



Kommunikation ett förbättringsområde

Klagomål och anmälningar enligt lex Maria
inom primärvården och äldrevården

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr | IVO2014-8

Omslag | Svensk Information

Foto | Bo Ficher/Clarex AB

Utgiven | www.ivo.se, mars 2014

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har i uppdrag att regelbundet återföra sammanställda resultat och iakttagelser från tillsynen. Återföringen är tänkt att hjälpa vård- och omsorgsverksamheter att tydligare se de brister som finns så att de kan åtgärdas.

Rapporten tar upp klagomål och anmälningar enligt lex Maria, inom primärvården och äldreomsorgen, i Jämtlands, Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands län. Underlaget består av de klagomål och anmälningar som är beslutade under första halvåret 2013.

Den 1 juni 2013 tog IVO över ansvaret för tillsyn av hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt LSS samt viss tillståndsprövning. Det innebär att ärenden som handlagts före 1 juni är handlagda av Socialstyrelsen. I rapporten benämns tillsynsmyndigheten IVO oavsett om handläggningen var aktuell före 1 juni.

Rapporten är framtagen av utredaren Kerstin Hammar, avdelning för analys och utveckling.

Gunilla Hult Backlund
generaldirektör

Slutsatser

- ⊗ Kommunikationsbrister finns mellan patienten och den som ger vård. Vården behöver därför vara mer lyhördhet för patientens berättelse och information måste ges på ett sätt så patienten kan ta till sig och förstå.
- ⊗ Kontinuitetsproblem, med framförallt läkare, gör att vården blir osäker. Då inhyrd personal används krävs fungerande introduktion och information om rutiner och dokumentationssystem.
- ⊗ Uppföljning saknas av att rutiner fungerar. Vården måste regelbundet kontrollera av att rutiner finns, är kända och uppdaterade samt att de följs. Vården måste också se till att det finns fungerande system för avvikelserapportering och att brister i rutiner rapporteras så det kan åtgärdas så snart som möjligt.

Sammanfattning

Rapporten bygger på en granskning av beslut i lex Mariaärenden och klagomålsärenden som gäller primärvård och äldrevård i Jämtlands, Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands län. Syftet med granskningen är bland annat att få en bättre uppfattning om vad anmälningar och klagomål inom primärvården och äldrevården handlar om samt vilka brister som vi kan konstatera. Förhoppningen är att vårdgivarnas verksamheter ska kunna använda resultatet för verksamhetsutveckling dessutom att IVO kan använda underlaget i myndighetens riskanalys för att i det samlade materialet finna nya riskområden.

Kommunikationsbrister ett av de största problemområdena

Det finns ett tydligt problemområde inom framför allt primärvården och det handlar om information och kommunikation. IVO antar att det bakom de flesta klagomål finns någon brist på information och kommunikation mellan patienten och/eller närstående och hälso- och sjukvården. Dessutom är det en av de vanligaste orsakerna till en händelse som anmälts enligt lex Maria.

Det är viktigt att varje patient känner att den som undersöker eller ger vård och behandling har tid att fånga de problem som är aktuella vid vårdkontakten annars finns risk för att patienten upplever att det skett en felbehandling.

Kontinuitetsproblem vanligt i primärvården

Primärvården har problem med kontinuitet och rekrytering av läkare. Det talar för att det antagligen finns organisatoriska problem med dåliga förutsättningar för den inhyrda läkaren att kunna ge en god vård. Kontinuitetsproblemen gäller också vid läkarmedverkan i äldrevården.

Bristen på läkare gör också att sjuksköterskor i äldrevården och på vårdcentraler får ta ett större ansvar än de har kompetens för.

Det saknas uppföljning av att rutiner fungerar

Det saknas ofta att någon följer upp att rutiner och riktlinjer inom hälso- och sjukvården faktiskt fungerar så som det är tänkt. Det påståendet blir tydligt när det visar sig att orsaken till en händelse som är mest frekvent i anmälningar enligt lex Maria är brister i rutiner och riktlinjer. Det kan handla om att det saknas rutiner, att verksamheterna inte har uppdaterat dem, att de inte är kända och att följsamheten till befintliga rutiner är dålig.

Hela landet tycks ha samma brister

Det tycks finnas samma brister och orsaker till händelser i övriga landet som granskningen av de fyra Norrlandslänen visar. Beslut i drygt 300 anmälningar enligt lex Maria från hela landet, som rör primärvård och äldrevård, bekräftar detta.

