



# Patientens ställning i vården

---

Revisionsrapport

## Sammanfattning

Patientlagen infördes 2015 i syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården.

Syftet med granskningen är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden bedriver en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll för att säkerställa efterlevnaden av patientlagen.

Vi har inte kunnat finna att nämnden, sedan patientlagen trädde ikraft 2015, tagit ett samlat grepp för att säkerställa att lagen kan implementeras och efterlevas.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2018 utövat en övergripande styrning, uppföljning och kontroll avseende fem av de fjorton områdena i patientlagen; tillgänglighet, information, delaktighet, klagomål och patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet. Granskningen visar att nämndens beslut inom dessa områden har implementerats/verkställts och det synes finnas väl inarbetade strukturer för uppföljning och rapportering. Den interna kontrollen är dock ett fortsatt utvecklingsområde.

De ”vita fälten” i nämndens övergripande styrning täcks delvis upp av ett systematiskt kvalitetsarbete på verksamhetsnivå. Sammantaget visar granskningen att det bedrivs någon form av systematiskt kvalitetsarbete som berör två tredjedelar av områdena i patientlagen.

Vi rekommenderar att nämnden utvecklar former för att säkerställa efterlevnaden av patientlagen som helhet. Som ett led i detta rekommenderar vi att nämnden skapar förutsättningar för utveckling av ledningssystem på verksamhetsnivå som motsvarar gällande krav från Socialstyrelsen.

Vi rekommenderar också att nämnden vidtar åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig återrapportering utifrån det förändrade ansvaret för klagomålshanteringen.

## Innehållsförteckning

1	Bakgrund .....	4
2	Syfte, revisionsfråga och avgränsning .....	4
3	Revisionskriterier .....	4
4	Metod.....	4
5	Resultat av granskningen.....	5
5.1	Har nämnden utövat styrning, uppföljning och kontroll avseende implementering och efterlevnad av patientlagen? .....	5
5.2	Har nämnden säkerställt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppfylla skyldigheterna i patientlagen? .....	11
6	Revisionell bedömning .....	22

## 1 Bakgrund

Patientlagen infördes 2015 i syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet i vården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört en uppföljning av implementeringen och införandet av patientlagen utifrån ett medborgar- och patientperspektiv. Myndighetens slutsats är att patientens ställning inte har stärkts sedan patientlagen infördes. De huvudsakliga förklaringarna är att patientens rättsliga ställning fortfarande är svag, vårdens förutsättningar att tillämpa patientlagen och stärka patientens faktiska ställning har brister och insatserna på både nationell och lokal nivå i samband med patientlagens införande och tiden därefter har varit otillräckliga. Den samlade bilden är att landstingens insatser, utöver informationsinsatser, främst har präglats av ”administrativ hantering” av utomlänsvården och patientens ställning verkar inte ha gett tydliga avtryck i sättet att styra och leda vården.

Revisorerna bedömer att det finns en risk för att Hälso- och sjukvårdsnämndens styrning, uppföljning och kontroll inte är tillräcklig för att säkerställa efterlevnaden av patientlagen. Revisorerna ser i förlängningen en risk för att svaga patientgrupper kan missgynnas om vården inte kan uppfylla skyldigheterna i patientlagen, ytterst kan detta bidra till en ojämlig vård.

## 2 Syfte, revisionsfråga och avgränsning

Syftet med granskningen är att bedöma om Hälso- och sjukvårdsnämnden bedriver en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll för att säkerställa efterlevnaden av patientlagen. Granskningen är inriktad mot nedanstående revisionsfrågor.

- Har nämnden utövat styrning, uppföljning och kontroll avseende implementering och efterlevnad av patientlagen?
- Har nämnden säkerställt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppfylla skyldigheterna i patientlagen?

Granskningen på verksamhetsnivå är avgränsad till tre länsverksamheter: Habilitering, Kvinnosjukvård och Vuxenpsykiatri.

## 3 Revisionskriterier

Resultatet av granskningen kommenteras och bedöms med stöd av patientlagen, kommunallagen och Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem.

## 4 Metod

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentstudier och intervjuer.

Intervjuer har genomförts med företrädare för de berörda länsverksamheterna. Revisionsrapporten har kvalitetssäkrats enligt gällande rutiner, vilket bl.a. innebär att ett utkast till rapport har överlämnats för saklighetskontroll till de intervjuade och övriga uppgiftslämnare liksom Verksamhetschefen för Kvalitet och patientsäkerhet, förvaltningsledningen för Specialistvårdsförvaltningen och Regiondirektören.

## 5 Resultat av granskningen

### 5.1 Har nämnden utövat styrning, uppföljning och kontroll avseende implementering och efterlevnad av patientlagen?

I nedanstående tabell redovisas vad nämndens styrning, uppföljning och kontroll omfattar under 2018 avseende patientlagen och patientens ställning i vården. Granskningens resultat redovisas närmare i de följande avsnitten.

Områden i patientlagen	Målbild för framtidens hälso- och sjukvård (Arbetsplan för SPV <sup>1</sup> )	Mål i styrkort <sup>2</sup>	Mål för patientsäkerhetsarbetet <sup>3</sup>	Handlingsplan för utveckling av specialistvårdens organisation <sup>4</sup>	Intern kontroll
Tillgänglighet		●		●	●
Information		●			
Samtycke					
Delaktighet	●	●		●	
Fast vårdkontakt					
Samordnad individuell planering (SIP)					
Val av behandlingsalternativ					
Val av hjälpmedel					
Ny medicinsk bedömning					
Val av utförare					●
Personuppgifter					
Intyg					
Klagomål			●		
Deltagande i patientsäkerhetsarbetet			●		

<sup>1</sup> Arbetsplan för specialistvården, Hälso- och sjukvårdsnämnden 2016-12-14, § 193, arbetsplanen utgår bland annat från Målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling, Landstingsfullmäktige, 2016-11-23--24, § 216

<sup>2</sup> Balanserat styrkort 2018, senaste version antagen av Hälso- och sjukvårdsnämnden 2018-01-24, § 7

<sup>3</sup> Mål 2018 och planering för patientsäkerhetsarbetet 2018–2019, Hälso- och sjukvårdsnämnden 2017-12-15, § 158

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2018-08-29, § 101

## Målbild för framtidens hälso- och sjukvård - Arbetsplan för specialistvården

Fullmäktige fastställde i november 2016 en målbild för hälso- och sjukvårdens utveckling i regionen. Målbilden är ett komplement till regionplanen. En av inriktningarna är att underlätta patienternas möjligheter att aktivt medverka i förebyggande insatser och behandling (personcentrering). Målet är att "Äldre patienter och kroniskt sjuka patienter upplever mer kontinuitet och delaktighet. En mer personcentrerad vård har etablerats inom en mer sammanhållen vårdkedja."

