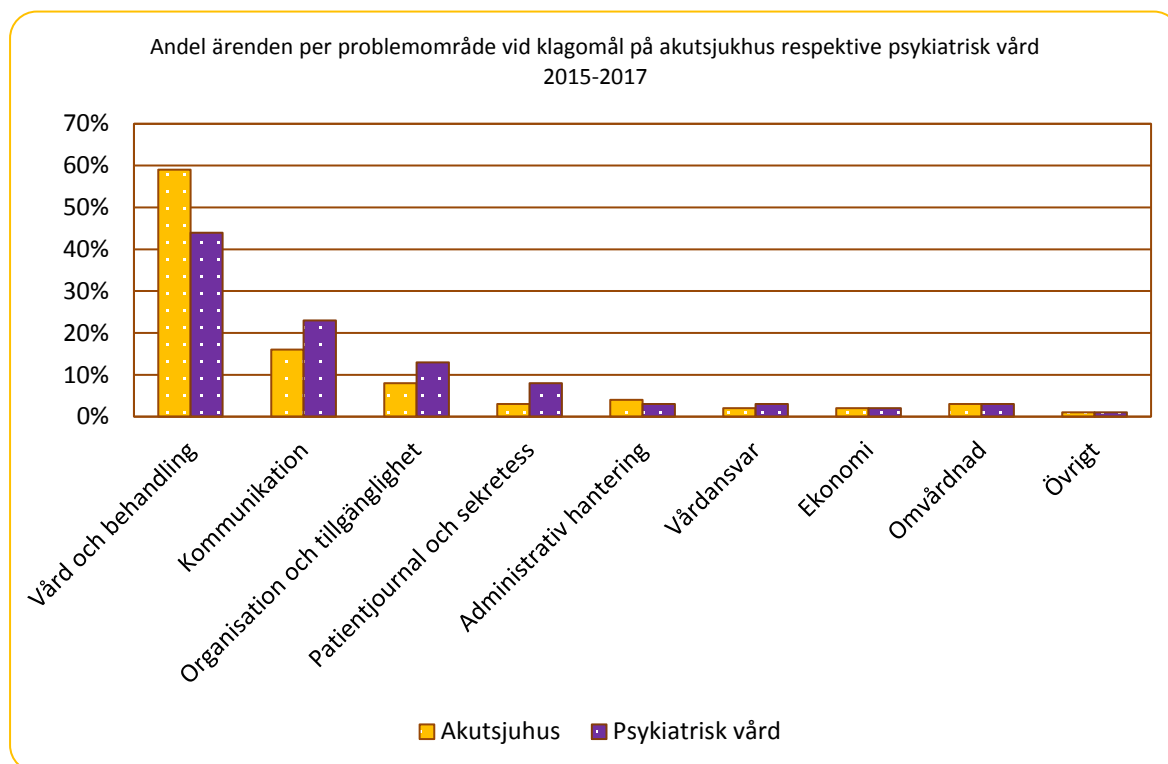
Andelen ärenden med förbättringsåtgärder i psykiatrisk vård uppgick åren 2015 till 2017 till 26 procent. För övriga vårdtyper (exklusive tandvård som förvisso visar högst andel förbättringsåtgärder men endast utgjorde 5 procent av det totala antalet ärenden) sågs högst andel förbättringsåtgärder för akutsjukhus, där den uppgick till 34 procent.

För att söka en förklaring till den lägre nivån av förbättringsåtgärder i psykiatrisk vård har en jämförelse gjorts med ärenden avseende akutsjukhus. Härvid har vissa skillnader avseende såväl klagomålen fördelning mellan problemområden som andelar ärenden med förbättringsåtgärder per problemområde framkommit. Huruvida dessa olikheter kan bidra till att förklara skillnaden gällande vidtagna förbättringsåtgärder är dock osäkert.

6.5.6 Problemområden

Diagrammet nedan visar ärendenas fördelning på problemområden för akutsjukhus och psykiatrisk vård i samtliga skriftliga ärenden som avslutades under 2015 till 2017, oavsett om yttrande begärts eller ej.

I cirka 80 procent av de skriftliga ärendena begärs yttrande från vården. När så inte sker kan det finnas flera orsaker. Det förekommer att anmälaren inte vill ha något yttrande utan är nöjd med att ärendet registreras och kommer till vårdgivarnas kännedom vid rapportering. Ibland har anmälaren inte uppgivit kontaktuppgifter eller går trots att så skett inte att få kontakt med.



Skillnaderna mellan de två vårdtyperna var tydligast för problemområdena vård och behandling, kommunikation, organisation och tillgänglighet samt patientjournal och sekretess. Synpunkter på vård och behandling var vanligare för akutsjukhusen, medan de övriga var vanligare för psykiatrisk vård.

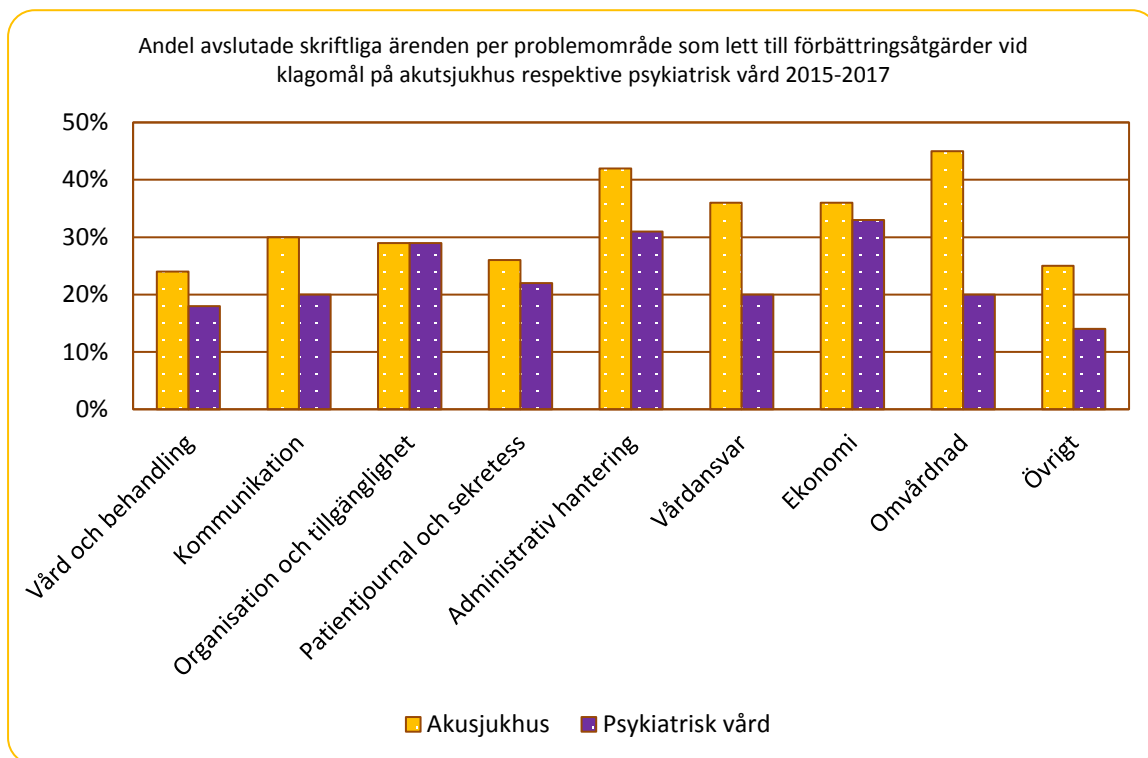
Andelen ärenden med synpunkter på vård och behandling uppgick till 59 procent i ärenden avseende akutsjukhus och 44 procent i ärenden avseende psykiatrisk vård.

Andelen ärenden med synpunkter på kommunikation uppgick till 16 respektive 23 procent i ärenden avseende akutsjukhus respektive psykiatrisk vård.

Andelen ärenden med synpunkter på organisation och tillgänglighet uppgick till 8 respektive 13 procent vid klagomål på akutsjukhus respektive psykiatrisk vård.

Andelen ärenden med synpunkter på patientjournal och sekretess uppgick till 3 respektive 8 procent vid synpunkter på akutsjukhus respektive psykiatrisk vård.

Om andelarna ärenden med förbättringsåtgärder för de två vårdtyperna fördelas per problemområde i samtliga skriftliga ärenden som avslutades under perioden, oavsett om yttrande begärts eller inte, framkommer att andelarna var större vid akutsjukhus för samtliga problemområden utom organisation och tillgänglighet, där andelarna var lika stora, vilket framgår av diagrammet nedan.