Innehåll

Förord	3
Slutsatser	4
Sammanfattning	5
Kommunikationsbrister ett av de största problemområdena	5
Kontinuitetsproblem vanligt i primärvården	5
Det saknas uppföljning av att rutiner fungerar	5
Hela landet tycks ha samma brister	5
Inledning	8
Bakgrund och syfte till rapporten	8
Metod och avgränsning	8
Klagomål är en signal på att hälso- och sjukvårdens budskap inte nått fram till patienten	9
Kommunikationsbrister en trolig orsak till många klagomål	9
Klagomål innehåller sällan händelser som lett till vårdskada	9
Få klagomål leder till IVO:s kritik	10
En tredjedel av klagomålen sådant som IVO inte ska utreda	10
Problem med organisering av hälso- och sjukvård i anmälningar enligt lex Maria	12
Kontinuitets- och kompetensproblem är vanligt	12
Brister i uppföljning av att rutinbeskrivningar fungerar	12
Kommunikationsbrister är en vanlig bakomliggande orsak	13
Brister i dokumentation och IT-system	13
Samverkan mellan vårdverksamheter är ett riskområde	13
Självordsriskbedömningar saknas ofta	14
Hela landet tycks ha samma brister	15
Exempel på förbättrande åtgärder utifrån det granskade underlaget	16
Förebygga självmord genom reglering av uppdrag och samverkan	16
Skriftligt behandlingsmeddelande till patienten	16
Klagomålshanteringen kan utvecklas	16
Bilaga 1	17

Fakta om klagomål på hälso- och sjukvård	17
Fakta om lex Maria	17
Bilaga 2	18
Underlag i siffror	18

Inledning

Bakgrund och syfte till rapporten

Tillsynsrapporten 2013 visar att cirka 18 procent av beslutade anmälningar enligt lex Maria kommer från primärvården. Vart fjärde beslut av klagomål inom hälso- och sjukvården rör primärvården. Denna rapport bygger på en fördjupning i både lex Mariaärenden och i klagomålsärenden som gäller primärvård och äldreomsorg för att bland annat få en bättre uppfattning om vad anmälningar och klagomål handlar om samt vilka brister som finns i hälso- och sjukvården i dessa ärenden.

Syftet är att försöka identifiera riskområden inom primärvården och äldreomsorgen i anmälningar enligt lex Maria och i klagomålsärenden. Förhoppningen är att vårdgivarnas verksamheter ska kunna använda resultatet för verksamhetsutveckling dessutom att IVO kan använda underlaget i myndighetens riskanalys.

Metod och avgränsning

Alla beslutade klagomål och anmälningar enligt lex Maria, inom primärvård och äldreomsorg, från Jämtlands, Norrbottens, Västerbottens och Västernorrlands län under 1 januari–30 juni 2013, är genomgångna. Materialet har delats upp på respektive län men eftersom det var ett så litet underlag redovisas det inte länsvis i rapporten förutom siffror på inkommande och beslutade ärenden i bilaga 2.

Intervju/diskussion i fokusgrupp med inspektörer som arbetar med primärvårds- och äldreomsorgsfrågor vid Avdelning Nord genomfördes efter att de studerat det sammanställda materialet.

För att ytterligare få bekräftelse på det som framkommit i underlaget från de fyra Norrlandslänen har bland annat bakomliggande orsaker i 330 beslut enligt lex Maria från primärvårds- och äldreomsorgen från hela landet, granskats med hjälp av enkätverktyget easy research.

Klagomål är en signal på att hälso- och sjukvårdens budskap inte nått fram till patienten

Det finns skäl att ställa frågan varför patienter och närstående uppfattar att vården getts på ett felaktigt sätt. Vad kan vården göra för att patient och närstående ska uppleva att vården är given på ett korrekt sätt då det faktiskt inte finns tydliga brister i undersökning, vård och behandling?

Kommunikationsbrister en trolig orsak till många klagomål

Klagomålet handlar sällan om kommunikationsfrågor vid första anblicken men det går att ana att det är kommunikationsbrister som finns dolt bakom upplevelsen att ha fått fel diagnos eller blivit felbehandlad. Den som klagar har sin bild av vårdkontakten som bygger på mötet med vården, hur undersökning, vård och behandling gjorts och den information som getts men också upplevelsen av att inte ha blivit lyssnad till. Oavsett omständigheterna är det patientens upplevelse av vårdtillfället som ligger till grund för att det kommer ett klagomål, vilket måste tas på största allvar.

