



2014:23

Patientklagomål och patientsäkerhet

Utvärdering av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården





MISSIV

DATUM
2014-09-30
ERT DATUM
2011-04-07
2013-11-14

DIAR ENR
2011/97-5
ER BETECKNING
S2011/3868/FS
(delvis)

Regeringen
Socialdepartementet
103 33 Stockholm

Uppdrag att följa och utvärdera den förändrade klagomålshanteringen mot hälso- och sjukvården

Regeringen har gett Statskontoret i uppdrag att följa och utvärdera hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården. Uppdraget ska slutredovisas senast den 13 oktober 2014.

Statskontoret slutredovisar härmed uppdraget genom att överlämna rapporten *Patientklagomål och patientsäkerhet. Utvärdering av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården* (2014:23). En delrapport (2013:24) överlämnades i december 2013.

Vikarierande generaldirektör Mikael Halápi har beslutat i detta ärende. Utredningschef Anna Pauloff och utredare Erik Axelsson, föredragande, var närvarande vid den slutliga handläggningen.

Mikael Halápi

Erik Axelsson

Innehåll

	Sammanfattning	7
1	Inledning	11
1.1	Syftet med klagomålshanteringen	11
1.2	Statskontorets uppdrag	12
1.3	Tillvägagångssätt	16
1.4	Rapportens disposition	19
2	Att klaga på vården	21
2.1	Historisk utveckling	21
2.2	Aktörerna i klagomålssystemet	26
3	IVO:s verksamhet och resurser	31
3.1	Uppdrag och verksamhet	31
3.2	Organisation	34
3.3	Anslag och internbudget	35
3.4	Antal anställda och årsarbetskrafter	36
4	Rättssäker handläggning av patientklagomålen?	39
4.1	Kvalitetssäkring och uppföljning	39
4.2	Besluten i klagomålsärenden	46
4.3	Statskontorets slutsatser	51
5	Klagomålshanteringens kostnader	57
5.1	Ärendebalans och handläggningstider	57
5.2	Kostnaderna för klagomålshanteringen	60
5.3	Statskontorets slutsatser	65
6	Anmälningar till HSAN	69
6.1	Bestämmelserna om provotid	69
6.2	IVO:s handläggning av anmälningsärenden	70
6.3	Antal anmälningar till HSAN	71
6.4	Statskontorets slutsatser	73

7	Klagomålshandlingens betydelse för patientsäkerheten	75
7.1	Förutsättningar för förbättringar	75
7.2	Uppföljning av beslut med kritik	80
7.3	Andra aktörers syn på klagomålshandlingen	87
7.4	Statskontorets slutsatser	93
8	Sammanfattande analys	99
8.1	Resultat av Statskontorets utvärdering	99
8.2	Tydligare rollfördelning kan öka effektiviteten	102
8.3	Statskontorets förslag och rekommendationer	107
	Referenser	109

Bilagor

1	Regeringsuppdrag	111
2	Metodbeskrivningar	115

Sammanfattning

Statskontoret har på regeringens uppdrag följt och utvärderat hanteringen av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen. Sedan den 1 juni 2013 har Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvaret för att ta emot och utreda sådana klagomål.

I Statskontorets uppdrag har ingått att utvärdera den nya ordningen för klagomålshantering i förhållande till målen med reformen och göra en samlad bedömning av dess effekter. I uppdraget har även ingått att belysa vilka förändringar som skett när det gäller antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

Statskontoret lämnade i december 2013 en delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården.¹ Denna rapport är Statskontorets slutrapport.

Klagomålshanteringen ska fylla flera syften

Det övergripande målet med hanteringen av patientklagomål är att bidra till högre patientsäkerhet i form av färre vårdskador. Andra mål är att klagomålshanteringen ska ge enskilda patienter förklaringar till inträffade händelser och få dem att känna förtroende för hur klagomålen tas om hand, att hanteringen ska bidra till IVO:s tillsyn samt att den ska kunna bidra med underlag för analyser och kunskapsåterföring till vården.

IVO tar årligen emot cirka 7 000 klagomål mot hälso- och sjukvården från patienter och anhöriga. Kostnaden för verksamheten var 2013 cirka 139 miljoner kronor.

¹ Statskontoret 2013:24 *Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården.*

Klagomålen bidrar till åtgärder för högre patientsäkerhet

Statskontoret bedömer att klagomålshanteringen på flera sätt bidrar till högre patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Vår undersökning visar att i de allra flesta fall, när ett klagomål resulterat i att IVO har fattat ett beslut där kritik riktas mot en vårdgivare eller mot vårdpersonal, genomför vården åtgärder som kan bidra till att höja patientsäkerheten.

Höga kostnader för klagomålshanteringen

Statskontoret bedömer att även om klagomålshanteringen bidrar till högre patientsäkerhet så är verksamhetens kostnader högre än vad som är motiverat utifrån patientsäkerhetsnyttan.

Kostnaden för att ta emot och utreda klagomål mot vården är avsevärt högre än vad som ursprungligen avsågs. År 2013 svarade klagomålshanteringen för nära 30 procent av IVO:s kostnader, som totalt var 359 miljoner kronor. Den förhållandevis höga kostnaden medför exempelvis att IVO:s egeninitierade tillsyn måste prioriteras ner.

Handläggningen brister i rättssäkerhet

Statskontoret bedömer att IVO:s handläggning av patientklagomål har brister ur ett rättssäkerhetsperspektiv. I våra undersökningar har vi sett indikationer på att handläggning och beslutsfattande inte sker på ett likvärdigt sätt inom myndigheten. Detta leder till ökad rättsosäkerhet för vårdgivare och vårdpersonal och på sikt även till lägre förtroende för klagomålshanteringen.

Statkontoret konstaterar bland annat att stödet för att säkerställa en enhetlighet i handläggning och beslut är otillräckligt. Det finns även oklarheter om hur myndighetens juristorganisation ska fylla sin kvalitetssäkrande funktion.

IVO bör utveckla sin analys och återföring till vården

Statskontoret bedömer att IVO i flera avseenden bör utveckla förmågan att analysera och dra nytta av de inkomna klagomålen. Bland annat bör ärendehanteringssystemet utvecklas för att förbättra möjligheterna till analys av stora datamängder. IVO bör även ta vara på det

analysarbete som sker regionalt, exempelvis genom att sprida framgångsrika arbetssätt och analysmetoder mellan regioner.

Vidare bör IVO ta initiativ till att stärka samarbetet med landstingens patientnämnder, så att man enkelt och systematiskt kan dra nytta av deras erfarenheter vid handläggning och analys. IVO bör även förstärka återföringen av kunskap till vården, exempelvis genom att publicera eller på annat sätt sprida information om de beslut man fattar i klagomålsärenden.

Inga förändringar i antalet anmälningar till HSN

Lagstiftarens intention vid införandet av patientsäkerhetslagen var att antalet anmälningar till HSN med yrkande om skyddsåtgärden prövotid skulle öka. Statskontoret konstaterar att antalet anmälningar inte förändrats på något avgörande sätt.

En tydligare rollfördelning behövs

Även om hanteringen av klagomål mot vården bidrar till högre patientsäkerhet bedömer Statskontoret att klagomålshanteringen ur ett systemperspektiv inte sker på ett effektivt sätt. En tydligare roll- och ansvarsfördelning mellan aktörerna inom klagomålssystemet, det vill säga vården, patientnämnderna och IVO, skulle kunna bidra till att göra systemet mer effektivt.

Statskontorets förslag och rekommendationer

Statskontoret föreslår att klagomål mot vården i högre grad bör hanteras av den behandlande vårdenheten eller av patientnämnderna. Hanteringen skulle då kunna ske snabbare och till lägre kostnad än i dag.

IVO:s roll bör renodlas till att utöva tillsyn över vården. Det innebär att myndigheten främst ska utreda klagomål som indikerar allvarliga brister inom vården eller systembrister. Samtidigt betonar Statskontoret vikten av att enskilda även fortsatt ska kunna göra anmälningar till IVO om missförhållanden inom vården. Anmälningarna är ett viktigt underlag för IVO:s tillsyn och bör utredas som en del av denna tillsyn.

Statskontoret föreslog i delrapporten att patientsäkerhetslagen ändras så att IVO får större utrymme för att prioritera vilka klagomål mot vår-

den som är relevanta att utreda ur ett tillsynsperspektiv. De klagomål som IVO inte utreder ska myndigheten överlämna till berörd patientnämnd.

Utöver de förslag som Statskontoret lämnade i delrapporten lämnar vi i denna rapport ett antal rekommendationer riktade till IVO. Statskontoret rekommenderar IVO bland annat följande:

- Utveckla bedömningskriterier eller annat bedömningsstöd för beslut med kritik åtgärder som kan bidra till att öka likvärdigheten i handläggningen av patientklagomål.
- Utveckla möjligheterna till samlad analys av olika typer av underlag, som patientklagomål, lex Maria-anmälningar och underlag från patientnämnderna.
- Ta initiativ till att bygga ut samarbetet med patientnämnderna, både när det gäller enskilda ärenden och för att få relevant underlag för sin tillsyn.

1 Inledning

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen (2010:659), förkortad PSL, i kraft. Lagens övergripande syfte är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Som en del av patientsäkerhetsreformen gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att ta emot och utreda klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Sedan den 1 juni 2013 är det Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har detta uppdrag.

I samband med att den nya lagen trädde i kraft fick Statskontoret 2011 i uppdrag att utvärdera reformen i denna del.

1.1 Syftet med klagomålshanteringen

Främja hög patientsäkerhet

I propositionen Patientsäkerhet och tillsyn framhåller regeringen att patientsäkerhetsreformen är avsedd att höja patientsäkerheten. Reformen betonar vårdgivarens ansvar att bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete som ska förhindra vårdskador och leda till högre patientsäkerhet. Det övergripande syftet med hanteringen av patientklagomål utifrån reformens mål är därmed att bidra till högre patientsäkerhet i form av färre vårdskador.²

Med patientsäkerhet avses enligt lagen skydd mot vårdskada. Vårdskada definieras i 1 kap. 5 § PSL som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade genomförts vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården". Hög patientsäkerhet ska därmed ses som ett tillstånd

² Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 100.

där vården i hög grad förmår förhindra att patienter skadas i och av vården.³

Patientklagomål utgör i detta sammanhang indikationer på fel och missförhållanden som ska beaktas i vårdgivarens systematiska kvalitetsarbete.⁴ En väl fungerande klagomålshantering kanaliserar patienternas klagomål till vården, där de kan leda till förändringar som bidrar till förbättrad patientsäkerhet.

Klagomålshanteringen ska även fylla andra syften

Av regeringens proposition framgår att hanteringen av patientklagomål även ska fylla andra funktioner. Den ska kunna ge enskilda patienter förklaringar till inträffade händelser och få dem att känna förtroende för hur klagomålen tas om hand.⁵

Den ska även bidra till IVO:s tillsyn genom att fånga upp sådana indikationer om brister i patientsäkerheten och riskpersoner som bör utredas inom ramen för den statliga tillsynen.⁶

Avslutningsvis ska patientklagomål även hanteras på ett sådant sätt att de kan systematiseras och analyseras på aggregerad nivå. Resultaten av en sådan analys bör ingå i IVO:s underlag vid planeringen av framtida tillsyn.⁷

1.2 Statskontorets uppdrag

Statskontoret fick i april 2011 i uppdrag att följa upp hur Socialstyrelsen tog sig an sin nya uppgift att hantera patientklagomål mot hälso- och sjukvården. I uppdraget har ingått att utvärdera den nya ordningen för klagomålshantering i förhållande till målen med reformen och göra en samlad bedömning av dess effekter. Inom ramen för uppdraget skulle Statskontoret även belysa vilka förändringar som skett när det gäller antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

³ Ibid, s. 191.

⁴ Ibid, s. 86, 97.

⁵ Ibid, s. 100.

⁶ Ibid, s. 98, 142.

⁷ Prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården*, s. 91.

(HSAN), användandet av skyddsåtgärden provotid och antalet polis-anmälningar mot vårdpersonal.⁸ Vid behov skulle Statskontoret även lämna förslag till förändringar i regelverket.

Statskontoret skulle enligt det ursprungliga regeringsbeslutet ha lämnat en slutrapport den 31 mars 2014. Utredningstiden har emellertid i ett senare beslut förlängts till den 13 oktober 2014. Uppdraget i sin helhet framgår av bilaga 1.

Utredningsfrågor

De utredningsfrågor som varit styrande för Statskontorets arbete utgår från de mål för klagomålshanteringen som pekas ut i regeringens proposition. Utifrån utredningsfrågorna gör Statskontoret en samlad bedömning av reformens effekter.

Det övergripande syftet är att bidra till högre patientsäkerhet. Frågan är alltså:

- Leder IVO:s beslut i klagomålsärenden till att vården genomför patientsäkerhetshöjande åtgärder?

Klagomålshanteringen ska ske på ett sådant sätt att den har patienternas förtroende. Vi har omformulerat målet till en fråga om huruvida IVO:s handläggning sker på ett sådant sätt att den kan antas ha patienternas och allmänhetens förtroende. Utgångspunkten är de allmänna krav på rättssäker och effektiv handläggning som ställs på myndigheters handläggning:

- Är IVO:s handläggning av klagomålsärenden rättssäker och effektiv?

Regeringens mål är att klagomålshanteringen även indirekt ska bidra till högre patientsäkerhet. Dels genom att utgöra underlag för IVO:s tillsyn, dels genom att IVO analyserar klagomålen och återför denna kunskap till vården. Utredningsfrågorna är:

⁸ HSAN kan besluta om provotid på tre år. Det innebär att den enskilde legitimerade personen åläggs att följa en provotidsplan. En sådan kan till exempel innehålla krav på att genomgå viss vård och behandling.

- Hanterar IVO patientklagomålen på ett sådant sätt att de kan utgöra underlag för tillsyn?
- Hanterar IVO klagomålen mot vården på ett sådant sätt att de kan analyseras och utgöra underlag för kunskapsåterföring till vårdgivarna?

Utöver de utredningsfrågor som är direkt kopplade till klagomålshanteringen ingår det även i uppdraget att belysa hur antalet anmälningar till HSAN förändrats:

- Hur har antalet anmälningar till HSAN förändrats med anledning av den nya patientsäkerhetslagen?

Statskontorets tidigare avrapporteringar

Statskontoret har under åren 2011–2013 följt Socialstyrelsens och IVO:s hantering av patientklagomålen. I maj 2012 och maj 2013 har Statskontoret lämnat muntliga delredovisningar av uppdraget till Socialdepartementet. I december 2013 överlämnade vi delrapporten Patientklagomål och patientsäkerhet (2013:24) med förslag till åtgärder för att effektivisera klagomålshanteringen.

Delrapport med förslag till förändringar i regelverket

Statskontorets delrapport innehöll ett antal förslag till förändringar av klagomålshanteringen som syftade till att uppnå en mer kostnadseffektiv hantering. Förslagen rörde både rutinerna för IVO:s handläggning av klagomålsärenden och förändringar i patientsäkerhetslagen.

Förslagen i delrapporten utgick från en analys av regelverket. Vi föreslog bland annat att IVO ska ges möjlighet att ur ett tillsynsperspektiv prioritera vilka klagomål som myndigheten ska utreda och att klagomål som inte utreds ska överlämnas till berörd patientnämnd.

Vi återkommer i kapitel 8 i denna rapport till de förslag som vi lämnade i delrapporten.

Klagomålsutredningen

I juni 2014 beslutade regeringen att en särskild utredare ska se över hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Utredningen har antagit namnet Klagomålsutredningen.⁹

Med utgångspunkt i bland annat Statskontorets delrapport och skrivelser från IVO och flera patientnämnder ska utredaren föreslå hur hanteringen av patientklagomål kan bli enklare, effektivare och mer ändamålsenlig. I uppdraget ingår bland annat att se över ansvarsfördelningen mellan olika instanser som hanterar patientklagomål, att analysera om det ska inrättas en särskild funktion för att vägleda patienter och fördela klagomålsärenden till rätt instans samt att utreda om de nuvarande reglerna, med bibehållen rättssäkerhet, kan förenklas.

Klagomålsutredningen ska lämna sitt slutbetänkande senast den 31 december 2015. En redovisning av förslagen i den del av uppdraget som avser förfaranderegler i patientsäkerhetslagen ska lämnas senast den 1 mars 2015.

Avgränsningar

Statskontorets uppdrag har inte omfattat att undersöka vilka effekter den förändrade klagomålshanteringen gett i form av förändringar i förekomsten av vårdskador. Däremot analyserar vi huruvida IVO:s arbete leder till sådana åtgärder inom vården som har förutsättningar att bidra till färre vårdskador.

De förändringar som lagstiftaren velat åstadkomma med reformen är i stor utsträckning av sådan karaktär att det tar lång tid för genomförda insatser att ge effekt. Statskontoret tar därför inte ställning till exempelvis framväxten av en säkerhetskultur eller av ökad öppenhet inom vården.

Statskontoret har inte heller haft möjlighet att inom ramen för uppdraget direkt undersöka hur medborgarna uppfattar hanteringen av patientklagomål. Ett urval av patientorganisationer har dock fått möjlighet att

⁹ Dir. 2014:88 *En mer ändamålsenlig hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården.*

ge sin syn på klagomålshanteringen via en enkätundersökning som vi har genomfört.

Statskontorets uppdrag har avsett hanteringen av patientklagomål. IVO:s övriga verksamhet har bara inkluderats i utredningen i den mån det varit relevant för analysen av klagomålshanteringen. I ett parallellt utredningsuppdrag följer och utvärderar Statskontoret IVO:s verksamhet i sin helhet.¹⁰

Polisanmälningar mot vårdpersonal

I uppdraget nämns specifikt att Statskontoret ska följa utvecklingen av antalet polisanmälningar mot vårdpersonal. Frågan har sin bakgrund i farhågor om att rättsväsendet skulle komma att överlastas med ärenden när möjligheten för enskilda att anmäla legitimerad vårdpersonal till HSAN togs bort.

Brottsförebyggande rådet och Polisen uppger emellertid att det inte går att få fram data som kan besvara frågan. Socialstyrelsen har inte heller denna typ av uppgifter. Det har dock under Statskontorets utredning inte kommit fram något som indikerar att polisanmälningar mot vårdpersonal är särskilt vanligt eller har blivit mer frekvent förekommande. Statskontoret har därför i samråd med uppdragsgivaren valt att inte analysera denna fråga närmare.

1.3 Tillvägagångssätt

Intervjuer och skriftliga underlag

Statskontoret har sedan våren 2011 vid flera tillfällen inhämtat dokumentation och annat underlag om handläggningsprocessen för enskildas klagomål, ärendestatistik och kostnader. Vi har genomfört intervjuer med sammanlagt ett tjugotal chefer och medarbetare vid Socialstyrelsen och IVO. Under våren 2014 har vi genomfört studiebesök vid tre av IVO:s tillsynsavdelningar: syd (Malmö), sydöst (Jönköping) och öst (Stockholm).

¹⁰ Uppdraget ska slutrapporteras senast den 31 mars 2015. Se vidare Statskontoret 2014:13 *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Delrapport*.

Övriga intervjuer

Statskontoret har genomfört intervjuer med företrädare för HSAN, patientnämnder, Sveriges kommuner och landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet och Statens skolinspektion.

Enkätundersökningar

Statskontoret har även hämtat in underlag genom följande enkätundersökningar:

- uppföljning av IVO:s kritikbeslut
- enkätundersökning bland vårdgivare
- enkätundersökning bland landstingens patientnämnder
- enkätundersökning bland patientföreningar.

Metodbeskrivningar för undersökningarna finns i bilaga 2. Enkäterna till vårdgivare och patientnämnder har tagits fram i samråd med SKL enligt 3 § förordningen (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner.

Tidsstudie

I Statskontorets delrapport redovisas resultatet av en tidsstudie, som vi genomförde i oktober 2013 bland de medarbetare vid IVO som arbetar med klagomålsärenden.¹¹ Tidsstudien visar bland annat hur lång tid olika moment i handläggningen tar och används i delrapporten som underlag för konsekvensanalys av de förslag som lämnas i rapporten.

Jämförelse med Skolinspektionen

För att få perspektiv på IVO:s hantering av patientklagomål har Statskontoret valt att göra en jämförelse med Skolinspektionens hantering av anmälningar mot skolan.

År 2008 inrättades Statens skolinspektion genom en delning av dåvarande Statens skolverk. Skolinspektionen har i likhet med IVO i uppdrag att utöva tillsyn. Tillsynsuppdraget omfattar grund- och gymnasieskolan. Myndighetens verksamhet regleras bland annat i skol-

¹¹ Statskontoret 2013:24 *Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården.*

lagen (2010:800). Hanteringen av anmälningar från enskilda beskrivs närmare i en särskild handbok från Skolinspektionen. Anmälningar om kränkningar i skolan utreds av Barn- och elevombudet (BEO) som är en självständig funktion vid Skolinspektionen. Övriga anmälningsärenden hanteras som en integrerad del av myndighetens tillsyn.

Det finns flera paralleller mellan Skolinspektionen och IVO som gör att det kan vara berättigat att jämföra de båda myndigheternas hanteringar av anmälningar, eller klagomål, från enskilda:

- Båda är renodlade tillsynsmyndigheter som bildats genom delning av en större myndighet.
- Båda har i uppdrag att balansera tillsynsverksamheten utifrån anmälningar från enskilda och tillsynsverksamheten baserad på egna riskanalyser.
- I båda myndigheterna utgör anmälnings- respektive klagomålsärenden en avsevärd del av verksamheten.¹²

Det är viktigt att inte dra parallellen mellan IVO och Skolinspektionen för långt, eftersom det handlar om två olika sakområden. Men vår bedömning är ändå att de utmaningar man ställs inför i handläggningen är så pass likartade att det är rimligt att använda Skolinspektionens hantering av anmälningar som en referenspunkt för att få perspektiv på IVO:s hantering av klagomål mot vården.

Som underlag för jämförelsen med Skolinspektionen används framför allt myndighetens årsredovisningar. Dessa har kompletterats med intervjuer med företrädare för Skolinspektionen.

Projektgrupp, referensgrupp och kvalitetssäkring

Arbetet har genomförts av en projektgrupp bestående av Erik Axelsson (projektledare), Margareta Axén Andersson, Matilda Jansson (praktikant) och Katarina Johansson. En intern referensgrupp har varit knuten till arbetet.

¹² Under 2013 fick Skolinspektionen (inklusive BEO) in nära 3 600 nya anmälningar om upplevda missförhållanden vid skola. Samma år fattade myndigheten 3 650 beslut i anmälningsärenden, *Skolinspektionens årsredovisning 2013*.

IVO har granskat fakta i de beskrivande delarna av rapporten.

1.4 Rapportens disposition

I kapitel 2 beskriver vi det sammanhang som hanteringen av enskildas klagomål mot vården befinner sig i: dels historiskt som del av en utveckling som pågått under en längre tid, dels som en del av ett större system med flera aktörer.

I kapitel 3 beskriver vi kortfattat IVO:s organisation och verksamhet. Myndighetens övriga uppdrag, organisation och resurser utgör förutsättningar för hur hanteringen av klagomål mot vården bedrivs.

I kapitel 4 och 5 analyserar vi IVO:s handläggning av klagomålsärenden. De frågor vi berör är i vilken mån hanteringen är rättssäker och håller god kvalitet samt om den är kostnadseffektiv.

I kapitel 6 analyserar vi IVO:s hantering av anmälningar till HSAN och belyser hur användandet av skyddsåtgärden provotid förändrats efter patientsäkerhetsreformen.

I kapitel 7 analyserar och redovisar vi de enkätundersökningar som vi har genomfört. I kapitlet besvarar vi frågan om huruvida klagomåls-hanteringen bidrar till förbättringar inom vården som kan höja patient-säkerheten. Vi berör även hur IVO använder enskildas klagomål mot vården som underlag för sin tillsyn och för kunskapsåterföring till vården.

I kapitel 8 gör vi en samlad bedömning av hanteringen av klagomål mot vården. Analysen görs ur ett systemperspektiv. Kapitlet avslutas med Statskontorets övergripande slutsatser och förslag.

2 Att klaga på vården

I detta kapitel beskriver vi ramarna för den klagomålshantering enligt patientsäkerhetslagen som IVO i dag bedriver. Med ramar avser vi bland annat de klagomålsfunktioner som föregått den nuvarande ordningen.

I kapitlet redogör vi även för de olika aktörer som har i uppdrag att hantera klagomål mot vården för att på så sätt sätta in verksamheten i ett bredare organisatoriskt sammanhang.

