

Vad lära av klagomål

Sammanställning och analys av systematiska utredningar av patientklagomål
som inkommit till Socialstyrelsen/IVO
Chefläkardagen, Stockholm, 180906

*Thomas Brezicka, MD PhD
Fd tillsynsläkare och föredragande läkare vid Socialstyrelsen/IVO
Regionläkare patientsäkerhet, Västra Götalandsregionen*

thomas.brezicka@gmail.com/@vgregion.se

Att observera - disclaimer

- Sammanställningen och analysen har gjorts på författarens eget initiativ
- Sammanställningen baseras på resultaten av 60 avidentifierade utredningar
- Bedömningarna och slutsatserna är författarens egna och representerar inte nödvändigtvis de som Socialstyrelsen, IVO eller VGR kan ha
- IVO har rekommenderat att sammanställningen och resultaten bör användas av vårdgivare i utformningen av system för hantering av patientklagomål
- Studien finns att ladda ner i sin helhet via [denna länk](#) (eller mejla författaren om länken inte går att nå)

Om författaren

- Specialistläkare inom onkologi och lungsjukdomar
- Tillsynsläkare vid Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Göteborg 2006-2010 med utredning av Lex Maria och klagomål inom somatisk sjukhusanknuten vård
- Regionläkare i Västra Götalandsregionen 2010-2018 med sammanställning och analys av regionens Lex Marior och patientklagomål
- Förordnande som föredragande läkare vid Socialstyrelsen/IVO 2012-2016 med utredning av 100 klagomålsärenden (varav de 60 senaste har sammanställts i denna rapport)

Central fråga

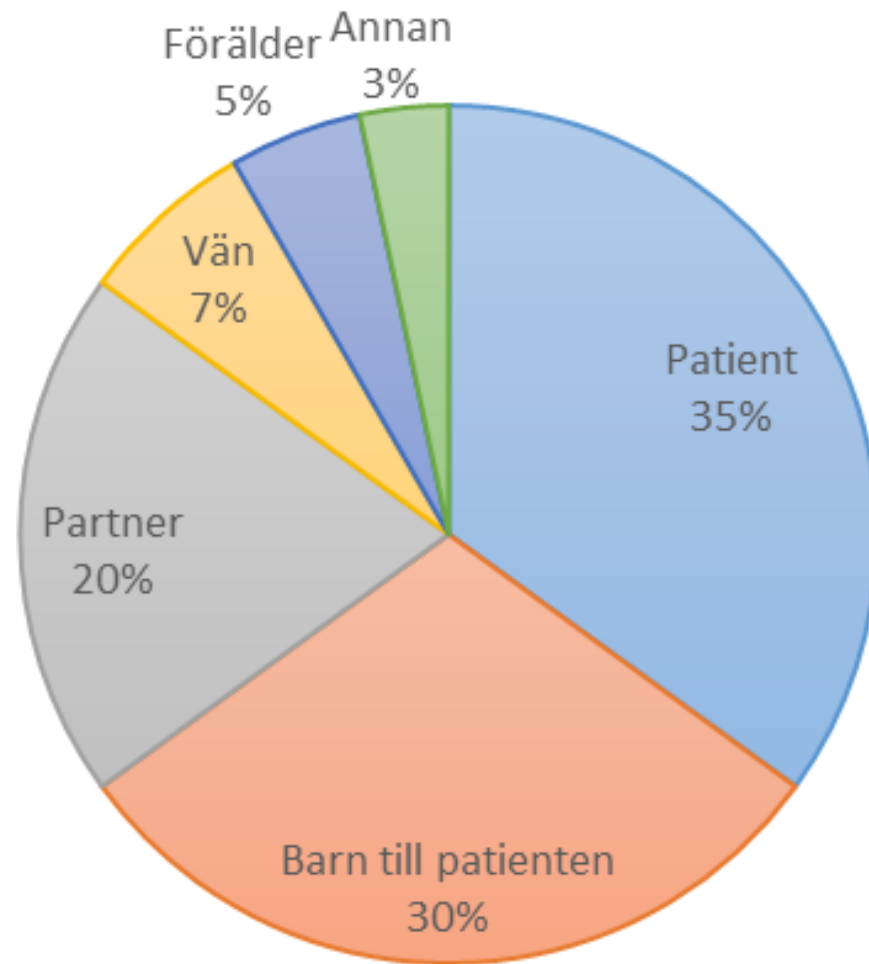
- Har patienten (eller den som klagar) tillräckliga kunskaper för att via klagomålet kunna bidra med uppgifter som är användbara i patientsäkerhetsarbetet?
- Utgångspunkt: patienten (eller den som klagar) har kunskaper som är värdefulla att ta vara på i syfte att stärka patientsäkerheten