7 RESULTAT 2 – PSYKIATRISK VÅRD

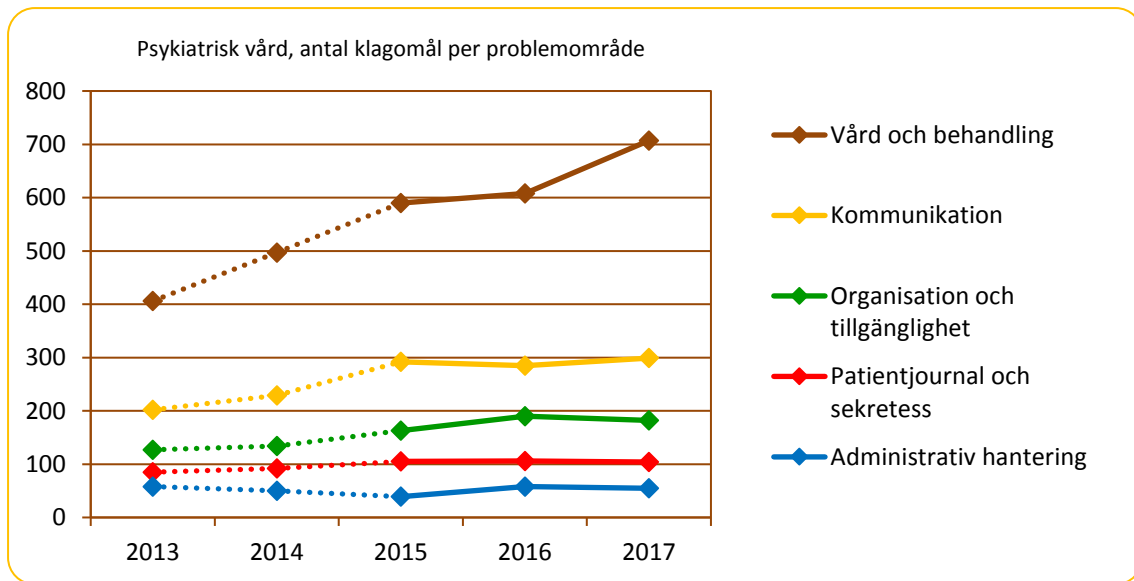
7.1 Klagomål per psykiatrisk specialitet

Under åren 2015 till och med 2017 avsåg 85 procent av klagomålen på vuxenpsykiatrisk vård. Därefter följde barn- och ungdomspsykiatri med 8, beroendevård med 5 och rättspsykiatri med 2 procent. Inga större skillnader sågs mellan åren.

7.2 Klagomål per problemområde

Totalt har antalet klagomål på psykiatrisk vård ökat med 10 procent mellan åren 2015 och 2017. Klagomålen på vård och behandling i psykiatrisk vård ökade under samma period med 20 procent.

Diagrammet nedan visar utvecklingen för de vanligaste problemområdena för psykiatrisk vård under åren 2013 till 2017.

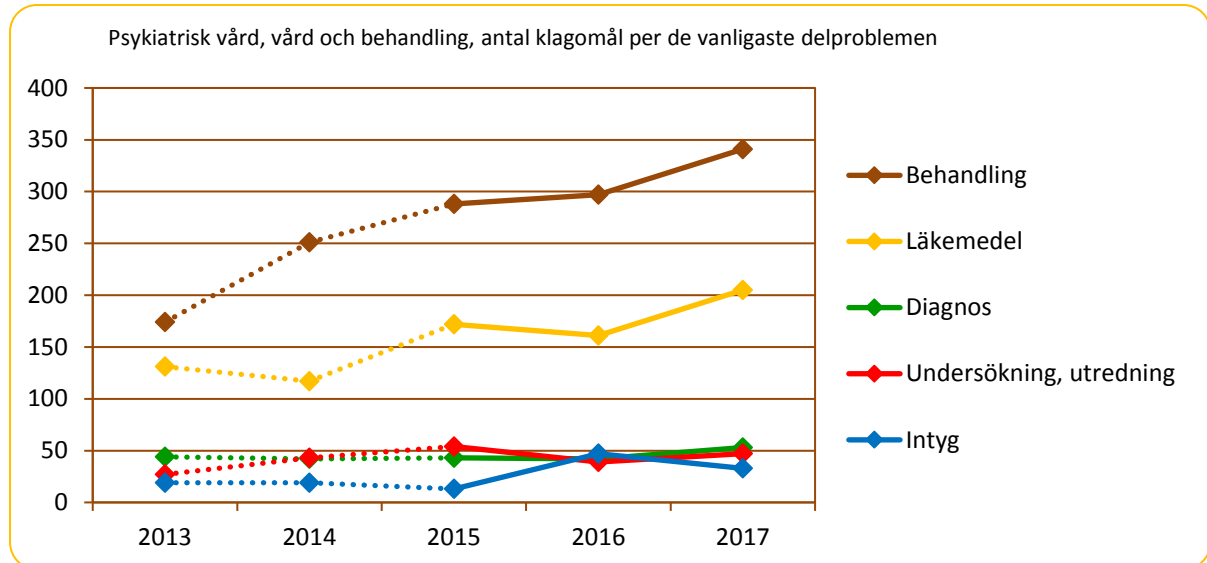


Under perioden sågs tydliga ökningarna för klagomål på vård och behandling. Denna var särskilt tydlig mellan 2016 och 2017.

7.2.1 Vård och behandling

Klagomål på vård och behandling ökade med 20 procent under perioden 2015-2017.

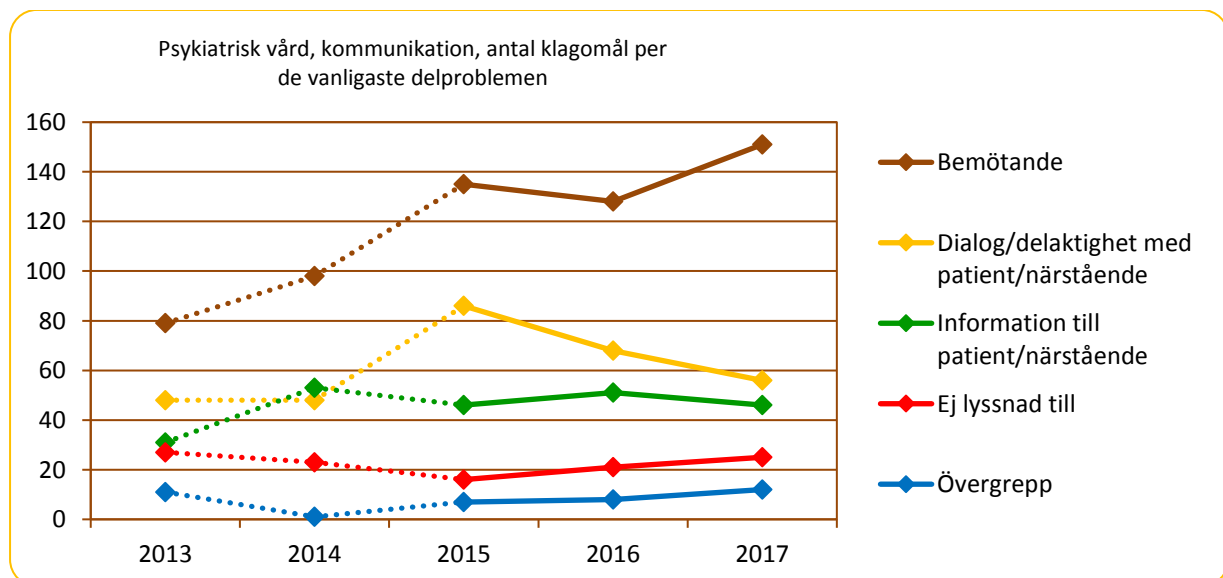
Diagrammet nedan visar fördelningen av klagomål på vård och behandling per delproblem under åren 2013-2017.



Klagomålen på vård och behandling har dominerats av behandling med och utan läkemedel. Under perioden 2015-2017 ökade dessa med 19 respektive 18 procent under perioden.