2.1 Historisk utveckling

Det finns en lång historia av att patienter kunnat anmäla både enskilda yrkesutövare och vårdgivare till statliga myndigheter. När det gäller legitimerad vårdpersonal har det dessutom under lång tid funnits ett system med disciplinåtgärder kopplat till det personliga yrkesansvaret.¹³

Den nuvarande organiseringen av tillsynen har på många sätt sin grund i de förändringar som genomfördes i början av 1980-talet. Då infördes den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i samband med en ny tillsynslag inrättades Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).¹⁴

Domstolsliknande prövning av HSAN

HSAN inrättades 1980 som en självständig myndighet och ersatte därmed Medicinalväsendets ansvarsnämnd, som varit knuten till Social-

¹³ Axelsson, E. (2011) *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinrättslig studie*, s. 280.

¹⁴ Den lag som avses är lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m fl.

styrelsen. Syftet med förändringen var att nämnden skulle bli fristående från olika intressenter inom hälso- och sjukvården.

HSAN:s uppdrag var från början att pröva anmälningar mot yrkesutövande personal inom hälso- och sjukvården. Anmälningarna prövades sedan 1999 enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Lagen, som nu upphört att gälla, innehöll bland annat bestämmelser om vårdens och sjukvårdspersonalens ansvar, frågor om behörighet och legitimation samt bestämmelser om Socialstyrelsens tillsyn och om HSAN:s verksamhet.

HSAN:s huvuduppgift var att pröva anmälningar från patienter för att bedöma om vårdpersonal har åsidosatt sina skyldigheter i yrkesutövningen.¹⁵ Både anmälaren och den anmälda var part i ärendet och hade möjlighet att överklaga HSAN:s beslut. Möjligheterna att själv utreda anmälningar var begränsade, vilket innebar att HSAN:s beslut i stor utsträckning baserades på de underlag parterna presenterade.

Om HSAN fann att vårdpersonal hade brustit i sin yrkesutövning kunde man fatta beslut om någon av disciplinpåföljderna varning eller erinran. HSAN kunde även besluta om skyddsåtgärder, till exempel provotid eller indragning av legitimation eller förskrivningsrätt.

Patientens möjligheter att klaga på vården har stärkts

Parallellt med den statliga tillsynen har det sedan början av 1980-talet funnits en tanke att klagomål i ökad utsträckning ska hanteras av vården själv. En del av denna utveckling har varit att patientnämnderna successivt har stärkts och att deras uppdrag har utvidgats.

Förtroendenämnder som komplement till HSAN

Samtidigt som HSAN bildades 1980 inrättades även så kallade förtroendenämnder inom landstingen. Avsikten var bland annat att skapa en länk mellan vården och patienten, men även att avlasta HSAN

¹⁵ Anmälan i disciplinärenden kunde dock även göras av Socialstyrelsen, JK och JO. Anmälan i behörighetsfrågor kunde enbart göras av Socialstyrelsen, JK och JO, det vill säga samma förhållanden som i dag med skillnaden att Socialstyrelsen nu ersatts av IVO som tillsynsmyndighet.

genom att skapa ytterligare en instans dit patienter kunde vända sig med klagomål.¹⁶

Verksamheten infördes först på försök men permanentades 1992. År 1998 infördes den nuvarande lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet och förtroendenämnderna bytte då namn till patientnämnder.

Utöver att vända sig till HSAN och patientnämnderna har patienter eller närstående även kunnat göra anmälningar till Socialstyrelsen för att klaga på händelser i vården. Anmälningarna har utretts som en del av myndighetens tillsyn över vården.

Patientsäkerhetsreformen

Vårdgivarens ansvar betonas

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen i kraft. Reformen skulle åstadkomma en förändring av synen på arbetet med patientsäkerhet. Vårdgivaren fick ett uttalat ansvar för patientsäkerheten och för kvalitetsäkringsarbetet inom hälso- och sjukvården.¹⁷ Patientsäkerhetsreformen syftade även till att förbättra patienternas möjligheter att medverka i vårdens patientsäkerhetsarbete.¹⁸

Disciplinpåföljderna tas bort

Patientsäkerhetslagen skulle också innebära att vården kom bort från vad som uppfattades som en repressiv kultur. Så länge enskild vårdpersonal riskerade att bli anmäld till HSAN, med eventuella disciplinåtgärder som följd, var man inom vården ovillig att medge brister och missförhållanden. Patientsäkerhetslagen syftade till att åstadkomma en förändring. Målet var att patientsäkerhetsarbetet inom hälso- och sjukvården i ökad utsträckning skulle uppmärksamma och analysera misstag och sedan genomföra åtgärder för att förhindra att de skulle upprepas.¹⁹

¹⁶ Axelsson, E. (2011) *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinrättslig studie*, s. 364.

¹⁷ Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 96 ff.

¹⁸ *Ibid*, s. 86.

¹⁹ *Ibid*, s. 73.

Genom den nya patientsäkerhetslagen togs därför ordningen med disciplinpåföljder för legitimerad vårdpersonal bort. Patienter som ville framföra klagomål mot vården skulle nu vända sig till Socialstyrelsen, och inte som tidigare till HSAN. Möjligheten för enskilda att göra anmälningar direkt till HSAN har alltså tagits bort och anmälan till HSAN kan nu bara göras av IVO (tidigare Socialstyrelsen), JK och JO.

Vid införandet av patientsäkerhetslagen var det inte okontroversiellt att ta bort möjligheten för patienten att genom en anmälan till HSAN få ”upprättelse” mot en läkare eller sjuksköterska som begått misstag i sin yrkesutövning. Bland annat befarade flera remissinstanser att förändringen skulle medföra ett ökat antal polisanmälningar mot vårdpersonal.

En utökad klagomålshantering

Det tidigare systemet ersattes av dels en utökad klagomålshantering, dels en utökad möjlighet att föreskriva provotid för legitimerade yrkesutövare. Patientklagomålen fick till och med en viktigare roll eftersom Socialstyrelsen fick i uppdrag att göra en bredare och mer förutsättningslös utredning av anmälan än vad HSAN gjort.

Socialstyrelsens klagomålshantering

När patientsäkerhetslagen trädde i kraft fick Socialstyrelsen i uppdrag att hantera enskildas klagomål mot vården. Socialstyrelsens utredning skulle klargöra om vårdgivare och enskild vårdpersonal handlat i strid mot lagar och regler inom hälso- och sjukvårdsområdet eller på annat sätt handlat olämpligt, till exempel att vården inte utförts i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Patientklagomål enligt patientsäkerhetslagen handlades först vid en och från och med 2012 vid två centralt placerade enheter inom Socialstyrelsens tillsynsavdelning.²⁰ Tillfälligtvis handlades klagomålsärenden även av andra tillsynsenheter, exempelvis vid den kraftsamling för att minska antalet gamla ärenden som genomfördes under 2011–2012.

²⁰ Regeringen menade att en central ingång och organisation för att hantera klagomålen är en förutsättning för att undvika regionala skillnader i hanteringen, *ibid*, s. 130.

Socialstyrelsen, med sin centraliserade organisation hade fördelen att det var lättare att föra diskussioner och bygga upp kunskap och rutiner eftersom klagomålshantering var en ny uppgift för myndigheten. Samtidigt innebar den flera nackdelar, såsom uppkomsten av kulturskillnader inom tillsynsavdelningen, bristande samordning med andra ärendeslag och liten lokalkännedom hos handläggarna.

Under 2012 bedrev Socialstyrelsen ett förändringsarbete för att effektivisera handläggningen. Bland annat införde de en så kallad teambaserad organisation och skapade rutiner för att så snabbt som möjligt fördela ärenden till handläggare och få ett jämnt flöde i handläggningsprocessen.

IVO regionaliserar handläggningen av klagomål

När IVO bildades den 1 juni 2013 tog de över hanteringen av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen från Socialstyrelsen tillsammans med den övriga tillsynsverksamheten på hälso- och sjukvårdsområdet.

Inrättandet av IVO har inte inneburit några regelförändringar för hur klagomål ska utredas. IVO har däremot organiserat om klagomålshanteringen så att handläggningen nu sker vid samtliga sex regionala tillsynsavdelningar.²¹ För att inte belasta den nya organisationen med den balans av gamla ärenden som IVO övertagit från Socialstyrelsen har en särskild enhet vid avdelning öst inrättats för att utreda och fatta beslut i dessa ärenden.

Syftet med att regionalisera klagomålshanteringen var att göra det möjligt att i större utsträckning integrera klagomålshanteringen med myndighetens tillsyn över hälso- och sjukvården.

Ny patientlag

Patientens ställning inom vården har fortsatt att stärkas. Patientmaktsutredningen lämnade 2013 betänkandet Patientlag (SOU 2013:2) med förslag till en ny patientlag som ska bidra till att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Lagen träder i kraft 1 januari 2015.

²¹ I praktiken flyttade Socialstyrelsen delvis ut handläggningen ut till regionerna redan den 1 februari 2013, efter att IVO aviserat att det var så man avsåg att organisera klagomålshanteringen.

Förslaget omfattar även en ändring i lagen om patientnämnder som ytterligare förstärker nämndernas ansvar att hjälpa patienterna att ta tillvara sina intressen i vården.

2.2 Aktörerna i klagomålssystemet

IVO ansvarar för den statliga tillsynen av hälso- och sjukvården. I tillsynen ingår klagomålshantering enligt patientsäkerhetslagen. På den landstingskommunala nivån återfinns vårdgivare och landstingens patientnämnder. Alla tre aktörerna har enligt nuvarande lagstiftning till uppgift att ta emot och hantera klagomål mot hälso- och sjukvården från patienter och anhöriga. Uppdragen är delvis kompletterande, delvis överlappande. Tillsammans med patientförsäkringen kan de sägas utgöra ett system för hantering av klagomål mot vården – klagomålssystemet.

I tabell 2.1 illustreras de olika aktörernas roll i klagomålssystemet.

Tabell 2.1 Aktörerna inom klagomålssystemet

	Vad gäller det?	Vem ska hantera det?
Patienten är missnöjd med sin vård	Allt som har med vårdens kvalitet att göra, t.ex. vårdskada, patientsäkerhet, kommunikation och bemötande.	Vården ska utreda, förklara och genomföra åtgärder.
	Ersättning p.g.a. vårdskada.	Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF) kan bevilja ersättning från patientförsäkringen.
	Bemötande, information och kommunikation.	Patientnämnden ska informera och ge stöd och kan skicka förfrågningar till vården.
	Alla åtgärder som strider mot gällande regelverk och brister i patientsäkerheten.	IVO ska utreda klagomålet och fatta beslut.
	Riskpersoner inom vården.	IVO ska utreda anmälan och kan besluta att göra anmälan till HSAN.

En av poängerna med att analysera närliggande och av varandra beroende verksamheter som ett system, är att det sätter fokus på hur helheten fungerar snarare än de ingående delarnas funktionssätt. Utifrån helhetssynen kan man sedan analysera roller och ansvar hos de ingående delarna. En utgångspunkt är att systemet som helhet ska bidra med så stor nytta som möjligt.

Vårdgivaren

Patientsäkerhetslagen lägger huvudansvaret för patientsäkerhetsarbetet på vårdgivaren, som enligt lagen och Socialstyrelsens föreskrifter är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.²² I det ingår att utreda händelser som har medfört eller kunnat medföra en vårdskada. Vårdgivaren ska också informera en patient som har drabbats av en vårdskada om det inträffade och vad vårdgivaren ska göra för att det inte ska inträffa igen.

Det innebär att om en patient framför klagomål ska detta tas på allvar och den händelse som patienten har upplevt ska utredas. Vårdgivaren har även en skyldighet att beakta synpunkter från patienter i det systematiska patientsäkerhetsarbetet, till exempel genom registrering i avvikelserapporteringssystem. Om händelsen medfört eller kunnat medföra allvarlig vårdskada, måste vårdgivaren inom två månader anmäla händelsen till IVO enligt lex Maria.

Hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att påtala händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskada för vårdgivaren och ska även medverka till att patienternas klagomål och synpunkter tas tillvara. Vården har även andra skyldigheter i förhållande till patienten, bland annat att hålla patienten informerad och att göra det möjligt för patienten att vara delaktig i sin vård.

Patientnämnderna

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som hjälper till i kontakten mellan patienter, anhöriga och vårdgivare inom den offentligt finansierade vården. Det ska finnas en patientnämnd i varje lands-

²² Med vårdgivare avses enligt patientsäkerhetslagen stat, landsting eller kommun samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som ansvarar för hälso- och sjukvård.

ting eller region. Patientnämndernas verksamhet finansieras genom anslag från landstingen.

Nämnderna ska enligt lagen om patientnämndsverksamhet bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att:

- hjälpa patienter att få den information som de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet
- rapportera iakttagelser och avvikelser till vårdgivare och vårdenheter.

Patientnämnderna ska dessutom uppmärksamma IVO på händelser inom vården som ligger inom IVO:s tillsynsansvar. IVO har å sin sida möjlighet att överlämna ärenden till patientnämnderna.

I enlighet med Patientmaktsutredningens förslag kommer patientnämndernas stödjande uppdrag gentemot patienterna att förtydligas i den patientlag som träder i kraft 1 januari 2015.²³

Patientförsäkringen

Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, LÖF, beslutar enligt patientskadlagen (1996:997) om ersättning till den som drabbas av personskada i samband med hälso- och sjukvård som är offentligt finansierad. LÖF arbetar även med att utveckla patientsäkerheten utifrån statistik baserad på ersättningsansökningarna.

Inspektionen för vård och omsorg

IVO är som statligt tillsynsorgan ansvariga för tillsyn över hälso- och sjukvården. Den utövas dels genom granskning av vårdens anmälningar enligt lex Maria och egeninitierad tillsyn av vårdgivare, dels genom individtillsynen där IVO kan anmäla enskilda yrkesutövare till HSAN.

²³ Prop. 2013/14:106 *Patientlag*, s. 21.

IVO har befogenhet att fatta beslut om att vårdgivare ska genomföra åtgärder för att komma tillrätta med missförhållanden och kan även helt eller delvis förbjuda verksamheter. IVO kan vid behov förelägga, med eller utan vite, vårdgivare att fullgöra sina skyldigheter.

IVO har även i uppdrag att ta emot och utreda enskildas klagomål mot vården. IVO kan under vissa förutsättningar avstå från att göra en utredning, bland annat om klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten eller det är uppenbart att klagomålet är obefogat. I utredningarna är yttranden och andra underlag från vården viktiga. Utredningen avslutas med ett beslut där IVO har möjlighet att uttala kritik mot enskild vårdpersonal eller mot vårdgivaren.²⁴

Andra aktörer

Det finns flera aktörer som har koppling till patientsäkerhetsarbete och klagomål, men som inte direkt ingår i klagomålssystemet:

- Socialstyrelsen arbetar med kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvårdsområdet och utfärdar bland annat föreskrifter och allmänna råd för sjukvården.
- HSAN prövar ärenden som anmälts av IVO och som gäller enskilda yrkesutövare inom hälso- och sjukvården. HSAN kan besluta om prövotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet och begränsning av förskrivningsrätten.
- Myndigheten för vårdanalys ska stärka patienternas ställning genom att analysera vården utifrån ett patientperspektiv.
- SKL ger stöd till landsting och kommuner i deras arbete med att utveckla patientsäkerheten.
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har i uppdrag att utvärdera metoder som används i vården, både etablerade och nya.

²⁴ Ordet kritik används inte i lagtexten, men förekommer i förarbetena. Formuleringen i 7 kap. 18 § PSL är att IVO i beslut får uttala sig om huruvida en åtgärd eller underlåtenhet av vårdgivare eller hälso- och sjukvårdspersonal strider mot lag eller annan föreskrift eller är olämplig med hänsyn till patientsäkerheten.

- Andra tillsynsmyndigheter är bland andra Läkemedelsverket, som utövar tillsyn över läkemedelshanteringen och Datainspektionen, som utövar tillsyn enligt patientdatalagen (2008:355). JO och JK är extraordinära tillsynsorgan och har möjlighet att anmäla behörighetsärenden till HSN.

3 IVO:s verksamhet och resurser

I detta kapitel redogör vi översiktligt för IVO:s verksamhet och organisation.

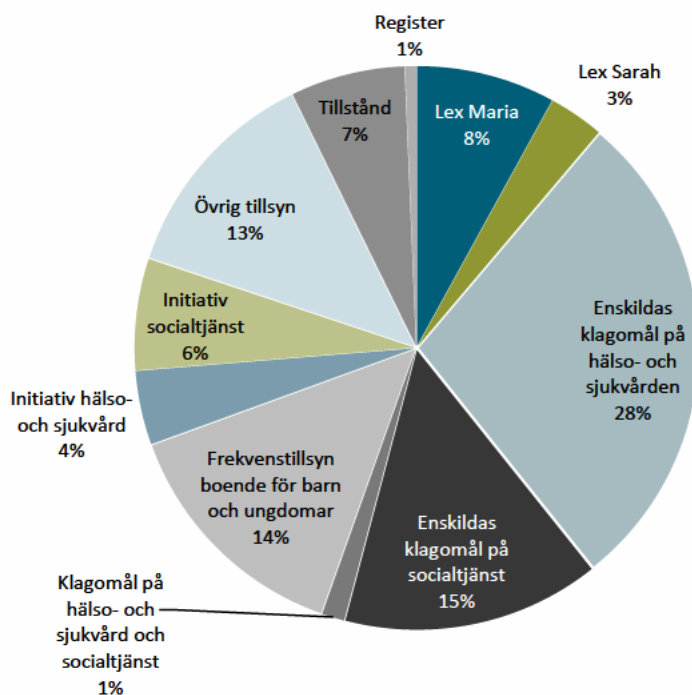
3.1 Uppdrag och verksamhet

Inspektionen för vård och omsorg har till huvuduppgift att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet, socialtjänst samt verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Som en del av tillsynen ska IVO pröva klagomål enligt patientsäkerhetslagen. Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enhetlighet med lagar och andra föreskrifter.

Av instruktionen framgår att IVO:s verksamhet delas in i tillsyn och tillståndsprövning. Tillsynen ska bedrivas strategiskt och effektivt samt på ett enhetligt sätt inom landet. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller annat beslut från regeringen.²⁵

²⁵ Förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Diagram 2.1 Kostnad per verksamhetsområde, andel av totala kostnader för 2013



Källa: IVO (2014) Årsredovisning 2013. Statskontorets bearbetning. Total kostnad för 2013 var 359 miljoner kronor.

Diagram 2.1 visar hur IVO:s kostnader 2013 fördelades på olika verksamhetsområden. Enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården var den mest omfattande verksamheten. Endast 4 procent av kostnaderna 2013 avsåg egeninitierad tillsyn över hälso- och sjukvården.

Statskontoret konstaterar att IVO:s omfattande uppdrag förutsätter att myndigheten gör prioriteringar mellan olika delar av sin verksamhet. Regeringen har uttalat att sådana prioriteringar ska göras baserat på riskanalys, så att tillsynens resurser inriktas mot de områden där de kan förväntas göra mest nytta. Samtidigt är flera av tillsynsuppgifterna, exempelvis hantering av enskildas klagomål, frekvenstillsyn av boenden för barn och unga och hantering av anmälningar enligt lex Maria

och lex Sarah, direkt reglerade i författningar och kan därmed inte prioriteras bort.

Statskontoret har även i uppdrag att följa inrättandet av IVO. I delrapporten (2014:13) Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg redogörs mera utförligt för myndighetens verksamhet och prioriteringar.

Verksamhetens inriktning för 2014

IVO har under 2013 och 2014 prioriterat de uppgifter som följer av olika författningar och att samtidigt utveckla verksamheten i enlighet med den förändringsplattform som tagits fram. Målet för plattformen är ”en effektivare tillsyn” där fyra utvecklingsområden pekas ut:

- stärkt organisationskultur
- effektivare ärendeprocesser
- utvecklad analys och kunskapsåterföring
- mer träffsäker riskbaserad tillsyn.

I IVO:s verksamhetsplan för 2014 konstateras att myndighetens uppdrag är både att utföra de författningsstyrda uppgifterna och att utveckla myndighetens övriga uppdrag. Bland annat ska IVO i större utsträckning analysera och återföra resultaten av tillsynen till vården samt bedriva egeninitierad tillsyn baserad på egen riskanalys. Myndighetens strategi för att uppnå detta är att i största möjliga mån effektivisera och standardisera sådant som är löpande och återkommande, för att därigenom skapa utrymme för att utveckla verksamheten.²⁶

Översyn av ärendeprocesserna

Ett led i effektiviseringsarbetet är att genomföra en översyn av alla ärendeprocesser. Enskildas klagomål mot vården utgör IVO:s största ärendeslag och har därför varit prioriterat i utvecklingsarbetet. Under första halvan av 2014 har ett projekt genomförts för att ta fram förslag för att effektivisera handläggningen. Projektet har resulterat i en ny handläggningsrutin som ska tillämpas från och med den 1 oktober (se vidare avsnitt 4.1).

²⁶ Statskontoret 2014:13 *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Delrapport*, s. 30 ff; Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Verksamhetsplan 2014*.

Utveckla servicen för medborgarna är ett nytt uppdrag för IVO

Under hösten 2014 avser IVO att genomföra ett pilotförsök med en upplysningstjänst dit personer som vill klaga på vården kan vända sig. Försöket genomförs inom ramen för det uppdrag som regeringen gett IVO, att utveckla och förtydliga den service man ger personer som vill klaga på vården. Försöket ska utvärderas i början av 2015 och, om det faller väl ut, utökas till att även omfatta andra ärendeslag.²⁷

3.2 Organisation

Verksamheten på IVO bedrivs vid tre myndighetsövergripande avdelningar i Stockholm och sex regionala avdelningar. De regionala avdelningarna har kontor i Umeå (nord), Örebro (mitt), Stockholm (öst), Jönköping (sydöst), Göteborg (sydväst) och Malmö (syd). Det operativa tillsynsarbetet bedrivs i regionerna.

Myndighetsövergripande organisation

De myndighetsövergripande avdelningarna består av avdelningen för verksamhetsstöd och verksamhetsstyrning, avdelningen för analys och utveckling samt generaldirektörens stab. Direkt under generaldirektören finns en internrevisor.

Regional organisation

De sex regionala avdelningarna är enhetligt organiserade i enheter för hälso- och sjukvård, socialtjänst samt samordnad tillsyn för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Enskildas klagomål handläggs huvudsakligen vid hälso- och sjukvårdsenheterna. Till avdelningsledningarna finns staber med stödfunktioner knutna: HR, jurist, controller och kommunikatör. Flera avdelningar kan dela på vissa av dessa funktioner.

²⁷ Regeringsbeslut 2014-02-06 *Uppdrag att förenkla och förtydliga förutsättningarna för medborgarkontakter*; Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Tydligare kontaktvägar för medborgare. Delrapport för att utveckla och förtydliga service och bemötande av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården (regeringsuppdrag S2014/1124/FS)*.

Regional organisering har både styrkor och svagheter

IVO:s regionala organisering av klagomålshanteringen medför både styrkor och svagheter. Till styrkorna hör bra lokalkännedom om den vård och omsorg som bedrivs i regionen. Det finns även goda förutsättningar för att bättre samordna olika tillsynsinsatser baserade på en riskanalys. Till svagheter hör en risk för bristande likvärdighet i ärendehandläggning och beslut.

Den regionala organisationen ställer krav på effektiva kanaler för informationsspridning och myndighetsgemensamma strukturer för att säkerställa en likvärdig handläggning. Detta är särskilt viktigt eftersom myndighetsledningen har gett regionerna stor frihet att utforma verksamheten och delegerat mycket ansvar.

IVO:s myndighetsledning framhåller ärendeprocesserna och juristorganisationen som viktiga verktyg för att säkerställa att lika ärenden leder till likvärdiga beslut, oberoende av var i landet ärendena handläggs och beslutas.

Processbaserat arbetsätt

IVO tillämpar ett processbaserat arbetsätt. Syftet är, enligt IVO:s arbetsordning, att höja verksamhetens effektivitet och kvalitet samt att upprätthålla likhetsprincipen i beslutsfattandet.

För varje process finns en processägare och rutinansvarig. Ansvaret för huvudprocessen Bedriva tillsyn ligger hos generaldirektören. I denna ryms ett antal delprocesser, bland annat för klagomål. Processägare för denna delprocess är avdelningschefen för region sydväst. I delprocessen för klagomål ingår rutiner för handläggningen av bland annat klagomål mot hälso- och sjukvården enligt patientsäkerhetslagen.