Hälso- och sjukvårdsnämnden behandlade i december 2016 en arbetsplan för specialistvården utifrån målbilden. Av planen framgår att "Personcentrerad vård är ett förhållningssätt som måste genomsyra hela verksamheten. Många patienter får redan idag ett personcentrerat bemötande i enskilda vårdkontakter men utmaningen är ett systematiskt arbetssätt i hela verksamheten. I ett första steg kommer en avdelning utses för att starta ett utvecklingsarbete och utgöra pilotavdelning." (Arbetsplanen berör till övervägande del åtgärder för att uppnå en ekonomi i balans 2018 utifrån fullmäktiges beslut om en insatsplan i april 2015.)

I regionplanen för åren 2018-2020 ingår målbilden som en planeringsförutsättning för styrelsen och nämnderna. Den del av målbilden som berör personcentrerad vård beskrivs närmare under processperspektivet:

*"Patientens väg genom vårdapparaten ska vara okomplicerad och vården måste därför vara organiserad på ett sätt som möjliggör det. Den personfokuserade vården bygger på planering i samförstånd med patienten, eller personen med ohälsa. Vårdrelationen skall bygga på partnerskap mellan vårdare och patient. Personcentrerad vård innebär en övergång från en modell där patienten är det passiva målet för en medicinsk intervention, till en modell där en överenskommelse görs med patienten. Patienten är aktiv i planering och genomförande av den egna vården, samt i rehabiliteringen. Ett partnerskap mellan patienter/anhörigvårdare och professionella vårdare skapas, där utgångspunkten är patientens sjukberättelse. Utgångspunkten är en gemensam plan med mål och strategier för genomförande, samt kort- och långsiktig uppföljning. Patienten ges därmed en större möjlighet till inflytande över behandlingen vilket ger ökade möjligheter till ansvarstagande för egen vården. För samhället innebär det samtidigt färre besök hos vårdgivare som leder till minskade kostnader."*

Under 2018 har ett regionövergripande projekt genomförts kring personcentrerad vård, benämnt Målbildsprojekt 1. Förvaltningschefen för specialistvårdsförvaltningen har varit projektägare, styrgruppen bestod av representanter för specialistvården, hälsocentralerna och Vårdval Västernorrland. Två medarbetare vid Enheten för folkhälsa har varit projektledare. Projektet har rapporterat till Hälso- och sjukvårdens samverkansgrupp (HSS). Projektets uppdrag har varit att:

- inventera utvecklingsarbeten kring personcentrerad vård,
- genomföra två workshops för förtroendevalda, chefer och fackliga representanter, samt att
- föreslå ett utvecklingsprogram för personcentrerad vård i regionen.

Vid tiden för granskningen har projektet inte slutrapporterats.

### *Kommentar*

Vi ser positivt på att det genom målbildsprojektet skapats förutsättningar för verksamheten att arbeta med utvecklingen av en mer personcentrerad vård. Området har en direkt koppling till patienternas delaktighet och medverkan i vården i enlighet med patientlagen.

### **Mål i styrkort**

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fastställt ett balanserat styrkort för 2018 utifrån inriktningsmålen i regionplanen. Styrkortet innehåller två mål avseende tillgänglighet (med sju mått och målnivåer), samt ett mål avseende delaktighet och information (med två mått och två målnivåer). I samband med att nämnden reviderade styrkortet i januari 2018 tillfördes ytterligare ett mål som bland annat berör delaktighet: ”Målbilden för hälso- och sjukvårdens utveckling realiserar genom konkreta aktiviteter.” (se avsnittet ovan om målbilden).

Resultatet avseende tillgänglighetsmålen och målbilden ska rapporteras i samband med delårsbokslutet och årsredovisningen. Målet avseende information och delaktighet ska enligt styrkortet följas upp genom den nationella patientenkäten och därmed rapporteras vartannat år i samband med årsredovisningen (närmast avseende 2018).

Vi har i granskningen tagit del av specialistvårdens delårsrapport för 2018. Resultatet avseende tillgänglighetsmålen redovisas och kommenteras i enlighet med strukturen i styrkortet. De flesta av länsverksamheterna ger exempel på insatser för att förbättra tillgängligheten. Resultatet avseende arbetet med målbilden redovisas i form av en övergripande beskrivning.

Förvaltningschefen för specialistvårdsförvaltningen lämnar också en löpande rapportering till nämnden utifrån en fastställd tidplan. I *Förvaltningschefens månadsrapport* redovisas utvecklingen för ett antal nyckeltal inom de fyra perspektiven i regionplanen (invånare, process, medarbetare och ekonomi). Bland annat redovisas utvecklingen kring tillgängligheten löpande. Förvaltningschefen redovisar också månatligen en återkoppling till nämnden kring verksamhetens utveckling och aktuella frågor i *Sjukhusdirektörens rapport*. Vi har bland annat noterat att nämnden i april fick information om målbildsprojekt 1 - personcentrerad vård.

Styrkortet avseende 2018 för de granskade länsverksamheterna redovisas i tillämpliga delar i avsnitt 5.2.

### *Kommentar*

Hälso- och sjukvårdsnämndens styrkort berör tre områden i patientlagen (tillgänglighet, information och delaktighet). Resultatet avseende tillgängligheten har återrapporterats i enlighet med nämndens anvisningar. De frågor som nämnden valt ut i nationella patientenkäten avseende information och delaktighet får betraktas som en allmän indikator på patienternas upplevelse som grupp på totalnivå. Resultatet skiljer sig endast marginellt mellan olika landsting/regioner. Möjligen kan nämndens nya mål avseende realisering av målbilden för hälso- och sjukvårdens utveckling få en större styrningseffekt.

### Mål för patientsäkerhetsarbetet

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställer årligen mål för patientsäkerhetsarbetet. Resultatet rapporteras till nämnden i en årlig patientsäkerhetsberättelse som nämnden också ska fastställa senast den 1 mars i enlighet med bestämmelserna i patientsäkerhetslagen.

Regionstyrelsen har anvisat 9,2 miljoner i projektmedel under 2018 för de fyra satsningsområdena i måldokumentet (styrelsens och nämndernas gemensamma mål för patientsäkerhetsarbetet). Huvuddelen av anslaget ska användas för finansiering av projekt som drivs i vården och resterande del för mer övergripande insatser. Medlen disponeras av verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet inom Regionledningsförvaltningen.<sup>5</sup> Projekten redovisas översiktligt i tillämpliga delar i avsnitt 5.2.

Ett av de fyra satsningsområdena för patientsäkerhetsarbetet under 2018 är *Patient- och närståendemedverkan*, området har en direkt koppling till patientlagen. För 2018 planerades följande arbete:

- Struktur för analys av synpunkter från patienter och närstående. Arbetet med att ta fram en modell ska fortsätta och kommer att påverkas av kommande ny organisation för klagomålshantering.
- Struktur för medverkan. Under 2018 fortsätter projektet patientinvolvering tillsammans med verksamheterna och Forskning, utbildning och innovation (FUI).