7.2.2 Kommunikation

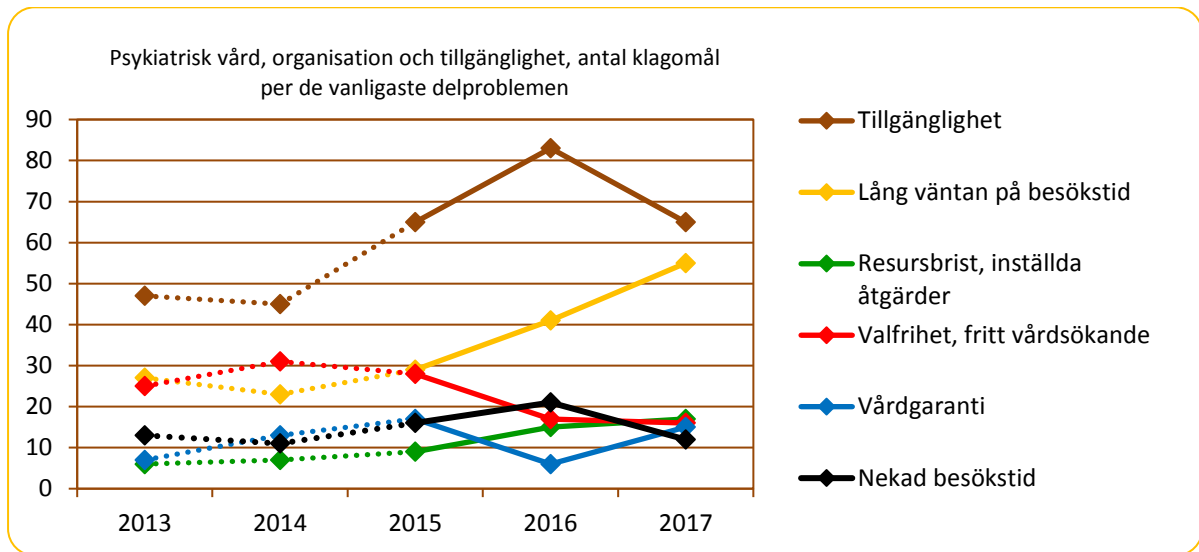
Klagomålen på kommunikationsbrister ökade marginellt, med 2 procent under treårsperioden. Dock sågs skillnader för de olika delproblemen, vilket framgår av diagrammet nedan.



Klagomålen på bemötande ökade med 12 procent under perioden, trots en minskning 2016. Klagomålen på dialog/delaktighet med patient/närstående minskade med 35 procent.

7.2.3 Organisation och tillgänglighet

Klagomålen på organisation och tillgänglighet ökade med 12 procent under treårsperioden. Här sågs tydliga skillnader för de ingående problemområdena, vilket framgår av nedanstående diagram.



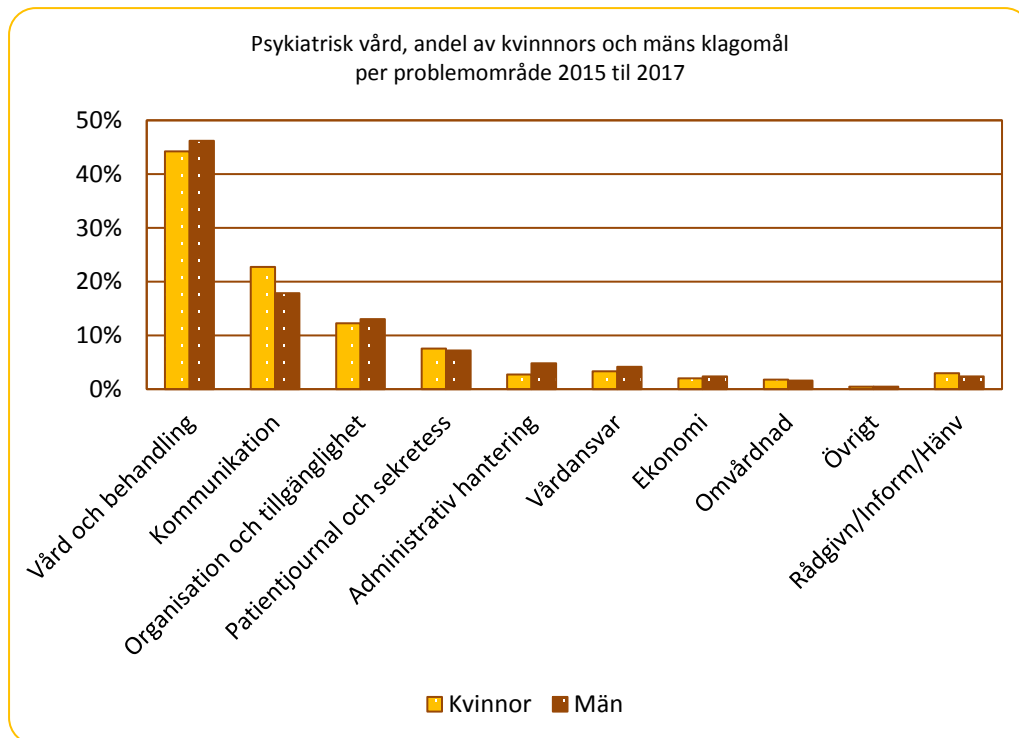
Klagomålen på tillgänglighet, som ökade under 2016 minskade tydligt under 2017, men kvarligg på samma nivå som 2015. Klagomålen på lång väntan på besökstid ökade med 34 procent under treårsperioden.

7.3 Kön

Som tidigare nämnts var antalet kvinnor som klagade på psykiatrisk vård större än antalet män, vilket gäller samtliga vårdtyper. Under 2015 till 2017 var andelen män dock något större i ärenden som avsåg psykiatrisk vård, 40 procent, än för övriga vårdtyper, 37 procent. Under samma period avsåg 17 procent av männen och 15 procent av kvinnornas klagomål psykiatrisk vård.

Kvinnor och män klagade inte helt lika. Män klagade något mer på vård och behandling samt organisation och tillgänglighet, medan kvinnor klagade något mer på kommunikationsbrister. I övrigt var skillnaderna små.

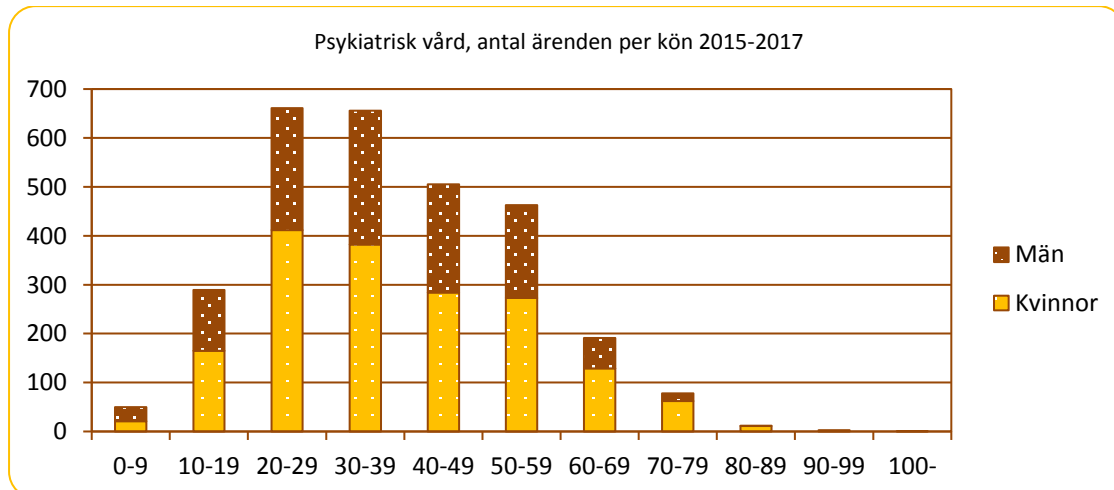
Diagrammet nedan visar klagomålen fördelade per problemområde och kön för åren 2015 till 2017. Fördelningen överensstämmer väl med samtliga övriga vårdtyper.



7.4 Ålder

Patienter i ärenden som avsåg psykiatrisk vård var, som nämnts tidigare, genomsnittligt yngre än i ärenden som avsåg övriga vårdtyper.