Processägaren ansvarar för att löpande utveckla processen. Ansvaret för de beslut som fattas inom en process ligger dock i linjeorganisationen.

3.3 Anslag och internbudget

IVO:s förvaltningsanslag uppgick till 356 miljoner kronor för 2013, då IVO bara bedrev verksamhet under sju månader. Av anslaget användes

cirka 100 miljoner kronor för handläggningen av enskildas klagomål. För 2014 är IVO:s anslag 654 miljoner kronor.²⁸

I internbudgeten fördelas 75 procent av anslaget (490 miljoner kronor för 2014) på de regionala avdelningarna ungefär i proportion till deras storlek mätt i antalet årsarbetskrafter. Resterande 25 procent av medlen anslås för de centrala funktionerna.

IVO:s anslag har temporärt förstärkts 2013–2016 för att IVO bland annat ska få utrymme att utveckla sitt IT-system, tillsynsmetoderna och återföringen av erfarenheter från tillsynen.

3.4 Antal anställda och årsarbetskrafter

IVO hade den 31 december 2013 totalt 641 anställda. Flertalet var anställda vid någon av de regionala avdelningarna. Regionavdelningarna varierar i storlek, från drygt 50 anställda vid avdelning sydöst till 170 anställda vid avdelning öst.

Handläggningen av klagomål tar 100 årsarbetskrafter

Antalet handläggare som arbetar med hanteringen av klagomål har successivt utökats. År 2011 arbetade i snitt 26 personer motsvarande 21 årsarbetskrafter vid Socialstyrelsens enhet för enskildas klagomål. När vi i oktober 2013 genomförde en tidsstudie bland IVO:s medarbetare framkom att totalt cirka 200 personer arbetade med hanteringen av klagomålsärenden på del- eller heltid.²⁹ Enligt beräkningar baserade på medarbetarnas tidrapportering januari–juli 2014 motsvarade den nedlagda tiden nästan 100 årsarbetskrafter.

Hög personalomsättning

Ett återkommande problem i Socialstyrelsens bemanning för klagomålshanteringen var hög personalomsättning, något som delvis för-

²⁸ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Årsredovisning 2013*; prop. 2013/14:1 *Budgetpropositionen för 2014*. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, s. 91.

²⁹ Statskontoret 2013:24 *Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården*.

klaras av att andelen medarbetare med tidsbegränsade anställningar varit hög.³⁰

I årsredovisningen för 2013 konstaterar IVO att cirka 50 medarbetare börjat och lika många slutat under hösten, vilket man anser vara rimligt i en pågående förändringsprocess.³¹ Av våra intervjuer framgår dock att den höga personalomsättningen fortfarande är ett avsevärt problem, framför allt inom avdelning öst, IVO:s största avdelning.

³⁰ Socialstyrelsen (2012) *Enskildas klagomål*, dnr 1.3.1-49647/2012. Internrevisionsrapport daterad 2012-12-20.

³¹ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Årsredovisning 2013*, s. 25.

4 Rättssäker handläggning av patientklagomålen?

I detta kapitel redogör vi för olika aspekter av IVO:s handläggning av klagomål mot vården. Den övergripande frågan är om hanteringen sker på ett rättssäkert sätt.

Regelverket och handläggningsprocessens utformning har redan behandlats i vår delrapport från december 2013. För en utförligare beskrivning och analys av handläggningen hänvisas till delrapporten.

4.1 Kvalitetssäkring och uppföljning

Den omorganisering av handläggningen som IVO har genomfört har medfört att antalet tjänstemän som är inblandade i hanteringen av klagomål har ökat avsevärt. Dessutom är handläggarna geografiskt utspridda på sex olika orter. Ärenden av samma typ hanteras därmed av många handläggare på olika håll i landet. Att likartade ärenden ska handläggas på ett likvärdigt och förutsebart sätt är en grundläggande rättssäkerhetsprincip.

Myndighetsledningen har i intervjuer med Statskontoret särskilt pekat ut tre faktorer som syftar till att säkerställa likvärdig handläggning:

- en gemensam handläggningsprocess
- juristorganisationen
- tvärgående nätverk inom myndigheten.

Vi kommer att diskutera hur IVO har tagit sig an dessa frågor och redogöra för hur IVO arbetar med uppföljning i handläggningen av klagomålsärenden.

Rutinerna skiljer sig åt mellan regioner och enheter

Handläggningen av klagomålsärenden styrs av de förfaranderegler som finns angivna i 7 kap. 10–18 § PSL. När IVO inrättades beslutade myndigheten att använda den ärendeprocess som Socialstyrelsen hade använt tidigare. IVO avser dock att under hösten införa en ny ärendeprocess (se längre ned i detta avsnitt).

Enligt den ärendeprocess som använts hittills fattas beslut i klagomålsärenden som regel av enhetschefen. Denne har dock möjlighet att delegera beslutsfattandet till någon annan. Under handläggningens gång kan handläggaren vid behov begära stöd i arbetet av enhetsjuristen, föredragande läkare och av kollegor vid enhets- eller teamdiskussioner. I den dokumenterade ärendeprocessen är det inte reglerat när sådant stöd ska inhämtas.

Såväl Statskontorets intervjuer med medarbetare vid IVO som IVO:s egna undersökningar visar att handläggningen i praktiken sker på olika sätt vid IVO:s regionala avdelningar. Exempelvis varierar rutinerna för hur man bedömer och fördelar ut nyinkomna klagomålsärenden och rutinerna för när man använder sig av medhandläggare. Hur regionerna valt att organisera tillgången till föredragande läkare och annan medicinsk kompetens samt det administrativa stödet för handläggarna varierar också.

Kompletterande stöd för handläggningen saknas

En gemensam handlägningsprocess ska bland annat främja att bedömningar görs på ett likartat sätt vid olika enheter och avdelningar. Utöver rutinbeskrivningar kan den dokumenterade ärendehanteringsprocessen även innehålla olika former av stöd för handläggningen, exempelvis praxissammanställningar, metodhandböcker, bedömningsstöd och bedömningskriterier. I dag saknar IVO i stor utsträckning sådana kompletterande dokument för handläggningen av klagomålsärenden.

Bristande förutsebarhet vid beslut med kritik

Det är framför allt två moment i handläggningen av klagomål där det finns behov av stöd och vägledning för att undvika omotiverade skillnader i beslut och bedömningar. Det gäller dels vid bedömningen av om ett ärende ska utredas i sak eller avslutas utan utredning enligt

7 kap. 12 § PSL, dels vid bedömningen av om ett ärende ska avslutas med beslut om kritik eller utan kritik.

Sedan slutet av 2013 finns ett bedömningsstöd för när ärenden ska avslutas utan utredning. Detta består av ett förtydligande av regelverket och ett flödeschema som illustrerar processen för att bedöma om ett klagomål ska utredas i sak. Den mest konkreta delen av bedömningsstödet är ett antal skattningsskalor som handläggaren kan använda som stöd i bedömningen av vad som utgör en vårdskada eller risk för vårdskada och som därmed ska utredas i sak.

För bedömningen av om ett ärende ska avslutas med beslut om kritik eller utan kritik saknas ännu fastställda kriterier eller uttolkningar av regelverket som kan fungera vägledande i handläggningen. I intervjuer har medarbetare vid IVO framfört att de gärna vill ha tydligare vägledning i beslutsfattandet.

Även SKL, Läkarförbundet och Vårdförbundet har framfört att IVO bör ha någon form av kriterier för när man ska besluta om att ge kritik och att dessa måste kommuniceras. Detta anses ur rättssäkerhetssynvinkel vara särskilt viktigt eftersom IVO:s beslut i klagomålsärenden inte kan överklagas.

Standardtexter och metodhandbok saknas

I dag saknas myndighetsgemensamma standardtexter och anpassade mallar för de olika texter som tas fram under handläggningen av ett klagomålsärende. Vid beslutsskrivningen finns i dag en gemensam beslutsmall för alla tillsynsbeslut. Mallen består huvudsakligen av några allmänt hållna rubriker och ger inte handläggaren något stöd vid formuleringen av själva beslutstexterna.

I avsaknad av gemensamma standardtexter för olika ändamål, till exempel kommunikering med klagande och vården, förfrågningar och beslutsskrivning, använder de olika avdelningarna och enheterna i dag sina egna lösningar.

Lathundar för olika moment i arbetet är en annan typ av handläggarstöd som kan bidra till både effektivare och mer enhetlig handläggning. Lathundar och metodhandböcker saknas i dag, men även här finns olika regionala varianter som används av handläggarna.

Juristorganisationen inom IVO

Myndighetsledningen framhåller IVO:s juristorganisation som ett viktigt verktyg för att säkerställa likvärdig handläggning inom myndigheten. Juristorganisationen har en nyckelroll inom myndigheten för att säkerställa att beslut fattas och bedömningar sker på ett likvärdigt sätt. Vid inrättandet av IVO var avsikten att förstärka tillgången till juridisk kompetens inom myndigheten.

Juristorganisationen består av en centralt placerad rättsenhet ledd av chefsjuristen, en avdelningsjurist på var och en av de sex regionala avdelningarna och en enhetsjurist på varje tillsynsenhet. Utöver de renodlade juristfunktionerna finns relativt få handläggare och inspektörer med juristbakgrund. På den enhet vid avdelning öst som handlägger gamla klagomålsärenden är andelen handläggare med juristbakgrund dock större.

Enhetsjuristen ska ge stöd i handläggningen

Enhetsjuristens roll vid handläggningen av klagomålsärenden är inte reglerad i styrdokumentet, utan varierar mellan enheterna. Rutinbeskrivningen anger dock att en jurist ska vara delaktig vid beslut om att avsluta ärenden utan utredning och vid beslut med kritik.³²

Vid de regioner Statskontoret besökt förekom att enhetsjuristen vid behov skulle fungera som medhandläggare. Även i ärenden där de inte är medhandläggare kan enhetsjuristen fungera som bollplank och stöd för handläggarna. Enhetsjuristen kan även själv vara handläggare för vissa ärendeslag, exempelvis individärenden och vid anmälan till HSAN. Ytterligare en roll är att fånga upp ärenden som bör stämmas av med avdelningsjuristen.

Avdelningsjuristen har ansvaret för likvärdig handläggning

Avdelningsjuristen ska enligt arbetsordningen fungera som avdelningschefens juridiska stöd och har ett övergripande ansvar för rättstillämpning och juridisk kvalitet på avdelningen.

³² I den nya rutinbeskrivning som träder i kraft den 1 oktober 2014 har dock kravet på att en jurist ska delta i handläggningen ändrats tagits bort.

I avdelningsjuristens uppdrag ingår att samordna avdelningens arbete för att säkerställa likvärdighet i beslutsfattande och bedömningar. Ett verktyg för detta är det regionala nätverk av enhetsjurister som respektive avdelningsjurist ska leda. Avdelningsjuristerna deltar dock som regel inte i handläggningen av enskilda ärenden, utan ska verka för en likvärdig handläggning via enhetsjuristerna.

Även i arbetet med att säkerställa likvärdighet mellan avdelningarna har avdelningsjuristerna en central roll. Avdelningsjuristerna ska fungera som kontaktpersoner gentemot rättsenheten och ingår i ett nätverk som leds av chefsjuristen. Det är avdelningsjuristen som ansvarar för att sprida information från nätverket inom respektive avdelning. Avdelningsjuristen har dock inget ledningsansvar över enhetsjuristerna.

Rättsenheten har en samordnande roll

Rättsenheten och chefsjuristen har ingen direkt roll i handläggningen av ärenden. Deras roll är att skapa förutsättningar för en rättssäker och likvärdig handläggning, medan det mer direkta ansvaret för den rättsliga kvaliteten ligger hos avdelningsjuristerna. Nätverket av avdelningsjurister ska bidra med inriktningsbeslut i juridiska frågor, men här diskuteras även andra relevanta frågor. Under hösten 2013 inrättade chefsjuristen funktionen ”avstämning under handläggning”, till vilken avdelningsjuristerna kan lyfta ärenden. Funktionen, som leds av chefsjuristen, ska med kort varsel kunna ge kvalificerat juridiskt stöd i enskilda ärenden till enhetsjurister och beslutsfattare.

Tvärgående grupperingar är ännu inte klara

Samordningen av de rättsliga frågorna är ett sätt för IVO att lösa de tvärgående frågorna inom myndigheten. Ytterligare ett sätt att uppnå samsyn kring handläggning och beslutsfattande är att skapa tvärgående nätverk eller andra grupper av medarbetare.

Inom IVO finns för närvarande både formella grupper beslutade av myndighetsledningen och informella nätverk. Vid sidan av chefsjuristens nätverk för avdelningsjurister ingår sedan sommaren 2014 även enhetschefer i olika myndighetsövergripande grupper indelade efter enhetens sakfrågor. Informella myndighetsövergripande nätverk finns mellan handläggare med liknande professionell bakgrund. I intervjuer

har nämnts att sådana nätverk finns bland handläggare med bakgrund som barnmorskor respektive från psykiatrin.

I våra intervjuer med medarbetare vid IVO har det framkommit att vilka myndighetsövergripande grupperingar som ska finnas och vilken roll de ska ha ännu inte är klart. De tvärgående grupperingarna ses som en viktig struktur, men de har ännu inte haft någon reell betydelse för att främja likvärdig handläggning inom myndigheten.

Uppföljning i efterhand

IVO har visserligen inte pekat ut uppföljning som en central faktor för att säkerställa likvärdig handläggning, men vi har ändå undersökt hur arbetet med uppföljning sker.

För att få kunskap om huruvida beslutsfattande och bedömningar sker på ett likvärdigt sätt vid olika enheter och avdelningar har många myndigheter rutiner för att följa upp och granska fattade beslut i efterhand. Uppföljning på myndighetsnivå kan till exempel ske genom granskning av slumpvis utvalda ärenden eller genom jämförelser mellan enheter där beslutsfattandet skiljer sig åt. På avdelnings- och enhetsnivå kan uppföljningen till exempel bestå i att beslutsfattare granskar ett urval av varandras beslut eller genom diskussioner inom team eller enheter.

Vid IVO sker i dag inte någon regelbunden uppföljning av beslut i klagomålsärenden. Det enda undantaget från detta är den tidigare nämnda enheten vid avdelning öst som enbart handlägger klagomålsärenden. Vid denna enhet, där varje team har en egen beslutsfattare, läser beslutsfattarna regelbundet varandras beslut. Det har även förekommit att enhetschefen har gjort systematiska urval av beslut och granskat i efterhand.

I våra intervjuer uppges att avsaknaden av kvalitetssäkring i efterhand beror dels på kvalitetsbrister i IT-stödet, som inte medgivit systematiska sökningar efter skillnader i beslutsfattandet, dels på att myndighetsledningen valt att koncentrera resurserna till att effektivisera handläggningen av klagomål.

Under 2014 har internrevisionen genomfört en uppföljning av anmälningar till HSAN. Liknande uppföljningar av andra ärendeslag är planerade. Någon uppföljning av beslut i klagomålsärenden är dock inte planerad.

Vårdgivarna ger IVO:s handläggning gott betyg

Både i vår uppföljning av IVO:s kritikbeslut och i den enkät som skickats ut till vårdgivare har vi bitt den svarande att bedöma hur IVO:s kommunikation under utredningsarbetet fungerar. Kommunikationen anses av de flesta (tre av fyra) fungera bra. Det är dock bara en tredjedel av vårdgivarna som instämmer i att svarsfristerna är tillräckligt långa.

I vår enkät till vårdgivare har vi även ställt frågan om huruvida det är värdefullt att IVO kommunicerar både utredningsunderlag och förslag till beslut med vårdgivaren, även om det medför merarbete och längre handläggningstid. Mer än 80 procent av vårdgivarna anser att det är värdefullt.³³

I Statskontorets delrapport för vi fram förslaget att förfarandereglerna i patientsäkerhetslagen bör ändras så att IVO inte ska vara skyldiga att kommunicera förslag till beslut. Där bedömer vi att en sådan förändring skulle kunna sänka kostnaden med upp till 5 miljoner kronor och skapa förutsättningar för kortare handläggningstid.³⁴ Resultatet ovan kan tolkas som att merparten av vårdgivarna motsätter sig en sådan förändring. Frågan om vilka förfaranderegler som ska gälla för klagomålshandlingen kommer att behandlas av Klagomålsutredningen.

Utveckling av ärendeprocessen

IVO arbetar kontinuerligt med att utveckla ärendeprocessen för klagomålsärenden. Syftet med förändringarna har dock i första hand varit att uppnå kortare handläggningstider och minskad kostnad per handlagt ärende. Men förslagen syftar även till att effektivisera verksamheten i

³³ Enkäten har besvarats av chefsläkare eller motsvarande. Se bilaga 2 för utförligare beskrivning av denna undersökning.

³⁴ Statskontoret 2013:24 *Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården*, s. 58 ff.

sin helhet så att färre klagomål kommer in som sedan inte utreds och att en större andel av de ärenden som utreds leder till beslut med kritik. IVO:s avsikt är även att kritik i större utsträckning ska riktas till vårdgivaren och inte till enskilda yrkesutövare.

I november 2013 fattade IVO beslut om ett tillägg till rutinbeskrivningen. Tillägget inkluderade bland annat ett stöd för att underlätta bedömningen av vilka klagomål som ska utredas i sak och vilka som ska avslutas utan utredning enligt 7 kap. 12 § PSL.

IVO startade i februari 2014 ett projekt för att utveckla en effektivare process för handläggningen av patientklagomål. Projektet har lett fram till en kartläggning av nuvarande arbetssätt och en inventering av de problem och förbättringsmöjligheter som handläggarna själva identifierat.³⁵ Rapporten innehåller 22 övergripande förslag till effektiviseringar, varav 14 är beslutade eller under implementering.

En ny delprocess och rutinbeskrivning för handläggningen av klagomål mot vården, som bygger på förslagen i rapporten, ska införas från och med den 1 oktober 2014. Förändringar i ärendeprocessen är bland annat att bedömningsgrupper ska inrättas vid alla avdelningar, att handläggarna i större utsträckning ska styras av mallar och standardtexter, att utredningsunderlag och förslag till beslut ska kommuniceras vid samma tillfälle och att kvaliteten på vårdens yttranden ska höjas genom att IVO:s begäran görs tydligare.

4.2 Besluten i klagomålsärenden

Beslutstyper

Ett klagomålsärende kan avslutas med något av besluten:

- avvisning
- avskrivning
- ärendet avslutas (avslutas utan utredning enligt 7 kap. 12 § PSL)
- avslutas utan kritik
- brister med kritik.

³⁵ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Genomlysning av klagomålsprocessen. Förslag till rapport*. Intern PM daterad 2014-06-30.

De tre förstnämnda besluten avser ärenden som inte utretts i sak, medan de två senare avser ärenden som utretts i sak. Beslutet brister med kritik innebär att utredningen visat att det funnits brister hos en vårdgivare eller i vårdpersonalens agerande. Ett sådant beslut innehåller inga krav på åtgärder. Om IVO bedömer att krav på åtgärder bör ställas öppnas ett nytt tillsynsärende för att komma fram till ett sådant beslut.

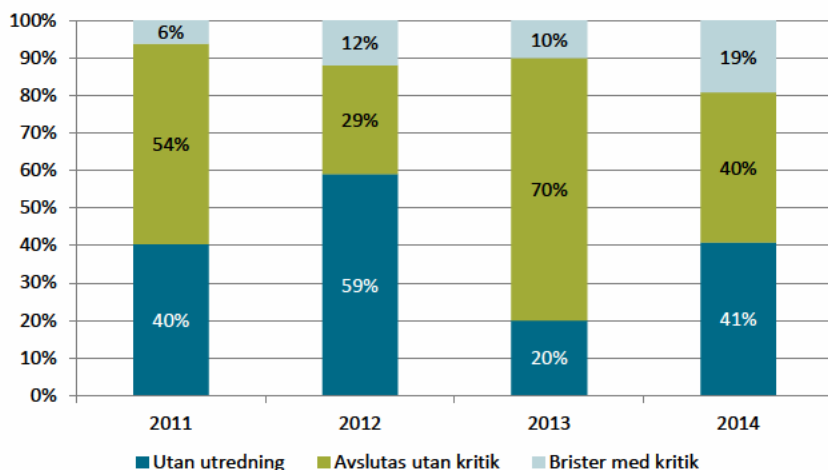
Vilka typer av beslut fattas med anledning av klagomålen?

Totalt har IVO under perioden januari till och med juli 2014 fattat 4 377 beslut i klagomålsärenden. Av dessa har 1 785 avslutats utan utredning, 1 752 efter utredning men utan kritik och 840 har varit kritikbeslut.³⁶

Diagram 4.1 nedan visar hur Socialstyrelsens och IVO:s beslut i klagomålsärenden under åren 2011–2014 fördelats på besluten avslutas utan utredning, beslut att inte rikta kritik och beslut med kritik.

³⁶ I kategorin avslutats utan utredning ingår alla ärenden som avslutats utan att utredas i sak, det vill säga beslutstyperna avvisning (109 beslut), avslag (21 beslut) och ärendet avslutas (1 637 beslut).

Diagram 4.1 Beslut i klagomålsärenden fördelade på olika beslutstyper, 2011–2014, andelar³⁷



Källa: Socialstyrelsen och IVO. Statskontorets bearbetning. Uppgifterna för 2013 avser både Socialstyrelsen och IVO. Uppgifterna för 2014 avser januari–juli.

Ungefär 60 procent av anmälningarna utreds alltså i sak, medan 40 procent avslutas utan utredning. Av de ärenden som utreds i sak leder en tredjedel till att IVO beslutar att rikta kritik mot vårdgivare eller vårdpersonal. Det är oklart om de stora skillnader i beslutsfattandet mellan olika år som diagrammet visar beror på kvalitetsbrister i de data som varit möjligt att få ut ur ärendehanteringssystemet eller om de avspeglar en verklig variation.

Variation mellan regionerna

För IVO som helhet avslutades som nämnts ovan cirka 40 procent av klagomålsärendena utan utredning i sak under perioden januari–juli

³⁷ Staplarna för åren 2011–2013 ska tolkas med försiktighet, eftersom kvaliteten på den statistik som varit möjligt att få ut ur ärendehanteringssystemet varit låg. Kontroller i efterhand har visat att upp till 20 procent av besluten i klagomålsärenden varit registrerade på fel beslutstyper. Problemet upptäcktes under hösten 2013. Efter att ha vidtagit flera åtgärder (bland annat förändringar i ärendehanteringssystemet och ett tillägg till handläggningsrutinen) har andelen felregistreringar nu sjunkit till två procent. Uppgifterna för 2014 är kvalitetssäkrade i efterhand och därmed korrekta.

2014. Andelen varierar dock mellan de sex regionala avdelningarna och framför allt skiljer avdelning öst (utom den enhet som enbart handlägger klagomålsärenden) ut sig. Där avslutades drygt 60 procent av klagomålen utan att utredas. Även andelen kritikbeslut varierar mellan regionerna, från 12 procent av besluten vid region öst (utom den enhet som enbart handlägger klagomålsärenden) till 24 procent vid region mitt.

De relativt stora skillnaderna mellan regionerna kan indikera att klagomålen bedöms på olika sätt vid de olika avdelningarna och att handläggningen därmed skulle brista i likvärdighet och förutsebarhet.

Enskilda beslut kvalitetssäkras men varierar ändå

Stor variation i beslutens utformning

Statskontoret har undersökt 200 beslut med kritik fattade av IVO.³⁸ Undersökningen visar att det finns avsevärda skillnader i beslutens utformning och omfattningen på IVO:s bedömningsmotivering.

Exempelvis har redogörelsen för vad som inträffat varierande längd, IVO:s bedömningar redovisas ibland separat och ibland invävt i beskrivningen av händelseförloppet. Rekommendationer och goda råd finns ibland insprängda i texten och det är oklart om de utgör kritik eller inte.

Även själva beslutsformuleringen varierade med olika varianter på ordet ”kritik” (viss kritik, kan inte undgå kritik, allvarlig kritik) medan några beslut helt saknade en formulering om kritik.

De enskilda besluten förefaller vara kvalitetssäkrade

I vår undersökning av de enskilda besluten konstaterar vi att det som regel är flera personer involverade i handläggningen av varje ärende. Det gäller i synnerhet de klagomål som utreds i sak, där ett ärende kan ha bedömts såväl av handläggaren och en medhandläggare, som av enhetsjurist och föredragande läkare innan det når beslutsfattaren.