Syfte

- (1) Kartlägga och analysera vilka patientsäkerhetsbrister, enligt **patientsäkerhetslagen (d v s uppkomst av vårdskada)**, som framkommer baserat på innehållet i enbart klagomålen
- (2) Kartlägga och analysera vilka patientsäkerhetsbrister som framkommer av den kompleta utredningen
- Få en uppfattning om samstämmigheten mellan (1) och (2)
- Kartlägga vilka brister enligt **patientlagen** som framkommer av klagomålen

Material och metod

- 60 konsekutiva klagomålsärenden som sänts för granskning till en expert inom området tumörsjukdomar
- Klagomålsärendena inkom 2011-2015 till Socialstyrelsen eller IVO
- 68 % kvinnor

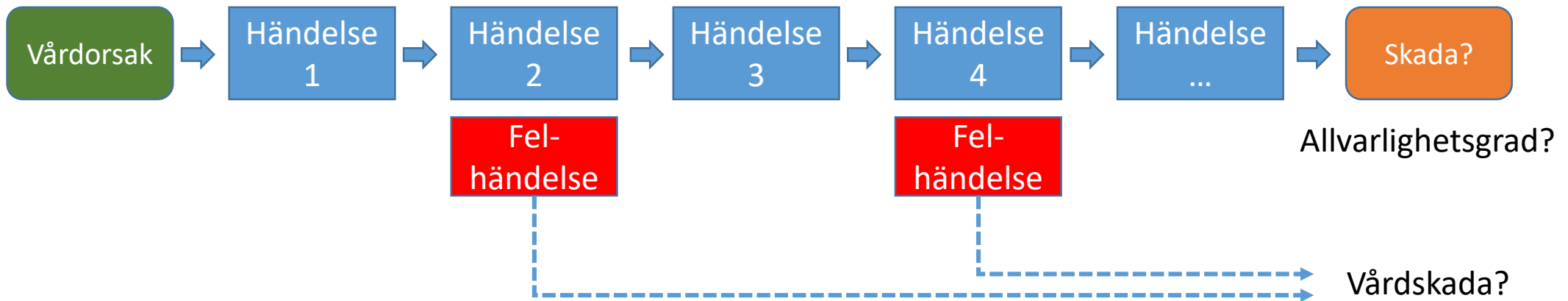


Figur 1. Anmälare av klagomålen (n=60) i denna sammanställning.

Underlag

- Klagomålet
- Komplettd vårdokumentation från samtliga berörda vårdgivare
 - All text (läkaranteckningar, omvårdnadsanteckningar mm)
 - Alla remisser och remissvar (röntgen, klin fys, konsulter mm)
 - Alla laboratorieundersökningar (klin kem, baktlab, patologi mm)
- Redogörelser
 - Berörd hälso- och sjukvårdspersonal
 - Vårdgivarrepresentant (relevant linjechef)
- Rutiner, PM mm i förekommande fall

Händelseanalys



OBS! Orsaksutredning kan inte göras utan djupintervjuer

Process för systematisk granskning av klagomålsärende i denna studie

Underlag

Genomläsning av anmälan (K)

Händelseförlopp (K)

Felhändelser PSL enligt K

Vårdskada enligt K

Allvarlighetsgrad enligt K

Felhändelser PL

Genomläsning av vård-dokumentationen

Genomläsning av redogörelser och yttranden

Händelseförlopp (utredning)

Felhändelser PSL (utredning)

Vårdskada (utredning)