Nedan redogörs översiktligt för granskningens resultat avseende ovanstående punkter.

#### **Klagomålshantering (punkt 1 ovan):**

Verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet vid Regionledningsförvaltningen rapporterar utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet till Hälso- och sjukvårdsnämnden enligt en fastställd plan. Rapporteringen omfattar bland annat kvartalsvis statistik över inkomna klagomål från patienter/anhöriga, Patientnämnden - Etiska nämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Under 2018 har 171 ärenden diarieförts avseende specialistvården utifrån rutinen Missnöje i vården. Rutinen innebär i korthet att alla skriftliga klagomål ska diarieföras samt registreras som en avvikelse för utredning och besvarande. Alla muntliga klagomål från patienter och anhöriga ska (enbart) registreras som avvikelser. Av de diarieförda ärendena har 114 stycken (67 %) inlämnats av patienter/anhöriga, 31 stycken av Patientnämnden - Etiska nämnden och 26 stycken av IVO.

Vi har noterat att två tredjedelar (64 av 95) av de ärenden avseende specialistvården som Patientnämnden - Etiska nämnden överlämnat till vårdgivaren under 2018 inte har diarieförts av Hälso- och sjukvårdsnämnden i enlighet med gällande rutiner. Mörkertalet påverkar framförallt återrapporteringen till nämnden som endast bygger på de diarieförda ärendena.

---

<sup>5</sup> Regionstyrelsen, 2017-12-19, § 373



Totalt har 444 avvikelser klassificerats under den obligatoriska avvikelsetypen patientklagomål under 2018 för utredning inom specialistvårdsförvaltningen. Vi har noterat att det finns ett mörkertal även här. Vårt stickprov visar att var tredje patientklagomål som inlämnats till diariet senare har klassificerats felaktigt i avvikelssystemet under avvikelseutredningen (som negativ händelse, tillbud eller risk istället för patientklagomål).

#### *Kommentar*

Mörkertalet i diariet och avvikelssystemet innebär att återrapporteringen till nämnden inte ger en fullständig bild av effekterna av den nya lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården och vårdgivarens utökade ansvar för klagomålshantering. Mörkertalet påverkar förutsättningarna för den interna kontrollen och de övergripande analyser som genomförs av patientsäkerhetsarbetet.

I syfte att nämnden ska få en helhetsbild över klagomålshanteringen rekommenderar vi att återrapporteringen till nämnden kompletteras med de klagomål som lämnas direkt till verksamheten. Vi rekommenderar också att nämnden får en övergripande analys av innehållet i klagomålen.

#### **Patientinvolvering (punkt 2 ovan):**

Verksamheten Forskning, utbildning och innovation (FUI) vid Regionledningsförvaltningen driver sedan 2017 projektet Experio Lab. Experio Lab Sverige är en samverkan mellan olika regioner som ”vill utveckla sin förmåga till användardrivna utveckling med tjänstedesign som metod och förhållningssätt”.<sup>6</sup>

Under 2018 har Experio Lab genomfört ett delprojekt avseende processerna kring nyttjande av vårdplatser i syfte att minska överbeläggningar och utlokalisering av patienter. Genom observationer och samtal med patienter och medarbetare ska delprojektet bidra med ett användarperspektiv till det övergripande projektet samt bidra med konceptförslag. Ytterligare ett projekt har genomförts genom Experio Lab inom specialistvården under 2018, projektet omfattar patienter med misstänkt höftfraktur.<sup>7</sup> Tidigare har Experio Lab stöttat det Specialistpsykiatriska omvårdnadsteamet i Sollefteå med en utvärdering av deras nystartade verksamhet. Vidare har länsverksamheten Kvinnosjukvård själva drivit ett projekt med patient-/användarinvolvering med inspiration från Experio Lab och med stöd av en tjänstedesigner.

#### *Kommentar*

Projektet som drivits genom Experio Lab är tillsammans med klagomålshanteringen goda exempel på hur patienterna kan involveras i patientsäkerhetsarbetet.

Patientsäkerhetsberättelsen för 2018 har inte upprättats vid tiden för granskningen, återrapporteringen till nämnden har därför inte kunnat granskas.

---

<sup>6</sup> Se webbplatsen [experiolab.se](http://experiolab.se)

<sup>7</sup> Årskrönika 2018, Experio Lab, Region Västernorrland. Redovisningen ovan omfattar endast de projekt som kan härledas till området patient- och närståendemedverkan i patientsäkerhetsarbetet inom Specialistvårdsförvaltningen.

## Handlingsplan för utveckling av specialistvårdens organisation

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde i augusti 2018 en handlingsplan för utveckling av specialistvårdsförvaltningens organisation. Planen utgår från en extern utvärdering som presenterades för nämnden i mars 2018 tillsammans med 23 rekommendationer till åtgärder.<sup>8</sup>

Regiondirektören fastställde i oktober 2018 en projektplan för arbetet.<sup>9</sup> Effektmålet för specialistvården är att projektet ska leda till en organisation och ett arbets sätt som ger goda och långsiktiga förutsättningar för verksamhetsutveckling vad gäller vårdens resultat och arbetsmiljö. Av projektplanen framgår projektorganisation, resurser, rollfördelning samt tids- och aktivitetsplaner. Nämnden har fått en lägesrapport i samband med sammanträdet i december 2018.<sup>10</sup>

### *Kommentar*

Vi har uppfattat att de olika delprojekten i huvudsak tar sikte på strukturella åtgärder kring organisation, styrning och ledning. Kopplingen till patientlagen består i att effektmålet ovan ska utvärderas utifrån sex kvalitetsområden som är viktiga förutsättningar för god vård, däribland att vården är patientfokuserad och tillgänglig. Detta utvecklas i projektplanen med att nya metoder ska vara etablerade för att öka delaktighet och patientmedverkan, bättre resultat i nationella patientenkäten, samt ökad tillgänglighet när det gäller väntetider till besök respektive behandling inom specialistvården.

### **Riskanalys**

Hälso- och sjukvårdsnämnden har i januari 2018 fastställt en internkontrollplan för 2018. Underlag för beslutet om kontrollaktiviteter har enligt protokollet varit förvaltningarnas riskanalyser, revisionsrapporter samt föregående års internkontrollplan med tillhörande återrapportering. Nämndens internkontrollplan berör utveckling av förvaltningarnas riskanalyser, bisysslor samt implementering av regionplan och nämndens styrkort.<sup>11</sup> Specialistvårdsförvaltningens riskanalys inför 2018<sup>12</sup> berör två områden i patientlagen: tillgänglighet och patientens val av utförare.

### *Kommentar*

Vi har noterat att nämndens internkontrollplan inte berör patientlagen. Förvaltningens riskanalys berör dock tillgängligheten och patienternas val av utförare. I analysen har de olika riskerna kring tillgängligheten värderats med ”gul” och ”röd” påverkan och sannolikhet. Risker avseende patienternas val av utförare har inte värderats. Det framgår inte av dokumentationen vad värderingen gul och röd innebär. Det framgår inte av dokumentationen om ytterligare områden i patientlagen analyserats men befunnits innebära en låg risk.