³⁸ Undersökningen beskrivs mer ingående i bilaga 2 och i kapitel 7.

Vården anser att kritiken är befogad trots otydliga beslut

I vår uppföljning av kritikbeslut instämmer två tredjedelar av vård-enheterna som fått kritik helt eller huvudsakligen i att kritiken är befogad.

Av vår enkätundersökning bland vårdgivare och av intervjuer med SKL och företrädare för vårdprofessionerna framgår det dock att många vårdgivare anser att det är otydligt på vilka grunder IVO fattar beslut med kritik.³⁹ Vårdgivare och företrädare för vårdprofessionerna framhåller detta som en viktig rättssäkerhetsfråga.

Av vår uppföljning framgår även att det endast i undantagsfall förekommit någon kontakt mellan IVO och vården efter att beslutet har fattats. Någon uppföljning av klagomål i efterhand från IVO:s sida görs alltså inte. Iakttagelsen bekräftas i våra intervjuer med medarbetare vid IVO.

Kritik mot enskilda yrkesutövare

I en tredjedel av de 200 kritikbeslut som vi har följt upp riktades kritiken enbart mot enskilda yrkesutövare, huvudsakligen läkare.

IVO uppger att den nya rutinbeskrivningen för klagomålsärenden som utarbetats innebär en förändring av hur beslut om kritik mot enskilda yrkesutövare ska formuleras. Enligt den nya rutinen ska kritikbesluten, där enskilda har begått fel eller misstag, i normalfallet bestå av en redogörelse för det inträffade och ett konstaterande att fel har begåtts utan att explicit peka ut den enskilde som ansvarig. Tydlig kritik mot enskilda yrkesutövare ska vara reserverat för upprepade eller särskilt allvarliga förseelser och för personer som kan komma att utredas inom ramen för individtillsynen.

Förändringen av kritikbesluten motiveras av rättssäkerhetsskäl. Enligt IVO uppfattas ofta kritik mot enskilda yrkesutövare som ”prickningar” oavsett om denne ensam burit ansvaret för det inträffade. Den enskilde kan inte överklaga beslutet, vilket gör ordningen rättsosäker. IVO har

³⁹ Enkäten har besvarats av chefsläkare eller motsvarande. Se bilaga 2 för utförligare beskrivning av denna undersökning.

därför dragit slutsatsen att man bör vara restriktiv med att uttala explicit kritik mot enskilda yrkesutövare.

Kritikbeslut ger störst nytta för patientsäkerhetsarbetet

I vår delrapport konstaterar vi att 90 procent av kostnaderna för klagomålshandlingen hänför sig till handläggningen av de ärenden som utreds i sak. Samtidigt är det bara en tredjedel av de utredda ärendena som leder till beslut om kritik. Kritikbeslutet är en tydlig signal till vårdgivaren om att vidta åtgärder för att höja patientsäkerheten. För att uppnå hög kostnadseffektivitet är det därför önskvärt att IVO har god precision i bedömningen av vilka klagomål som ska utredas i sak så att en så hög andel av dessa ärenden som möjligt är sådana som leder fram till kritikbeslut.

Här kan jämföras med Skolinspektionens hantering av anmälningar mot skolan. År 2013 utredde Skolinspektionen hälften av de inkomna anmälningarna i sak och mer än två tredjedelar av de utredda ärendena ledde till beslut om kritik mot skolhuvudmannen. Andelen utredda anmälningar mot skolan som leder till kritik är alltså dubbelt så hög som andelen utredda klagomål mot vården som leder till kritik.

Man bör inte dra jämförelsen med Skolinspektionen allt för långt eftersom det handlar om två skilda verksamheter. Framför allt innebär bestämmelserna i 7 kap. PSL att IVO har små möjligheter att själva prioritera vilka klagomål som ska utredas i sak.⁴⁰

4.3 Statskontorets slutsatser

Rättssäkerhet och hög kvalitet måste prioriteras

Statskontorets samlade bedömning är att handläggningen av patientklagomål i dag i flera avseenden brister i kvalitet och rättssäkerhet.

Statskontoret konstaterar att IVO under sitt första verksamhetsår 2014 har prioriterat effektivisering av verksamheten. IVO:s mål med att

⁴⁰ Förutsättningarna för detta analyseras mer ingående i vår delrapport, där vi även föreslår att regelverket ändras, se Statskontoret 2013:24 *Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården.*

utveckla handlägningsprocessen för klagomål är framför allt att öka kostnadseffektiviteten och att minska handläggningstiderna. Vi bedömer att det varit nödvändigt att göra sådana prioriteringar i verksamheten mot bakgrund av de höga ärendebalanser som har funnits och med hänsyn tagen till att IVO är en nyinrättad myndighet. Statskontoret vill dock betona vikten av att IVO framöver inte ensidigt fokuserar på effektivitetsfrågor.

Lika ärenden handläggs inte likvärdigt

Kvalitetssäkringen förefaller som regel fungera genom att ett antal tjänstemän med olika kompetenser har bedömt varje ärende. Vi har även konstaterat att de involverade vårdgivarna är nöjda såväl med IVO:s handläggning som med dess beslut.

Statskontoret konstaterar dock att statistiken över fattade beslut indikerar att beslutsfattandet skiljer sig åt mellan de regionala tillsynsavdelningarna. Även hur klagomålen hanteras skiljer sig åt. Iakttagelserna har bekräftats i de intervjuer vi genomfört med medarbetare inom IVO och med andra aktörer.

Bristande likvärdighet i handläggningen är ett rättssäkerhetsproblem både för den klagande, som ska kunna lita på att en anmälan behandlas likvärdigt oavsett var i landet den handläggs, och för den vårdpersonal som berörs av en anmälan. Kritikbeslut innebär konsekvenser för enskilda personer inom vården. Det kan till exempel handla om karriärmässiga konsekvenser eller uppmärksamhet i massmedia. Bristande likvärdighet kan i längden även påverka vårdens och allmänhetens förtroende för IVO:s tillsyn negativt.

Statskontorets slutsats är att de åtgärder som IVO har prioriterat för att säkerställa likvärdig handläggning – bland annat den gemensamma ärendeprocessen och juristorganisationen – inte har varit tillräckliga för att nå detta mål.

Ärendeprocessen ger inte tillräckligt stöd

Statskontoret bedömer att den gemensamma ärendeprocessen hittills inte fungerat som det kraftfulla verktyg för att uppnå likvärdig handläggning som myndighetsledningen avsett. Våra intervjuer indikerar att detta beror både på brister i själva rutinbeskrivningen och på att styr-

dokumenterna inte fått tillräckligt genomslag i alla delar av organisationen.

Statskontoret konstaterar att den nya ärendeprocessen och rutinerna som ska börja gälla från och med oktober 2014 kan bidra till att likvärdigheten i handläggning och beslutsfattande ökar. Vi betonar samtidigt att det är viktigt att följa implementeringen av den nya processen noga och sedan följa upp resultaten.

Stöd vid beslut med kritik saknas

Den nya rutinbeskrivningen inkluderar inget bedömningsstöd eller annan vägledning för bedömningen av om kritik ska uttalas mot vårdgivare och vårdpersonal eller inte. Varken i de nuvarande rutinerna eller i den nya ärendehandläggningsprocessen finns det något stöd för beslutsfattaren om vad som krävs för att kunna besluta om kritik. Det här är något som både medarbetarna inom IVO och vårdgivarna framhåller som en brist på förutsebarhet. Statskontoret delar denna bedömning.

Ytterligare ett sätt för IVO att indirekt kommunicera grunderna för sina beslut är att upprätta en praxissamling eller databas bestående av myndighetens beslut. Statskontoret anser att en sådan åtgärd även kan bidra till att höja rättssäkerheten i beslutsfattandet.

Oklar ansvarsfördelning inom juristorganisationen

Organisationen med jurister på enhets-, avdelnings- och myndighetsnivå är, vid sidan om ärendeprocesserna, den viktigaste tvärgående strukturen för att säkerställa likvärdig handläggning inom IVO. Statskontoret bedömer att det finns flera oklarheter när det gäller juristorganisationen. Det medför att vi ifrågasätter hur väl juristorganisationen kan fylla den ensamma funktion som den är avsedd att fylla.

Avdelningsjuristen ska verka genom enhetsjuristerna

Arbetsordningen pekar ut avdelningsjuristerna som ansvariga för att beslutsfattandet är likvärdigt inom respektive avdelning. Vi anser dock att avdelningsjuristerna i viss utsträckning inte har fått förutsättningar att uppfylla detta ansvar.

Statskontoret konstaterar att avdelningsjuristen som regel inte deltar i handläggningen av klagomålsärenden. Vår bedömning är att avdelningsjuristen knappast är delaktig i ett så stort antal klagomålsärenden att hon eller han kan säkerställa att handläggningen är likvärdig.

Statskontoret bedömer att det finns en risk för att juristorganisationen – en avdelningsjurist och 4–7 enhetsjurister per avdelning – inte kommer att kunna fylla den ensande funktionen. Bedömningen grundar sig framför allt på att ett litet antal jurister ska granska ett stort antal ärenden inom flera ärendeslag.

På myndighetsnivå är ansvarsfördelningen otydlig

Statskontoret konstaterar att det i dag saknas en myndighetsövergripande funktion som har ett utpekat ansvar för att säkerställa likvärdig handläggning på myndighetsnivå.

Den centrala juristfunktionen – rättsenheten – har inget direkt ansvar för att säkerställa rättslig kvalitet och likvärdig handläggning. Rättsenhetens roll inom detta område är begränsad till att samordna myndighetens arbete. Det sker bland annat genom avstämningar och diskussioner inom nätverket av avdelningsjurister.

Varje ärendeprocess har en ansvarig processägare. Inte heller processägarna har något utpekat ansvar för kvaliteten i de beslut som genereras inom processerna.

Statskontoret bedömer att det myndighetsövergripande perspektivet på rättssäkerhetsfrågorna riskerar att inte uppmärksammas tillräckligt. IVO har valt en organisation med långtgående delegering till de regionala avdelningarna. Vi anser att det därför är av särskild vikt att det finns en central funktion med ett tydligt ansvar för att säkerställa rättslig kvalitet och likvärdig handläggning.

Högre kostnadseffektivitet om utredningarna leder till kritik

Statskontoret konstaterar att en förhållandevis liten andel av de klagomål som kommer in leder till att IVO efter sin utredning beslutar om att rikta kritik mot en vårdgivare eller vårdpersonal.

Statskontoret bedömer att IVO har små möjligheter inom nuvarande regelverk att på något avgörande sätt öka andelen klagomål utredda i sak som leder till beslut med kritik. Vår slutsats är dock att IVO trots detta begränsade utrymme ändå kan genomföra vissa åtgärder som kan bidra till att en högre andel av de ärenden som utreds i sak också leder till beslut om kritik. Exempelvis kan det bedömningsstöd som finns i dag kompletteras med en exempelsamling. IVO:s beslutsstatistik visar även att vissa regionala avdelningar har högre precision än andra när de beslutar om vilka klagomål som ska utredas i sak. Det borde vara möjligt att sprida de bedömningsmetoder som används vid dessa avdelningar till övriga avdelningar.

Uppföljning av kvaliteten i beslutsfattandet saknas

Statskontoret konstaterar att IVO saknar uppföljning i efterhand av de beslut som har fattats i klagomålsärenden. Statskontoret bedömer att uppföljning av beslutsfattande och bedömningar är en förutsättning för att kunna identifiera kvalitetsbrister och analysera vad dessa i så fall beror på.

Statskontoret har i tidigare rapporter pekat på att IT-stödet inte svarar mot de behov som finns vid handläggning och uppföljning av ärenden.⁴¹ Det har även funnits allvarliga kvalitetsbrister i registreringen av vilka beslut som fattats i klagomålsärenden.⁴²

Vi konstaterar att IVO har genomfört åtgärder för att avhjälpa kvalitetsbristerna i beslutsstatistiken för klagomålsärenden. Ännu har dock inga åtgärder genomförts så att IVO på ett systematiskt sätt kan använda ärendehanteringssystemet för att följa upp kvaliteten i handläggningen. Myndighetsledningen uppger att åtgärder är planerade för att förbättra möjligheterna att följa upp verksamheten. Statskontoret bedömer dock att IT-stödet i nuläget är otillräckligt för att kunna följa upp hanteringen av klagomålsärenden effektivt.

⁴¹ Statskontoret 2012:11 *Utvärdering av tillsynsreformen. Samordnad tillsyn över socialtjänst och hälso- och sjukvård*, s. 60.

⁴² Statskontoret 2013:24 *Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården*, s. 28.

IVO bör därför genomföra andra uppföljningsinsatser, exempelvis slumpmässiga granskningar av ärenden, liknande den som Statskontoret har genomfört inom ramen för detta uppdrag.

5 Klagomålshanteringens kostnader

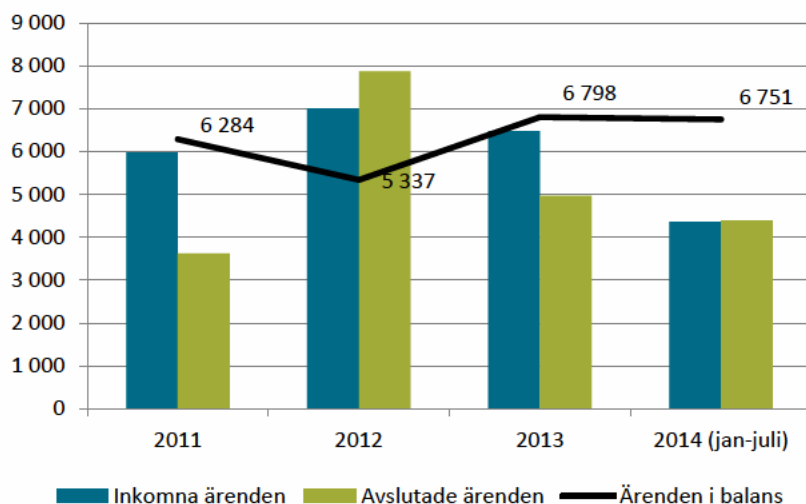
I kapitlet redogör vi för hur klagomålshanteringens ärendeströmning, kostnader och produktivitet har utvecklats under 2011–2014.

5.1 Ärendebalans och handläggningstider

Ärendebalans

IVO:s balans av klagomålsärenden, det vill säga öppna ärenden under utredning, var vid årsskiftet 2013/14 cirka 6 800 ärenden. Ärendebalansen hade då ökat kontinuerligt sedan halvårsskiftet 2012. Även under 2011 ökade balansen och det var endast med hjälp av extraordinära insatser som Socialstyrelsen under första halvåret 2012 kunde minska antalet öppna ärenden. Utvecklingen illustreras i diagram 5.1. Under 2014 har utvecklingen stabiliserats och IVO har under årets första sju månader avslutat lika många ärenden som det kommit in nya klagomål.

Diagram 5.1 Inkomna och beslutade klagomålsärenden samt ärenden i balans, 2011–2014 (januari–juli), antal ärenden



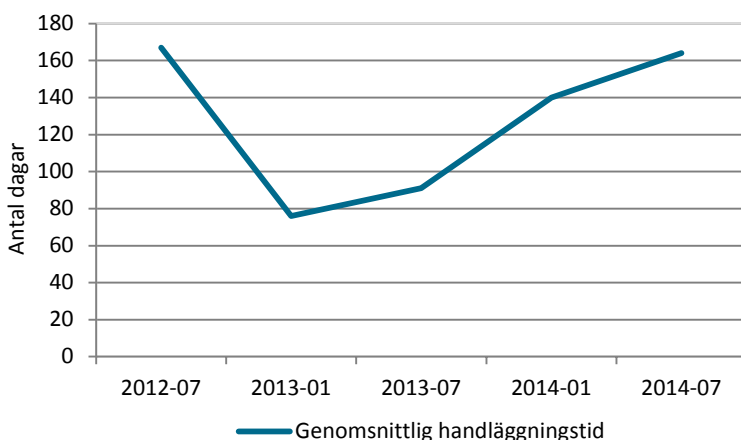
Källa: IVO. Statskontorets bearbetning. Uppgifterna som avser 2011 och 2012 är reviderade jämfört med tidigare publicerade uppgifter från Socialstyrelsen. År 2013 avser Socialstyrelsen till och med den 31 maj och IVO från och med den 1 juni.

En stor ärendebalans behöver i sig inte vara ett problem. Tvärtom är det naturligt att ett stort antal ärenden är öppna samtidigt vid en så omfattande handläggning som hanteringen av patientklagomål handlar om. Stora ärendebalanser riskerar dock att leda till längre handläggningstider och även att bidra till mindre effektiv handläggning generellt.

Handläggningstiderna är fortsatt långa

I IVO:s verksamhetsplan för 2014 anges som mål för handläggningen av klagomål att handläggningstiderna vid årets utgång ska vara kortare än vad de var vid årets början. Diagram 5.2 visar hur de genomsnittliga handläggningstiderna har utvecklats sedan juli 2012.

Diagram 5.2 Genomsnittlig handläggningstid (senaste 6 månaderna) för beslutade klagomålsärenden, juli 2012–juli 2014, antal dagar



Källa: IVO och Socialstyrelsen. Statskontorets bearbetning.

I diagrammet syns tydligt effekten av den satsning på att avsluta gamla ärenden som Socialstyrelsen gjorde under slutet av 2011 och början av 2012. Efter att kraftsamlingen avslutats i juni 2012 har dock handläggningstiderna återigen ökat och är nu tillbaka på samma nivå som tidigare.

I tidigare verksamhetsplaner har Socialstyrelsen haft som mål att 75 procent av ärendena ska avslutas inom sex månader och att 100 procent ska vara avslutade inom ett år. Socialstyrelsen lyckades inte nå detta mål. Beträffande IVO konstaterar vi att under första hälften av 2014 hade 50 procent av de beslutade ärendena handlagts inom sex månader (2013 var andelen 58 procent). För 29 procent av de beslutade ärendena var handläggningstiden längre än tolv månader under januari–juli 2014, vilket är en något högre andel än genomsnittet för 2013.

Resultatet kan jämföras med Skolinspektionen, som från och med den 1 juli 2013 har som mål att 80 procent av ärendena ska beslutas inom fyra månader. Även det tidigare målet om att 100 procent ska vara beslutade inom sex månader har från och med den 1 januari 2014

skärpts till fem månader. Under 2013 avslutades 81 procent av anmälningsärendena inom fem månader. Skolinspektionen har genomfört åtgärder under 2013 som har minskat den genomsnittliga handläggningstiden från 143 till 94 dagar.⁴³

Upplysningstjänst förväntas bidra till minskad ärendeströmning

Den upplysningstjänst (se avsnitt 3.1) som på försök ska inrättas till och med december 2014 syftar bland annat till att öka effektiviteten i hanteringen av klagomål genom att erbjuda en alternativ kanal för att framföra synpunkter på vården.

Målet är att klagomål som inte är vårdskaderelaterade, utan till exempel rör kommunikation eller bemötande, i så stor utsträckning som möjligt ska hanteras av upplysningstjänsten. De synpunkter som kommer in via upplysningstjänsten ska tas omhand så att de kan utgöra underlag för IVO:s riskbaserade tillsyn.⁴⁴

Under pilotförsöket ska upplysningstjänsten bemannas med sex medarbetare. Kostnaden för en sådan verksamhet på årsbasis kan uppskattas till cirka 6 miljoner kronor. Med utgångspunkt i de uppgifter vi tog fram i vår delrapport uppskattar vi att antalet klagomål måste minska med cirka 1 000–1 500 per år för att kostnadsminskningen ska väga upp kostnaden för upplysningstjänsten.⁴⁵

5.2 Kostnaderna för klagomålshanteringen

Ökad totalkostnad

År 2011 höjdes Socialstyrelsens förvaltningsanslag med drygt 44 miljoner kronor, varav 42 miljoner kronor var avsedda att kompensera för ökade kostnader med anledning av uppdraget att hantera patientklago-

⁴³ Skolinspektionens årsredovisning 2013.

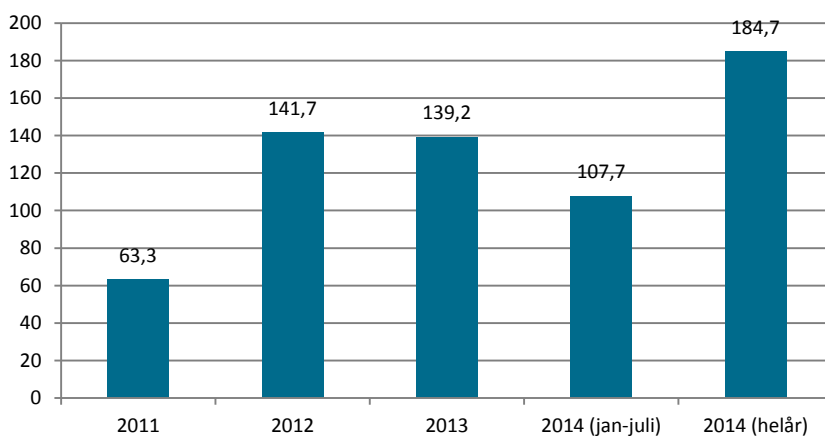
⁴⁴ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Tydligare kontaktvägar för medborgare. Delrapport för att utveckla och förtydliga service och bemötande av enskilda klagomål mot hälso- och sjukvården (regeringsuppdrag S2014/1124/FS)*.

⁴⁵ Det handlar alltså om klagomål som inte avser händelser som inneburit vårdskada eller risk för vårdskada, där IVO:s beslut skulle ha varit att avsluta ärendet utan utredning i sak.

mål. Anslagshöjningen följde Patientsäkerhetsutredningens bedömning av vilka kostnader handläggningen av klagomål skulle medföra för Socialstyrelsen.⁴⁶

Av diagram 5.3 framgår att kostnaderna för att ta emot och utreda enskildas klagomål blivit avsevärt högre än vad som ursprungligen beräknades.

Diagram 5.3 Kostnad för enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården, 2011–2014, miljoner kronor



Källa: IVO och Socialstyrelsen. Statskontorets bearbetning. Uppgifterna för 2013 avser myndigheternas sammanlagda kostnader. Helårskostnaden för 2014 är en uppskattning baserad på den genomsnittliga kostnaden per månad under januari–juli 2014.

Åren 2012 och 2013 har hanteringen av enskildas klagomål mot vården kostat ungefär 140 miljoner kronor årligen.⁴⁷ Under januari–juli 2014 var kostnaden 108 miljoner kronor, vilket skulle motsvara en kostnad för hela året på cirka 185 miljoner kronor.

⁴⁶ Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 175; SOU 2008:117 *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* s. 499.

⁴⁷ Kostnaden under 2013 är summan av Socialstyrelsens kostnad för perioden januari–maj, som är 34,7 miljoner kronor, och IVO:s kostnad på 100,9 miljoner kronor.

I vår delrapport redovisade vi beräkningar av vad som kan anses vara en rimlig kostnad för klagomålshanteringen givet de moment som ingår i handläggningen. Vi uppskattade kostnaden för en verksamhet i balans till cirka 132 miljoner kronor för år 2012. Framräknat till 2014 skulle kostnaden vara 136–142 miljoner kronor.⁴⁸

Med en verksamhet i balans avser vi att antalet beslut motsvarar antalet nyinkomna ärenden (det vill säga 7 000 beslut per år). Beräkningen är gjord utifrån den tidsstudie vi genomfört och med utgångspunkt i Socialstyrelsens kostnader för klagomålshanteringen 2012.

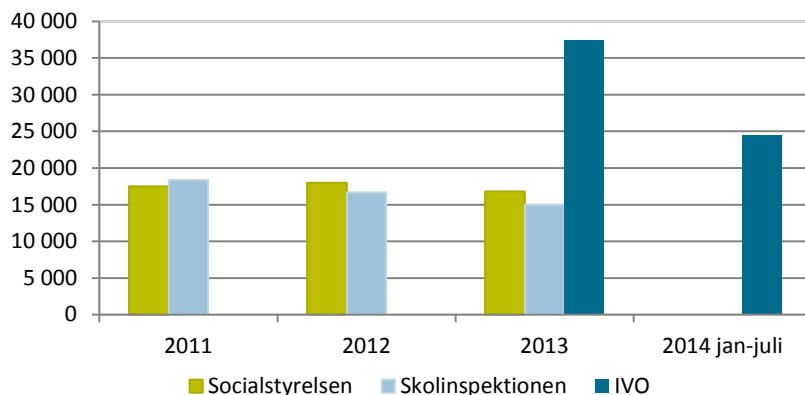
Kostnaden per beslut har ökat

Kostnad per beslut är ett enkelt mått på verksamhetens produktivitet.⁴⁹ Diagram 5.4 visar hur kostnaden per beslut har utvecklats 2011–2014. Som referenspunkt finns även Skolinspektionens kostnad per beslut i anmälningsärenden med i diagrammet. Det är dock viktigt att ha i åtanke att myndigheter kan tillämpa olika metoder för att redovisa kostnader, exempelvis hur OH-påslag beräknas. Sådana skillnader kan påverka jämförelsen.