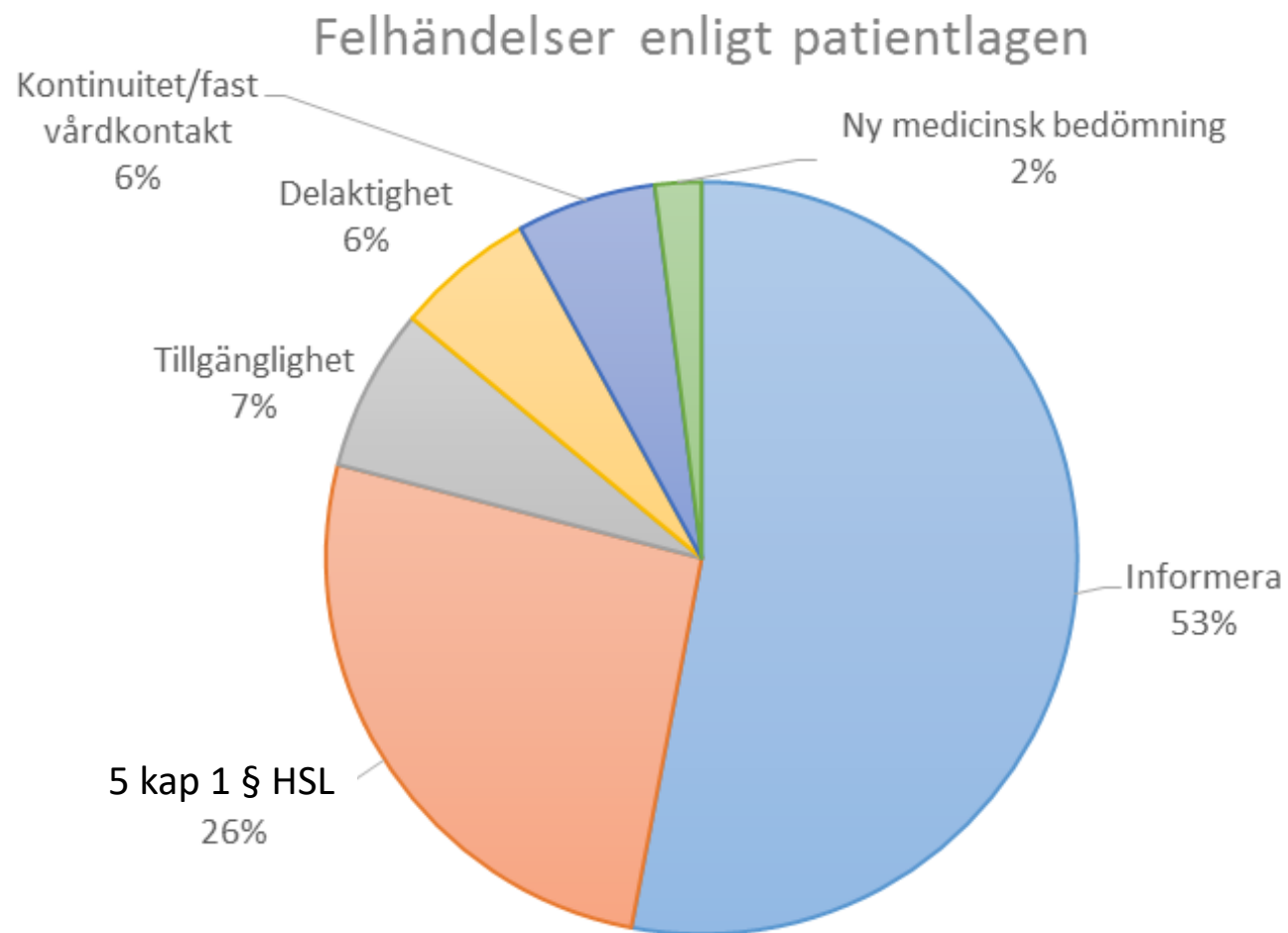
Allvarlighetsgrad (utredning)

Brister enligt PSL?

