



# Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas

Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom  
den somatiska specialistsjukvården

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** | IVO2014-9

**Omslag** | Svensk Information

**Foto** | Mats Almlöf, Scandinarv Bildbyrå

**Utgiven** | [www.ivo.se](http://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 den somatiska specialistsjukvården, 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 tillståndsprovning. Det innebär att ärenden som handlagts före 1 juni är handlagda av Socialstyrelsen. I rapporten benämns tillsynsmyndigheten för IVO oavsett om handläggningen var aktuell före 1 juni.

Rapporten är framtagen av utredaren Anita Bashar Aréen, avdelning för analys och utveckling.

Gunilla Hult-Backlund  
generaldirektör

# Slutsatser

---

## Bristfällig kommunikation orsak till både klagomål och anmälningar enligt lex Maria

- ⦿ Dialogen med patienten och närstående behöver bli bättre. Patienten har rätt till och vårdgivaren är skyldig att ge individuellt anpassad information och det måste finnas tydliga rutiner för detta.
- ⦿ Kommunikationsbrister i vårdprocesserna bör identifieras, analyseras och åtgärdas inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet.

## Det systematiska kvalitetsarbetet behöver utvecklas

- ⦿ De brister som IVO har uppmärksammat ger anledning att ifrågasätta vårdgivarnas arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Det riskförebyggande arbetet behöver utvecklas på alla verksamhetsnivåer. Detta innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen ska aktivt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet och att tid och resurser måste avsättas för detta.
- ⦿ Kunskapen om anmälnings- och utredningsskyldigheten enligt lex Maria behöver spridas.

# Sammanfattning

---

Syftet med rapporten är att beskriva tillsynens iakttagelser utifrån beslutade lex Maria ärenden och enskilda klagomål inom den somatiska specialistsjukvården. Rapporten bygger på ärenden i de fyra länen (Jämtland, Västerbotten, Norrbotten, Västernorrland) inom avdelning nords tillsynsområde under första halvåret 2013.

## Bristfällig kommunikation orsak till både klagomål och anmälningar enligt lex Maria

I både klagomålsärenden och anmälningar enligt lex Maria ser IVO att kommunikation och information är områden som vårdgivaren kan förbättra. Till exempel upplever patienter att de inte får tillräcklig information. Patienter kan också uppleva att de faller mellan stolarna i vårdens olika övergångar.

I lex Maria anmälningar framträder liknande mönster. Till exempel kan informationsöverföring mellan vårdpersonal vara otillräcklig, vilket kan leda till allvarliga vårdskador.

## Det systematiska kvalitetsarbetet behöver utvecklas

I rapporten framträder brister som har kopplingar till vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete. Flera av de bakomliggande orsakerna som anges av vårdgivarna har sin grund i deras organisation och ansvar. Till exempel framkommer brister i samverkan mellan kliniker. I de granskade ärendena har IVO sett att brister i kompetens och kontinuitet leder till stress och hög arbetsbelastning.

## En möjlig underrapportering enligt lex Maria

Trots att materialet i rapporten är begränsat antyder det måttliga antalet anmälningar av händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, en underrapportering. En misstanke som bekräftas i några av revisionsrapporter gällande vissa län inom avdelning nords tillsynsområde.