⁴⁸ Framräknat med pris- och löneomräkningstalen för utgiftsområde 9 i budgetpropositionerna för 2013 och 2014 är kostnaden 136 miljoner kronor. Om man i stället använder Konjunkturinstitutets uppgifter om statens konsumtionsutgifter som utgångspunkt blir den framräknade kostnaden för 2014 cirka 142 miljoner kronor.

⁴⁹ Måttet avser samtliga beslut i klagomålsärenden, det vill säga både de klagomål som utreds i sak och de som avslutas utan utredning. Det fångar därmed inte eventuella skillnader mellan åren beträffande andelen klagomål utredda i sak.

Diagram 5.4 Kostnad per beslutat ärende för IVO (klagomål mot vården), Skolinspektionen (anmälningsärenden exklusive Barn- och elevombudet) och Socialstyrelsen (klagomål mot vården), 2010–2014 (januari–juli), kronor



Källa: Socialstyrelsen, Skolinspektionen och IVO. Statskontorets bearbetning.

År 2011, när klagomålshanteringen vid Socialstyrelsen var under uppbyggnad, var kostnaden per beslut 19 300 kronor. År 2012 var kostnaden per beslut 18 900 kronor, det vill säga något lägre än året innan. Den genomsnittliga styckkostnaden för 2013, det vill säga det år när IVO i juni tog över klagomålshanteringen, var 28 000 kronor, vilket är avsevärt högre än de föregående åren. Under januari–juli 2014 har styckkostnaden sjunkit till 24 600 kronor per beslut.

Den höga kostnaden per beslut beror dels på att IVO under uppbyggnadsskedet 2013 har haft extraordinära kostnader på 32 miljoner kronor, dels på att arbetstiden per fattat beslut har ökat.⁵⁰ Under år 2012 var tidsåtgången cirka 16 timmar per fattat beslut och under våren 2013 cirka 18 timmar. Under januari–juli 2014 var motsvarande tidsåtgång 21 timmar per fattat beslut.⁵¹

⁵⁰ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Årsredovisning 2013*, s. 7.

⁵¹ Beräkningen är baserad på uppgifter lämnade av IVO och Socialstyrelsen.

IVO:s åtgärder kan minska kostnaderna

Statskontoret konstaterar att IVO har genomfört och planerar att genomföra flera åtgärder som kan antas bidra både till färre ärenden och till lägre kostnader per beslut. I tabell 5.1 illustrerar vi hur förändringar av kostnaden per beslut påverkar totalkostnaden för klagomålshanteringen vid olika antaganden om antalet fattade beslut.

Tabell 5.1 Kostnad för klagomålshanteringen vid olika antaganden om kostnad per beslut och antal beslut per år, miljoner kronor (mnkr)

Kostnad per beslut (kr)	Antal beslut per år			
	4 000	5 000	6 000	7 000
10 000	40 mnkr	50 mnkr	60 mnkr	70 mnkr
15 000	60 mnkr	75 mnkr	90 mnkr	105 mnkr
20 000	80 mnkr	100 mnkr	120 mnkr	140 mnkr
25 000	100 mnkr	125 mnkr	150 mnkr	175 mnkr
30 000	120 mnkr	150 mnkr	180 mnkr	210 mnkr

Källa: Statskontorets beräkningar.

Om den nya handläggningsrutinen exempelvis skulle innebära en effektivisering av handläggningen så att kostnaden per beslut minskar från 20 000 kronor till 15 000 kronor, skulle det medföra att totalkostnaden skulle minska från cirka 140 miljoner kronor (markerat med svart ram) till 105 miljoner kronor.⁵² Om man dessutom antar att den upplysningstjänst IVO avser att inrätta skulle minska ärendeinströmningen, och därmed antalet beslut, med 1 000 ärenden årligen skulle totalkostnaden sjunka ytterligare, till 90 miljoner kronor per år.

Exemplet ovan bygger på ett förenklat resonemang. Bland annat tar vi inte hänsyn till kostnaden för upplysningstjänsten eller förändringar av sammansättningen på de ärenden som kommer in.

⁵² 140 miljoner kronor kan vara en rimlig nivå att utgå från i exemplet, eftersom detta var den ungefärliga kostnaden för klagomålshanteringen både år 2012 och 2013.

5.3 Statskontorets slutsatser

Totalkostnaderna har ökat och produktiviteten har minskat Produktiviteten har försämrats

Statskontoret konstaterar att produktiviteten har minskat sedan IVO övertog ansvaret för klagomålshandlingen. Den nedlagda arbetstiden per fattat beslut har ökat med cirka 30 procent jämfört med 2012. Den genomsnittliga kostnaden per beslut har på motsvarande sätt ökat med cirka 30 procent jämfört med Socialstyrelsens kostnadsnivå 2011 och 2012.

Statskontoret bedömer att IVO bör kunna handlägga enskildas klagomål mot vården mer kostnadseffektivt än för närvarande. Vi anser att det är rimligt att förvänta sig att styckkostnaderna ska sjunka till samma eller lägre nivå än då Socialstyrelsen ansvarade för klagomålshandlingen.

Totalkostnaden har tredubblats

Statskontoret konstaterar att sedan 2011 har kostnaden för att hantera patientklagomål mot vården tredubblats från cirka 60 miljoner kronor till beräknade cirka 180 miljoner kronor år 2014.

Kostnaden för klagomålshandlingen har blivit mer än fyra gånger högre än vad verksamheten ursprungligen beräknades kosta. Statskontorets slutsats är att en så stor kostnadsförändring har inneburit att Socialstyrelsen och IVO varit tvungna att prioritera annan verksamhet lägre (vilket exempelvis inneburit längre handläggningstider för tillståndsärenden och lex Maria-anmälningar eller mindre egeninitierad tillsyn) för att frigöra resurser för klagomålshandlingen.

Fortsatt hög balans av öppna ärenden

Statskontoret konstaterar att IVO har en fortsatt stor balans av öppna klagomålsärenden motsvarande en årsproduktion. Under 2014 har balansen inte ökat utan varit i stort sett oförändrad. Detta har IVO åstadkommit genom en kombination av ökade resurser och ökad produktivitet jämfört med juni–december 2013.

Statskontoret bedömer att det på sikt inte är hållbart att ha en så stor balans av öppna ärenden, eftersom det riskerar att leda till ineffektivare

handläggning och därmed längre handläggningstider, till exempel genom köbildning och ökad administration. Att under lång tid ha ett stort antal ärenden under handläggning riskerar även att minska utrymmet att bedriva utvecklingsarbete liksom organisationens flexibilitet.

För att bland annat minska ärendeinströmningen ska IVO genomföra ett pilotförsök med en upplysningstjänst för klagomål mot vården under hösten 2014.

Omorganisationen har haft en negativ påverkan

Statskontoret bedömer att de organisatoriska förändringarna under 2013 har haft en negativ inverkan på klagomålshanteringens produktivitet och kostnadsutveckling. Omorganiseringer medför alltid produktivitetstapp, bland annat på grund av personalrörlighet och ökade kostnader. Regionaliseringen har i detta fall även medfört att många medarbetare som inte är vana vid ärendeslaget har behövt bygga upp denna kompetens.

Statskontoret bedömer att de problem som orsakats av omorganisationen är övergående. Under år 2015 är det rimligt att förvänta sig högre produktivitet och även lägre balans av öppna ärenden och lägre totalkostnad. Det senare beror dock även på hur stor ärendeinströmningen blir.

Handläggningstiderna har fortsatt att öka

Statskontoret konstaterar att den genomsnittliga handläggningstiden för klagomålsärenden har ökat kraftigt under 2013 och 2014. I juli 2014 var den genomsnittliga handläggningstiden för de beslut som fattats under de senaste sex månaderna över 160 dagar.

Den genomsnittliga handläggningstiden är baserad på alla klagomålsärenden, oavsett om de utreds i sak eller inte. För de ärenden som utreds i sak är handläggningstiden ofta avsevärt längre än 160 dagar. För upp till en tredjedel av klagomålsärendena tar handläggningen mer än tolv månader. Statskontoret bedömer att handläggningstiderna för ärenden som utreds i sak är orimligt långa.

Långa handläggningstider är ett problem

Handläggningstider används ofta som ett kvalitetsmått för myndigheter och andra som hanterar ansökningar, anmälningar och liknande från allmänheten.

I förvaltningslagen (1986:223) anges att ärenden ska handläggas så enkelt, snabbt och billigt som möjligt utan att säkerheten eftersätts. Långa handläggningstider för klagomålsärendena är ett rättssäkerhetsproblem såväl för de klagande som för personalen inom hälso- och sjukvården. För den klagande handlar det om att berättigade krav på snabb och enkel handläggning inte uppfylls. I förlängningen kan detta leda till ett sjunkande förtroende för IVO:s verksamhet och för vården som helhet. För den vårdpersonal som är under utredning innebär det en onödigt lång tid av osäkerhet när IVO:s beslut dröjer. Om beslut om kritik dröjer kan brister inom vården dessutom leda till ytterligare vårdskador under den tid IVO utreder klagomålet. Det är också rimligt att anta att IVO:s återkoppling till vårdgivare och vårdpersonal har större effekt ju tidigare den ges.

Det är dock viktigt att ha i åtanke att det kan finnas en konflikt mellan målen att handlägga ärenden så skyndsamt som möjligt och att besluten ska vara välgrundade och hålla hög kvalitet. Hög rättssäkerhet i form av kommunikering och kvalitetssäkring tar tid i anspråk. Det innebär dock inte att det är rimligt att 25–30 procent av IVO:s beslut i klagomålsärenden har en handläggningstid på mer än ett år.

IVO:s åtgärder för att effektivisera handläggningen

Statskontoret konstaterar att IVO sedan inrättandet har genomfört förändringar som kan antas påverka produktiviteten positivt, bland annat har en ny rutin för handläggningsprocessen tagits fram som bör leda till att flera moment av handläggningen kan ske på ett enklare och mindre tidskrävande sätt.

Ny ärendeprocess kan effektivisera handläggningen

Den nya handläggningsrutinen för klagomålsärenden innehåller bland annat förenklade förfaranden vid beslutsskrivning och kommunikering samt ett förbättrat stöd för handläggningen i form av mallar och stan-

dardtexter. Förenklingarna syftar bland annat till att öka produktiviteten och minska kostnaden för klagomålshanteringen.

Statskontoret bedömer att den nya handläggningsrutinen kommer att kunna effektivisera handläggningen i enlighet med IVO:s intentioner. En förutsättning är dock att de nya rutinerna implementeras fullt ut i hela organisationen. Om så sker är det rimligt att förvänta sig lägre kostnader och lägre tidsåtgång per beslut än vad Socialstyrelsen hade.

IVO:s upplysningstjänst kan bidra till lägre kostnader

Upplysningstjänsten för personer som vill klaga på vården inrättas i första hand för att höja IVO:s servicenivå gentemot medborgarna. Men upplysningstjänsten syftar också till att minska inströmningen av patientklagomål som inte avser patientsäkerhetsrelaterade händelser. Om detta även kommer att innebära att den samlade kostnaden för att hantera klagomål mot vården minskar, beror på i vilken utsträckning de som har klagomål kommer att vända sig till upplysningstjänsten och hur många av dessa som sedan väljer att inte gå vidare med en anmälan till IVO.

Upplysningstjänsten i sin nuvarande utformning är beräknad att kosta cirka 6 miljoner kronor årligen. Statskontoret uppskattar att antalet klagomål måste minska med cirka 1 000–1 500 per år för att kostnadsminskningen ska väga upp kostnaden för upplysningstjänsten.

Effektivisering av handläggningen räcker inte

Statskontoret konstaterar att de åtgärder IVO har genomfört och avser att genomföra ger förutsättningar för att hantera enskildas klagomål med betydligt mindre resurser än i dag. Vår bedömning, med utgångspunkt i vad Socialstyrelsens kostnad per beslutat ärende var, är att IVO:s kostnader bör kunna minska med flera tiotals miljoner kronor årligen.

Statskontorets slutsats är dock att även efter en sådan kostnadsminskning så kommer klagomålshanteringen sannolikt fortfarande att kosta minst dubbelt så mycket som vad verksamheten ursprungligen beräknades kosta.

6 Anmälningar till HSAN

I detta kapitel analyserar vi vilka konsekvenser de ändrade bestämmelserna om bland annat prøvotid har fått i form av förändrat antal anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

6.1 Bestämmelserna om prøvotid

Lagstiftarens intention var att det tidigare systemet med disciplinpåföljder för legitimerad vårdpersonal skulle ersättas dels av IVO:s, och tidigare Socialstyrelsens, klagomålshantering, dels av utökade möjligheter att föreskriva prøvotid. Förändringen motiverades med att prøvotid antogs vara en effektivare patientsäkerhetsåtgärd för att komma tillrätta med vårdpersonal som begått fel i tjänsten än att utdöma disciplinpåföljder.⁵³ Prövotid kan jämföras med en villkorlig dom beträffande återkallelse av legitimation. Tanken med åtgärden är att en yrkesutövare ska ges en möjlighet att visa att denne inte längre är en risk för patientsäkerheten.

I patientsäkerhetslagen anges att prøvotid ska föreskrivas om någon av de prøvotidsgrunder som anges i lagen är uppfyllda. Lagen anger fyra prøvotidsgrunder, varav två är nya. De två nya prøvotidsgrunderna handlar om när en yrkesutövare:

- i eller i samband med yrkesutövningen har gjort sig skyldig till brott som är ägnat att påverka förtroendet för honom eller henne
- uppsåtligt eller av oaktsamhet har brutit mot en föreskrift som är av väsentlig betydelse för patientsäkerheten.

Möjligheten att föreskriva prøvotid – med anledning av oskicklighet vid utövningen av yrket eller när yrkesutövaren på annat sätt visat

⁵³ SOU 2008:117 *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*, s. 318.

olämplighet för yrket och vid sjukdom eller liknande – har funnits sedan 1999 och reglerades då i lagen om yrkesverksamhet på sjukvårdens område. Dessa prövotidsgrunder flyttades över till patientsäkerhetslagen. Beträffande bestämmelsen om olämplighet ändras den så att det nu räcker att befara att en yrkesutövare är olämplig för yrket, jämfört med den tidigare formuleringen där yrkesutövaren skulle ha visat sig olämplig.

6.2 IVO:s handläggning av anmälningssärenden

Individtillsyn är en del av IVO:s uppdrag

I IVO:s uppdrag ingår att utöva tillsyn över personal inom hälso- och sjukvården, så kallad individtillsyn.

Tillsynsärenden som avser individer inom vården kan initieras på en rad olika sätt, till exempel genom anmälningar från arbetsgivare, lex Maria-anmälningar, enskilda klagomål eller andra signaler såsom uppgifter i media. Det är oklart hur frekvent individärenden initieras genom olika kanaler, eftersom IVO inte registrerar och statistikför sådana uppgifter.

Anmälan till HSAN handläggs regionalt

Beslut om att öppna ett anmälningssärende för att utarbeta en anmälan till HSAN tas av enhetschefen i samråd med en jurist. Juristen ska enligt delegeringsordningen i IVO:s arbetsordning stämma av med avdelningsjuristen, som ska vara medhandläggare i ärendet. Det varierar dock mellan avdelningarna i vilket skede av handläggningen avdelningsjuristen kommer in. I normalfallet handläggs anmälan till HSAN i sin helhet inom någon av de regionala avdelningarna.

Den rättsliga kvaliteten i anmälningssärenden varierar

Den gemensamma rutinbeskrivningen för anmälningssärenden är i dag det främsta verktyget för att uppnå hög rättslig kvalitet och likvärdig handläggning. På avdelningarna finns även i varierande utsträckning checklistor och lathundar som medarbetarna själva tagit fram. På rättsenheten pågår ett arbete med en myndighetsgemensam praxissamman-

ställning, men redan i dag finns det tillgång till domstolspraxis genom databaser. Även process- och rutinbeskrivningen för anmälningssärenden är under översyn.

Kvalitetssäkring av pågående ärenden sker framför allt genom avstämningar med avdelningsjuristen och enhetschefen. Avdelningsjuristen har i sin tur möjlighet att ta ärendet vidare för bedömning i något myndighetsgemensamt forum. Principiellt viktiga ärenden kan lyftas till avdelningschefen eller generaldirektören för beslut.

I nuläget görs ingen uppföljning i efterhand av den rättsliga kvaliteten i anmälningssärenden. Det finns därmed inget underlag som kan belysa om de regionala avdelningarnas bedömningar och beslut är likvärdiga.

HSAN:s ordförande uppger att den rättsliga kvaliteten på IVO:s anmälningar varierar. Om man ser till bifallsfrekvensen för prövade behörighetsärenden initierade av IVO, och tidigare Socialstyrelsen, går det dock inte att se att bristande rättslig kvalitet skulle leda till fler avslag. Bifallsfrekvensen har under de senaste fem åren legat ganska stabilt kring 90 procent.

IVO:s ledning uppger att det är en prioriterad fråga att utveckla den rättsliga kvaliteten vid anmälningar till HSAN. Detta eftersom dessa ärenden har stor betydelse både för den enskilde yrkesutövaren och för patientsäkerheten. Myndighetens internrevisor planerar att genomföra en uppföljning av ett antal anmälningssärenden för att bland annat klarlägga om den rättsliga kvaliteten skiljer sig mellan avdelningarna. IVO avser även att genomföra insatser för att öka kompetensen i processföring.

6.3 Antal anmälningar till HSAN

Regeringen och riksdagens avsikt med regeländringarna som avser provotid var bland annat att användningen av provotidsinstrumentet skulle öka.⁵⁴ Av tabell 6.1 framgår att varken antalet yrkanden eller antalet beslut om provotid har förändrats på något avgörande sätt jämfört med innan patientsäkerhetslagen trädde i kraft. Under 2011 minskade antalet yrkanden om provotid, vilket berodde på att Socialstyrel-

⁵⁴ Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*, s. 231.

sen förändrade handläggningen av anmälningssärenden med avsevärt längre handläggningstider som följd. Det har inte varit möjligt att få fram uppgifter om hur lång IVO:s sammanlagda handläggningstid för en anmälan till HSAN är i dag.

Tabell 6.1 Yrkanden och beslut om prøvotid, 2009–2013, antal

	2009	2010	2011	2012	2013
Yrkande om prøvotid	41	39	7	48	42
Beslut om prøvotid	41	38	24	24	48

Källa: HSAN.

Den vanligaste grunden för beslut om prøvotid är sjukdom, missbruk eller motsvarande. Under åren 1999–2010 fattades 85 procent av alla prøvotidsbeslut på denna grund. Åren 2011–2013 har den nya prøvotidsgrunden brottslighet använts i 13 procent av besluten. Att ha brutit mot föreskrifter har använts i 2 procent av besluten. Sjukdom och missbruk är fortfarande den vanligaste prøvotidsgrunden och användes i 70 procent av besluten.

I tabell 6.2 redovisas utvecklingen av det totala antalet yrkanden och beslut om behörighetsåtgärder, det vill säga prøvotid, återkallelse av legitimation och begränsning av förskrivningsrätt.

Tabell 6.2 Yrkanden och beslut om behörighetsåtgärder, 2009–2013, antal

	2009	2010	2011	2012	2013
Yrkande om behörighetsåtgärder	88	75	27	111	96
Beslut om behörighetsåtgärder	78	64	54	75	99

Källa: HSAN.

Av tabellen framgår att antalet yrkanden om behörighetsåtgärder har ökat de senaste åren jämfört med 2009–2010. Med viss eftersläpning har även antalet beslut av HSAN ökat. Ökningen beror framför allt på att fler legitimationer återkallas på grund av sjukdom alternativt missbruk eller grov brottslighet i eller utanför tjänsten.

Det återstår att se om ökningen är bestående eller tillfällig. I ett längre tidsperspektiv är det dock tydligt att antalet behörighetsanmälningar har ökat kontinuerligt de senaste 15 åren och mer än fördubblats jämfört med femårsperioden 1998–2002.⁵⁵ Det är oklart vad denna förändring beror på.

I intervjuer uppger både företrädare för nämnden och jurister vid IVO som arbetar med behörighetsanmälningar att den nuvarande nivån på antalet anmälningar är rimlig. Intervjupersonerna anser inte heller att antalet beslut om prøvotid borde vara större än i dag. I intervjuerna har det inte heller framkommit någon förklaring till varför lagstiftarens intention om att öka användandet av prøvotid inte har blivit verklighet.

6.4 Statskontorets slutsatser

Antal prøvotidsyrkanden har inte förändrats

Statskontorets slutsats är att vare sig antalet yrkanden eller antalet beslut om prøvotid har förändrats på något avgörande sätt jämfört med innan patientsäkerhetslagen trädde i kraft. De nya grunderna för prøvotid har åberopats i 15 procent av besluten om prøvotid. Statskontoret har inte kunnat finna någon förklaring till varför lagstiftarens intention om att öka användandet av prøvotidsinstitutet inte har förverkligats.

IVO:s handläggning brister i rättslig kvalitet

När det gäller handläggningen av HSAN-ärenden bedömer Statskontoret att IVO i dag inte har tillräckliga instrument för att säkerställa dels en hög rättslig kvalitet i hanteringen av anmälningsärenden, dels att handläggningen sker på ett likvärdigt sätt inom myndigheten. Bland annat saknas uppföljning av fattade beslut i efterhand. Vår slutsats är att bristerna på sikt kan innebära risker för rättssäkerheten. IVO uppger dock att man avser att genomföra åtgärder för att höja kvaliteten på anmälningsärendena.

⁵⁵ Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (2014) *Verksamhetsredogörelse 2013*, s. 5.

7 Klagomålshanteringens betydelse för patientsäkerheten

I kapitlet redovisar vi en uppföljning av vilka åtgärder vården genomför med anledning av IVO:s beslut i klagomålsärenden. Vi redogör också för IVO:s insatser för att dra nytta av klagomålen som underlag för tillsyn och återföring av kunskap till vården.

7.1 Förutsättningar för förbättringar

Det övergripande syftet med den klagomålshantering som inrättades genom patientsäkerhetsreformen är att bidra till en säkrare vård. En förutsättning för att IVO:s verksamhet ska kunna leda till ökad patientsäkerhet är att vården får kännedom om de brister och risker som IVO upptäcker genom sin tillsyn.

IVO:s beslut i enskilda ärenden

Den mest direkta återkopplingen sker i samband med hanteringen av enskilda ärenden. IVO:s beslut om kritik ska vara en tydlig signal till vårdgivare och vårdpersonal att patientsäkerhetshöjande åtgärder behöver genomföras. I avsnitt 7.2 redovisar vi resultatet av den uppföljning av IVO:s kritikbeslut som vi har gjort.

I kapitel 4 konstaterar vi att IVO saknar bedömningsstöd för beslut om kritik. IVO har inte heller någon sammanställning av egna beslut (myndighetens praxis) som kan fungera vägledande vid beslutsfattandet. Företrädare för vårdprofessionerna och för SKL har framfört i intervjuer med Statskontoret att det av flera skäl vore önskvärt att IVO i större utsträckning gör sina beslut tillgängliga för vårdgivare och allmänheten. Framför allt av rättssäkerhetsskäl, så att man inom vården vet var gränsen går i olika situationer, men också för att kunna få patientsäkerhetshöjande effekter även utanför den verksamhet som beslutet gäller.

Ett förslag om att publicera beslut på IVO:s webbplats har förts fram inom det processutvecklingsprojekt som bedrivits under 2014. Av förslaget framgår dock att en noggrann riskanalys bör göras innan man går vidare med ett sådant förslag, bland annat med hänsyn till de klagandes och den berörda vårdpersonalens integritet.⁵⁶

Klagomål som grund för egeninitierad tillsyn

En tanke som återkommit vid ett flertal tillfällen är att hanteringen av patientklagomål på olika sätt bör kunna bidra till att stärka även annan tillsyn över hälso- och sjukvården.⁵⁷ Klagomålen ska kunna utgöra underlag i IVO:s riskanalysarbete, så att myndigheten så snabbt som möjligt kan identifiera områden, verksamheter och individer som bör bli föremål för fördjupad tillsyn.