Kategorisering av funktioner för felhändelse som rör ”bemötande”

- HSL och patientlagens kapitel utgör grund för de funktioner där felhändelse uppkommit
 - Säkerställa tillgänglighet (2 kap PL)
 - Informera patient (3 kap PL)
 - Inhämta samtycke (4 kap PL)
 - Säkerställa patientens delaktighet (5 kap PL)
 - Utse fast vårdkontakt (6 kap PL)
 - Säkerställa kontinuitet i vården (6 kap PL)
 - Göra individuell vårdplanering (6 kap PL)
 - Informera om behandlingsalternativ (7 kap PL)
 - Informera om hjälpmedel (7 kap PL)
 - Medverka till ny medicinsk bedömning (8 kap PL)
 - Beakta patientens självbestämmande och integritet (5 kap 1 § 3 p HSL)
 - Befrämja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen (5 kap 1 § 4 p HSL)

Resultat



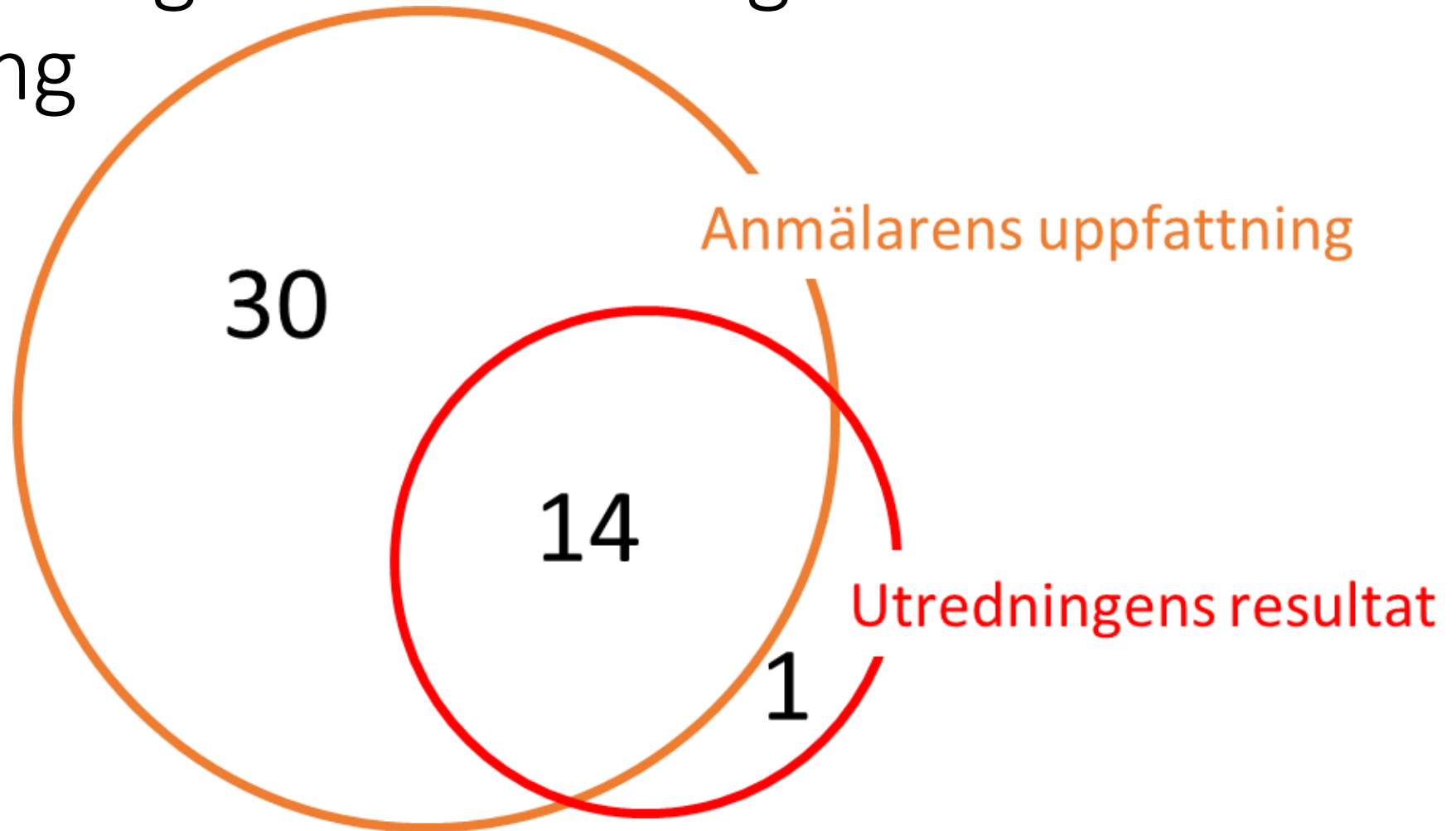
Figur 1. Felhändelser enligt patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen (HSL). Sammanlagt identifierades 60 felhändelser i 30 av den 60 klagomålsärendena.