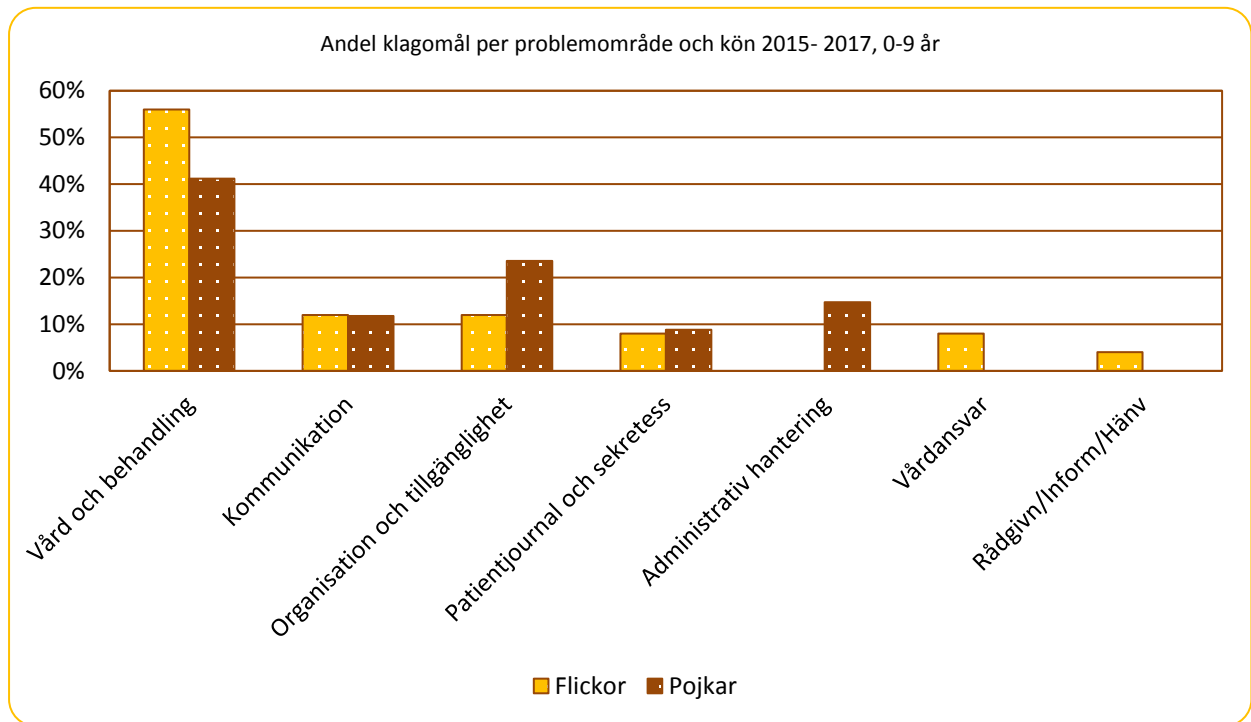
Diagrammet nedan visar antalet ärenden per patienternas kön och ålder vid klagomål på psykiatrisk vård för perioden 2015 till 2017.



7.4.1 Åldersgruppen 0-9 år

Under perioden 2015 till 2017 inkom totalt 50 ärenden med klagomål på psykiatrisk vård som gällde barn i åldern 0 till 9 år. Sammantaget registrerades 59 klagomål. Samtliga ärenden avsåg barn- och ungdomspsykiatriska verksamheter. I denna åldersgrupp dominerade pojkarna, med 60 procent av gruppens ärenden.

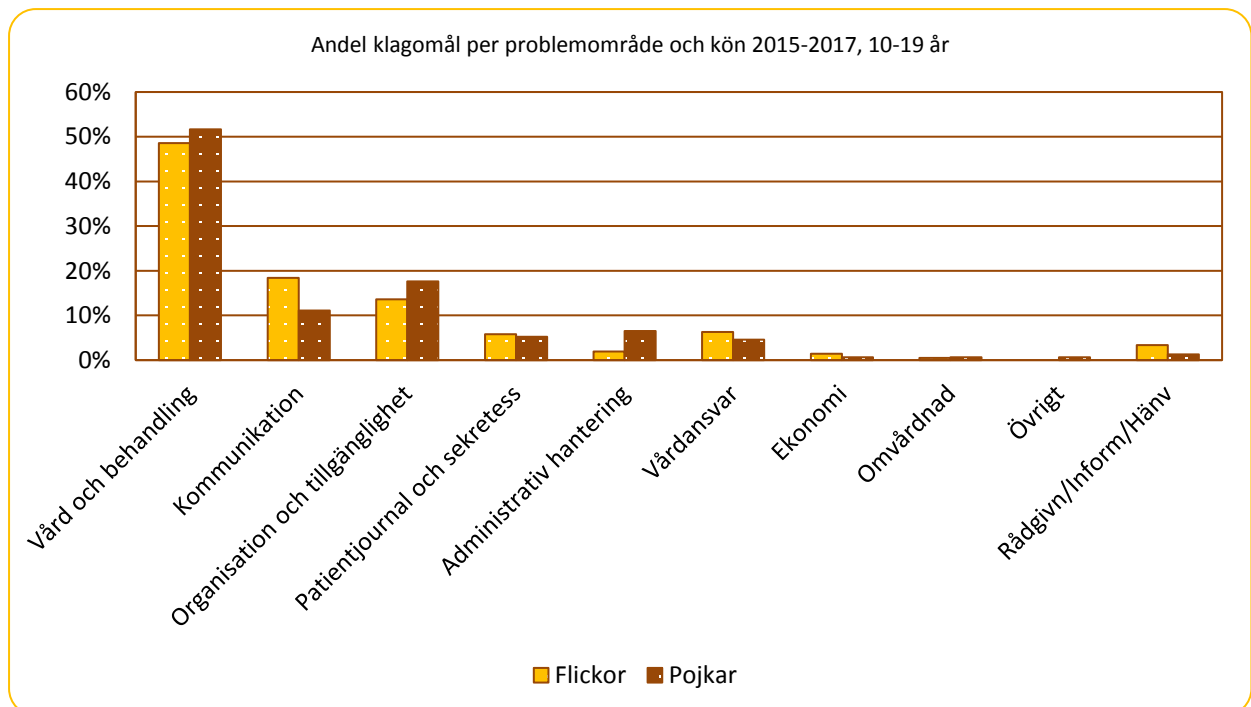
Diagrammet nedan visar andelarna klagomål per problemområde och kön för perioden 2015 till 2017.



7.4.2 Åldersgruppen 10-19 år

Totalt 289 ärenden avsåg gruppen 10-19 år. Sammantaget registrerades 359 klagomål. Här var 43 procent pojkar. I 69 procent av ärendena avsågs barn- och ungdomspsykiatri och i 30 procent vuxenpsykiatriska verksamheter. Två ärenden avsåg beroendevård.

Diagrammet nedan visar andelarna klagomål per problemområde och kön för perioden 2015 till 2017.

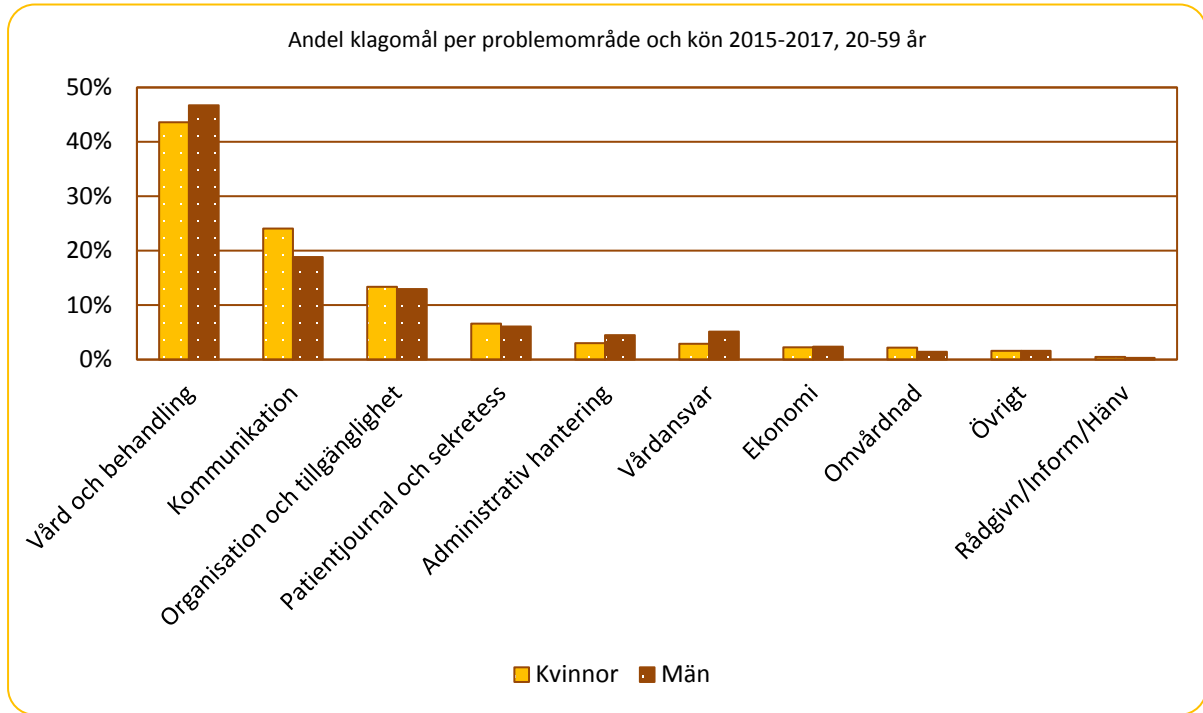


7.4.3 Åldersgrupperna 20-59 år

Klagomålen på psykiatrisk vård dominerades av åldrarna 20-59 år. Bland såväl yngre som äldre var antalet klagomål betydligt färre. Totalt 2 290 ärenden avsåg denna grupp.