<sup>8</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2018-08-29, § 101

<sup>9</sup> Utveckling av specialistvårdens organisation och Regionledningsförvaltningens verksamhetsstöd, diarienummer 17HSN1554-13

<sup>10</sup> Bilaga C till nämndens protokoll 2018-12-13

<sup>11</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2018-01-24, § 8

<sup>12</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2017-10-05, § 127

## Andra enskilda beslut av nämnden

Hälso- och sjukvårdsnämnden har inte tagit andra beslut som rör styrning, uppföljning och kontroll avseende vårdgivarens ansvar enligt patientlagen under 2018. Vi har inte heller kunnat finna, av nämndens protokoll och handlingar från 2014 och framåt, att nämnden tagit ett samlat grepp för att säkerställa att patientlagen implementeras och efterlevs.

## 5.2 Har nämnden säkerställt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppfylla skyldigheterna i patientlagen?

Enligt Socialstyrelsen ska ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vi har inom denna ram översiktligt granskat om de olika områdena i patientlagen berörs i verksamhetens övergripande planering, styrning och utvecklingsarbete samt om det finns förutsättningar att följa upp och kontrollera om verksamheten kan efterleva patientlagen. Det ingår inte i granskningen att bedöma om det finns ett fungerande ledningssystem på verksamhetsnivå.

### Tillgänglighet

Bestämmelserna i patientlagen motsvarar regleringen i hälso- och sjukvårdslagen. Vårdgarantin regleras närmare i hälso- och sjukvårdsförordningen, liksom regionernas rapporteringsskyldighet till den nationella databasen Väntetider i vården.

Hälso- och sjukvårdsnämndens (regionens) övergripande ledningssystem<sup>13</sup> för systematiskt kvalitetsarbete (hädanefter benämnt ledningssystemet) berör inte tillgänglighetsfrågorna.

Tillgänglighetsfrågorna har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen, specialistvården eller de granskade verksamheterna.

De granskade styrkort<sup>14</sup> innehåller mål avseende telefontillgänglighet och vårdgaranti. Kvinnosjukvårdens styrkort berör även ledtiderna för standardiserade vårdförlopp avseende fyra cancerformer. Nämndens mål avseende tillgängligheten till återbesök berörs inte i styrkortet på verksamhetsnivå.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kraven på tillgänglighet i hög grad. Undantaget är neuropsykiatriska utredningar inom både habiliteringen och vuxenpsykiatri, där väntetiden överstiger ett år.

Verksamhetscheferna bedömer att de har goda möjligheter att följa upp tillgängligheten, bland annat genom regionens statistikdatabas Vesta och den nationella väntetidsdatabasen. Undantaget är tillgängligheten till utredning/behandling inom

---

<sup>13</sup> Ledningssystemet fastställdes ursprungligen av Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2013-01-22, § 10. Det övergripande ledningssystemet är uppbyggt som en webblösning på regionens intranät. Verksamheten Kvalitet och patientsäkerhet inom Regionledningsförvaltningen svarar för löpande underhåll av det övergripande ledningssystemet.

<sup>14</sup> Länsverksamhet Habilitering saknar styrkort för 2018.

vuxenpsykiatrin, vilken inte ingår i den nationella uppföljningen av vårdgarantin. Vuxenpsykiatrin följer upp öppenvårdspatienternas syn på verksamhetens tillgänglighet (och andra frågor) i en egen patientenkät. Enkäten skickas ut med post under november månad. Vuxenpsykiatrin har genomfört patientenkäter sedan 1993 inom både öppenvården och slutenvården.

Två länsverksamheter har beviljats projektmedel ur styrelsens anslag för patient-säkerhet (se sidan 8) för projekt som har en direkt koppling till tillgängligheten. Projekten rör tillgänglighet till onkologisk specialistvård vid Ånge hälsocentral (Länsverksamhet Onkologi) och brukarstyrd inläggning (Länsverksamhet Vuxenpsykiatri). Brukarstyrd inläggning syftar också till att utveckla förutsättningarna för patienter att vara delaktiga och medverka i sin vård.

Vi har noterat att Patientnämnden - Ethiska nämnden har begärt ett yttrande av Hälso- och sjukvårdsnämnden avseende bland annat tillgängligheten inom vuxenpsykiatrin.<sup>15</sup>

#### *Kommentar*

Det finns totalt sett en tydlig reglering av tillgängligheten och väl utvecklade former för uppföljning och kontroll på alla organisatoriska nivåer. Vi ser också positivt på vuxenpsykiatrins patientenkät som även fångar upp ytterligare aspekter på tillgängligheten utifrån patienternas perspektiv.

#### **Information**

Vårdgivarens informationsskyldighet regleras relativt ingående i patientlagen. När lagen infördes utvidgades och förtydligades informationsplikten gentemot patienten. Dessutom sammanfattar bestämmelserna vad som gäller i sak sedan tidigare enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen.

Ledningssystemet berör informationsskyldigheten i viss utsträckning, bland annat information om möjligheten att välja behandlingsalternativ och att få en ny medicinsk bedömning samt information om vårdgarantin.

Informationsplikten har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen eller specialistvården. Vi har funnit ett styrdokument inom vuxenpsykiatrin som berör informationsskyldigheten i flera steg under vårdprocessen.<sup>16</sup> I de granskade verksamheterna uppges skriftlig patientinformation kring olika diagnoser och behandlingar vara vanligt förekommande.<sup>17</sup>

Kvinnosjukvårdens styrkort berör delar av informationsplikten genom målet att öka andelen patienter som upplever att de fått tillräcklig information om sitt hälso-tillstånd. De granskade styrkorten berör inte informationsplikten i övrigt.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kraven på information till patienterna i hög grad.

<sup>15</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2018-02-13, § 21, 2018-05-22, § 61 och en återrapportering inför sammanträdet 2018-12-13

<sup>16</sup> Vårdprogram för ångestsyndrom, styrdokumentsnummer 61954

<sup>17</sup> Exempel på patientinformation: ECT - en introduktion till elbehandling, styrdokumentsnummer 148653, Medicinering med centralstimulantia, styrdokumentsnummer 82998 och Information till dig som är dömd enligt LVM, styrdokumentsnummer 321924

Verksamhetscheferna bedömer att det inte är möjligt att följa upp informationsplikten kvalitativt i journalsystemet även om de skulle genomföra journalgranskningar för ett urval patienter. Kvinnosjukvården har valt att följa upp målet i styrkortet med en egen patientenkät. Enkäten har utformats i regionens IT-system för digitala enkäter. Utskrivningsklara patienter får besvara enkäten på en surfplatta.