# Innehåll

---

Förord .....	3
Slutsatser .....	4
Bristfällig kommunikation orsak till både klagomål och anmälningar enligt lex Maria .....	4
Det systematiska kvalitetsarbetet behöver utvecklas .....	4
Sammanfattning .....	5
Bristfällig kommunikation orsak till både klagomål och anmälningar enligt lex Maria .....	5
Det systematiska kvalitetsarbetet behöver utvecklas .....	5
En möjlig underrapportering enligt lex Maria .....	5
Inledning .....	8
Bakgrund .....	8
Syfte och frågeställningar .....	8
Metod .....	8
Klagomålen handlar om fördröjd eller felaktig diagnos. 10	
Patienter klagar oftast på fördröjd eller felaktig diagnos vid vård och behandling .....	10
Majoriteten av klagomålen avslutas utan kritik .....	10
Information till patienter brister .....	10
Samverkan mellan behandlande vårdenheter brister .....	11
Få klagomålsärenden med lex Maria anmälningar .....	11
Många klagomål utreds inte .....	11
Lex Maria anmälningar – ett mått på vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete? .....	12
Brister i rutiner och riktlinjer vanliga bakomliggande orsaker .....	12
Fallskador trots fallriskförebyggande arbete .....	12
Samverkansbrister beror ofta på bristfällig kommunikation och otydliga ansvarsförhållanden .....	13
Brister i det systematiska kvalitetsarbetet .....	13
En möjlig underrapportering enligt lex Maria .....	14
Den nationella bilden pekar på liknande erfarenheter ..	15
Referenser .....	16

<b>Bilaga 1</b> .....	<b>17</b>
Fakta om klagomål på hälso- och sjukvård .....	17
Fakta om lex Maria .....	17
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>18</b>
Underlag i siffror .....	18

# Inledning

---

## Bakgrund

Enligt bestämmelserna i 3 kap. 5 § patientsäkerhetslagen (2010:659) är vårdgivare skyldiga att snarast anmäla till Inspektionen för vård och omsorg, om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig vårdskada. IVO ska i sin tur sprida information till vårdgivare om risker och i övrigt vidta de åtgärder som en anmälan motiverar för att uppnå patientsäkerhet.

Tillsynsrapporten 2013<sup>1</sup> visar att de flesta händelser som har anmälts till Socialstyrelsen och som medfört allvarliga vårdskador sker inom somatisk specialistsjukvård. Somatisk specialistsjukvård är enligt föreskriften SOSFS 2008:17<sup>2</sup> indelad i kirurgi, invärtesmedicin och barnmedicin. Obstetrik, gynekologi och ortopedi står för de flesta händelser som har medfört allvarlig vårdskada inom kirurgiska specialiteter. Det är framför allt händelser i samband med diagnos och behandling som leder till allvarliga vårdskador. Enligt vårdgivarna handlar de bakomliggande orsakerna till dessa händelser i två tredjedelar av fallen om bristande följsamhet till rutiner och riktlinjer. I Tillsynsrapporten 2013 konstaterade Socialstyrelsen att vårdgivarna verkar ha rutiner och riktlinjer, men det finns förbättringsutrymme när det gäller följsamheten till dessa rutiner.

## Syfte och frågeställningar

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

De frågeställningar vi är intresserade av är:

- ⦿ Vad handlar lex Maria anmälningarna inom somatisk specialist sjukvård om?
- ⦿ Vad handlar de enskilda klagomålen om? Finns det en lex Maria anmälan kopplad till klagomålet?

## Metod

Genomgång av alla beslutade klagomål och anmälningar enligt lex Maria, inom somatisk specialist sjukvård, för Avdelning Nord under 1 januari – 30 juni 2013.

För att kunna göra någon jämförelse har försök till kategorisering gjorts på likartat sätt för både klagomål och anmälningar enligt lex Maria. Dessutom har materialet delats upp på respektive län men eftersom det var ett så litet underlag

---

<sup>1</sup> Tillsynsrapport 2013, Socialstyrelsen april 2013.

<sup>2</sup> 5 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkares specialiseringstjänstgöring.



redovisas det inte länsvis i rapporten förutom siffror i bilaga 2. Intervju/diskussion i fokusgrupp med inspektörer som arbetar med somatisk specialistsjukvård vid Avdelning Nord genomfördes efter att de studerat det sammanställda materialet.

För att ytterligare få tyngd i rapporten har ca 350 beslut i lex Maria från somatisk specialistsjukvård från hela landet granskats med hjälp av enkätverktyget Easy research.