Klagomålen inom primärvården och äldreården handlar främst om att patienten upplever sig ha fått en felaktig eller fördröjd diagnos, vård och behandling. Det är framför allt vanligt om patienten blivit slussad mellan olika vårdverksamheter.

Den professionella rollen för hälso- och sjukvårdspersonal innebär att göra avvägningar och bedömningar i förhållande till den situation som patienten befinner sig i vid vårdkontakten. För den enskilde patienten är det ibland svårt att se varför rätt diagnos inte kunde ställas omedelbart och varför vissa undersökningar inte gjordes direkt.

Antagligen skulle en förbättrad kommunikation med den enskilde patienten kunna göra att upplevelsen av vårdkontakten blir mer positiv. Begreppet patientens delaktighet får inte bara vara något som sägs utan måste genomsyra varje vårdkontakt.

Klagomål innehåller sällan händelser som lett till vårdskada

Det konstateras sällan vårdskador i de klagomål som utgör underlag för denna rapport. När det gäller klagomål är det inte självklart att det finns en händelse som har lett till en vårdskada. Patientens upplevelse av att något blivit fel i vården ska först visa sig ha berott på bristfällig undersökning, vård och behandling vid vårdtillfället. Bristen i sig måste heller inte ha lett till en vårdskada och har det inträffat en skada ska den också vara undvikbar för att det ska betraktas som en vårdskada.

Begreppet vårdskada definieras i patientsäkerhetslagen som ”lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat

undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.”

Om IVO konstaterar en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada i klagomålet bör det också finnas en anmälan enligt lex Maria för samma händelse. Men det är endast ett fåtal klagomål som också är anmälda enligt lex Maria i det granskade underlaget. I något fall kanske det borde funnits en anmälan enligt lex Maria men att det saknas en sådan.

Eftersom det inte finns så många konstaterade brister i klagomålen är det också svårt att hitta några orsaker till en händelse i klagomål till skillnad mot händelser som är anmälda enligt lex Maria. Om fokus däremot är att titta på orsaker till att patienten klagat skulle det med all säkerhet gå att finna brister i information och kommunikation som nämnts tidigare.

Få klagomål leder till IVO:s kritik

Det finns ett fåtal ärenden som visar sig vara föremål för IVO:s kritik och då rör det sig om att hälso- och sjukvårdspersonalen inte gjort en tillräcklig kontroll av omständigheter runt patienten eller inte sett till att patienten blivit bedömd av rätt kompetens. Det finns även beslut med kritik för att vårdgivaren inte följer upp sina egna verksamheter.

Den största delen av alla klagomål föranleder inte kritik från IVO trots att patienten eller en närstående har upplevt att vård och behandling getts på fel sätt eller varit fördröjd. Däremot visar IVO:s utredning oftast att den vård och behandling patienten fått har varit korrekt. Det finns fördröjda diagnoser där läkaren ofta har satt igång utredningar och tagit prover enligt fastställda vårdprogram och det går inte att säga att läkaren gjort fel trots att det tog tid innan rätt diagnos ställdes.

Det finns i några fall tveksamheter till om sjuksköterskan eller läkaren tagit upp en tillräcklig anamnes (patientens berättelse av sin sjukhistoria) i samband med vårdkontakten samt att dokumentationen varit knapphändig. Det har förekommit att patienter med samma namn har blivit förväxlade.

Även om det funnits vissa brister har IVO inte sett anledning till att vara kritisk eftersom det varit en komplex situation runt patienten.

En tredjedel av klagomålen sådant som IVO inte ska utreda

Genomgången av de klagomål i det granskade underlaget visar att det är ungefär en tredjedel av klagomålen som IVO inte har utrett. Anledningen till det är bland annat att händelsen legat mer än två år tillbaka och att IVO inte bedömt att det funnits särskilda skäl att utreda dem eller att klagomålet handlar om enbart bemötande och därför har IVO hänvisat till berörd patientnämnd.

Några ärenden handlar om detaljerade synpunkter på vården och behandlingen som inte IVO kan ta ställning till utan hänvisat till respektive verksamhet. Det förekommer också klagomål där den klagande begärt omprövning av ett gammalt klagomål. IVO har i så gott som samtliga av dessa fall inte kunnat ta hänsyn till begäran eftersom det inte funnits någon nytillkommen information som är av

betydelse för utredningen. Även krav på ekonomisk ersättning finns bland klagomålen och det ligger inte inom IVO:s ansvarsområde.