Sammantaget registrerades 2 877 klagomål. Här var 41 procent män. Ärendena avsåg huvudsakligen vuxenpsykiatriska verksamheter. Därtill kom 22 ärenden avseende beroendevård och 17 avseende rättspsykiatri.

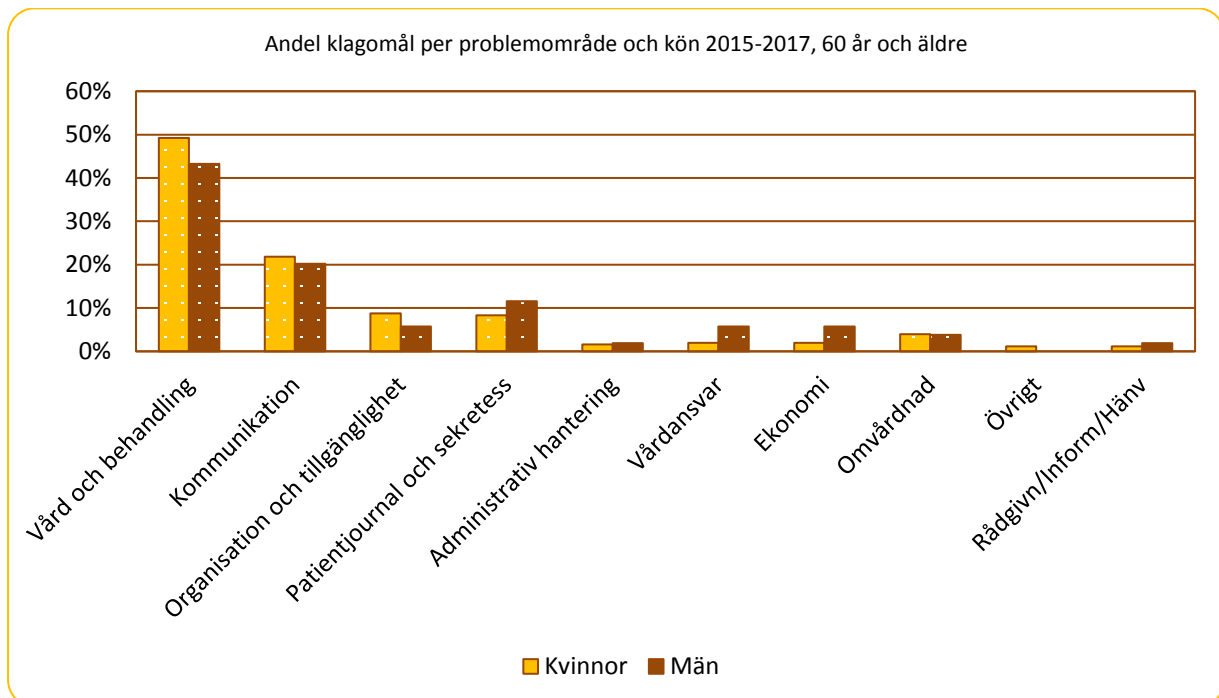
Klagomålens fördelning på problemområden och kön för perioden 2015 till 2017 framgår av diagrammet nedan.



7.4.4 Åldersgrupperna 60 år och äldre

Totalt 286 ärenden avsåg gruppen 60 år och äldre. Den äldsta var en man som fyllt 100 år. Sammantaget registrerades 356 klagomål. Här var 28 procent män. I 93 procent av ärendena avsågs vuxenpsykiatriska verksamheter. Därtill kom 14 ärenden avseende beroendevård och 5 avseende rättspsykiatrisk vård.

Diagrammet nedan visar andelarna klagomål per problemområde och kön för perioden 2015-2017.



8 KVALITATIV ANALYS OCH RESULTAT

8.1 *Kvalitativ analys*

Sveriges Kommuner och Landsting beskriver i sin skrift ”Analysstöd - att värdera information från uppföljning” (SKL, 2015) en analysmetod där man delar upp datamaterialet från större till mindre delar. Sedan granskas de enskilda delarna var för sig för att därefter läggas samman till en ny helhet. Liknande analysmetod används i vetenskapliga studier och benämns kvalitativ innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008).

Materialet till den kvalitativa analysen bestod av avidentifierade textsammanfattningar från förvaltningens ärendehanteringsprogram. Först genomlästes dessa i samtliga 88 respektive 165 ärenden i urvalet. Därefter söktes essensen i sammanfattningarna och dessa kondenserades till nya kategorier som bildade likheter och mönster, oberoende av vilket problemområde¹ som tidigare registrerats i ärendehanteringsprogrammet.

I den kvalitativa analysen användes ett öppet perspektiv till datamaterialet, med beaktande för handläggarnas förståelse för det sammanhang materialet hämtades ifrån. Detta medförde att man i analysen kunde förhålla sig mer objektiv till datamaterialet (Elo & Kyngäs, 2008). Ärendena från respektive urvalsgrupp analyserades var för sig.

Anmälarna som hört av sig med synpunkter och klagomål till patientnämndens förvaltning och vars ärenden bidragit till den kvalitativa analysen i dessa urvalsgrupper, benämns i detta avsnitt som kvinna, man, person, patient eller anmälare beroende på sammanhanget.

8.2 *Urval*

I den kvalitativa delen av denna studie begränsades datamaterialet för att kunna analysera ärenden på ett djupare plan och två urvalsgrupper skapades. Grupp 1 bestod av de textsammanfattningar av samtliga avslutade skriftliga ärenden under 2017 i åldersspannen 20-29 och 30-39 år där vården vidtagit förbättringsåtgärder. Dessa två åldersspann hade flest ärenden registrerade. De vårdinrättningar som inkluderades bedrev både slut- och öppen vård. Efter genomgång och gallring återstod 88 ärenden.

Därefter skapades ytterligare en urvalsgrupp genom att identifiera de psykiatriska öppenvårdsverksamheter med störst ökning av anmälningar vid jämförelse mellan åren 2016 och 2017. Grupp 2 bestod av fem psykiatriska öppenvårdsverksamheter, varav två var landstingsdrivna och tre privata med landstingsavtal, där en verksamhet också bedrev slutenvård. Sammanlagt blev det 165 skriftliga, telefon- samt e-postärenden. Totalt antal ärenden som analyserades med kvalitativ metod var 253.

8.3 *Resultat urvalsgrupp 1*

I resultatet från den första urvalsgruppen med skriftliga ärenden i åldersgrupperna 20-29 och 30-39 år med åtgärder på individuell eller övergripande nivå under 2017, framkom sex kategorier:

1. otillräcklig vård och lång väntan på eller utebliven utredning eller behandling
2. bristande information och dialog med patient och anhöriga
3. upplevelse av brister i allmänna rutiner
4. oprofessionellt bemötande
5. ändrade läkemedel utan uppföljning
6. sekretessbrott

¹ Se diagram under 6.4

8.3.1 Otillräcklig vård och lång väntan på eller utebliven utredning eller behandling

Sammanlagt 37 ärenden berörde otillräcklig vård. Här avsåg de flesta synpunkter uppskjuten vård, lång väntan på eller utebliven utredning eller behandling. Många undrade varför vårdgarantin inte gällde då väntetider på vissa behandlingar och utredningar var 1,5-2,5 år. Andra anmälningar handlade om att personen nekats behandling eller utredning. Flera personer hade synpunkter på att det saknades vårdplanering eller att de inte inbjudits till delaktighet i vårdplaneringen. En kvinna saknade samordning mellan den psykiatriska vården och ätstörningskliniken där hon var inskriven. Hon menade att hennes psykiska ohälsa var ett hinder för lyckad ätstörningsbehandling. En annan kvinna hade i samband med en omorganisation fått sin behandling framskjuten flera månader. I väntan på behandlingen erbjöds hon en prova på-kurs i sjukgymnastik vilket hon inte trodde skulle hjälpa.

8.3.2 Bristande information och dialog med patient och anhöriga

I 25 ärenden gällde klagomålen kommunikation, information och dialog med patienten och anhöriga. En kvinna hade synpunkter på att hennes son bollades mellan två olika vårdinrättningar och att ingen verkade kunna bestämma vilken hjälp han skulle få. Sonen hade lovats hjälp med sin oro och ångest men ännu inte fått någon hjälp. Andra ärenden handlade om att verksamheterna missat att informera om byte av medicinering, kommande behandling, byte av behandlare, provtagning och inställda besök. En man uppgav att han inte blev informerad om att de prover han skulle lämna var test av droger. Flera personer beskrev att de inte blivit lyssnade till i sina önskemål eller påpekanden gällande vård och behandling. Även anhöriga som var insatta i patientens vård hade i flera fall inte fått nödvändig information om den behandlingen.