# Klagomålen handlar om fördröjd eller felaktig diagnos

---

Den som är missnöjd kan klaga på vården till IVO. Därefter gör IVO den utredning som behövs för att pröva klagomålet. De flesta enskilda klagomål som inkommer till IVO avslutas utan kritik, med andra ord har den vård och behandling som patienten fått varit adekvat. Det går dock inte bortse från att de enskilda klagomålen visar att dialogen mellan patienterna och vårdgivare behöver förbättras.

## Patienter klagar oftast på fördröjd eller felaktig diagnos vid vård och behandling

Klagomål på hälso- och sjukvård handlar oftast om fördröjd eller felaktig diagnos. Det förekommer även en hel del klagomål som avser samverkan mellan behandlande vårdenheter samt brister i vårdens arbetsrutiner och organisation.

Många av klagomålen inom somatisk specialistsjukvård handlar om händelser inom obstetrik, onkologi och ortopedi. I dessa ärenden har IVO riktat kritik för att vårdgivaren inte följt upp åtgärder, haft bristande journalföring eller gjort en felaktig diagnos som har lett till att patienten fått vårdskador. Vid en närmare granskning av dessa ärenden handlar det inte så sällan om brister i arbetsrutiner och organisation samt kommunikationsbrister mellan vårdpersonal och vid remisshantering.

## Majoriteten av klagomålen avslutas utan kritik

Av de 60-tal klagomål inom somatisk specialistsjukvård som har granskats har endast 9 ärenden föranlett kritik från IVO. IVO:s utredning har visat att den vård och behandling som patienten fått har varit adekvat. Patienten har trots detta upplevt att den vård och behandling som har getts har varit felaktig eller fördröjd. Enligt IVO är detta något som måste uppmärksammas för att det säger något om hur dialogen mellan patienten och vårdgivaren fungerar. Om vårdgivaren säkerställer att patienten har tolkat informationen korrekt samt involverats i sin vård och behandling kommer antagligen antalet klagomål att minska betydligt.

## Information till patienter brister

IVO:s granskning visar att den vård och behandling som patienten får, sker inte så sällan över patientens huvud. Vid särskilt allvarliga händelser till exempel när det uppstår vårdskador till följd av komplikationer vid olika typer av undersökningar, kommer det fram att patienten och anhöriga inte informerats tillräckligt och varit delaktiga i vården. I klagomålet kan de anhöriga ifrågasätta vårdgivarens val av behandlingsmetod. Denna typ av klagomål är något som kan undvikas om vårdgivaren tar sig tid att förklara komplicerade sjukdomsförlopp och varför en viss metod tillämpas.

Med större patientmedverkan kan vårdgivaren också få kännedom om exempelvis tidigare sjukdomar eller farhågor som kan påverka förloppet av den vård som patienten får. Enligt 6 kap. 1 § PSL ska hälso- och sjukvårdspersonal utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient ska ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav och vården ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten.

## Samverkan mellan behandlande vårdenheter brister

Granskningen visar återkommande brister i vårdens olika övergångar, mellan olika vårdgivare, men också mellan en vårdgivares olika enheter. Det är svårt att generellt fastställa vad det beror på, troligtvis är det en mängd bidragande orsaker. En bidragande orsak är att remisshanteringen mellan den remitterande instansen och annan vårdenhet inte fungerar tillfredsställande. Det handlar om fördröjda remisser som i sin tur leder till fördröjd diagnos och behandling. Av 4 kap. 6 § SOSFS 2011:9, framgår att vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada. Det ska framgå av processerna och rutinerna hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten.

## Få klagomålsärenden med lex Maria anmälningar

Bland samtliga klagomålsärenden rörande somatisk specialistsjukvård finns det nio klagomål som även har en lex Maria anmälan från vårdgivaren. Orsakerna till samtliga händelser i dessa lex Maria ärenden, kan beskrivas som brister kopplade till procedurer, rutiner och riktlinjer som i sin tur kan hänföras till kommunikationsbrister. Till exempel har vårdgivaren redogjort för många personalbyten under den pågående operationen samt kommunikationsbrister vid personalbyten. Som bakomliggande orsaker har vårdgivaren också redovisat rutiner som inte har varit tillräckliga och/eller implementerade för personalen.