IVO får avstå från att utreda ett klagomål om det är uppenbart att klagomålet är obefogat, eller att klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten. IVO ska inte utreda händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden, om det inte finns särskilda skäl.

Problem med organisering av hälso- och sjukvård i anmälningar enligt lex Maria

Det största problemområdet i anmälningar enligt lex Maria kan beskrivas som vårdgivarens ansvar för hur hälso- och sjukvården organiseras. Där ryms flera händelser med kontinuitetsproblem och bemanningen av läkare. Problemen i anmälningar enligt lex Maria handlar också om att det är brister i uppföljning av att rutiner fungerar. Kommunikationsbrister är även ett problemområde i anmälningar enligt lex Maria liksom det är i klagomålen som kommer från patienter och närstående. Det finns också problem med dokumentation och samverkan.

Kontinuitets- och kompetensproblem är vanligt

Det finns uppgifter om att bland annat hyrläkare varit inblandade i olika händelser vilket inte säger något om den enskilde hälso- och sjukvårdspersonalen utan mer om hur vården varit organiserad och vilka förutsättningar som funnits för den vikarierande läkaren att kunna ge en god vård. Det finns även problem som bottnar i bristande handledning och stöttning för utbildningsläkare.

Kontinuitetsproblemen gäller också vid läkarmedverkan på äldrevården. Bristen på läkare gör också att sjuksköterskor i äldrevården och på vårdcentraler får ta ett större ansvar än de har kompetens för.

Då och då går det att se brister i utbildning och kompetens som orsak till en allvarlig händelse. Även här faller det tillbaka på vårdgivaren som ska se till att det finns den personal som behövs för att en god vård ska kunna ges. Det går ibland att fundera över om det enbart är bristande utbildning och kompetens eller om det rör sig om brister i rutiner, organisation och bemanning som gör att det blir fel.

Det kan finnas arbetsmiljöfaktorer som stress som kan leda till patientsäkerhetsrisker.

Brister i uppföljning av att rutinbeskrivningar fungerar

Genom att det är brister i rutinbeskrivningar, kännedom om dem och följsamhet till dem visar det att det också är brister i vårdgivarens uppföljning av att rutinerna faktiskt fungerar.

Det granskade underlaget visar till exempel att diagnosen av frakturer fördröjdes bland annat för att gällande rutin inte följdes. Det finns också fördröjning av tumördiagnostik och brister i långvarig sårbehandling där rutinbeskrivningen inte varit tillräcklig och varit en av de bidragande orsakerna till det inträffade.

Det går att ana att det är extra problematiskt när rutinbeskrivningar rör flera verksamheter. Det verkar vara svårare med kännedom om rutinerna men också att få följsamhet till rutiner som rör olika verksamheter.

Kommunikationsbrister är en vanlig bakomliggande orsak

Det är ofta brister i den muntliga eller skriftliga informationen och kommunikationen som ligger bakom en anmälan enligt lex Maria. Det är även här vårdgivarens ansvar att se till att det finns en fungerande infrastruktur i hälso- och sjukvården.

Kommunikationsbristerna kan röra sig om kommunikationen mellan olika verksamheter till exempel att föra över en patient för fortsatt uppföljning till primärvården men det saknas hur den fortsatta uppföljningen av vård och behandling ska göras. Det kan handla om att patienten inte har förstått den information som vården har gett och har som följd av det inte agerat på det sätt som var tänkt och det påverkar naturligtvis behandlingsresultatet. Det förekommer också brister i kommunikationen mellan läkare och sjuksköterskor samt mellan sjuksköterskor och vårdpersonal i äldre sjukvården.

Sammantaget visar det sig att då kommunikationen och informationen inte fungerar så blir vård och behandling inte det förväntade. Detta bekräftar också antagandet tidigare att det bakom de flesta klagomål finns kommunikationsbrister. För att det ska bli en bra kommunikation behövs både en avsändare och en mottagare för att rätt information ska kunna levereras. Det handlar också om att informationen ska vara på sådant sätt så att mottagaren kan förstå och hantera den.