#### *Kommentar*

De intervjuade uppger att det är i princip ogörligt att följa upp om medarbetarna informerar patienterna på ett ändamålsenligt sätt utifrån patientlagen och patientens förutsättningar. Vi ser därför positivt på kvinnosjukvårdens styrkort och patientenkät som fångar upp flera aspekter på informationen utifrån patienternas perspektiv. Vidare är vuxenpsykiatriens styrdokument, vad vi har kunnat finna, ensamt i sitt slag när det gäller att konkretisera vikten av information till patienter och anhöriga i olika skeden under vårdprocessen.

#### **Samtycke**

Kravet på patientens samtycke till *vården* regleras i patientlagen, vidare finns ytterligare krav på samtycke på andra områden i hälso- och sjukvårdslagen, patient säkerhetslagen och patientdatalagen.

Ledningssystemet berör inte området.

Kravet på samtycke har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen, specialistvården eller de granskade verksamheterna.

De granskade styrkortet berör inte patientens samtycke till vården.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet på patienternas samtycke i hög grad.

Verksamhetscheferna bedömer att de har goda möjligheter att följa upp kravet på patienternas samtycke till vården genom dokumentationen i journalsystemet, habiliteringsplaner, vårdplaner och i IT-systemet för samordnad individuell planering.

#### *Kommentar*

Vi har inte kunnat finna att frågan om patienternas samtycke till vården är föremål för ett systematiskt kvalitetsarbete.

#### **Delaktighet**

Genom patientlagen infördes nya bestämmelser om patientens och närståendes medverkan i vården. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patientens medverkan genom egna vård- eller behandlingsåtgärder ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar.

Ledningssystemet berör processen för egenvård samt hänvisar till Socialstyrelsens föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

Patientens och närståendes delaktighet i vården har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen eller specialistvården. Delaktigheten för framförallt anhöriga

betonas i ett par styrdokument inom kvinnosjukvården och vuxenpsykiatri.<sup>18</sup> Andra exempel inom vuxenpsykiatri är anhörigutbildningar vid bipolär sjukdom och brukarstyrd inläggning<sup>19</sup> för personer med återkommande självskadande och/eller självmordsnära beteende.

Kvinnosjukvårdens styrkort berör delar av patienternas delaktighet genom målet att öka andelen patienter som uppger att de varit delaktiga i beslut om vård och behandling. Styrkortet för vuxenpsykiatri berör frågan om delaktighet indirekt genom målen om vårdplaner (se avsnittet om individuell planering).

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet på patienternas delaktighet och medverkan i hög grad, något lägre inom vuxenpsykiatri. Samtidigt uppger de intervjuade att utvecklingen mot en mer personcentrerad vård innebär en kulturförändring kring vårdens perspektiv och förhållningssätt.

Verksamhetscheferna för kvinnosjukvården och vuxenpsykiatri bedömer att de har goda möjligheter att följa upp kravet på patienternas delaktighet och medverkan i vården genom respektive patientenkät. Inom habiliteringen bedöms möjligheten vara låg. Vuxenpsykiatri följer upp patienternas syn på inflytandet i vårdplaneringen (slutenvården) och inflytande vid val av behandlingsmetod (öppen vården). Kvinnosjukvården följer upp om patienterna upplever att de varit delaktiga i beslut om vård och behandling.

Kvinnosjukvården har under 2018 deltagit i projektet Utvecklad kommunikation och stöd för gravida asylsökande och nyanlända inom Sollefteå/Kramfors kommuner.

En länsverksamhet har beviljats projektmedel ur styrelsens anslag för patientsäkerhet för projekt som har en direkt koppling till patienternas delaktighet och medverkan i vården. Projekten rör utveckling av personcentrerad vård vid Länsverksamhet Kirurgi.

Enligt en enkätundersökning som Målbildsprojekt 1 genomförde under våren 2018 pågick eller planerades ett utvecklingsarbete kring personcentrerad vård vid nio länsverksamheter.

Vi har noterat att Hälso- och sjukvårdsnämnden under 2018 har behandlat frågan om införande av självtest vid behandling med blodförtunnande läkemedel. Nämnden konstaterade att ekonomiska resurser saknas för subvention av mätare för självtest. Nämnden uppmanade verksamheten att informera lämpliga patienter om möjligheten att själva investera i mätutrustning, samt att få utbildning i självtest samt egenvård.<sup>20</sup>

### *Kommentar*

Patienternas delaktighet och medverkan i vården är ett av de områden som är föremål för ett mer omfattande utvecklingsarbete på verksamhetsnivå. Utvecklingen av en mer personcentrerad vård kan sägas utgöra en viktig symbol för de ”mjukare” delarna i patientlagen.

<sup>18</sup> Vårdprogram för ångestsyndrom respektive affektiva tillstånd, styrdokumentnummer 61954 och 128284 samt riktlinjen Amningsstrategi, styrdokumentnummer 153158

<sup>19</sup> Brukarstyrd inläggning, styrdokumentnummer 366265 och 297184

<sup>20</sup> Hälso- och sjukvårdsnämnden, 2018-10-04, § 119

### Fast vårdkontakt

Bestämmelserna om fast vårdkontakt regleras enbart i patientlagen. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Regleringen av verksamhetschefens ansvar att utse en fast vårdkontakt har flyttats från hälso- och sjukvårdslagen till hälso- och sjukvårdsförordningen. Vidare finns i patientlagen en bestämmelse om fast läkarkontakt i primärvården som inte berörs närmare i granskningen.

Ledningssystemet berör frågan om fast vårdkontakt samt hänvisar till Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*.

Skyldigheten för vårdgivaren att utse en fast vårdkontakt har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen eller specialistvården. Länsverksamheterna Habilitering, Barn- och ungdomspsykiatri och Vuxenpsykiatri har ett gemensamt styrdokument som beskriver rutinerna för att utse fast vårdkontakt. Vuxenpsykiatri har även ett styrdokument som beskriver den fasta vårdkontaktens uppgifter vid samordnad individuell planering.<sup>21</sup>

De granskade styrkorten berör inte fast vårdkontakt.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet kring fast vårdkontakt i hög grad.

Verksamhetscheferna bedömer att det inte är möjligt att följa upp i vilken grad fast vårdkontakt har utsetts när behov eller begäran funnits, annat än genom journalgranskning. Inom vuxenpsykiatri noteras uppgifter om fast vårdkontakt i den så kallade personinformationsrutan i journalsystemet.

Länsverksamhet Vuxenpsykiatri har beviljats projektmedel ur styrelsens anslag för patientsäkerhet för ett projekt som har en direkt koppling till fast vårdkontakt. Projektet rör fast vårdkontakt för patienter som har både en psykiatrisk diagnos och ett beroende/missbruk. Patienter med flera slutenvårdsperioder är prioriterade. Den fasta vårdkontakten ska även medverka vid SIP (se nedan).

#### *Kommentar*

Vi ser positivt på utvecklingsarbetet inom vuxenpsykiatri som innebär att en fast vårdkontakt utses för en hel patientgrupp utan att patienterna särskilt begärt det.