Felhändelser enligt patientsäkerhetslagen (vårdskada/risk för vårdskada)

	Enligt anmälan	Påvisade i utredningen
Antal ärenden med felhändelser	59 (98 %)	38 (63 %)
Totalt antal felhändelser	201	98
Antal felhändelser/ärende med felhändelser	3,4	2,4
Antal ärenden där felhändelse bidrog till vårdskada/medförde risk för allvarlig vårdskada	48 (80 %)	28 (47 %)
Antal ärenden där felhändelse bidrog till allvarlig vårdskada	44 (73 %)	15 (25 %)

Tabell 1. Förekomst av felhändelser i klagomålsärenden (n=60) baserat på enbart uppgifter i anmälan respektive samtliga tillgängliga uppgifter i ärendet, samt risk för eller uppkomst av allvarlig vårdskada. Siffror inom parentes anger andel (%) av samtliga granskade klagomål.

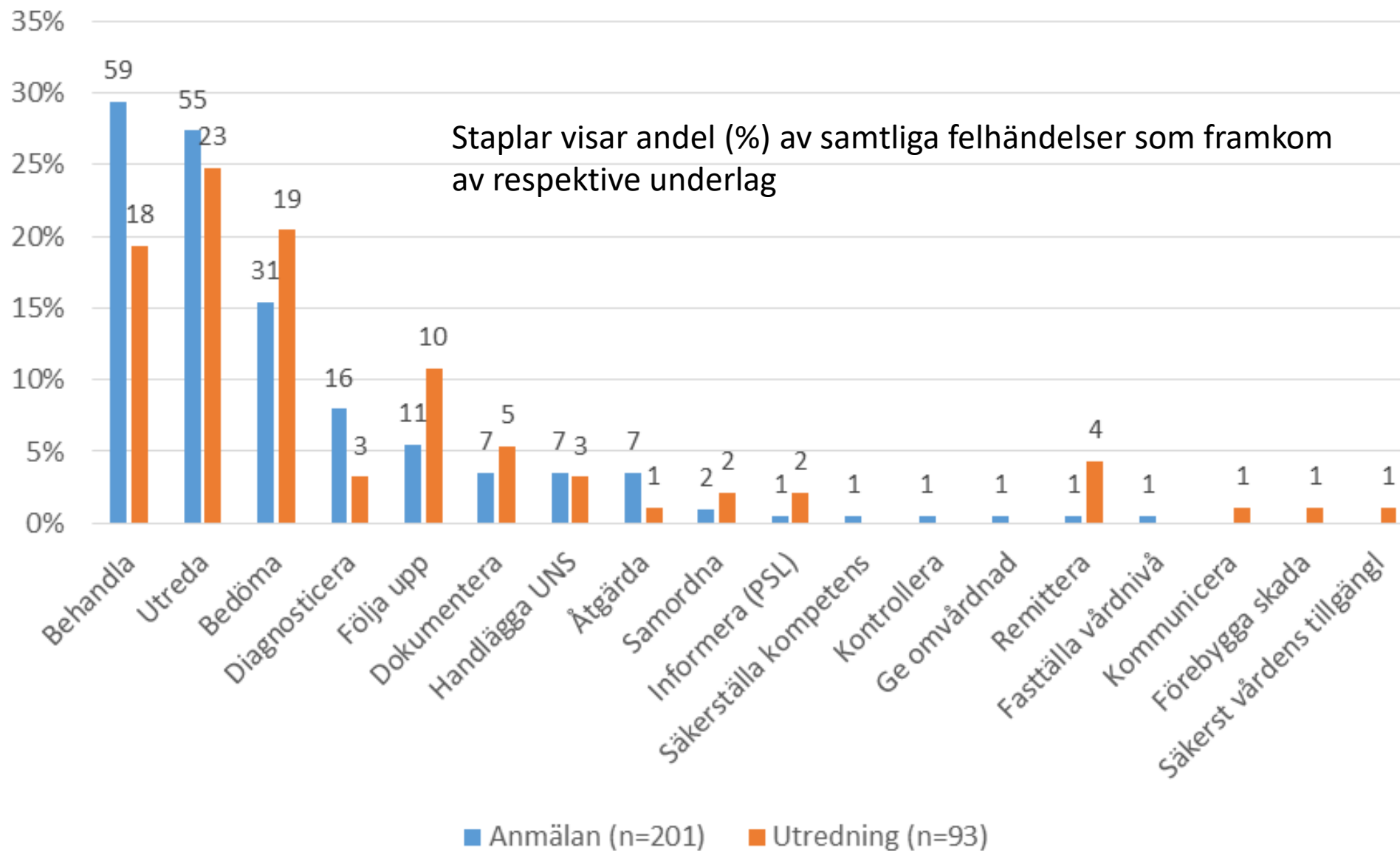
Samstämmighet mellan klagomål och utredning