Omorganiseringen har förbättrat förutsättningarna för en samlad analys

I samband med inrättandet av IVO flyttades handläggningen av klagomål ut från Socialstyrelsens två centralt placerade enheter till samtliga enheter som hanterar tillsyn över hälso- och sjukvården. Flera av de intervjuade handläggarna och cheferna vid IVO anser att omorganisationen har inneburit förbättringar. Bland annat nämns att klagomålen bidrar med information om vårdgivare inom regionen som kan komplettera och bekräfta de indikationer som IVO får från lex Maria-anmälningarna. I regionerna syd och sydöst finns även exempel på hur en samlad analys av klagomål och lex Maria-ärenden har lett både till att IVO genomfört annan tillsyn och till att de gör olika insatser för att återföra iakttagelser till vårdgivarna.

Kopplingar mellan ärenden saknas i ärendehanteringssystemet

Under juli–december 2013 hanterade IVO 1 351 lex Maria-anmälningar och tog emot 3 122 klagomål mot hälso- och sjukvården.⁵⁸ Det har inte varit möjligt att få fram information ur IVO:s ärendehante-

⁵⁶ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Genomlysning av klagomålsprocessen. Förslag till rapport*. Intern PM daterad 2014-06-30, s. 59.

⁵⁷ SOU 2008:117 *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*, s. 346; SOU 2013:44 *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*, s. 184 ff; prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården*, s. 91 f.

⁵⁸ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Årsredovisning 2013*.

ringssystem om hur många av klagomålen som avsåg händelser som även anmälts enligt lex Maria. Det går inte heller att se i vilken utsträckning klagomålen har lett till att IVO genomfört någon annan tillsyn av verksamheter eller individer. Kvantitativa data saknas alltså som kan säga något om huruvida klagomålshanteringen har integrerats med övrig tillsyn eller vilken effektiviseringspotential som kan finnas i att ytterligare samordna handläggningen av olika ärendeslag.

Återföring av tillsynens resultat

Vid inrättandet av IVO betonade regeringen att kunskapsåterföringen av tillsynens iakttagelser är viktig och behöver utvecklas. Det är centrala uppgifter för tillsynsmyndigheten att följa upp att brister och missförhållanden åtgärdas samt att förmedla den kunskap och de erfarenheter som tillsynen ger. Även aktiviteter i syfte att vara lärande, förebyggande och stödjande ingår.⁵⁹

Utöver den årliga tillsynsrapporten har IVO hittills publicerat en rapport baserad på iakttagelser från enskildas klagomål. I rapporten analyseras de klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom somatisk specialistvård som har beslutats inom avdelning nord under januari–juni 2013. Bland slutsatserna kan nämnas att brister i kommunikationen är en vanlig orsak till både klagomål och lex Maria-anmälningar samt att vårdens systematiska kvalitetsarbete måste förstärkas.⁶⁰

IVO har genomfört återföringskonferenser för sjukvårdshuvudmännen i alla sex regionerna och planerar att ytterligare utveckla konferenserna. Där presenterades resultatet från tillsynsrapporten och olika temarapporter. Sammanlagt har 17 konferenser genomförts. Deltagarna har i myndighetens utvärderingsenkät generellt sett varit nöjda med konferenserna.

⁵⁹ Prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*

⁶⁰ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas. Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom den somatiska specialistsjukvården.*

Samordning och samverkan med patientnämnderna

Såsom framgår i kapitel 2 ska patientnämnderna komplettera vårdens egen klagomålshandling och den statliga tillsyn som IVO och HSAN svarar för.

Patientnämnderna och IVO har delvis överlappande uppdrag inom klagomålssystemet. Detta förhållande avspeglas på flera sätt i de regelverk som styr de båda verksamheterna. Patientsäkerhetslagen anger att IVO kan överlämna klagomål som myndigheten inte utreder till patientnämnden. IVO ska även på ett systematiskt sätt ta hand om den information som nämnderna lämnar. Patientnämnderna ska uppmärksamma IVO på förhållanden som omfattas av myndighetens tillsyn och de är även skyldiga att överlämna sina verksamhetsberättelser till IVO.

Få ärenden överlämnas till patientnämnderna

Det har inte varit möjligt att få fram en exakt uppgift om hur många klagomålsärenden som IVO överlämnar till patientnämnderna. IVO kan inte få fram denna uppgift ur sitt ärendehanteringssystem.

Statskontoret har genomfört en enkätundersökning bland landstingens och regionernas patientnämnder.⁶¹ Av svaren framgår att det vanligaste är att IVO överlämnar något ärende till patientnämnden i genomsnitt 1–5 gånger per år. Informationsutbytet från patientnämnderna till IVO är av ungefär samma omfattning. De flesta nämnderna uppmärksammar IVO på en händelse inom vården i genomsnitt 1–5 gånger per år.

I intervjuer uppger såväl företrädare för patientnämnder som medarbetare vid IVO att man vanligtvis inte själv vänder sig till patientnämnden respektive IVO, utan i stället uppmanar den klagande att göra detta.

Gärna mer kontakt – men inte fler ärenden

Kontakterna mellan IVO och patientnämnderna består som regel av ett årligt möte för att utbyta information mellan nämnden och företrädare för IVO på regionnivå.

⁶¹ Se vidare avsnitt 7.3 och metodbeskrivningen i bilaga 2.

Av nämnderna anser 95 procent att IVO bör ta initiativ till mer kontakter. Samtliga nämnder vill också att IVO ska ge utförligare återkoppling på den information som patientnämnden överlämnar. Ett flertal av nämnderna (85 procent) anser dessutom att IVO i dag inte tar tillvara den information de lämnar på ett systematiskt sätt, vilket alltså är vad patientsäkerhetslagen föreskriver. Nämndernas uppfattning har bekräftats i Statskontorets intervjuer med medarbetare vid IVO. Här har framförts att även om IVO och innan dess Socialstyrelsen tagit emot patientnämndernas verksamhetsberättelser har de sällan använts som underlag för den operativa tillsynen.

Av enkätsvaren framgår dock tydligt att patientnämnderna inte vill att IVO ska överlämna fler ärenden till dem. Nästan tre fjärdedelar av nämnderna är negativa till detta.

IVO vill utveckla samverkan

Av Statskontorets intervjuer med medarbetare vid IVO framgår att de generellt vill utveckla samverkan med patientnämnderna, både för att få bredare underlag för analyser och för planering av tillsynen.

Hur samarbetet ser ut i dag varierar mellan regionerna. Exempelvis har patientnämnden varit involverad i den systemanalys av Region Skåne som IVO:s avdelning syd genomfört.

Analys är en förutsättning för återkoppling

Statskontoret konstaterade i delrapporten att IVO:s ärendehanteringssystem inte fullt ut kan användas till att sammanställa och analysera resultaten av tillsynen. Uppföljningar av tillsynen sker inte sällan genom att analytikerna tar ut ärenden ur systemet och går igenom dem manuellt. Även i de fall där data kan hämtas ur systemet, kan brister i datakvaliteten medföra att det är svårt för IVO att tolka uppgifterna.⁶²

Vid kontakter med IVO har vi efterfrågat statistiska uppgifter om klagomålen mot vården, till exempel de klagandes kön och ålder, hur klagomålen fördelar sig på olika typer av vård och vårdgivare och

⁶² Statskontoret 2014:13 *Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Delrapport*, s. 50 ff.

vilken typ av händelser klagomålen avser. IVO har dock inte haft möjlighet att ta fram dessa uppgifter.

Som jämförelse kan nämnas att Skolinspektionen via sina system kan hämta aggregerad data från den regelbundna tillsynen, inkommande anmälningar och utfärdade tillstånd. För anmälningsärenden kan Skolinspektionen till exempel ta ut uppgifter om ärendetyp, kön på den elev som anmälan gäller, vilken verksamhetsform som anmälan rör och vilka brister som framkommit vid inspektionerna. Systemet möjliggör även jämförelser över tid.⁶³

7.2 Uppföljning av beslut med kritik

IVO:s beslut med anledning av patientklagomålen ger vårdgivare och vårdpersonal signaler om brister i patientsäkerheten. Det gäller i första hand de ärenden där IVO i sin utredning kommit fram till att vården på något sätt brustit och därför beslutar om att rikta kritik mot vårdpersonal eller vårdgivare.

Så som framgått tidigare saknas beslutade kriterier eller bedömningsstöd där man närmare kan utläsa vad som krävs för att IVO ska besluta om kritik. Utgångspunkten för IVO:s beslut är att en sjukvårdsinsats, eller en utebliven sådan, strider mot lag eller annan föreskrift eller inte följer vetenskap och beprövad erfarenhet.

Under januari–juli 2014 har IVO fattat cirka 900 beslut med kritik mot vårdgivare eller enskild vårdpersonal. År 2013 fattades enligt IVO:s uppskattning cirka 400 kritikbeslut. Vare sig IVO eller dessförinnan Socialstyrelsen har gjort någon uppföljning av hur besluten tagits emot inom vården eller vilka åtgärder för att höja patientsäkerheten som har genomförts med anledning av kritiken.

Statskontoret har följt upp 200 kritikbeslut

Statskontoret har genom en enkätundersökning följt upp vilka åtgärder vården har genomfört med anledning av 200 beslut med kritik fattade

⁶³ Ibid; *Skolinspektionens årsredovisning 2013*.

under perioden november 2013–februari 2014. Undersökningen genomfördes i maj 2014.⁶⁴

Enkäterna har besvarats av verksamhetsansvarig eller motsvarande vid den vårdenhet där den kritiserade händelsen har ägt rum. Totalt har 184 enkätsvar kommit in som avser 170 av kritikbesluten.⁶⁵

Både vårdgivare och vårdpersonal omfattas av kritiken

I knappt hälften av de beslut vi har analyserat riktas IVO:s kritik enbart till vårdgivaren. I en tredjedel av ärendena riktas kritiken enbart till namngiven vårdpersonal, huvudsakligen läkare. I en femtedel av fallen riktas kritik mot både vårdgivaren och sjukvårdspersonal.

Vanligast är att IVO kritiserar brister i undersökning eller diagnos, brister i vård eller behandling samt brister i journalföring och dokumentation. Tillsammans förekommer dessa kategorier i drygt hälften av de analyserade kritikbesluten.

Våra resultat överensstämmer med vad tidigare undersökningar av patientklagomålen visat. IVO har konstaterat att klagomålen oftast handlar om fördröjd eller felaktig diagnos. En bakomliggande förklaring är enligt IVO ofta brister i kommunikation och informationsöverföring – både inom vården och mellan vården och patienter och närstående.⁶⁶

Hälften kände till händelsen innan IVO började sin utredning

Hälften av de 184 vårdenheterna uppger att de redan kände till händelsen innan IVO påbörjade sin utredning av klagomålet. En tredjedel uppger att de inte kände till händelsen innan, medan 15 procent svarat

⁶⁴ Bilaga 2 innehåller en utförligare metodbeskrivning.

⁶⁵ För 12 av de 170 kritikbesluten har mer än en vårdenhet varit berörd och fler än en vårdenhet har då besvarat enkäten.

⁶⁶ Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas. Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom den somatiska specialistsjukvården*. Se även Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Tillsynsrapport. Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013* och Socialstyrelsen (2013) *Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

att de inte vet om den kritiserade händelsen var känd vid den aktuella vårdenheten innan IVO inledde sin utredning.

Vanligast att få kännedom om brister direkt från patienten

Det är vanligt att den berörda vårdenheten på mer än ett sätt fått information om händelsen innan de blivit kontaktade av IVO:

- Tre fjärdedelar av dem som kände till händelsen på förhand hade fått kännedom om den genom att patienten framfört klagomål antingen direkt till vårdpersonalen eller till någon chef för verksamheten.
- Cirka 30 procent anger att den vårdpersonal som varit inblandade i händelsen gjort en avvikelserapportering.
- En fjärdedel anger att de fått kännedom om händelsen via landstingets patientnämnd.

Bilden stämmer överens med svaren i den enkätundersökning bland vårdgivare som Statskontoret har genomfört.⁶⁷ Nära hälften av de svarande i denna undersökning uppger att det är vanligt eller mycket vanligt att man via patientnämnd eller avvikelserapportering får kännedom om händelser innan IVO börjat sin utredning. En fjärdedel av vårdgivarna har svarat att detta är ovanligt eller mycket ovanligt.

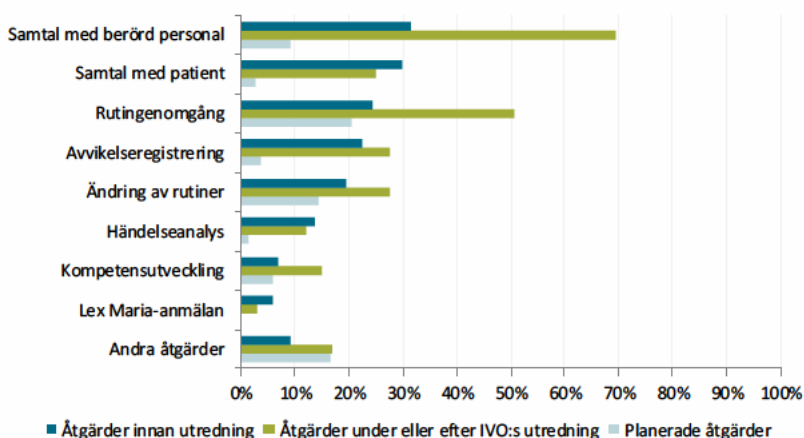
IVO:s utredningar leder till åtgärder inom vården

Statskontorets uppföljning visar att IVO:s beslut med kritik i de allra flesta fall leder till att vårdgivarna genomför en eller flera åtgärder. Det gäller både de vårdenheter som redan innan utredningen hade genomfört åtgärder och de som fått kännedom om händelsen i samband med IVO:s utredning. I många fall agerar vårdgivaren medan utredningen fortfarande pågår, det vill säga innan IVO har fattat sitt beslut.

I diagram 7.1 redovisar vi hur stor andel av de 184 svarande vårdenheterna som har genomfört eller planerar att genomföra olika åtgärder med anledning av den anmälda händelsen.

⁶⁷ Enkäten har besvarats av chefläkare eller motsvarande. Se bilaga 2 för utförligare beskrivning av denna undersökning.

Diagram 7.1 Planerade och genomförda åtgärder, andel av samtliga 184 svarande vårdenheter



Källa: Statskontorets uppföljning av kritikbeslut.

Många har genomfört åtgärder redan innan IVO:s utredning

Hälften av vårdenheterna kände alltså till den kritiserade händelsen redan innan IVO inledde sin utredning. Över 90 procent av dessa hade också genomfört åtgärder med anledning av det inträffade. Sammanlagt handlar det om 300 åtgärder, i genomsnitt 3–4 åtgärder per vård-enhet.

De vanligaste åtgärderna är att en chef har pratat med berörd personal, samtalat med patienten, gått igenom gällande rutiner med personalen eller förtydligt eller ändrat rutinerna (diagram 7.1).

Av diagrammet framgår att 30 procent av vårdenheterna har haft samtal med patienten innan IVO inledde sin utredning, men patienterna har trots detta valt att göra en anmälan till IVO. Uppenbarligen har ett samtal med vården inte varit tillräckligt för dessa patienter eller inte gett dem de förklaringar som de efterfrågat.

I stort sett alla vårdenheter som kände till händelsen innan IVO inledde sin utredning har genomfört åtgärder under utredningen eller efter att beslutet kommit. Det är bara en av vårdenheterna som uppger att man varken har genomfört eller planerar någon ytterligare åtgärd med anledning av IVO:s kritikbeslut.

Även de som inte kände till händelsen på förhand genomför åtgärder

Hälften av de svarande (92 vårdenheter) hade inte kännedom om den aktuella händelsen innan IVO kontaktade dem med anledning av sin utredning av klagomålet. Av dessa har den absoluta merparten genomfört åtgärder med anledning av IVO:s utredning eller efter att beslutet fattats. I genomsnitt har varje vårdenhet genomfört 2–3 åtgärder. Detta är ett lägre genomsnitt än för de vårdenheter som känt till händelsen innan IVO inledde sin utredning.

De vanligaste åtgärderna är även för denna grupp att en chef pratar med berörd personal och att rutiner går igenom (diagram 7.1). Däremot är det betydligt mindre vanligt att händelsen bedömts så allvarlig att en lex Maria-anmälan har gjorts. Det är också ovanligare att vårdenheten gjort en händelseanalys av det inträffade, registrerat händelsen i avvikelshanteringssystemet eller samtalat med patienten.

Hälften planerar ytterligare åtgärder

Nästan hälften (84 vårdenheter) uppger att de planerar att genomföra ytterligare åtgärder eller fortsätta med de åtgärder man påbörjat. De allra flesta av dessa har redan tidigare genomfört åtgärder under IVO:s utredning eller efter beslutet. Det var bara fem av de 84 som i maj 2014, då Statskontoret genomförde uppföljningen, inte redan hade genomfört någon åtgärd. Det hade då gått 3–6 månader sedan IVO:s beslut.

Bilden bekräftas av Statskontorets vårdgivarenkät

Resultaten stämmer väl överens med de svar som lämnats i Statskontorets vårdgivarenkät.⁶⁸ I denna ingick en fråga om vilka åtgärder som

⁶⁸ Enkäten har besvarats av chefsläkare eller motsvarande. Se bilaga 2 för utförligare beskrivning av denna undersökning.

vanligtvis genomförs med anledning av IVO:s beslut i klagomålsärenden.

Vårdgivarna uppger att de vanligaste åtgärderna är att tala med berörd vårdpersonal och med patienten. Cirka 70 procent anger att detta är vanligt eller mycket vanligt. Mindre vanligt är, i fallande ordning, ändringar i rutiner och kompetensutvecklingsinsatser för vårdpersonal.

De svarande har även haft möjlighet att lämna kommentarer i form av fritextsvar. Flera av de svarande påpekar att åtgärder ofta genomförs innan IVO:s beslut kommer, särskilt när det handlar om allvarliga händelser.

IVO:s beslut är en del av vårdens patientsäkerhetsarbete

Vårdgivare har enligt 3 kap. PSL en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.⁶⁹

En viktig beståndsdel i det systematiska patientsäkerhetsarbetet är att vårdgivaren har rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikelser samt fastställa och åtgärda de bakomliggande orsakerna till det som inträffat.⁷⁰ Även klagomål och synpunkter från patienter eller anhöriga bör betraktas som avvikelser och registreras i systemet för att sedan kunna följas upp. Syftet är att informationen ska kunna ligga till grund för lärande.

IVO:s beslut anses vara ett värdefullt underlag

I vår uppföljning av kritikbeslut instämmer nästan två tredjedelar av de svarande vårdenheterna helt eller huvudsakligen i att IVO:s beslut har kommit till användning i det egna patientsäkerhetsarbetet. En tredjedel instämmer bara delvis eller inte alls.

Vi har ställt samma fråga i vår vårdgivarenkät. En majoritet (60 procent) instämmer där i att IVO:s beslut som regel är ett bra och använd-

⁶⁹ Vårdgivarens skyldigheter förtydligas i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

⁷⁰ Vårdhandboken.se. Avvikelse definieras i Vårdhandboken som icke förväntade negativa händelser (som lett till att en patient har skadats) och tillbud (som kunde ha lett till att en patient hade skadats).

bart underlag i patientsäkerhetsarbetet. Ungefär en fjärdedel har svarat det motsatta.

Avvikelserapportering och händelseanalys

Händelseanalys är en systematisk metod för att i detalj kunna utreda vad som hänt, varför det hände och vad man bör göra för att det inträffade inte ska hända igen. Vårdhandboken, som innehåller riktlinjer för vården framtagna på uppdrag av samtliga landsting och regioner, rekommenderar att en händelseanalys bör genomföras när allvarliga avvikelser inträffat.⁷¹

I Statskontorets uppföljning av kritikbeslut har knappt 30 procent av händelserna blivit föremål för händelseanalys. Merparten av händelseanalyserna genomfördes innan IVO inledde sin utredning. Drygt hälften av vårdenheterna uppger att de gjort eller planerar att göra registrering i avvikelshanteringssystemet med anledning av de aktuella händelserna.

Lex Maria-anmälningar sker oftast före klagomålsutredningen

Vid händelser som medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada är vårdgivaren skyldig att göra en anmälan enligt lex Maria till IVO.⁷² Anmälan ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter ha kommit in till IVO senast två månader efter den aktuella händelsen.

Totalt har 17 vårdenheter (9 procent) uppgett att man gjort anmälan enligt lex Maria med anledning av den händelse klagomålet avser. Merparten av anmälningarna gjordes redan innan IVO inledde klagomålsutredningen.

⁷¹ Vårdhandboken.se.

⁷² Allvarlig vårdskada definieras enligt 1 kap. 5 § PSL som vårdskada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit.

7.3 Andra aktörers syn på klagomålshanteringen

Statskontoret har genomfört flera enkätundersökningar bland aktörerna inom det som vi i kapitel 2 beskriver som vårdens klagomålssystem. Syftet med undersökningarna har varit att få en bild av hur IVO:s handläggning av patientklagomål uppfattas och de olika aktörernas syn på klagomålshanteringens organisering.⁷³ Vi har genomfört kompletterande intervjuer med företrädare för SKL, Läkarförbundet och Vårdförbundet.

Enkät till vårdgivare

Statskontoret har sänt ut en enkät med frågor om klagomålshanteringen till ett urval av 29 offentliga och privata vårdgivare. Frågorna har besvarats av chefsläkare eller motsvarande funktion.

Vilken tillsyn bidrar mest i patientsäkerhetsarbetet?

IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvården ska bidra till högre patientsäkerhet inom vården och syftar till att medborgarna ska få bättre vård. Tillsynen utövas på en rad olika sätt och IVO:s verksamhet leder till olika typer av tillsynsbeslut.

I vår enkät har vi bett vårdgivarna rangordna olika typer av underlag från IVO:s tillsyn utifrån hur viktigt man anser det vara för vårdgivarens patientsäkerhetsarbete (tabell 7.1). Bland alternativen har även rapporter och förfrågningar från patientnämnden ingått.

⁷³ Se bilaga 2 för metodbeskrivningar av enkätundersökningarna.

Tabell 7.1 Vårdgivares rangordning av vilken slags underlag som generellt sett är viktigast i vårdgivarens arbete för högre patientsäkerhet, beräknat medelvärde (minimum 1, maximum 5)

Typ av underlag	Medelvärde
IVO:s beslut vid lex Maria-anmälan	4,1
IVO:s beslut efter inspektioner och tillsyn på myndighetens eget initiativ	3,6
IVO:s beslut i klagomålsärenden	2,8
Förfrågningar och rapporter från patientnämnden	2,7
IVO:s beslut angående enskilda yrkesutövare och riskpersoner inom vården	1,8

Källa: Statskontorets vårdgivarenkät. I diagrammet redovisas den genomsnittliga rangordningen för samtliga svarande. Genomsnittet har beräknats genom att den högsta rangordningen har getts värdet 5, näst högsta 4 och så vidare. Frågan har besvarats av 23 vårdgivare.

Av vårdgivarnas svar framgår att lex Maria-beslut anses vara mest värdefullt i patientsäkerhetsarbetet. Fler än hälften av de svarande har placerat detta underlag högst i rangordningen. På andra plats kommer IVO:s beslut efter inspektioner och annan egeninitierad tillsyn. Därefter följer IVO:s beslut i klagomålsärenden och underlag från patientnämnden. Minst värdefullt ur ett patientsäkerhetsperspektiv anses beslut om riskpersoner vara.

Av de kommentarer som lämnats till frågan framgår att det inte bara är lex Maria-beslutet i sig som anses vara värdefullt, utan hela arbetet med att utreda och upprätta en anmälan. Några anmärker även att det egna patientsäkerhetsarbetet, exempelvis strukturerade journalgranskningar och händelseanalyser, är viktigare än underlagen från IVO och patientnämnden.

De olika underlag som vårdgivarna ombetts rangordna kompletterar varandra och fyller delvis även andra syften än som underlag i vårdens patientsäkerhetsarbete. Men vårdgivarnas bedömning av vilken typ av tillsyn som man anser bidrar mest till högre patientsäkerhet är ändå intressant ur ett effektivitetsperspektiv. De resurser som är tillgängliga för tillsyn över vården är begränsade och frågan är hur de bör användas för att få största möjliga effekt. Vi kommer att återkomma till den frågan i kapitel 8.