Brister i dokumentation och IT-system

IVO har uppmärksammat brister i dokumentation och i spårbarheten av vårdkontakten. I det granskade underlaget saknades ibland dokumentation om planering och uppföljning av den vård som var tänkt för patienten och det bidrog till en fördröjning av tumörsjukdom. Det hände också att det var en bidragande orsak till fördröjd diagnos av fraktur.

Det förekommer problem med dubbla datajournalssystem som inte kommunicerar med varandra men med möjlighet att beställa provtagning i båda systemen och det har inneburit att provsvar inte hittats. Om det samtidigt är dålig kontinuitet i bemanningen av läkare och kanske därtill bristfälliga rutiner som beskriver hur de båda systemen ska hanteras är det stor risk att det blir fel.

Vårdgivaren har ansvar för att det finns fungerande rutiner för dokumentation och att de system som finns för dokumentation är funktionella och tillförlitliga.

Samverkan mellan vårdverksamheter är ett riskområde

Ytterligare problemområde som finns inom primärvården och i äldre vården är samverkan mellan olika vårdverksamheter.

Många gånger framgår det inte av anmälningar enligt lex Maria att det finns samverkansproblem eftersom vårdverksamheterna inte alltid ser den problematiken. Om problematiken uppmärksammas har den som gör den interna utredningen av händelsen inte alltid mandat att gå över verksamhetsgränsen för att kartlägga orsaker vid en annan vårdverksamhet för att belysa händelsen.

Brister i samverkan är ett välkänt problem som många har lagt ner stor möda på att försöka överbrygga. För att komma åt samverkansproblem behöver frågan

lyftas högre upp i organisationen än där utredningarna enligt lex Maria vanligtvis görs.

Självmodersriskbedömningar saknas ofta

Det finns flera exempel på att det vid läkarbesök strax före självmord inte gjorts någon självmodersriskbedömning. Det är samma problem som ständigt återkommer i de anmälningar enligt lex Maria som handlar om självmord. En anledning till utebliven riskbedömning har varit att patienten sökt för somatiska problem och behandlande läkare har inte haft i tanken att det skulle finnas anledning att göra en självmodersriskbedömning.

Det förekommer också samverkansproblem, framför allt mellan primärvården och den psykiatriska vården. Det går också att finna kontinuitetsproblem på vårdcentralen och att det saknats ett helhetsgrepp om patienten som bidragande orsaker till händelsen.

Vårdgivaren är skyldig att anmäla enligt lex Maria om en patient har begått självmord inom fyra veckor efter en vårdkontakt.

Hela landet tycks ha samma brister

Det tycks finnas samma brister och bakomliggande orsaker i övriga landet som denna granskning visar. Drygt 300 anmälningar enligt lex Maria från hela landet som rör primärvård och äldrevård bekräftar detta.

Orsaker till händelser som anmälts enligt lex Maria inom primärvård och äldrevård visar sig, även i detta underlag, framför allt vara att rutinbeskrivningar och riktlinjer inte följs om det finns sådana upprättade. Det handlar också om att rutinbeskrivningar inte är uppdaterade och att det ibland helt saknas rutiner.

Andra orsaker till att en allvarlig händelse inträffar är brister i kommunikation och information och det handlar även här om kommunikation mellan olika vårdnivåer, yrkeskategorier, patient och närstående. Det saknas då och då aktuell dokumentation.

Inom primärvården finns det kompetensbrister som orsaker i många av de inträffade händelserna men det förekommer också brister i kontinuiteten. Den ena läkaren avlöser den andra och det blir olika missar i undersökning, vård och behandling. Inom äldrevården finns också kompetensbrister hos sjuksköterskor och övrig vårdpersonal.

De åtgärder som genomförs i vården är att gå igenom händelsen och förtydliga, beskriva rutiner och samtala med enskilda och grupper. Det upprättas till och med rutiner för att följa rutiner.

Exempel på förbättrande åtgärder utifrån det granskade underlaget

Det pågår mycket arbete ute i vårdverksamheterna för att komma tillrätta med brister i hälso- och sjukvården. Det kan bland annat röra arbete med självmordsriskbedömningar och behandlingsmeddelanden till patienter. IVO:s roll är också att skapa lärande vilket kan göras genom att sprida exempel på förbättrande åtgärder.