## Många klagomål utreds inte

Relativt många klagomål, nästan hälften, utreds inte eftersom de är äldre än två år eller inte aktuella för tillsyn av olika skäl, till exempel kan det handla om ärenden som inte har direkt betydelse för patientsäkerheten enligt PSL.

När ett klagomål gäller bemötande och informationsbrist hänvisar IVO till Patientnämnden.

# Lex Maria anmälningar – ett mått på vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete?

---

Patientsäkerhetsarbete kan ta sig olika uttryck. Ett är förstås vårdgivares anmälnings- och utredningsskyldighet enligt lex Maria. Vårdgivares arbete med lex Maria anmälningar kanske inte säger allt, men är en viktig indikation på hur de arbetar med det systematiska patientsäkerhetsarbetet som de är föreskrivna att göra enligt PSL.

Enligt de slutsatserna som redovisades i Tillsynsrapporten 2013 inträffar de flesta händelser som medfört allvarlig vårdskada och som anmälts enligt lex Maria, inom kirurgi följt av invärtesmedicin och därefter barnmedicin. De inträffade händelserna handlar oftast om fördröjd/felaktig diagnos och behandling, samverkan och informationsöverföring, vilket överensstämmer med anmälningarna inom Avdelning Nords upptagningsområde. Andra anmälningar som är specifika för Avdelning Nord handlar om fallskador och läkemedelshändelser.

## Brister i rutiner och riktlinjer vanliga bakomliggande orsaker

Vårdgivarnas identifierade orsaker till händelser handlar till stor del om brister i rutiner och riktlinjer, men det förekommer även brister i kommunikation och information samt omgivning och organisation. En närmare granskning av vad som kan ligga bakom till exempel läkemedelshändelser är bristfälliga länsövergripande rutiner kring läkemedelshantering.

Enligt IVO, handlar bristerna avseende kommunikation och information till stor del om bristande remisshantering. Kommunikationsbristerna finns på olika nivåer: mellan vårdenheter till exempel mellan röntgenavdelning och akutmottagning, men även utanför, mellan sjukhuset och exempelvis ett gruppboende. Det finns också exempel på bristande kommunikation mellan vårdpersonal där det har varit flera inblandade i olika delar av en undersökning.

## Fallskador trots fallriskförebyggande arbete

I Västerbotten har det förekommit sex dödsfall – fyra av dessa till följd av fallskador. Fallskadorna ledde till frakturer eller organskador och sedan till dödsfall. Personalen har missbedömt fallriskerna trots att de använde fallbedömningsinstrument och vidtog fallpreventiva åtgärder. Det är oftast äldre patienter med demenssjukdomar som riskerar att ramla och ådra sig fallskador som får allvarliga konsekvenser. Det är inte ovanligt att dessa patienter också har andra sjukdomar som ökar risken för fraktur. En helhetsbedömning av patientens sjukdomsbild är därför nödvändigt vid inskrivning av dessa patienter, liksom behovet att göra nya fallriskbedömningar när patientens status förändras eller vid nytillkommen medicinering.

Att en vårdgivare har rutiner och instrument för fallriskbedömning och att de används vid inskrivningar av patienter behöver inte vara en garanti för att en

patient kan ramla och skada sig under vårdtiden. Enligt 4 kap. 2 § SOSFS 2011:9 ska vårdgivaren identifiera, beskriva och fastställa de processer i verksamheten som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Det kan till exempel vara att säkerställa att en rutin uppdateras/implementeras/förtydligas. I sammanhanget vill IVO understryka vårdgivarens skyldighet att bedriva den egenkontroll som behövs för att säkerställa hög patientsäkerhet.

I ett lex Maria ärende redovisas ett par exempel på förbättrande åtgärder där de bland annat avsåg att dels, införa en årlig utbildning till all personal i riskbedömning och preventiva åtgärder dels, i kommande utbildning framhålla vikten av att en ny bedömning görs när patientens status förändras. De avsåg även att diskutera resursfrågor, om dessa är tillräckliga för adekvat tillsyn eller om det i förekommande fall finns behov av ”övervak” under vissa delar av dygnet.