En man upplevde att han inte blev lyssnad till och blev mycket besviken eftersom han hade begärt att slippa en viss behandlare men fick träffa denne ändå. En person begärde kontaktuppgifter till ansvarig chef men nekades av personal att få dem.

8.3.3 Upplevelse av brister i allmänna rutiner

I 19 anmälningar beskrevs upplevda brister i allmänna rutiner. Anmälarna upplevde att det saknades allmän ordning och reda, bland annat slarvades viktiga handlingar bort. Vid kontakt med andra myndigheter hade man inte vidareförmedlat information eller besked trots att det utlovats.

Ett fall gällde en person som blev kallad till rättegång. Hen fick inte närvara vid rättegången på grund av att hen vårdades på en beroendeklinik. Personalen på avdelningen lovade att ta kontakt med domstolen och informera om detta så att rättegången kunde skjutas upp. Detta gjordes inte och advokaten hade heller inte informerats om personens situation eller var hen befann sig, så rättegången hölls ändå.

I en annan anmälan beskrevs att överflyttningen av en patient mellan två olika landsting var bristfälligt planerad. Enligt uppgift fick denne varken frukost eller lunch, inte ens vätska att dricka. En anmälare klagade på rutinerna för personlig omvårdnad eftersom hen hittat sin anhöriga flera gånger liggande i avföring och urin. En man hade synpunkter på att hans privata tillhörigheter kastats bort.

Begärda journalkopior lämnades inte ut eller tog onödigt lång tid att få. En man upplevde att det kan vara farligt att vårdas på en psykiatrisk vårdavdelning då han blev skalad av en medpatient. Efter incidenten blev mannen skrämmd och vågade inte sova. En annan person hade synpunkter på att vassa rakhylvar låg framme i allmänna utrymmen på vårdavdelningen som någon kunde skada sig själv eller andra med.

8.3.4 Oprofessionellt bemötande

I totalt 17 ärenden berörde anmälningarna oprofessionellt bemötande. Det gällde hur personalen hade uppträtt eller bemött patienterna. I dessa fall beskrevs personalen som respektlös, otrevlig, nedlåtande, irriterad, ointresserad och oengagerad. Vid ett tillfälle baktalade läkaren en tidigare läkarkollega inför patienten. En man uppgav att han blivit utslängd från mottagningen av sin läkare.

Även våld förekom, en personal var hårdhänt och vred om fingrarna på en patient. Ytterligare en person var i behov av skyddat boende, läkaren erbjöd hen att bo hemma hos sig samt serverade alkohol, vilket personen tyckte var klart olämpligt med tanke på hens medicinering.

En person uppgav att en läkare ringt hen utanför tjänsten flera gånger och erbjudit hen att träffas privat.

8.3.5 Ändrade läkemedel utan uppföljning

Sammanlagt åtta ärenden gällde ändringar i läkemedelsförskrivning och avsaknad av uppföljning av läkemedel, vilket beskrevs som osäkert. Läkemedel sattes ut utan att personerna informerades och det mixtrades med doser och preparat. I klagomålen framkom också att journalföring kring in- och utsättningar av läkemedel brustit.

8.3.6 Sekretessbrott

Totalt fem fall av sekretessbrott förekom. Patientjournal och intyg skickades till annan instans och externt försäkringsbolag utan samtycke. En kvinna remitterades till en annan vårdgivare utan att hon blivit tillfrågad eller informerad. I samband med omprövning av en diagnos en kvinna fått i barndomen skickade en psykolog ett frågeformulär till kvinnans föräldrar utan hennes vetskap. Personen ansåg att uppgifterna borde varit sekretessbelagda. En person injicerades med läkemedel i korridoren framför andra patienter trots hens högljudda protester.

8.4 Resultat från åtgärder på enskild och övergripande nivå grupp 1

I nästan samtliga fall beklagade ansvariga chefer och läkare att vården inte motsvarade anmälarnas förväntningar på god vård. De åtgärder som vårdgivarna vidtagit på övergripande nivå handlade främst om översyn och förbättring av rutiner. Dessa gällde de brister som anmälarna uppmärksammat; bland annat rutiner för att få ut journalkopior, situationer med hot och våld, kallelser, remisshantering samt förskrivning och uppföljning av läkemedel.

Ytterligare åtgärder kunde bestå av diskussioner på personalmöten och arbetsplatsträffar liksom utbildnings- och informationsinsatser för personalen. Vid dessa tillfällen informerades personalen till exempel om hälso- och sjukvårdslagen och lagen om psykiatrisk tvångsvård samt professionellt bemötande och basala hygienrutiner. Flera vårdgivare angav förbättringsåtgärder som ökad bemanning och förbättrad tillgänglighet. En mottagning beskrev att de inrättat ett recepttelefonsystem, som bemannades av en sjuksköterska en timme per dag, där recept- och läkemedelsärenden kunde diskuteras. Samma mottagning hade utökat personalstyrkan med en mentalskötare enbart för patientsamtal, ökat antal sekreterare som skulle bemanna telefonen samt rekryterat flera läkare och psykologer. I ett par ärenden gjordes intern avvikelse som sedan ledde till anmälan enligt Lex Maria.

Gällande förbättringsåtgärder på individuell nivå fick flera anmälare en ursäkt från ansvarig chef eller läkare. Vidare bestod de flesta åtgärder av remittering till eller erbjudande om vård hos annan vårdgivare eller bifall om vård enligt eget önskemål. För några anmälare påbörjades en utredning, man upprättade en vårdplan eller erbjöd ett möte hos ansvarig chef eller läkare för att återkoppla till klagomålet. I något fall ändrades anmäla-rens diagnos.

8.5 Resultat urvalsgrupp 2

Den andra urvalsgruppen bestod av psykiatriska öppenvårdsverksamheter med störst ökning av inkomna ärenden vid jämförelse mellan åren 2016 och 2017. Ärendena gällde fem psykiatriska mottagningar där två var landstingsdrivna och tre privata med landstingsavtal. Först analyserades varje enskild mottagnings ärenden var för sig och sedan lades resultaten från analyserna samman. Sju kategorier, vilka skiljde sig något från resultatet från grupp 1, framkom i det slutgiltiga resultatet:

1. otillräcklig vård samt bristande delaktighet i vårdplanering
2. oprofessionellt bemötande och kommunikationsbrister
3. klagomål på läkemedelsbehandling
4. begränsad tillgänglighet och svårt att kontakta mottagningen
5. svårigheter att få intyg och remisser
6. konstanta läkarbyten
7. felaktiga journaluppgifter

8.5.1 Otillräcklig vård samt bristande delaktighet i vårdplanering

I 51 ärenden uppgav personerna att vården var otillräcklig. Många menade att de inte fick den vård de ansåg att de hade behov av. På en mottagning handlade klagomålen i denna kategori om att man inte erbjöds enskild terapi utan endast gruppterapi. En kvinna hade svårt att ta sig till gruppterapien just på grund av ångest, så hon fick ingen behandling alls utan försämrades i sin psykiska ohälsa.

Ytterligare ett par anmälare uppgav att de försämrats i sin psykiska hälsa efter besök på samma mottagning. En person uppgav att hen vårdats i 20 år på en viss mottagning. Hen hade visserligen fått mediciner och kognitiv beteendeterapi en gång, men ingen ordentlig utredning hade gjorts och den psykiska hälsan hade inte förbättrats. Flera personer uppgav att de inte fick några samtal eller annan psykoterapeutisk vård utan enbart läkemedelsbehandling.

Ofta var det lång tid mellan behandlingstillfällena och de behandlingar som gavs följdes inte upp. En kvinna hade fått beskedet att hon skulle få en viss behandling bara hon blev ”stabilare”. Kvinnan ansåg att det var med behandlingens hjälp hon skulle bli stabilare, inte genom att bara vänta på behandling. Några personer uppgav att de fått felaktiga diagnoser och följaktligen inte rätt behandling. En person friskförklarades, men försökte sedan begå självmord och blev därmed tvångsvårdad.

Synpunkter från anhöriga till självmordsbenägna personer har inkom också. En anhörig hade begärt tvångsvård eftersom hennes närstående hade försökt begå självmord tolv gånger. En annan person med självmordstankar hade inte fått någon utredning, diagnos eller adekvat behandling, endast sömntabletter för att sova bättre. Flera klagomål belyste att verksamheterna inte hade upprättat någon vårdplan eller att personerna själva inte varit delaktiga i vårdplaneringen.

8.5.2 Oprofessionellt bemötande och kommunikationsbrister

I 34 ärenden gällde synpunkterna oprofessionellt bemötande och kommunikationsbrister. Det förekom att läkare inte hälsade eller presenterade sig, eller var respektlösa och kränkande i sitt förhållningssätt. Personerna beskrev sin läkare eller annan vårdpersonal på olika sätt: hård i tonen, barsk, hade dålig attityd, arrogant, ifrågasättande, skällde ut eller skrek och var allmänt otrevlig.