Förebygga självmord genom reglering av uppdrag och samverkan

Som ett exempel att förebygga självmord kan nämnas bland annat att ledningen i ett av landstingen i de fyra Norrlandslänen har börjat arbeta med att reglera uppdrag och samverkan inom vården. På andra håll finns åtgärder för att förbättra samverkan och kommunikation mellan primärvården och psykiatrin. Det finns också exempel på hur en kompetenshöjning inom självmordsprevention påbörjats för all personal på vårdcentralerna i området.

Skriftligt behandlingsmeddelande till patienten

Det finns vårdverksamheter som har rutin att lämna ett skriftligt behandlingsmeddelande till patienten där den som ansvarat för vårdkontakten sammanfattat vad som är viktigt för den enskilde patienten att veta. Till exempel kan det vara information om bland annat vilken vård och behandling patienten fått, aktuell läkemedelsbehandling, planerade åtgärder och speciella förhållningsregler för patienten.

Klagomålshanteringen kan utvecklas

Om klagomålshanteringen kopplas till verksamhetens avvikelshantering så fångas även händelser upp som sedan kan bli föremål för en anmälan enligt lex Maria.

Det kan vara av betydelse att ett klagomål snabbt och enkelt kan klaras upp utan att patienten ska behöva anmäla till en utomstående myndighet. Om det finns en ökad benägenhet att informera patienten om att komma med klagomål och missnöje direkt till den verksamhet där patienten fått vård skulle säkerligen många oklarheter kunna redas ut och det finns en ökad möjlighet att återupprätta patientens förtroende för hälso- och sjukvården.

Bilaga 1

Fakta om klagomål på hälso- och sjukvård

Den första januari 2011 övertog Socialstyrelsen hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal från Hälso- och sjukvårdens ansvars nämnd. Den 1 juni 2013 startade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) vilket innebar att den nya myndigheten tog över all tillsyn över hälso- och sjukvård från Socialstyrelsen och där med också klagomålen på hälso- och sjukvård.

I 7 kap. 10-18 §§ PSL regleras IVOs prövning av klagomålen. Den som är missnöjd kan klaga på vården till IVO. Därefter gör IVO den utredning som behövs för att pröva klagomålet. IVO får avstå från att utreda ett klagomål om det är uppenbart att klagomålet är obefogat, eller klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten och det saknas skäl att överväga åtalsanmälan enligt 7 kap. 23 och 29 §§ PSL. IVO ska inte utreda händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden, om det inte finns särskilda skäl.

Fakta om lex Maria

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Med vårdskada avses, enligt PSL, lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med allvarlig vårdskada avses vårdskada som är bestående och inte ringa, eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

IVO ska säkerställa att händelser som har anmälts till myndigheten, enligt 3 kap. 5 § PSL, har utretts i nödvändig omfattning samt att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet. IVO ska också sprida information till vårdgivare om risker och i övrigt vidta de åtgärder som en anmälan motiverar för att uppnå hög patientsäkerhet.

Bilaga 2

Underlag i siffror

Det kommer ungefär tre gånger så många klagomål som anmälningar enligt lex Maria inom primärvården från de fyra Norrlandslänen. När det gäller äldrevården är det fler anmälningar enligt lex Maria än klagomål.

Inkomna klagomål och anmälningar enligt lex Maria 2013-01-01–2013-06-30

Län	Klagomål på hälso- och sjukvård i primärvård	Anmälan enligt lex Maria i primärvård	Klagomål på hälso- och sjukvård i äldrevård	Anmälan enligt lex Maria i äldrevård
Jämtland	12	13	3	2
Norrbottnen	30	7	4	6
Västerbotten	23	4	3	9
Västernorrland	23	3	4	4
Summa	88	27	14	21

Det är beslutade klagomål och anmälningar enligt lex Maria som rör primärvård och äldrevård i de fyra Norrlandslänen under det första halvåret 2013, som ligger till grund för analysrapporten.

Beslutade klagomål och anmälningar enligt lex Maria 2013-01-01–2013-06-30

Län	Klagomål på hälso- och sjukvård i primärvård	Anmälan enligt lex Maria i primärvård	Klagomål på hälso- och sjukvård i äldrevård	Anmälan enligt lex Maria i äldrevård
Jämtland	16	11	2	3
Norrbottnen	20	9	2	0
Västerbotten	10	4	0	5
Västernorrland	20	4	1	5
Summa	66	28	5	13

Kommunikation ett förbättringsområde
– Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom primärvården och äldrevården
Artikelnr: IVO 2014-8
Utgiven: www.ivo.se, mars 2014

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se