## Samverkansbrister beror ofta på bristfällig kommunikation och otydliga ansvarsförhållanden

Granskningen visar ett flertal samverkansbrister i vårdens olika övergångar, mellan vårdenheter till exempel mellan medicin- och kirurgklinik, men även mellan olika vårdgivare. Det som exempelvis har varit otydligt handlar om vem som ”äger” patienter. I vårdgivarens utredningar anges att det har varit otydligt om patienten ska övertas eller om det rör sig om en konsultation och att patientens slutliga handläggning då bör ske av den som remitterat. I något fall har det förekommit samverkansbrister mellan sjukhus då det saknas medföljande information när patienter flyttas från ett mindre sjukhus till ett större.

Samverkansbrister framträder oftast när det rör sig om multisjuka patienter eller s.k. riskpatienter (gravida med diabetes, cancerpatienter). Det förekommer otydligheter om ansvarsförhållanden mellan exempelvis primärvård och sjukhus. Patienten bOLLAS fram och tillbaka mellan olika kliniker och får själv ansvara för informationsöverföringen. Mellan dessa vårdövergångar kan viktigt information gå förlorad. Vårdprocessen blir särskilt patientsäker när patienten själv inte kan föra sin talan av olika skäl, språkförbistringar, demens och nedsatt förmåga att kommunicera överhuvudtaget.

Samverkansbrister har också förekommit i samband med läkemedelshändelser. Vårdgivarens identifierade orsaker och förslag till åtgärder har i första hand varit fokuserade på läkemedelshändelsen i sig, framför allt brister i journalsystem och ordinationsrutiner. Men det är också tydligt att det har förekommit kommunikationsbrister mellan kliniker i vården av multisjuka patienter där flera inblandade vårdenheter inte kommunicerar givna läkemedel med varandra. Det har exempelvis saknats tydliga rapporteringsrutiner och dokumentation av givna läkemedel har skett på flera ställen.

## Brister i det systematiska kvalitetsarbetet

Trots att underlaget för denna studie inte är så stort, framträder brister som ger anledning till att ifrågasätta vårdgivarnas arbete med det systematiska kvalitetsarbetet. Många av de bakomliggande orsakerna till allvarliga vårdskador har nämligen sin grund i brister i vårdgivarnas organisation och vårdansvar.

IVO:s granskning visar nämligen brister i samverkan mellan kliniker, kompetensbrister hos hälso- och sjukvårdspersonal, bristfällig introduktion av exempelvis AT-läkare och brist på specialistläkare inom anestesi och kirurgi. Därtill finns en stressproblematik med hög arbetsbelastning och höga produktionskrav.

I vissa ärenden hänvisar vårdgivaren till att det handlade om en mycket komplex sjukdomsbild, en s.k. högriskpatient eller en mycket komplicerad förlossning. Givet dessa ”riskpatienter” eller riskfyllda vårdsituationer borde det finnas en beredskap för att säkerställa att patientsäkerheten håller en hög nivå ändå. Detta kan endast göras med riskförebyggande arbete på alla nivåer.

## En möjlig underrapportering enligt lex Maria

Bland de granskade ärenden inom Avdelning Nord finns det förhållandevis få lex Maria anmälningar, vilket antyder en underrapportering.

IVO har också uppmärksammat ett antal klagomålsärenden som handlar om händelser som har medfört allvarliga vårdskador där det kan ifrågasättas att det inte finns en anmälan enligt lex Maria. Ett av dessa klagomål handlade om en förlossning där patienten och barnet fick allvarliga vårdskador. Barnet bedöms ha avsevärd risk att drabbas av neurologiskt funktionshinder till följd av ett fördröjt kejsarsnitt. Ärendet hanterades i kvinnosjukvårdens avvikelssystem och efter flera diskussioner samt i samråd med chefläkaren avstod vårdgivaren från att anmäla händelsen enligt Lex Maria. Socialstyrelsens utredning visade dock att vårdgivaren med anledning av händelsen har identifierat brister och vidtagit åtgärder för att minska risken för att något liknande ska inträffa igen.