### Samordnad individuell planering (SIP)

Patientlagen hänvisar till hälso- och sjukvårdslagen där bestämmelserna om samordnad individuell planering mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården har reglerats sedan 2010. 2018 trädde en ny lag om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft som också innehåller bestämmelser om SIP.<sup>22</sup> Området granskas särskilt under våren 2019 och berörs inte närmare här. Vi har dock noterat att ledningssystemet inte har uppdaterats utifrån de nya bestämmelserna.

<sup>21</sup> Fast vårdkontakt, styrdokumentsnummer 100753 och Prator, rutin för sluten- och öppenvård, styrdokumentsnummer 324187

<sup>22</sup> I den nya lagen finns bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda, som efter att de skrivits ut från sluten vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården.

Ledningssystemet berör SIP och hänvisar till Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig* samt utbildningsmaterial som Sveriges kommuner och landsting (SKL) har publicerat på sin webbplats.

Sedan 2010 har olika länsövergripande överenskommelser träffats mellan landstinget/regionen och kommunerna i länet om samarbete och samordning av insatser för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. Inom habiliteringen och vuxenpsykiatri finns flera styrdokument som berör samordnad individuell planering för olika diagnoser.<sup>23</sup>

Enligt vuxenpsykiatriens styrkort ska alla patienter med behov av samordnade insatser från socialtjänst och psykiatri ha en SIP.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet kring individuell planering (vårdplaner inom den egna verksamheten) i hög grad. Bland de granskade verksamheterna är det framförallt vuxenpsykiatri som har patienter med behov av samordnade insatser från socialtjänsten. Inom habiliteringen har patienterna habiliteringsplaner som när behov uppstår samordnas med socialtjänsten.

Verksamhetscheferna bedömer att det är möjligt att följa upp antalet SIP genom IT-stödet Prator och i statistikdatabasen Vesta.<sup>24</sup> Däremot ger en sådan uppföljning inte svar på om ytterligare patienter haft behov av samordnade insatser.

Länsverksamhet Kardiologi har beviljats projektmedel ur styrelsens anslag för patientsäkerhet för ett projekt som har en direkt koppling till SIP. Projektet rör vårdplanering för utskrivningsklara patienter i Örnsköldsvik utifrån den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

#### *Kommentar*

Behovet av SIP varierar av naturliga skäl i verksamheterna, vilket också avspeglas i det systematiska kvalitetsarbetet som är mest utvecklat inom vuxenpsykiatri.

#### **Val av behandlingsalternativ**

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patientlagen motsvarar i sak tidigare bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Enligt patientdatalagen ska journalen innehålla uppgift om de ställningstaganden som gjorts i fråga om val av behandlingsalternativ.<sup>25</sup>

Ledningssystemet berör inte området.

---

<sup>23</sup> Exempel på styrdokument: Utvecklingsrelaterad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, särskilt ADHD hos vuxna, styrdokumentnummer 103125, Substansbrukssyndrom, styrdokumentnummer 323363, Drogsscreening, psykiatri öppenvård, styrdokumentnummer 90790 och Vårdplaneringsguiden, styrdokumentnummer 100482.

<sup>24</sup> SIP är obligatoriska att journalföra med åtgärds-koder och att rapportera till Socialstyrelsens hälsodataregister. Se även regionens styrdokument Diagnosklassificering av vårdkontakter, styrdokumentnummer 347033.

<sup>25</sup> Patientdatalagen, 3 kap. 6 §



Frågan om val av behandlingsalternativ har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen eller specialistvården. Vi har funnit ett styrdokument inom kvinno-sjukvården respektive vuxenpsykiatri som berör val av behandlingsalternativ.<sup>26</sup> Vilka behandlingsalternativ som ska finnas tillgängliga på olika vårdenheter i länet är enligt de intervjuade också en fråga om jämlik vård.<sup>27</sup>

De granskade styrkorterna berör inte val av behandlingsalternativ.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet kring patientens val av behandlingsalternativ i hög grad.

Verksamhetscheferna bedömer att det inte är möjligt att följa upp i vilka fall det funnits behandlingsalternativ och hur stor andel av patienterna som givits möjlighet att välja behandlingsalternativ, annat än genom journalgranskning.

#### *Kommentar*

Vi har inte kunnat finna att frågan om patienternas möjlighet att välja behandlingsalternativ är föremål för ett systematiskt kvalitetsarbete.

#### **Val av hjälpmedel**

När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patientlagen motsvarar i sak tidigare bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen.

Ledningssystemet berör inte området.

Fullmäktige har fastställt en hjälpmedelpolicy för regionen där det bland annat framgår att den enskildes delaktighet och inflytande ska vara en del i förskrivningsprocessen.<sup>28</sup> Inom habiliteringen finns styrdokument för den administrativa hanteringen av hjälpmedel liksom riktlinjer för varje yrkesgrupp som berör förskrivning av hjälpmedel. Även inom kvinnosjukvården finns exempel på styrdokument.<sup>29</sup>

De granskade styrkorterna berör inte val av hjälpmedel.

De intervjuade verksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet kring val av hjälpmedel i hög grad.

Verksamhetscheferna bedömer att de har goda möjligheter att följa upp förskrivningen av hjälpmedel genom IT-stödet webSESAM. Patienternas möjlighet att välja hjälpmedel kan endast följas upp genom journalgranskning.

---

<sup>26</sup> Inkontinens, styrdokumentsnummer 88567, Ångestsyndrom, styrdokumentsnummer 61954

<sup>27</sup> Inom vuxenpsykiatri utvecklas standardvårdplaner i syfte att säkerställa en jämlik vård, ett exempel är Standardvårdplan Bipolär sjukdom, styrdokumentsnummer 307560.

<sup>28</sup> Hjälpmedel i Landstinget Västernorrland, styrdokumentsnummer 79682

<sup>29</sup> Exempel på styrdokument:

Låneförteckning hjälpmedel i webSESAM, styrdokumentsnummer 335252

Hämtorder av hjälpmedel i webSESAM, styrdokumentsnummer 335247

Utvecklingstörning, riktlinjer för Arbetsterapeut, styrdokumentsnummer 200595

Inkontinens, styrdokumentsnummer 88567

*Kommentar*

Hjälpmedel förekommer i alla tre granskade länsverksamheter med den skillnaden att i princip alla patienter inom rehabiliteringen har hjälpmedel. Rehabiliteringen bedriver också ett systematiskt kvalitetsarbete på området, särskilt efter att en egen hjälpmedelssamordnare har kunnat anställas.

**Ny medicinsk bedömning**

En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning. Genom patientlagen förtydligades och utvidgades tidigare bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen.

Ledningssystemet berör inte området.

Patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen, specialistvården eller de granskade verksamheterna.

De granskade styrkorten berör inte frågan om ny medicinsk bedömning.