En kvinna beskrev att läkaren var nonchalant, ointresserad och tittade ut genom fönstret. En ung man hade brutit ihop av ångest efter att ha träffat en läkare som beskrevs som elak, kylig, arrogant, talade för snabbt och ifrågasatte mannens diagnos. Enligt en anmälare hade personalen på en av mottagningarna redogjort för att det var kaos där. Några personer upplevde sig kränkta av skötare på mottagningen, en kvinna blev av skötaren kallad manipulativ psykopat i nedlåtande syfte. En kvinna kände sig kränkt för att läkaren kommenterat hennes utseende. En person framförde att en psykolog beskrivit hans beteende med avföringsord och ansåg att då psykologer och läkare byts ut så ofta kan de kränka och bemöta patienterna hur de vill, eftersom de ändå inte får några konsekvenser av det.

En man ansåg att läkaren utövade maktmissbruk när denne anklagade honom för att ha varit otrevlig mot receptionisten och som bestraffning inte tillät honom att få gå på den utlovade gruppterapien. När en kvinna hade frågor om hur hon skulle gå tillväga för att byta mottagning, gav tre personer ur personalen tre olika svar. På många sätt var det endast under de bokade läkartiderna som en direkt dialog kunde föras med läkarna, så när patienterna hade saker de ville framföra eller påminna om fick de göra det via någon

annan personal. Ofta tappades då information bort eller det uppstod missförstånd vilket bidrog till personernas missnöje med verksamheten.

8.5.3 Klagomål på läkemedelsbehandling

Totalt 33 klagomål gällde läkemedel och läkemedelsbehandling. Dels nekades patienterna recept, dels sänktes doser och läkemedel sattes ut för snabbt utan adekvat nedtrappning. När läkaren sänkte dosen för en person hade denne inte tid att förklara orsaken eller svara på frågor. Flera anmälare beskrev att det saknades uppföljning av läkemedelsbehandlingen, både vid dosändringar och vid nyinsatta läkemedel.

Vid ett tillfälle hade en person ringt mottagningens akutnummer för att hen fått svår biverkan av ett läkemedel, men ingen ringde tillbaka för att kontrollera hur hen mådde. En anmälare hade önskemål om tabletter i färdigpackade påsar, så kallade APO-doser, och en annan hade önskemål om tablettbehandling istället för injektioner. Flera anmälningar rörde överdosering av läkemedel; ett par personer hade överdoserat sitt läkemedel och behövt åka till sjukhuset och magpumpas för att undvika förgiftning. I det ena fallet stod det sedan i journalen att mannen inte skulle få läkemedlet utskrivet mer, ändå fortsatte läkaren att skriva ut samma preparat.

En person fick för många tabletter utskrivna och tog en överdos. I anmälningarna gällande läkemedelsöverdoser var det oklart i sammanfattningen om överdoserna var avsiktliga eller inte.

8.5.4 Begränsad tillgänglighet och svårigheter att kontakta mottagningen

Totalt inkom 32 synpunkter på begränsad tillgänglighet. Läkare och psykologer var svåra att nå och när patienterna lämnat meddelande om önskemål att bli uppringda, var det ingen som hörde av sig. Inte heller verksamhets- eller enhetschef gick att nå eller hörde av sig. Det var också långa väntetider för att få en besökstid hos läkare eller psykolog. Några ansåg att när man väl fått en besökstid, var tiden för kort eller så ställdes besök in med kort varsel och i några fall utan att patienterna fick en ny besökstid.

En ung person skrevs ut från en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning till en vuxenpsykiatrisk mottagning. Övergången mellan de två vårdinrättningarna fungerade inte och hen fick vänta 18 månader för att få besökstid. Ett par personer hade remitterats till en mottagning, men remisserna refuserades på grund av att personerna inte bodde i området.

8.5.5 Svårigheter att få intyg och remisser

Sammanlagt 21 anmälningar gällde svårigheter att få olika slags intyg och remisser skrivna av mottagningarnas läkare. Majoriteten av dessa handlade om nekade sjukintyg till försäkringskassan, men också nekad remittering till önskad vårdinrättning eller behandling, nekade intyg till socialtjänst eller till tandvård för att erhålla tandvårdsbidrag. Vissa klagomål gällde ofullständiga eller felaktigt skrivna intyg eller lång väntan på intyg. En kvinna hade haft problem med att tre hyrläkare på en mottagning inte kunde fylla i rätt uppgifter i ett sjukintyg, vilket orsakade ekonomiska problem för henne.

8.5.6 Konstanta läkarbyten

I 11 anmälningar beskrevs att mottagningarna hade konstanta läkarbyten och bristfällig kontinuitet. Den höga omsättningen av läkare påverkade personerna negativt. Det var ansträngande att berätta sin historia om och om igen och det uppgavs som trolig orsak till att personerna inte gick framåt i behandlingen. En anmälare var inne på sin femte psykiatriker på kort tid, och fick aldrig veta att psykiatrikerna slutat eller vem som skulle efterträda denne.

8.5.7 Felaktiga journaluppgifter

I fyra klagomål ansåg anmälarna att det stod felaktiga uppgifter i journalanteckningarna. Främst berörde detta felaktiga diagnoser.

8.6 Resultat från åtgärder på enskild och övergripande nivå grupp 2

Endast 11 ärenden från urvalsgrupp 2 var avslutade och hade någon form av åtgärd från vårdgivarens sida. I de enskilda ärendena var det i tre ärenden läkarbyte och i två ärenden ändring i journalen som var vanligaste åtgärden. Därefter var det remittering till psykolog, inbjudan till ett möte på mottagningen samt påbörjan av utredning som förekom som åtgärder. En person hade önskemål om att få komma till behandlingshem men nekats detta. Hen hade komplex psykiatrisk problematik och anhöriga var förtvivlade över hans situation. Verksamhetschefen konstaterade att personens problem spände över flera kunskapsområden och att flera instanser behövde samverka för att möta upp de behov av vård och omsorg som behövdes. Samverkan mellan annan specialistpsykiatri och bedömning av psykologisk behandling, medicinering, somatisk vård, arbetsterapeut, kommunen samt närståendestöd var viktigt för att vården skulle bli så sammanhängande som möjligt.

I två fall förekom åtgärder på övergripande nivå i form av utbildningsinsatser för personalen. Ett klagomål gällde att receptföreskrivning av licenspreparat försenats. Verksamhetschefen bjöd då in en representant som skulle utbilda läkarna i licensmotivering eftersom dessa görs sällan och rutinerna har ändrats över tid. I det andra ärendet var det försäkringskassan som bjöds in till mottagningen och informerade om hur man skriver intyg om förebyggande behandling och förebyggande sjukintyg.

9 DISKUSSION

9.1 Antal ärenden

Flera faktorer kan sannolikt bidra till att andelen yngre är större bland dem som klagar på psykiatrisk vård än på övriga vårdtyper. Enligt Socialstyrelsen (2017) ökar den psykiska ohälsan bland unga. Dessutom har förvaltningen genom sina ärenden erfarit brister, ofta rörande långa väntetider och sämre tillgänglighet, vid övergången från barn- och ungdomspsykiatrisk vård till vuxenpsykiatri. Yngre personer skulle möjligtvis också kunna vara mer benägna än äldre att berätta och prata om sitt psykiska mående och om de förväntningar de har på vården. Ytterligare orsaker kan tänkas vara den rådande personalbristen och personalomsättningen samt även att patienterna ofta har många vårdkontakter, vilket ökar antalet tillfällen när något kan bli fel.

9.2 Klagomål på vård och behandling

Klagomål på behandling, både med och utan läkemedel, är relativt sett vanligare för psykiatrisk vård än akutsjukhus. Orsaken till detta kan tänkas vara att det inte finns så många behandlingsmetoder inom psykiatrin och att läkemedelsbehandling upptar en stor del av den behandlingen under lång tid. Även klagomål relaterade till intyg är vanligare än för andra vårdtyper. Förklaringen torde vara att psykisk ohälsa och sjukdom kräver långa behandlingstider, ofta över flera år. Varje patient behöver således många läkemedelsföreskrivningar och intyg under lång tid.