En eventuell underrapportering bland länen i avdelning nord, bekräftas även av revisionsrapporten från 2012-12-20 där det redovisas att landstinget i Västernorrlands län finns ”ett betydande utrymme att öka avvikelserapporteringen och att det finns uppenbara och långvariga problem att klara anmälningstiden på två månader för lex Maria-ärenden”. I revisionsrapporten för landstinget i Jämtland redovisas att uppföljningar av lex Maria anmälningar har gjorts, men patientsäkerhetsarbetet har inte beaktats i tillräcklig utsträckning, dvs. i planering, rutiner/stödsystem och uppföljning.

# Den nationella bilden pekar på liknande erfarenheter

---

För att studera om lex Maria anmälningar inom den somatiska specialistsjukvården ser likadan ut i resten av landet, har en närmare granskning gjorts av ca 350 anmälningar enligt lex Maria i de övriga regionerna. Resultaten är hämtade från registreringar i enkätverktyget Easy Research och avser perioden 2013-01-01 fram till 2013-10-31.

I nästan två tredjedelar av lex Maria ärenden är den vanligaste bakomliggande orsaken till händelser som har lett till allvarliga vårdskador, brister i rutiner och riktlinjer. Det handlar för det mesta om bristande följsamhet till rutiner, men även att det har saknats fastställda rutiner. Det framkommer även att rutinerna inte har varit kända för vårdpersonalen eller varit otillräckliga.

En annan vanlig bakomliggande orsak är bristande kommunikation och information. Bristerna här handlar exempelvis om bristande informationsöverföring och samverkansproblem mellan kliniker, bristande kommunikation mellan vårdpersonal samt bristande information till patienten.

Den vanligaste åtgärden som vårdgivaren vidtar för att förhindra att liknande händelser inträffar på nytt gäller rutiner och riktlinjer. Rutinerna förtydligas, ses över och förankras bland personalen. När det gäller åtgärder för att förbättra kommunikation och information är det vanligt att vårdgivaren genomför utbildningsinsatser och inför olika typer av kända metoder såsom SBAR.<sup>3</sup>

Sammantaget överensstämmer den nationella bilden med iakttagelserna från Avdelning Nord.

---

<sup>3</sup> SBAR står för strukturerad kommunikation och är ett verktyg som kan användas för kommunikation och informationsöverföring. [www.skl.se](http://www.skl.se)

# Referenser

---

1. Tillsynsrapport 2013, Socialstyrelsen april 2013.
2. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:17) om läkares specialiseringstjänstgöring.
3. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
4. Patientsäkerhetslag (2010:659).
5. Revisionsrapport Landstinget i Västernorrlands län. Granskningsrapport lex Maria 2012-12-20.
6. [www.skl.se](http://www.skl.se)



# 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

Tabell 1. Inkomna och beslutade klagomål på somatisk specialistsjukvård.

Län	Inkomna klagomål på somatisk specialistsjukvård	Beslutade klagomål på somatisk specialistsjukvård
Jämtland	5	6
Norrbottn	28	16
Västerbotten	31	22
Västernorrland	30	20
<b>Summa</b>	<b>94</b>	<b>64</b>

Tabell 2. Inkomna och beslutade anmälningar enligt lex Maria inom somatisk specialistsjukvård.

Län	Inkomna anmälningar enligt lex Maria	Antal beslut enligt lex Maria
Jämtland	25	4
Norrbottn	25	9
Västerbotten	44	13
Västernorrland	26	6
<b>Summa</b>	<b>120</b>	<b>32</b>

Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas  
– Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom den somatiska specialistsjukvården  
Artikelnr: IVO 2014-9  
Utgiven: [www.ivo.se](http://www.ivo.se), mars 2014

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