IVO bör prioritera att utreda allvarligare händelser

I vårdgivarenkäten har vi även ställt två ganska komplexa frågor mot varandra: bör IVO prioritera att göra djupa men få utredningar eller att göra många men ytligare utredningar?

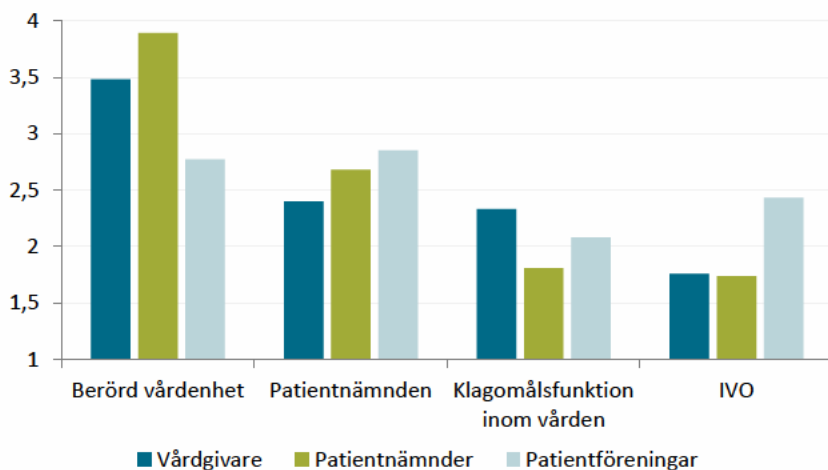
Frågan har besvarats av 26 vårdgivare. Alla utom 3 instämmer helt eller delvis i att IVO bör prioritera att göra en grundlig utredning av de klagomål som innehåller indikationer om systemfel eller allvarligare händelser, även om det innebär att många klagomål inte utreds alls.

Klagomål ska i första hand hanteras av vården

I kapitel 2 beskriver vi hanteringen av klagomål mot vården som ett system med flera aktörer som har i uppdrag att ta emot och i olika utsträckning utreda patientklagomål. När det handlar om klagomål på vårdens kvalitet har vården, patientnämnderna och IVO denna funktion.

I vårdgivarenkäten har vi bitt de svarande att rangordna vilken instans som i första hand bör vara den som tar emot klagomål från patienter. Frågan gäller om det ska vara den berörda vårdenheten, patientnämnden, någon annan klagomålsfunktion inom vården (till exempel patientombud) eller IVO (diagram 7.2).

Diagram 7.2 Olika aktörers rangordning av vilken instans som i första hand bör ta hand om klagomål mot värden, beräknat medelvärde (minimum 1, maximum 4)



Källa: Statskontorets enkätundersökningar. I diagrammet redovisas den genomsnittliga rangordningen för samtliga svarande. Genomsnittet har beräknats genom att den högsta rangordningen har getts värdet 4, näst högsta 3, näst lägsta 2 och lägsta 1. Frågan har besvarats av 26 vårdgivare, 19 patientnämnder och 14 patientföreningar.

Av de 26 svarande vårdgivarna anger 20 att den berörda vårdenheten i första hand ska ta emot klagomålet. I andra hand bör en patientnämnd eller någon annan klagomålsfunktion inom vården ta emot klagomålen och i sista hand IVO.

Enkät till landstingens patientnämnder

Statskontoret har i en enkät frågat samtliga patientnämnder i landsting och regioner om hur IVO:s verksamhet fungerar i dag och hur den bör organiseras i framtiden. Patientnämnderna i 20 av 21 landsting och regioner har svarat.

Nyttan med klagomålshandlingen

I enkäten har vi frågat patientnämnderna om vilka funktioner man anser att den nuvarande klagomålshandlingen fyller. Cirka 80 procent har svarat att det är helt eller delvis rätt att klagomålshandlingen ger

IVO underlag för att genomföra annan tillsyn och att IVO:s utredning innebär en oberoende medicinsk bedömning. Hälften anser att klagomålshanteringen bidrar till att förebygga framtida vårdskador. Bara cirka 15 procent anser att hanteringen av klagomålen leder till att ansvar utkrävs av vårdgivare och enskild vårdpersonal.

Vi har även frågat hur viktigt man anser det vara att klagomålshanteringen fyller olika funktioner. Alla eller nästan alla nämnder anser att det är mycket eller ganska viktigt att klagomålshanteringen bidrar till att förebygga framtida vårdskador, att patienten blir lyssnad på och tagen på allvar, att ge patienten förklaringar till det inträffade, att utredningen innebär en oberoende medicinsk bedömning och att IVO får underlag för annan tillsyn. Minst viktigt anses det vara att utkräva ansvar av vårdgivare och enskild vårdpersonal.

Klagomålssystemets organisering

Vi har även bitt patientnämnderna att rangordna klagomålsfunktionerna inom vården utifrån vilken som i första hand ska ta emot patientklagomålen. Av diagram 7.2 ovan framgår att en majoritet (95 procent) av nämnderna placerar den vårdenhet som klagomålet gäller på första plats. IVO är den klagomålsfunktion som av flertalet rangordnas lägst.

I enkäten har det också ingått en fråga om hur IVO bör prioritera sin hantering av klagomålen. Drygt hälften av nämnderna har svarat att det är helt eller delvis rätt att IVO bör prioritera att utreda klagomål som innehåller indikationer om allvarigare händelser eller systemfel, även om det innebär att många klagomål inte utreds alls.

Drygt 10 procent av nämnderna anser tvärtom att det är helt eller delvis rätt att IVO bör prioritera att utreda så många klagomål som möjligt, även om detta innebär långa handläggningstider eller mer ytliga utredningar.

Enkät till patientföreningar

Statskontoret har i en enkät frågat ett urval patientföreningar vad de anser om IVO:s verksamhet. Svarefrekvensen var låg (som högst 44 procent, men i enskilda frågor avsevärt lägre), vilket begränsar möjligheterna att dra slutsatser utifrån undersökningen.

Vi konstaterar att kunskapen om vilka behov och förväntningar patienter och anhöriga har när det gäller möjligheterna att lämna klagomål och synpunkter på vården fortfarande är ganska liten.

I följande stycken redovisar vi de viktigaste iakttagelserna av Statskontorets enkätundersökning.

Nyttan av klagomålshandlingen

Patientföreningarna (14 svarande) anser att den allra viktigaste funktionen är att patienten blir lyssnad på och tagen på allvar. Att patienten får en förklaring till det inträffade anges också vara viktigt, liksom att bidra till att förebygga framtida vårdskador. Minst viktigt anses det vara att utkräva ansvar av en vårdgivare eller av enskild vårdpersonal och att IVO får underlag för annan tillsyn.

När det gäller bedömningen av hur väl IVO:s klagomålshandling fyller de olika funktionerna i dag är antalet svarande för få för att svaren ska kunna redovisas.

IVO bör prioritera att utreda så många klagomål som möjligt

Hälften av de 12 patientföreningar som svarat på frågan anser att det är helt eller delvis rätt att IVO bör prioritera att utreda så många klagomål som möjligt, även om det innebär långa handläggningstider eller mer ytliga utredningar.

Knappt 40 procent har svarat att det är helt eller delvis rätt att IVO bör prioritera att utreda klagomål som innehåller indikationer om allvarligare händelser eller systemfel, även om det innebär att många klagomål inte utreds alls.

Ingen tydlig bild av vilken instans som bör utreda klagomålen

Även patientorganisationerna har ombetts rangordna klagomålsfunktionerna inom vården utifrån vilken de anser i första hand bör hantera patientklagomålen (diagram 7.2). Svaren (14 svarande) ger ingen tydlig bild. Patientnämnden får högst medelvärde. Men avståndet är litet till de alternativ som rankas på andra och tredje plats, vilket är den vårdenhet klagomålet gäller följt av IVO.

7.4 Statskontorets slutsatser

Klagomålen bidrar till åtgärder för högre patientsäkerhet

Flera åtgärder genomförs med anledning av IVO:s utredningar

Vår uppföljning av kritikbeslut visar att IVO:s utredningar och beslut leder till att vården genomför åtgärder som annars inte skulle ha genomförts. Vården bedömer generellt att IVO:s beslut är bra och användbara underlag i patientsäkerhetsarbetet. Statskontorets slutsats är att klagomålshandlingen bidrar till högre patientsäkerhet, vilket var lagstiftarens intention vid införandet av patientsäkerhetslagen.

IVO bör följa upp beslut om kritik

Även om IVO:s beslut leder till att vårdgivarna genomför flera åtgärder är det fortfarande oklart vilket det konkreta innehållet i åtgärderna varit och med vilken kvalitet de har genomförts. Vilka effekter vårdens åtgärder gett i form av högre patientsäkerhet är också okänt. Här finns således en betydande kunskapslucka. Statskontoret bedömer att IVO bör undersöka möjligheterna att följa upp de beslut om kritik som myndigheten fattar, till exempel genom att ställa krav på återrapporering eller genom uppföljningsenkäter.

Avvikelserapportering sker i mindre utsträckning än förväntat

Statskontorets uppföljning av IVO:s kritikbeslut visar att det bara är 55 procent av de svarande vårdenheterna som har registrerat händelsen i sitt avvikelsehanteringssystem och ännu färre som har genomfört en händelseanalys.

Statskontoret bedömer att andelen vårdenheter som gjort registreringar i avvikelsehanteringssystemet är förvånansvärt låg. Bedömningen görs mot bakgrund av att IVO funnit brister i samtliga av dessa händelser. Med utgångspunkt i de krav som ställs i patientsäkerhetslagen och Socialstyrelsens föreskrifter, borde det vara en större andel som hantarat den kritiserade händelsen inom ramen för det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Resultaten av uppföljningen indikerar att det finns brister i vårdgivarnas systematiska patientsäkerhetsarbete.

IVO kan få ut mer av klagomålen

Klagomålen bidrar även indirekt till högre patientsäkerhet genom att de utgör underlag för annan tillsyn och annan återkoppling till vården. Statskontoret konstaterar att IVO har inlett ett arbete för att öka nyttan av klagomålen i dessa avseenden, men bedömer att arbetet förutsätter fortsatta satsningar på IT och utveckling av metoderna för analys och återföring.

IVO återför kunskap från tillsynen

IVO har fått ett utökat uppdrag att återföra sina iakttagelser i tillsynen till vården och omsorgen. När det gäller klagomålen så har de utgjort en del av underlaget för den årliga tillsynsrapporten och en tematisk rapport. Statskontoret har även sett exempel på att klagomål använts som underlag för återföring till enskilda vårdgivare och vid planeringen av riktade tillsynsinsatser.

Statskontoret bedömer att omorganiseringen av handläggningen av klagomål har förbättrat möjligheterna till analys och återföring på regional nivå. Förbättringen består framför allt i att det nu finns förutsättningar för att en analys av klagomålen ska kunna vara en del av det löpande arbetet inom de handläggande enheterna och kunna genomföras samordnat med analys av exempelvis lex Maria-anmälningar. Hur långt de regionala avdelningarna kommit i att utveckla detta analysarbete varierar dock.

Statskontorets slutsats är att IVO bör följa upp det arbete med analys och återföring som sker regionalt, bland annat för att säkerställa att goda exempel på analysmetoder och arbetssätt sprids mellan avdelningarna.

Ärendehanteringssystemets begränsningar minskar möjligheterna till analys

Statskontoret bedömer att bristerna i uppföljningssystemen försämrar IVO:s möjligheter att arbeta med kunskapsåterföring utifrån aggregerade data. Det gäller exempelvis analyser som avser förhållanden på nationell nivå. För att IVO på ett systematiskt sätt ska kunna arbeta med kunskapsåterföring krävs att det går att ta ut kvalitetsäkrade data ur IT-systemen. Det är inte rimligt i längden att handläggarna går

igenom ärenden manuellt för att ta fram uppgifter för rapporter och annan återföring.

Ett arbete pågår för att förbättra IT-stödet, men det beräknas inte ge resultat förrän om två till tre år. Statskontorets slutsats är att det bör vara en prioriterad fråga för myndigheten att skynda på detta arbete.⁷⁴

Återföringen bör förbättras

Statskontoret bedömer att IVO kan genomföra flera åtgärder för att öka patientsäkerheten med hjälp av patientklagomålen. En av våra slutsatser i kapitel 4 är att IVO bör bygga upp en sammanställning av myndighetens beslut i klagomålsärenden för att uppnå högre kvalitet i beslutsfattandet och främja likvärdig handläggning. En sådan sammanställning av IVO:s beslut bör även göras tillgänglig för vårdgivarna och allmänheten. Det skulle exempelvis kunna ske genom en sökbar databas eller via nyhetsbrev.

Utökad samverkan med patientnämnderna

Av regelverket framgår att IVO och landstingens patientnämnder ska komplettera och stödja varandra, bland annat genom att överlämna ärenden till varandra. Statskontoret konstaterar att detta bara sker i liten utsträckning i dag. Patientnämnderna och IVO hanterar sammantaget 30 000–40 000 patientklagomål årligen. Av dessa överlämnas bara något hundratal ärenden mellan de båda aktörerna.

Även utbytet av information och kontakter i övrigt mellan patientnämnderna och IVO är i dag ytterst begränsat. Patientnämnderna kan i sitt arbete bygga upp en både bred och djup kunskap om vården inom sina respektive landsting. Statskontoret bedömer att IVO skulle kunna förstärka såväl arbetet med riskanalyser som kunskapsåterföringen till vårdgivare genom att utöka samverkan med patientnämnderna.

Statskontoret drar även slutsatsen att en ökad samordning mellan IVO och patientnämnderna också skulle leda till ett effektivare resursutnyttjande i klagomålssystemet som helhet.

⁷⁴ Statskontoret kommer att fortsätta följa IVO:s arbete med att utveckla förmågan till analys och återföring inom ramen för vårt uppdrag att följa upp och utvärdera inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg.

Mot bakgrund av att patientnämnderna inte är en homogen aktör menar Statskontoret att IVO bör vara samordnande och pådrivande i arbetet med att utveckla samarbetet. Ett liknande förslag har förts fram av Patientmaktsutredningen.⁷⁵ I vissa frågor är det dock en fördel om patientnämnderna i större utsträckning kan samordna sig sinsemellan för att underlätta ett gemensamt utvecklingsarbete med centrala funktioner inom IVO. Det gäller exempelvis utvecklingen av gemensamma standarder och definitioner samt hur information på aggregerad nivå ska kunna överföras.

Klagomålshanteringen är inte organiserad på ett ändamålsenligt sätt

Klagomålsbeslut är bra, men annat är viktigare

Statskontorets uppföljning av vårdgivarna visar att de anser att IVO:s kritikbeslut är användbara i patientsäkerhetsarbetet. Vårdgivarna anser dock att IVO:s egeninitierade tillsyn och lex Maria-arbetet är mer värdefullt ur patientsäkerhetssynvinkel.

Statskontoret bedömer att IVO, i den mån det är möjligt, bör prioritera sådana insatser som vårdgivarna anser bidra till stor nytta när det gäller patientsäkerheten. Att bara utföra en viss typ av tillsyn är naturligtvis inte möjligt eftersom flera av dem är direkt styrda av lagstiftningen. Det vore inte heller önskvärt, eftersom de olika insatserna är avsedda att komplettera varandra och delvis fylla andra syften än att bidra till högre patientsäkerhet. Exempelvis är ett resultat av vår vårdgivarenkät att många anser att det är viktigt för vårdens legitimitet att det finns en oberoende statlig instans som den enskilde kan vända sig till.

Statskontorets slutsats är dock att det ur ett effektivitetsperspektiv, där begränsade resurser ska leda till största möjliga nytta, finns skäl att överväga hur IVO:s resurser idealt sett ska vara fördelade mellan olika slags tillsynsinsatser.

Vården bör vara första instans för att hantera patientklagomål

Våra enkäter visar att ett flertal av både patientnämnder och vårdgivare anser att vården ska vara den primära klagomålsinstansen när patienter är missnöjda med den vård de har fått. I andra hand bör patienterna

⁷⁵ SOU:2013:44 *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*, s. 188 ff.

vända sig till patientnämnden eller någon annan klagomålsfunktion inom vården och i sista hand IVO. Statskontoret bedömer att detta resultat ger vägledning för hur roll- och ansvarsfördelningen inom klagomålssystemet kan förändras för att uppnå större samlad nytta för patientsäkerheten.

8 Sammanfattande analys

I detta kapitel sammanfattar vi hur vi bedömer IVO:s hantering av patientklagomål utifrån de fyra frågor som varit styrande för utredningsarbetet. Därmed svarar vi i avsnitt 8.1 på uppdragets fråga om att utvärdera klagomålshanteringen i förhållande till intentionerna med reformen.

I Statskontorets uppdrag har även ingått att bedöma de samlade effekterna av den förändrade klagomålshanteringen. Vi har inte inom uppdragets ram kunnat undersöka effekterna i form av minskad förekomst av vårdskador. Däremot gör vi med utgångspunkt i de fyra utredningsfrågorna en samlad bedömning av om IVO:s beslut leder till att vården genomför åtgärder som syftar till att uppnå denna effekt.

En av våra slutsatser är att systemet för klagomålshantering inte är ändamålsenligt organiserat. I avsnitt 8.2 diskuterar vi hur klagomålssystemet kan göras mer effektivt genom en tydligare rollfördelning mellan systemets aktörer. Avslutningsvis presenterar vi våra samlade förslag och rekommendationer.

8.1 Resultat av Statskontorets utvärdering

I rapportens inledning identifierade vi ett antal funktioner som hanteringen av patientklagomål är avsedd att fylla. Utifrån de fyra punkterna formulerade vi fyra frågor som varit styrande för vår utvärdering:

- Leder IVO:s beslut i klagomålsärenden till att vården genomför åtgärder för att höja patientsäkerheten?
- Är IVO:s handläggning av klagomålsärenden rättssäker och effektiv?
- Hanterar IVO patientklagomålen på ett sådant sätt att de kan utgöra underlag för tillsyn?

- Hanterar IVO patientklagomålen på ett sådant sätt att de kan analyseras och utgöra underlag för kunskapsåterföring till vårdgivarna?

Högre patientsäkerhet

Statskontoret bedömer att klagomålshandlingen på flera sätt bidrar till högre patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv fungerar klagomålshandlingen i huvudsak som det var tänkt. Patientens klagomål utreds i stor utsträckning av IVO och resultatet leder, åtminstone i de ärenden som leder till kritik, till att vården genomför åtgärder som kan antas höja patientsäkerheten.

Samtidigt visar våra undersökningar att vårdgivarna anser att IVO:s egeninitierade tillsyn och arbetet med lex Maria-anmälningar är viktigare för att höja patientsäkerheten. Av intervjuer och enkätundersökningar framgår att ett flertal av vårdgivare, företrädare för vårdprofessionerna och patientnämnder anser att IVO bör prioritera att utreda händelser där det finns indikationer om systembrister eller allvarliga brister framför att utreda så många klagomål som möjligt.

Brister i rättssäkerhet och höga kostnader

Brister i rättssäkerheten

Statskontoret bedömer att handläggningen av patientklagomål i dag brister i kvalitets- och rättssäkerhetshänseende i flera avseenden.

Vår utredning indikerar att beslutsfattandet skiljer sig åt mellan de regionala tillsynsavdelningarna. Den nya ärendeprocessen för klagomålsärenden kan bidra till att likvärdigheten i handläggning och beslutsfattande ökar. Statskontoret bedömer dock att avsaknaden av stöd för beslutsfattaren om vad som krävs för att kunna besluta om kritik även fortsatt kommer att innebära en brist på förutsebarhet.

Statskontorets utredning har även visat att det finns flera oklarheter när det gäller juristorganisationen. Det medför att vi ifrågasätter hur väl juristorganisationen kan fylla den ensande funktion som den är avsedd att göra.

Långa handläggningstider är ett problem

Statskontoret bedömer att handläggningstiderna för klagomålsärenden är orimligt långa. För klagomål som utreds i sak tar utredningen inte sällan längre tid än ett år.

Långa handläggningstider är ett rättssäkerhetsproblem som i förlängningen kan leda till ett sjunkande förtroende för IVO:s verksamhet och för vården som helhet. När beslutet om kritik dröjer kan dessutom allvarliga brister inom vården leda till ytterligare vårdskador under den tid IVO utreder klagomålet.

Höga kostnader leder till att annan tillsyn måste väljas bort

Statskontorets utvärdering visar att kostnaden för verksamheten är avsevärt högre än beräknat. Vår slutsats är att grundorsaken till detta är hög ärendeströmning i kombination med att utredningarna visat sig vara mer komplexa och resurskrävande än vad bland andra Patient-säkerhetsutredningen förutsett.

Statskontoret bedömer att kostnaderna för klagomålshandlingen kommer att vara förhållandevis höga även efter det att IVO har genomfört de planerade effektiviseringsåtgärderna. Detta medför, allt annat lika, att IVO måste prioritera annan verksamhet lägre för att klara av att hantera klagomålen.

Underlag för tillsyn trots begränsad analysförmåga

Statskontoret bedömer att brister i IT-stödet begränsar möjligheterna till analys av klagomålen. Samtidigt konstaterar vi att IVO har gjort insatser som lett till positiva resultat.

Förbättrade möjligheter att använda klagomål i tillsynen

Statskontoret bedömer att IVO:s omorganisering av handläggningen av klagomål har förbättrat möjligheterna att använda klagomålen som underlag för tillsyn. Trots de begränsningar som IVO:s ärendehanteringssystem innebär har vi sett exempel på att regionalt analysarbete lett till tillsynsinsatser.

IVO:s förmåga till analys av klagomålen är begränsad

Statskontoret bedömer att bristerna i uppföljningssystemen försämrar myndighetens möjligheter att systematiskt arbeta med kunskapsåter-

föring på nationell aggregerad nivå. Förmåga att analysera data är en förutsättning för att kunna presentera iakttagelser på ett sätt som är lättillgängligt och möjligt att omsätta i beslut och åtgärder för vårdgivare, beslutsfattare och andra.

Samordningen med patientnämnderna är svag

Statskontorets slutsats är att samordningen mellan IVO och patientnämnderna är svag. IVO bör i större utsträckning inkludera patientnämndernas kunskap om vården i sitt arbete med riskanalyser, men även i rapporter och annan återföring av kunskap till vården. Det skulle ge ett avsevärt bredare underlag för analyserna (patientnämnderna hanterar cirka 30 000 ärenden per år) men även bidra till att i större utsträckning inkludera patienters synpunkter på vården.

Statskontoret anser att IVO bör vara samordnande och pådrivande i arbetet med att utveckla samarbetet.

8.2 Tydligare rollfördelning kan öka effektiviteten

Statskontorets övergripande slutsats är att IVO:s klagomålshantering i dag visserligen gör nytta, men att verksamheten samtidigt kostar mycket pengar och att annan tillsyn skulle kunna ge större effekt i form av högre patientsäkerhet.

Samtidigt hanteras många klagomål även av patientnämnder och av vården, vilket ur ett systemperspektiv är ineffektivt. IVO och patientnämnderna har olika uppdrag och avsikten är att de ska komplettera varandra. I praktiken är det samma typer av problem inom vården som patienter klagar på både hos patientnämnderna och hos IVO.

En tydligare ansvarsfördelning mellan aktörerna inom klagomålssystemet skulle kunna bidra till att göra systemet mer effektivt, i betydelsen att nyttan av insatserna i förhållande till insatta resurser ökar. Att öka patienternas kunskap om olika aktörers roller skulle också kunna bidra till ökad effektivitet i systemet.

Statskontorets delrapport

I Statskontorets delrapport föreslog vi att patientnämnderna i första hand ska svara för klagomålshanteringens första två funktioner: förmedla indikationer om fel till vården och ge enskilda patienter förklaringar till inträffade händelser. Den statliga tillsyn som IVO bedriver ska i första hand fylla de två senare funktionerna: fånga upp och utreda allvarliga missförhållanden och riskpersoner samt svara för analys på aggregerad nivå. Statskontoret föreslog därför ändringar i patientsäkerhetslagen så att IVO i större utsträckning ska kunna prioritera att utreda de klagomål som är relevanta ur ett tillsynsperspektiv. Vi betonade även vikten av att IVO:s prioriteringar ska ske på ett transparent och förutsebart sätt.

Vi föreslog även att de särskilda förfaranderegler som finns i patientsäkerhetslagen ska ersättas med handläggning enligt förvaltningslagen. Ytterligare ett förslag var att klagomålsärenden ska kunna avslutas med samma typer av beslut som övriga tillsynsärenden. Dessa förslag syftar främst till att uppnå kortare handläggningstider och till att underlätta IVO:s administrativa hantering av klagomålen. Ytterligare ett syfte med förslagen är att tydliggöra att IVO:s hantering av klagomål är en del av myndighetens tillsyn.