De intervjuade länsverksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kravet kring ny medicinsk bedömning i hög grad.

Patienternas möjlighet att få en ny medicinsk bedömning kan endast följas upp genom journalgranskning. Enligt patientdatalagen ska journalen innehålla uppgift om de ställningstaganden som gjorts i fråga om ny medicinsk bedömning.

*Kommentar*

Vi har inte kunnat finna att frågan om patienternas möjlighet att få en ny medicinsk bedömning är föremål för ett systematiskt kvalitetsarbete.

**Val av utförare**

Patientens möjlighet att inom eller utom den egna regionen välja utförare av offentligt finansierad öppen vård är en ny bestämmelse som infördes genom patientlagen. Valmöjligheten omfattar all offentligt finansierad öppen vård som bedrivs i regionens egen regi, av privata vårdgivare med avtal med regionen eller av privata utförare som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi.

Ledningssystemet berör inte området.

Patientens möjlighet att välja utförare av öppenvård enligt patientlagen har inte reglerats närmare i styrdokument för regionen, specialistvården eller de granskade verksamheterna.

De granskade styrkorten berör inte frågan om val av utförare.

Enligt de intervjuade verksamhetscheferna har det blivit mer vanligt att patienterna nyttjar möjligheten att välja utförare. Eftersom valet oftast sker i direktkontakt med den aktuella vårdgivaren blir länsverksamheterna varse frågan först när fakturan kommer. Det är inte alltid som patienterna varit i kontakt med länsverksamheten tidigare. Inom vuxenpsykiatrin upplever verksamheten att det ibland förekommer en överkonsumtion av vård, ett exempel är patienter som genomgår

behandling samtidigt hos både vuxenpsykiatrin och hos en privat vårdgivare. Det förekommer även att personer kontaktar privata vårdgivare för utredning/behandling inom områden som ligger utanför vad som kan betecknas som specialistvård. Vuxenpsykiatrin önskar ett tydligare regelverk inom regionen.

Av verksamhetsstatistiken i delårsrapporten framgår hur stor andel av den köpta riks- och regionsjukvården som härrör från det fria vårdvalet enligt patientlagen. Enligt redovisningen har kostnaden för invånare som använt sig av valfrihet i vården utan remiss ökat kraftigt, framförallt inom kardiologi, barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri. Antalet invånare som har använt sig av valfrihet i vården med remiss är oförändrat.

### *Kommentar*

Vi har inte kunnat finna att frågan om patienternas möjlighet att välja utförare är föremål för ett systematiskt kvalitetsarbete. Frågan berör främst verksamheten i de fall patienterna kontaktar vården för att få mer information om vilka regler som gäller.

### **Personuppgifter**

Patientlagen fångar upp centrala delar kring behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården samt hänvisar till offentlighets- och sekretesslagen, patientdatalagen och patientsäkerhetslagen där området i övrigt regleras.

Ledningssystemet berör området relativt ingående.

De intervjuade länsverksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kraven kring hantering av personuppgifter i hög grad.

Området har granskats av revisorerna under 2018 och berörs därför inte närmare här.<sup>30</sup>

### **Intyg**

Den som är skyldig att föra patientjournal ska på begäran av patienten utfärda intyg om vården. Bestämmelsen motsvarar regleringen i patientdatalagen. Socialstyrelsens har utfärdat närmare föreskrifter om intyg i hälso- och sjukvården.<sup>31</sup>

Ledningssystemet berör området och hänvisar till patientdatalagen och Socialstyrelsens föreskrifter.

Av regionens avgiftshandbok framgår samtliga intyg som vården ska lämna. Fullmäktige fastställer avgifterna för de flesta av intygen, vissa avgifter är författningsreglerade. Frågan om intyg om vården har inte reglerats närmare i styrdokument för specialistvården eller de granskade verksamheterna.

De granskade styrkorterna berör inte frågan om intyg om vården.

De intervjuade länsverksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kraven kring intyg i hög grad.

---

<sup>30</sup> Journalföring i specialistvården, diarienummer 18REV26

<sup>31</sup> SOSFS 2005:29, föreskriften ersätts 2019-03-01 av HSLF-FS 2018:54

Verksamhetscheferna bedömer att de har goda möjligheter att följa upp antalet utfärdare intyg i regionens statistikdatabas Vesta.

### *Kommentar*

Vi har inte kunnat finna att frågan om intyg är föremål för ett systematiskt kvalitetsarbete.

### **Klagomål**

Patientlagen fångar upp regleringen i patientsäkerhetslagen och lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Den 1 januari 2018 förändrades ansvaret för klagomålshanteringen. Vårdgivaren är den som i första hand ska ta emot och besvara klagomål och synpunkter på den egna verksamheten.<sup>32</sup> Patientnämndernas funktion har förtydligats i en ny lag. Patientnämndernas huvuduppgift är nu att hjälpa patienter att få klagomål besvarade av vårdgivarna.<sup>33</sup> Inspektionen för vård och omsorg utreder anmälningar om allvarigare händelser inom vården där en patient fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit. IVO utreder även klagomål från patienter som tvångsvårdas, samt händelser i vården som på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.<sup>34</sup>

Ledningssystemet berör området och hänvisar till information på IVO:s webbplats samt information på regionens webbplats och intranät. Vi har noterat ett behov att uppdatera länkarna.

Regiondirektören har i februari 2018 fastställt en ny riktlinje avseende klagomålshanteringen där organisationen och hanteringen förtydligas.<sup>35</sup> Rutinerna för mottagning registrering av klagomål har funnits sedan 2014 och har under 2018 fått ett tillägg avseende de ärenden som IVO numera överlämnar direkt till vårdgivaren.<sup>36</sup> Klagomålshanteringen regleras i en särskild rutin inom kvinnosjukvården.<sup>37</sup>

De granskade styrkorterna berör inte klagomålshanteringen.

De intervjuade länsverksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kraven kring klagomålshandling i hög grad.

Verksamhetscheferna bedömer att de har goda möjligheter att följa upp klagomålshandling i avvikelssystemet.

Patientnämnden - Etiska nämnden har under 2018 tagit emot 603 klagomål avseende specialistvården. Nära hälften rör området Vård och behandling<sup>38</sup> och en

<sup>32</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659), 3 kap. 8a och 8b §§

<sup>33</sup> Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

<sup>34</sup> Patientsäkerhetslag (2010:659), 7 kap. 10 och 11 §§

<sup>35</sup> Klagomål och utredning av vårdskada, styrdokumentsnummer 288640

<sup>36</sup> Missnöje i vården, styrdokumentsnummer 355111

<sup>37</sup> Patientklagomål, styrdokumentsnummer 81822

<sup>38</sup> Underområden är undersökning/utredning, diagnos, behandling, läkemedel, remiss/vårdbegäran, intyg, second opinion, medicinteknisk utrustning/hjälpmiddel, resultat/komplikation

femtedel rör Kommunikation/bemötande.<sup>39</sup> Indelningen i områden är gemensam för patientnämnderna i landet. Klagomålen berör ofta flera områden men klassificeras utifrån vad patienten (eller de närstående) anser är viktigast. Brister kring information och delaktighet kommer ofta in i bilden även i de fall klagomålen främst avser andra områden. Nära hälften av klagomålen rör de tre länsverksamheterna Akutmottagning/ambulans, Ortopedi och Vuxenpsykiatri. Vuxenpsykiatri har i en åiterrapportering till nämnden noterat en nedgång i antalet klagomål från patienter och anhöriga.<sup>40</sup>

Patientnämnden - Ethiska nämnden har under 2018 genomfört fördjupade analyser avseende bemötande och tillgänglighet samt genomfört återföringskonferenser med tjänstepersonsledningen och ordförandena i styrelsen och nämnderna.