Figur 1. Antal ärenden där anmälaren, utredningen eller båda menade att en allvarlig vårdskada uppkommit.

- Av de 201 av **klaganden påtalade felhändelserna** kunde utredningen bekräfta 42, d v s **21 % stämde med utredningens resultat**
- I 30 ärenden (50 % av samtliga ärenden) kunde inga felhändelser bekräftas
- Av de 93 av **utredningen identifierade felhändelserna** hade 42, d v s **45 % påtalats i klagomålen**

Felhändelser enligt patientsäkerhetslagen



Slutsatser

- Vårddokumentationen (den kompletta) innehåller den tillgängliga informationen för att utreda händelseförloppet
 - Klagomålet i sig och redogörelser tillför sällan ytterligare information rörande händelseförloppet
 - Vårddokumentationen får inte vara för snäv
- Den klagandes uppfattning stämmer i liten omfattning överens med vad som faktiskt hände – en objektiv utredning bör alltid göras
 - 20 % av det som den klagande påstår var fel visade sig vara fel vid en närmare granskning
 - 50 % av det som verkligen händer påtalas av den som klagar

Klagomålet har en hög sensitivitet (93 %) men låg specificitet (33 %) i att påvisa vårdskada

		Utredning		
		Skada	Ej skada	
Klagomål	Skada	14	30	44
	Ej skada	1	15	16
		15	45	60
Sens		93%		
Spec			33%	

Vilka brister framkommer?

Enligt **patientsäkerhetslagen** – minimera risker för vårdskada (3 kap)

- Det som beslutats dokumenteras inte: vad ska göras och senast när?
- Det som beslutats blir inte gjort (i tid) bland annat på grund av att system saknas för att kontrollera att beslutade åtgärder genomförs (i tid)

Enligt **patientlagen** – tillgodose patientens behov utifrån patientens perspektiv

- De vanligaste rör information till patienten (3 kap PL)
- och att vara ”hygglig” och respektfull gentemot patient och närstående (5 kap 1 § HSL)

Central fråga – en slutsats som inte är PK

- Har patienten (eller den som klagar) tillräckliga kunskaper för att via klagomålet direkt kunna bidra med uppgifter som är användbara i patientsäkerhetsarbetet? Svar: Nej, det är inte självklart
- Utgångspunkt: patienten (eller den som klagar) har kunskaper som är värdefulla att ta vara på i syfte att stärka patientsäkerheten
 - Utgångspunkten förefaller bygga på ett önsketänkande som bottnar i stor respekt för patienten och närstående – ett klagomål är en signal på att något kan ha gått fel men man måste titta närmare och objektivt på det hela för att få kunskap