I delrapporten beräknade vi att förslagen innebär en samlad årlig kostnadsminskning med mellan 26 och 83 miljoner kronor, beräknat utifrån 2012 års kostnader, och beroende på hur stora förändringarna blir.

Statskontoret bedömer att de förslag som vi framförde i delrapporten fortfarande är aktuella.

Vården bör själv hantera klagomål mot verksamheten

Det bästa är direkt kommunikation mellan patienten och vården

Patientmaktsutredningen konstaterar att den första instans en patient bör vända sig till om man är missnöjd med den vård man fått är den behandlande vårdenheten.⁷⁶

Statskontoret instämmer i utredningens bedömning. Det är självfallet så att klagomålen snabbare kan bidra till åtgärder för att höja patient-

⁷⁶ SOU 2013:44 *Ansvarsfull hälso- och sjukvård*, s. 14.

säkerheten om de framförs direkt till den verksamhet som har möjlighet att genomföra åtgärderna. Ur ett lärandeperspektiv är det också mer verkningfullt om patientens upplevelse förmedlas direkt till vården och inte förmedlas via tillsynsmyndigheten.

Det missnöje som klagomålen är ett uttryck för har sin grund i förhållanden inom vården. Det handlar bland annat om brister i bemötandet från vårdpersonal, bristande information, missade diagnoser, försenade remisser, oklara rutiner och misstag vid behandlingar. Statskontoret anser att det är rimligt att vårdgivarna även ska bära huvuddelen av kostnaden för att ta emot och utreda de klagomål som brister i verksamheten ger upphov till.⁷⁷ En sådan ordning syftar till att skapa incitament för vårdgivarna att genomföra även mer strukturella och långsiktiga åtgärder för att höja patientsäkerheten.

Ett tydligt resultat av Statskontorets uppföljning av IVO:s kritikbeslut är att när vården fått kännedom om de aktuella händelserna har man också genomfört åtgärder med anledning av det inträffade. Det gäller även de vårdenheter som fått kännedom om den aktuella händelsen innan IVO:s utredning. Resultatet indikerar att vården har tagit patienternas klagomål på allvar. Vi har dock inte undersökt kvaliteten eller omfattningen på de åtgärder som vården har genomfört. Uppenbarligen har inte de klagande uppfattat vårdens insatser som tillräckliga, eftersom de missnöjda patienterna även gjort en anmälan till IVO.

Patientnämnderna är redan i dag vårdens klagomålsinstans

I vår delrapport föreslog vi att patientnämnderna ska ges huvudansvaret för vårdens klagomålshantering. Det främsta skälet för det är att patientnämnderna har en fristående ställning inom vårdorganisationen och att deras roll är att vara en opartisk länk mellan vården och patienterna. Vår bedömning är att detta kan antas stärka deras legitimitet som klagomålsinstans. Om patienten inte känner förtroende för vården på grund av det inträffade eller den dialog man haft är det viktigt att kunna vända sig till en opartisk instans. Denna roll har patientnämnderna redan i dag.

⁷⁷ Man kan här jämföra med principen inom det miljörättsliga området att förorenaren betalar (*polluter-pays principle*), det vill säga att den som orsakat skador på miljön ska betala de samhällsekonomiska kostnader som miljöpåverkan orsakar.

Det finns även andra fördelar med att ge patientnämnderna ett utökat ansvar för hanteringen av klagomål:

- Närheten till vården medger snabbare och mer anpassad återkoppling av de klagomål som kommer in.
- Patientnämnderna sammanställer redan i dag de ärenden man hanterar på ett systematiskt sätt och har skyldighet att överlämna sammanställningarna till IVO.
- IVO har redan i dag möjlighet att överlämna ärenden till patientnämnden och nämnderna ska påpeka brister för IVO. Det finns även önskemål både från IVO:s medarbetare och från patientnämnderna om tätare samarbete och bättre samverkan.
- Patientnämndernas klagomålshantering, som inte innebär en självständig utredning av det inträffade, kostar avsevärt mindre än IVO:s klagomålshantering. Patientnämndernas handläggning är också betydligt snabbare än IVO:s, vilket innebär kortare väntetider för den klagande.

IVO:s uppdrag bör vara att bedriva tillsyn

Kärnverksamheten är tillsyn

IVO:s huvudsakliga verksamheter är att utöva tillsyn och att hantera tillstånd. IVO:s arbetsmetoder och beslut är i första hand utformade för att uppnå förändringar hos vårdgivare och huvudmän, inte för att svara mot de behov som kan finnas hos enskilda.

Statskontoret bedömer att IVO:s roll inom klagomålssystemet bör renodlas till att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården och hantera tillstånd. De resurser som används för tillsyn över hälso- och sjukvården kan antas ge störst effekt i form av åtgärder för att höja patient-säkerheten om de koncentreras till tillsynsuppdragets kärna, som är

- tillsyn på eget initiativ
- tillsyn över vårdpersonal
- utreda anmälningar från enskilda om allvarliga missförhållanden och systembrister
- analys och återföring till vården.

Anmälningar från enskilda är ett viktigt underlag för tillsyn

Anmälningarna från enskilda är ett viktigt underlag för IVO när man planerar sina tillsynsinsatser. Det gäller både vid egeninitierad tillsyn och inspektioner samt inom individtillsynen. Anmälningarna kompletterar de indikationer om brister som IVO får på annat sätt, till exempel anmälningar från vårdgivare och upplysningar från patientnämnder.

Det innebär dock inte att alla tips och anmälningar som kommer in till IVO från allmänheten bör omsättas i tillsynsaktiviteter. Enligt det förslag som vi fört fram i vår delrapport ska IVO även fortsatt utreda anmälningar som innehåller indikationer om allvarigare händelser och systemfel. Men enligt Statskontorets förslag ska övriga klagomål från enskilda överlämnas till patientnämnderna om händelsen inte redan utretts av patientnämnden.

För att få ett så brett underlag som möjligt för sina analyser bör IVO i större utsträckning ta del av underlag från patientnämnderna. Det gäller både på aggregerad nivå och som en del i utredningen av enskilda ärenden.

IVO utövar tillsyn över vårdens hantering av klagomål

Vården ska redan i dag ta emot och utreda klagomål inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet. Vi har dock sett att detta arbete har brister, till exempel förs bara drygt hälften av de händelser som IVO kritiserar in i vårdens avvikelserapporteringsystem.

I IVO:s uppdrag ingår redan i dag att utöva tillsyn över vårdens hantering av klagomål. Om IVO:s uppdrag att bedriva klagomålshantering i dess nuvarande form tas bort, vilket vi föreslår, är det rimligt att tillsynen över vårdens hantering av klagomål förstärks. Exempelvis bör IVO i sin tillsyn granska vilka åtgärder myndighetens beslut och patientnämndernas förfrågningar leder till, hur händelseanalyser och avvikelserapportering genomförs samt vilka rutiner som finns för att på ett bra sätt ta emot och hantera patienters erfarenheter. Tillsynen ska även kunna leda till krav på åtgärder i de fall då IVO upptäcker brister i vårdens hantering av klagomål.

8.3 Statskontorets förslag och rekommendationer

Förslag i Statskontorets delrapport

I Statskontorets delrapport föreslår vi att patientsäkerhetslagen ändras så att IVO får större utrymme att bedöma hur man ska utreda de klagomål mot vården som kommer in till myndigheten. Avsikten med förslaget är att IVO, utifrån på förväg fastlagda kriterier, ska kunna prioritera att utreda de klagomål som bedöms vara relevanta ur ett tillsynsperspektiv.

För att säkerställa att varje klagomål ändå hanteras på något sätt föreslår vi att en bestämmelse införs som gör det obligatoriskt för IVO att överlämna klagomål som inte utreds till den berörda patientnämnden. Undantag ska gälla om händelsen redan har utretts av patientnämnden eller om det står klart att klagomålet av någon annan anledning inte behöver utredas vidare.

Vidare föreslår vi i delrapporten att patientsäkerhetslagens förfaranderegler ändras så att klagomål mot vården i stället handläggs enligt förvaltningslagens bestämmelser. Statskontoret föreslår också att patientsäkerhetslagen ändras så att klagomålsärenden avslutas med samma slags beslut som andra tillsynsärenden.

Den utredning som regeringen tillsatt, Klagomålsutredningen, har bland annat i uppdrag att överväga Statskontorets förslag och vid behov ta fram förslag till författningsändringar.

Statskontorets delrapport innehåller även ett antal förslag riktade till IVO som gäller ärendeprocessen för klagomål. Dessa förslag har ingått i underlaget för den genomlysning av klagomålsprocessen som IVO genomfört under 2014.

Rekommendationer riktade till IVO

Utöver de förslag som Statskontoret lämnat i delrapporten lämnar vi följande rekommendationer till IVO:

- IVO bör genomföra åtgärder som kan bidra till att öka likvärdigheten i handläggningen av patientklagomål. Exempel på åtgärder som Statskontoret bedömer vara angelägna är:
 - Utveckla bedömningskriterier eller annat bedömningsstöd för beslut om kritik.
 - Utveckla och implementera metoder för systematisk uppföljning av beslut i efterhand.
 - Tydliggör hur ansvaret för likvärdig handläggning inom myndigheten är fördelat mellan olika funktioner.
- IVO bör fortsätta arbetet med att effektivisera handläggningen av klagomål och noga följa upp implementeringen av den nya ärendeprocessen.
- IVO bör utveckla möjligheterna till samlad analys av olika typer av underlag (patientklagomål, lex Maria och underlag från patientnämnderna). Exempel på åtgärder som Statskontoret bedömer vara angelägna är:
 - Utveckla de metoder för samlad analys av lex Maria-anmälningar och klagomål som finns på vissa avdelningar och sprida dem till samtliga regionala avdelningar.
 - Förbättra möjligheterna till analys på aggregerad nivå genom utveckling av IT-stödet. Detta är en nyckelåtgärd för att kunna dra slutsatser om klagomålets innehåll och om brister i patientsäkerhet inom vården.
- IVO bör genomföra åtgärder för att sprida de beslut som fattas i klagomålsärenden och göra dem tillgängliga. Exempelvis kan en sökbar beslutsdatabas eller praxissamling byggas upp.
- IVO bör ta initiativ till att bygga ut samarbetet med patientnämnderna, både när det gäller enskilda ärenden och för att få relevant underlag för sin tillsyn.

Referenser

- Axelsson, E. (2011) *Patientsäkerhet och kvalitetssäkring i svensk hälso- och sjukvård. En medicinrättslig studie*. Iustus.
- Dir. 2014:88 *En mer ändamålsenlig hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården*.
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (2014) *Verksamhetsredogörelse 2013*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Genomlysning av klagomålsprocessen. Förslag till rapport*. Intern PM daterad 2014-06-30.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Systematiskt kvalitetsarbete behöver utvecklas. Klagomål och anmälningar enligt lex Maria inom den somatiska specialistsjukvården*. Rapport IVO2014-9.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Tillsynsrapport. Tillsynens viktigaste iakttagelser verksamhetsåret 2013*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Tydligare kontaktvägar för medborgare. Delrapport för att utveckla och förtydliga service och bemötande av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården (regeringsuppdrag S2014/1124/FS)*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Verksamhetsplan 2014*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014) *Årsredovisning 2013*.
- Prop. 2009/10:210 *Patientsäkerhet och tillsyn*.
- Prop. 2012/13:20 *Inspektionen för vård och omsorg – en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2013/14:1 *Budgetpropositionen för 2014*. Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg.

Regeringsbeslut 2014-02-06 Uppdrag att förenkla och förtydliga förutsättningarna för medborgarkontakter.

Skolinspektionens årsredovisning 2013.

Socialstyrelsen (2012) Enskildas klagomål, dnr 1.3.1-49647/2012. Internrevisionsrapport daterad 2012-12-20.

Socialstyrelsen (2013) Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Socialstyrelsen (2013) Årsredovisning 2012.

SOU 2008:117 Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras? Betänkande av Patientsäkerhetsutredningen.

SOU 2013:2 Patientlag. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.

SOU 2013:44 Ansvarsfull hälso- och sjukvård. Betänkande av Patientmaktsutredningen.

Statskontoret 2012:11 Utvärdering av tillsynsreformen. Samordnad tillsyn över socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Statskontoret 2013:24 Patientklagomål och patientsäkerhet. Delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården.

Statskontoret 2014:13 Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg. Delrapport.

Vårdhandboken, tillgänglig på www.vardhandboken.se, citerad 2014-09-16.

Regeringsuppdrag



REGERINGEN

Socialdepartementet



Regeringsbeslut I:3
2011-04-07 S2011/3868/FS
(delvis)

Statskontoret
Box 8110
104 20 Stockholm

Uppdrag att följa och utvärdera den förändrade klagomålshandlingen mot hälso- och sjukvården

Regeringens beslut

Regeringen beslutar att ge Statskontoret i uppdrag att följa utvecklingen och utvärdera den nya ordningen med klagomålshandling mot hälso- och sjukvården, som Socialstyrelsen ansvarar för från den 1 januari 2011. En utvärdering ska göras i förhållande till den nya patientsäkerhetslagens intentioner om att uppnå en säkrare vård, (se vidare proposition Patient-säkerhet och tillsyn, prop. 2009/10:210).

Statskontoret ska titta på vilka konsekvenser den nya ordningen med klagomål som kan leda till kritik inneburit jämfört med den tidigare ordningen med anmälningar som kunde leda till disciplinpåföljd, t.ex. när det gäller omfattningen av polisanmälningar mot hälso- och sjukvården och dess personal. Vidare ska Statskontoret belysa om de nya bestämmelserna om bl.a. prövotid och återkallelse av legitimation får konsekvenser i form av förändrat antal anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och varför antalet anmälningar ökar eller minskar och vad detta i sin tur kan leda till. Statskontoret ska göra en samlad bedömning av vilka effekter i övrigt som det nya systemet med klagomålshandling hos Socialstyrelsen har inneburit. Statskontoret ska vid behov lämna förslag till om förändringar i regelverket behöver göras.

Arbetet ska ske i nära samråd med Socialdepartementet. Socialstyrelsen ska bistå med de uppgifter som behövs för att Statskontoret ska kunna fullgöra sitt uppdrag.

Statskontoret ska löpande informera Regeringskansliet (Socialdepartementet) och vid behov lämna en delrapport. En slutrapport ska lämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 mars 2014.

Postadress
103 33 Stockholm

Besöksadress
Fredsgatan 8

Telefonnummer
08-402 10 00

Telefax
08-723 11 91

E-post: registrator@social.ministry.se

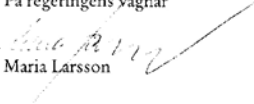
Bakgrund

Den nya patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft den 1 januari 2011 och innebär bl.a. att den tidigare ordningen där klagomål mot enskilda yrkesutövare utreddes av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har ersatts. Den tidigare lagstiftningen innebär att HSAN endast kunde utreda de enskilda yrkesutövare som "pekas ut", men inte vårdgivarens ansvar för de eventuella brister som fanns. HSAN kunde inte heller göra en förutsättningslös utredning av de klagomål som riktades mot vården och inte utreda något annat än det som anmälan innehöll.

Den nya ordningen innebär att Socialstyrelsen har en skyldighet att ta emot och förutsättningslöst utreda klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal. Socialstyrelsen kan rikta kritik mot såväl vårdgivare som enskilda yrkesutövare. Den nya ordningen innebär vidare utökade möjligheter för staten att tillgripa skyddsåtgärderna prövotid och återkallelse av legitimation i de fall en legitimerad yrkesutövare bedöms utgöra risk för patientsäkerheten.

Den nya lagen bygger på förslagen i propositionen Patientsäkerhet och tillsyn (prop. 2009/10:210). I samma proposition skriver regeringen att man har för avsikt att följa utvecklingen på området och Socialstyrelsens hantering av klagomålsärenden, hur de nya bestämmelserna har kommit att tillämpas och vilka effekter reformen i övrigt har medfört. Det är viktigt att regeringen får signaler om eventuella brister i regelverket som kan behöva rättas till.

På regeringens vägnar

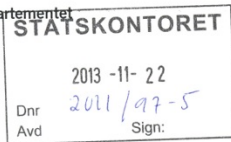

Maria Larsson


Christoffer Nelson

Kopia till

Statsrådsberedningen/SAM
Finansdepartementet/BA
Socialstyrelsen
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd

Socialdepartementet



Statskontoret
Box 8110
120 04 Stockholm

Förlängd tid för redovisning av uppdrag

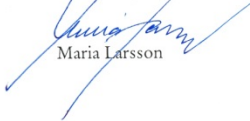
Regeringens beslut

Regeringen förlänger slutredovisningstiden för uppdraget att följa och utvärdera den förändrade klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvård till senast den 13 oktober 2014.

Ärendet

Regeringen beslutade den 7 april 2011 att uppdraga åt Statskontoret att följa och utvärdera den förändrade klagomålshanteringen mot hälso- och sjukvården. Uppdraget ska redovisas senast den 31 mars 2014. I dialog med Statskontoret har det framkommit ett behov av att flytta fram den slutliga redovisningen av uppdraget till mitten av oktober 2014. Regeringen bedömer att det finns ett behov av att besluta om en sådan förlängning.

På regeringens vägnar



Maria Larsson



Klara Granat

Kopia till

Statsrådsberedningen/SAM
Finansdepartementet/BA
Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
Inspektionen för vård och omsorg

Bilaga 2

Metodbeskrivningar

I denna bilaga redovisar vi hur vi genomfört de enkätundersökningar som används som underlag i rapporten.

Enkät för att följa upp IVO:s kritikbeslut

Omfattning och urval

Statskontoret har under perioden april–juni 2014 gjort en uppföljning av 200 beslut i klagomålsärenden där IVO riktat kritik mot vården. Uppföljningen har skett med hjälp av en enkät.

Urvalet av beslut har baserats på att besluten skulle vara så aktuella som möjligt, men inte fattade inom de senaste två månaderna. Syftet med att inte inkludera beslut från de senaste månaderna var att vården skulle ha haft tid på sig att genomföra eller påbörja åtgärder med anledning av beslutet. Urvalet kontrollerades för att säkerställa geografisk spridning, spridning när det gäller typ av vårdinrättning (sjukhus, primärvårdsenheter, fristående specialistkliniker och tandvård) samt spridning av huvudmannaskap (offentliga respektive privata vårdgivare).

Tillvägagångssätt

Enkäten skickades ut som en pappersenkät. Till varje enkät bifogades en kopia av IVO:s kritikbeslut i det enskilda ärendet, utifrån vilken den verksamhetsansvarige eller motsvarande ombads att besvara enkäten.

Vi kvalitetssäkrade enkätfrågor och svarsalternativ på förhand genom att hämta in synpunkter från en medarbetare vid patientnämndens i Stockholms läns landsting kansli och en chefsläkare inom Uppsala läns landsting.

Svarsfrekvens och bortfall

Av de 200 utskickade enkäterna har det kommit in svar som avser 170 av kritikbesluten. Det innebär en svarsfrekvens på 85 procent. Ett tiotal av de händelser som fått kritik har berört mer än en vårdenhet och fler än ett svar har därför kommit in för dessa händelser. Sammanlagt har

184 enkätsvar kommit in. I stort sett samtliga av dessa enkäter är fullständigt besvarade och det partiella bortfallet är försumbart.

Frågor i enkäten

I enkäten ställde vi frågor om

- huruvida vården känt till händelsen innan IVO:s utredning och hur vården i så fall fått kännedom om händelsen
- vilka åtgärder som vården har genomfört med anledning av händelsen innan och under IVO:s utredning samt vilka åtgärder man planerade att genomföra
- hur vården i olika avseenden uppfattat IVO:s utredning och beslut i det aktuella klagomålet.

Frågorna i enkäten hade fasta svarsalternativ, med möjlighet att ange egna alternativ på frågorna om vilka åtgärder som hade genomförts eller planerats.

Enkät till vårdgivare

Genomförande

Statskontoret genomförde i maj 2014 en undersökning av hur IVO:s beslut i klagomålsärenden används i vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete och hur vårdgivarna ser på hanteringen av patientklagomål.

Undersökningen skedde genom en webbenkät bland ett urval vårdgivare. Urvalet bestod av totalt 29 vårdgivare: tre privata sjukvårdsbolag (Capio, Aleris och Praktikertjänst), fem sjukhusbolag och Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) i Stockholms läns landsting samt övriga 20 regioner och landsting. 25 mottagare svarade vilket ger en svarsfrekvens på 86 procent.

I följbrevet angav vi att svaren skulle avse vårdgivarens samlade syn på hanteringen av patientklagomål och rekommenderade att enkäten besvarades på tjänstemannanivå av chefsläkare eller annan person med övergripande ansvar för patientsäkerhetsfrågor.

Frågor i enkäten

I enkäten ställde vi frågor om

- hur vanligt det är att vården får kännedom om vårdskaderelaterade händelser genom olika kanaler innan IVO har inlett någon utredning av händelsen
- hur vanligt det är att IVO:s beslut i klagomålsärenden leder till olika åtgärder
- de svarandes bedömning av olika aspekter av IVO:s handläggning och beslut
- de svarandes rangordning av olika typer av beslut från IVO och patientnämnden utifrån hur betydelsefullt man anser att underlaget är för vårdgivarens patientsäkerhetsarbete
- de svarandes rangordning av vilken instans man anser bör ta emot patienters klagomål mot vården i första hand
- hur man anser att IVO bör prioritera hanteringen av klagomål: utreda många klagomål mera ytligt eller med längre handläggningstider alternativt utreda de klagomål som avser allvarligare händelser på djupet.

Frågorna hade fasta svarsalternativ men i anslutning till varje fråga fanns möjlighet att ange egna alternativ eller lämna kommentarer.

Enkät till patientnämnder

Genomförande

Statskontoret genomförde i maj 2014 en undersökning av hur patientnämnderna uppfattar IVO:s hantering av patientklagomål.

Enkäten genomfördes som en webbenkät till samtliga patientnämnder i landsting och regioner. Patientnämnderna i 20 av totalt 21 landsting och regioner har svarat.⁷⁸ Svarsfrekvensen är därmed 95 procent.

⁷⁸ De fyra patientnämnderna i Västra Götalandsregionen valde att avge ett gemensamt svar.

I följbrevet angav vi att svaren skulle avse patientnämndens samlade syn på hanteringen av patientklagomål och rekommenderade att enkäten besvarades på tjänstemannanivå.

Frågor i enkäten

I enkäten ställde vi frågor om

- hur samverkan med IVO fungerar i olika avseenden
- de svarandes rangordning av vilken instans man anser bör ta emot patienters klagomål mot vården i första hand
- hur väl klagomålshanteringen fyller olika funktioner och vilka funktioner som anses vara viktigast
- hur man anser att IVO bör prioritera hanteringen av klagomål: utreda många klagomål mera ytligt eller med längre handläggningstider alternativt utreda de klagomål som avser allvarligare händelser på djupet.

Frågorna hade fasta svarsalternativ men i anslutning till varje fråga fanns möjlighet att ange egna alternativ eller lämna kommentarer.

Enkät till patientorganisationer

Genomförande

Statskontoret genomförde i maj 2014 en undersökning av hur patient- och brukarföreningar uppfattar IVO:s hantering av patientklagomål.

Enkäten genomfördes som en webbenkät till ett urval om 32 av de största rikstäckande patientorganisationerna. Enkäten besvarades av 19 patientorganisationer, vilket ger en svarsfrekvens på 61 procent. Det partiella bortfallet för flertalet av frågorna är dock högt. Vår bedömning är därför att möjligheterna att dra slutsatser utifrån undersökningen är begränsade.

I följbrevet angav vi att svaren skulle avse organisationens samlade erfarenhet eller bedömning av generella förhållanden.

Frågor i enkäten

I enkäten ställde vi frågor om

- de svarandes bedömning av olika aspekter av IVO:s handläggning och beslut
- hur väl klagomålshandlingen fyller olika funktioner och vilka funktioner som anses vara viktigast
- de svarandes rangordning av vilken instans man anser bör ta emot patienters klagomål mot vården i första hand
- hur man anser att IVO bör prioritera handlingen av klagomål: utreda många klagomål mera ytligt eller med längre handläggningstider alternativt utreda de klagomål som avser allvarligare händelser på djupet.

Frågorna hade fasta svarsalternativ men i anslutning till varje fråga fanns möjlighet att ange egna alternativ eller lämna kommentarer.