#### *Kommentar*

Klagomålshanteringen är sig en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

#### **Deltagande i patientsäkerhetsarbetet**

Patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete. Bestämmelsen motsvarar regleringen i patientsäkerhetslagen. Klagomålshanteringen är ett konkret exempel på deltagande men det kan också handla om att knyta patientråd till verksamheten samt att i samband med annan insamling av patientupplevd kvalitet också efterfråga patienternas synpunkter på patientsäkerheten.

Ledningssystemet berör inte området, utöver klagomålshanteringen.

Patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet berörs i regionens övergripande styrdokument avseende klagomålshandling, avvikelser och händelseanalyser.<sup>41</sup> Vid allvarliga avvikelser ska verksamhetschefen kontakta patient/anhöriga inom 14 dagar för att få en skriftlig eller muntlig redogörelse. Avvikelse som kan leda till allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada ska anmälas som chefläkarärende till verksamheten Kvalitet- och patientsäkerhet, för vidare utredning genom händelseanalys och eventuell Lex Maria-anmälan. Enligt de intervjuade är patienternas och de närståendes deltagande i patientsäkerhetsarbetet i samband med allvarliga avvikelser ett utvecklingsområde. Under 2018 har 124 avvikelser inom specialistvården markerats som chefläkarärende.

De granskade styrkorterna berör inte frågan om patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet.

De intervjuade länsverksamhetscheferna bedömer att verksamheten uppfyller kraven kring patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet i hög grad genom klagomålshandling och utredningen av avvikelser. Vidare deltar patienterna i patientsäkerhetsarbetet genom brukarrepresentation i de regionala programområdena samt i kontakterna mellan länsverksamheterna och patientföreningarna i länet.

<sup>39</sup> Underområden är bemötande, empati, ej lyssnad till, övergrepp/hot, dialog/delaktighet med patient/närstående, information till patient/närstående

<sup>40</sup> Bilaga A till Hälso- och sjukvårdsnämndens protokoll 2018-12-13

<sup>41</sup> Avvikelsehantering, styrdokumentsnummer 321932, Händelseanalys, styrdokumentsnummer 122450

Inom vuxenpsykiatri deltar anhöriga dessutom regelmässigt i internutredningar efter suicid.

Verksamhetscheferna bedömer att de har goda möjligheter att följa upp området i avvikelssystemet. Patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet är i sig inte föremål för uppföljning i de granskade verksamheterna.

#### *Kommentar*

Patienternas och de anhörigas möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet är sig en del av det systematiska kvalitetsarbetet.

## **6 Revisionell bedömning**

### **Har nämnden utövat styrning, uppföljning och kontroll avseende implementering och efterlevnad av patientlagen?**

Nämnden ska enligt kommunallagen se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Nämnden ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.

Vi har inte kunnat finna att nämnden, sedan patientlagen trädde ikraft 2015, tagit ett samlat grepp för att säkerställa att lagen kan implementeras och efterlevas.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2018 utövat en övergripande styrning, uppföljning och kontroll avseende fem av de fjorton områdena i patientlagen; tillgänglighet, information, delaktighet, klagomål och patienternas deltagande i patientsäkerhetsarbetet. Granskningen visar att nämndens beslut inom dessa områden har implementerats/verkställts och det synes finnas väl inarbetade strukturer för uppföljning och rapportering. Den interna kontrollen är dock ett fortsatt utvecklingsområde.

### **Har nämnden säkerställt att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att uppfylla skyldigheterna i patientlagen?**

Nämnden är i egenskap av vårdgivare ansvarig för att verksamheten har ett ledningssystem för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.

Hälso- och sjukvårdsnämnden fastställde ett övergripande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i början av 2013. Ledningssystemet berör idag hälften av områdena i patientlagen. Det övergripande ledningssystemet behöver utvecklas på verksamhetsnivå för att motsvara kraven i Socialstyrelsens föreskrifter.

Det finns fastställda styrdokument (rutiner och riktlinjer) på regionnivå, förvaltningsnivå och/eller verksamhetsnivå i de granskade verksamheterna som berör lite drygt hälften av områdena i patientlagen.

De balanserade styrkortet i de granskade verksamheterna berör liksom nämndens styrkort tre av fjorton områden.

I de granskade verksamheterna finns det reella förutsättningar att följa upp cirka två tredjedelar av områdena i patientlagen. I några fall går det lätt att ta fram kvantitativa resultat, men de måtten ger inte tillräcklig information för att bedöma efterlevnaden ur patientens perspektiv. Vi ser särskilt positivt på att vissa områden kan täckas upp tack vare egenutvecklade patientenkäter inom vuxenpsykiatri och kvinnosjukvården.

Sammantaget visar granskningen att det bedrivs någon form av systematiskt kvalitetsarbete som berör två tredjedelar av områdena i patientlagen.

### **Sammanvägd bedömning och rekommendationer**

Hälso- och sjukvårdsnämndens övergripande styrning, uppföljning och kontroll berör delar av områdena i patientlagen. De ”vita fälten” i nämndens styrning täcks delvis upp av ett systematiskt kvalitetsarbete på verksamhetsnivå. Vi har inte kunnat finna att nämnden, sedan patientlagen trädde ikraft 2015, tagit ett samlat grepp för att säkerställa att lagen kan implementeras och efterlevas. Sammantaget bedömer vi att nämnden inte har bedrivit en tillräcklig styrning, uppföljning och kontroll för att säkerställa efterlevnaden av patientlagen.

Vi rekommenderar att nämnden utvecklar former för att säkerställa efterlevnaden av patientlagen som helhet. Som ett led i detta rekommenderar vi att nämnden skapar förutsättningar för utveckling av ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete på verksamhetsnivå som motsvarar gällande krav från Socialstyrelsen.

Som framgår av rapporten rekommenderar vi också att nämnden vidtar åtgärder för att säkerställa en ändamålsenlig återrapportering utifrån det förändrade ansvaret för klagomålshanteringen som trädde ikraft 2018.

Härnösand 2019-02-20

Anders Emnegard  
Certifierad kommunal revisor