9.3 Klagomål på organisation och tillgänglighet

Under inledningen av 2016 genomfördes omorganisationer inom flera psykiatriska verksamheter, vilket skulle kunna vara en förklaring till att klagomål på organisation och tillgänglighet var dubbelt så vanliga för psykiatrisk vård som för akutsjukhus. Anmälare har beskrivit långa väntetider, att det inte fanns telefontider, att remittering inte fungerade och att patienter med flera diagnoser inte kom till rätt mottagning. Klagomål på valfrihet och fritt vårdsökande förekom dubbelt så ofta för psykiatrisk vård som för övriga vårdtyper. Orsaken till detta kan diskuteras; är man inom psykiatrisk vård mindre benägen att släppa sina patienter och remittera dem till andra mottagningar, har man en mer hierarkisk struktur där prestige och förhållningssätt gör att patienterna inte involveras med ett personcentrerat förhållningssätt i sin egen vård? Eller kan det vara så att den psykiatriska vården är underdimensionerad i förhållande till patienternas upplevda behov?

9.4 Klagomål på kommunikation och information

En trolig orsak till att kommunikation och information till patient och närstående var hälften så vanliga bland klagomål på psykiatrisk vård som akutsjukhus torde vara att just samtal och kommunikation mellan vårdgivare och patient utgör en stor del av behandlingen vid psykisk ohälsa och sjukdom. Det faller sig då naturligt att också information om behandling ges. Vid vård på akutsjukhus är vårdtiderna ofta korta och patientomsättningen hög, vilket medför att möjligheterna till kommunikation mellan vårdgivare och patient är begränsade.

9.5 Vårdgivarnas förbättringsåtgärder

Det skulle kunna vara möjligt att skillnaderna beträffande andelarna förbättringsåtgärder i vården kan förklaras av att vissa problem är enklare för vården att åtgärda. Om ärendenas fördelning mellan problemområdena skulle ha betydelse för de förbättringsåtgärder som avser en viss vårdtyp borde vårdtypen, för att totalt uppnå en större andel förbättringsåtgärder, ha många klagomål på de problemområden som statistiskt sett leder till en större andel åtgärder, det vill säga omvårdnad, administrativ hantering och ekonomi. För dessa är dock det totala antalet ärenden betydligt mindre än för övriga problemområden som statistiskt leder till en mindre andel förbättringsåtgärder. Omvänt borde vårdtypen, för att andelen förbättringsåtgärder skulle bli mindre, ha många klagomål på de problemområden som statistiskt sett leder till en mindre andel åtgärder, där vård och behandling, som är överlägset flest till antalet, uppvisar den lägsta andelen.

För psykiatrisk vård var andelarna klagomål på kommunikation, organisation och tillgänglighet samt patientjournal och sekretess större än för akutsjukhus, vilket enligt resonemanget ovan borde medföra en mindre andel ärenden med förbättringsåtgärder än för akutsjukhus, vilket ju varit fallet.

Andelen klagomål på vård och behandling var mindre i psykiatrisk vård. Det totala antalet här var ändå stort, vilket också kan bidra till att förklara den mindre andelen förbättringsåtgärder i psykiatrisk vård.

I övrigt förefaller sambandet vara oklart, vilket talar för att klagomålsfördelningen inte helt kan förklara skillnaden i ärenden med förbättringsåtgärder mellan dessa två vårdtyper.

9.6 Begränsning med kvalitativ metod

Resultatet från den kvalitativa analysen av det begränsade materialet från de två urvalsgrupperna är inte generaliserbart. Dock kan man med kvalitativ analysmetod få fram resultat som är överförbart från de enskilda ärendena till liknande personer och verksamheter som inte inkluderats i denna studie. Den kvalitativa metoden ger också fördjupning och förståelse för synpunkter och klagomål i de enskilda ärendena som inte alltid framträder i statistiken.

Av samtliga inkomna synpunkter och klagomål på psykiatrisk vård motsvarar de sammanfattningar av ärenden som analyserats kvalitativt 7 procent (253 stycken) av samtliga inkomna ärenden som avsåg psykiatri mellan åren 2015 och 2017 (3423 stycken). Sammantaget är resultaten från synpunkterna och klagomålen i de båda urvalsgrupperna i den kvalitativa analysen liknande. Kategorierna från den kvalitativa innehållsanalysen överensstämmer till stor del också både med innehåll och frekvens med de problemområden som redovisats i avsnitt 5 och 6 ovan. Kategorin ”konstanta läkarbyten” har tillkommit efter kvalitativ analys av sammanfattningarna och visar att den kvalitativa metoden bidragit med kompletterande information av innehållet i synpunkterna och klagomålen.

9.7 För vidare reflektion

Personer med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom är en patientgrupp som många gånger är drabbade av hinder av olika slag för att fungera självständigt och integreras i samhället. De kan ha svårigheter till exempel med att kontakta vårdgivare eller lämna synpunkter och klagomål till patientnämndens förvaltning. Därför kan vi anta att det endast

är en liten del av klagomålen som når patientnämndens förvaltning. Lundberg (2010) beskriver att ett sådant hinder kan bestå av den stigmatisering som samhället har mot personer med psykisk ohälsa och den självstigmatisering som uppstår hos personerna själva. Det vill säga de fördomar och attityder samhället har mot personer med psykisk ohälsa, införlivas hos dem som sanna. Bemötandet och kommunikationen med dessa personer i deras vårdkontakter blir då också avgörande för hur de ser på vården och även på sig själva.

9.7.1 Upplevelser av otillräcklig, försenad, utebliven eller nekad vård

De flesta klagomål handlar om otillräcklig, försenad, utebliven eller nekad vård. En möjlig förklaring skulle kunna vara att verksamheternas resurser helt enkelt inte räckt till för att tillgodose önskad vård och behandling. Ur patientsynpunkt kan det anses vara förödande att behandling nekats, försenats eller uteblivit. I många fall kan den medicinska bedömningen vara sådan att patienterna inte är berättigade till just den vård som de önskat.

9.7.2 Vikten av kommunikation, information och bemötande

Förvaltningen konstaterar att många av de enskilda ärendena hade kunnat undvikas om verksamheterna inte brustit i kommunikation, information eller bemötande. Ett klagomål gällande insatta eller utsatta läkemedel hade kunnat förhindras om personen informerats om detta eller om given information hade förankrats hos personen.

Även klagomål på ändring av rutiner, nya behandlingar, provtagningar som skulle genomföras eller överföring av information hade sannolikt varit färre om man haft tillfredsställande kommunikation mellan vårdgivare och patienter inom ramen för personcentrerad vård.

Att även bemöta patienterna på ett professionellt och förtroendeskapande sätt skulle troligtvis ha gjort dem mer nöjda med vården (Socialstyrelsen, 2015). Rak kommunikation, tydlig information, ömsesidig dialog och förtroendeskapande bemötande kräver inga stora ekonomiska resurser från verksamheternas sida, men kan på många sätt vara avgörande för att den enskilde individen som drabbats av psykisk ohälsa ska känna tillit till vården.

9.7.3 Vård utifrån patientens egna förutsättningar

För att stärka patienternas inflytande och delaktighet i sin egen vård vill patientnämnden, utifrån inkomna synpunkter och klagomål som redovisats i denna rapport, poängtera vikten av implementering av personcentrerad vård som förhållningssätt.

I landstinget finns policyer som ska utgöra grund för arbetsätt med mera. En policy avser delaktighet för personer med psykisk ohälsa som funktionsnedsättning inom psykiatrisk öppen- och slutenvård (Stockholms läns landsting, 2016). Där beskrivs att målet är att invånarna ska bemötas respektfullt och utifrån sina individuella fysiska och psykiska förutsättningar.

I policy för folkhälsa som antogs 2017 (Stockholms läns landsting, 2017) är ett av målen minskad psykisk ohälsa och förbättrad somatisk hälsa bland personer med psykisk sjukdom.

Vidare beskrivs att förebyggande och tidiga insatser är viktiga för personer med psykisk sjukdom eftersom de har hög risk att drabbas av somatisk sjukdom samtidigt som deras förutsättningar att värna den egna hälsan kan vara begränsade. Policyn för delaktighet för personer med funktionsnedsättning och policyn för folkhälsa kan vara verktyg i de olika psykiatriska verksamheterna för genomförande av utvecklings- och förbättringsinsatser.

10 REFERENSER

- Asplind, A., Svensson, L. & Wadman, T. (2015). *Analysstöd. Att värdera information från uppföljning*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62 (1), 107-115.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Lunds universitet, Media-Tryck.
- Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso-och sjukvård – ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Falun, Edita Bobergs AB.
- Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga – till och med 2016*, www.socialstyrelsen.se.
- Stockholms läns landsting, SLL. (2016). *Policy för delaktighet för personer med funktionsnedsättning*, www.sll.se.
- Stockholms läns landsting, SLL. (2017). *Policy för folkhälsa*, www.sll.se.

Bilaga

Principärende: Vårdgarantin efterlevs inte för neuropsykiatriska utredningar

Patientnämnden



Tillitsfulla möten