



report

Leading Health Care nr 9 2012

När *samverkan* brister

Patientnämndsärenden som underlag
för problemanalys och kvalitetsutveckling
mot en sammanhållen vård och
omsorg om äldre

Författare: Karin Thoresson



När *samverkan* brister

*Patientnämndsärenden som underlag
för problemanalys och kvalitetsutveckling mot
en sammanhållen vård och omsorg om äldre*

Karin Thoresson
*Tema Teknik och social förändring,
Linköpings universitet*

Förord

Stiftelsen Leading Health Care fick i juni 2011 ett regeringsuppdrag inom ramen för den äldresatsning som görs under mandatperioden. Syftet var att påbörja arbetet med att utarbeta ersättningsmodeller för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Resultatet av detta första steg blev antologin På väg mot en värdefull styrning (LHC 2012:1), som utifrån olika infallsvinklar belyste hur dagens styrning påverkar de mest sjuka äldres situation.

2012 fick LHC förnyat uppdrag för att gå vidare med empiriska studier som kan ligga till grund för en utveckling av ersättningssystemen. Denna rapport är den andra av fyra som tillsammans kommer att ge underlag till att utforma nya principer för den ekonomiska styrningen – principer som utgår från brukarnas, snarare än verksamheternas, behov.

I en tredje fas är ambitionen att omforma principerna till mer praktiskt inriktade råd kring utformningen och tillämpningen av ersättningsmodeller och ersättningssystem.

I vår jakt på exempel från verklighetens äldre har i denna rapport Karin Thoreson vid Tema T på Linköpings universitet söka i avidentifierade ärendesammanfattningar från en patientnämnd samt genomföra intervjuer med nio handläggare från åtta olika patientnämnder. I fokus är de äldres klagomål när samverkan brister.

Liksom i flera av de övriga studierna råkar vi på svårigheter att direkt koppla empiriska resultat från vårdsystemet till just samspelet mellan olika delar av vårdkedjan. En orsak är att vi i nuvarande system fokuserat på specifika vårdområden och aktörer i vårt ansvarskravande. Man kan säga att vi distribuerar ut ansvaret för samverkan i en kedja på dess olika länkar utan att för den skull visa hur de ska kopplas ihop och att ansvaret för detta är gemensamt. Frågan om samverkan och brister i denna är inte enbart en ekonomisk fråga, men viktig för att förstå hur vi kan uttrycka behovet av samverkan i ekonomiska termer.

Vi vill rikta ett stort tack till Karin Thoreson för hennes engagemang och kunskapsbidrag i projektet. Tack också till professor Claes-Fredrik Helgesson vid Tema T som lotsat in Karin i vårt arbete.

Trevlig läsning!

Stockholm i december 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Anna Krohwinkel Karlsson, Ek Dr
Forskningsledare
Stiftelsen Leading Health Care

Sammanfattning

Denna studie är en del av ett större projekt som handlar om bristande samverkan mellan vårdgivare i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Denna patientgrupp kännetecknas av komplexa behov vilket, i jämförelse med många andra patientgrupper, ställer högre krav på att olika vårdgivare kan samverka.

I studien undersöks dels hur samverkansproblem yttrar sig utifrån de äldsta patienternas perspektiv, dels hur patientnämnderna agerar som kvalitetsförbättrande instans i hälso- och sjukvårdssystemet. Undersökningen baseras på empiriskt material i form av avidentifierade ärendesammanfattningar från en patientnämnd, samt intervjuer med nio handläggare från åtta olika patientnämnder. Det empiriska materialet har analyserats kvalitativt.

Resultatet visar att antalet ärenden som är relaterade till bristande samverkan med stor sannolikhet överstiger det antal som av patientnämnderna klassificerats inom detta problemområde. Detta beror på att ärenden ofta innehåller många olika komponenter och att det patientupplevda problemet kan skilja sig från vad som är problemet sett ur ett systemövergripande perspektiv. Att ärenden rutinmässigt klassificeras på en vårdtyp – även om klagomålet omfattar insatser från olika områden – bidrar också till att problematiker som har att göra med relationerna mellan vårdgivare tonas ner. I rapporten diskuteras vad detta betyder för ansvarsutkrävandet gällande samverkansbrister, och för möjligheterna att utifrån brukarrapportering utveckla vården mot bättre samordning.



Innehåll

Studiens bakgrund och sammanhang	9
Brukarrapportering som utgångspunkt	11
<i>Patientnämnderna – en bakgrund</i>	12
Tillvägagångssätt och material	15
<i>De oidentifierade ärendebeskrivningarna</i>	15
<i>Intervjuerna</i>	17
Beskrivning av ärendena	19
<i>Samverkansärenden</i>	19
<i>Potentiella samverkansärenden</i>	20
Handläggarnas reflektioner	26
<i>Äldre patienter och deras ärenden</i>	26
<i>Klassificeringen av ärenden</i>	28
<i>Patientens perspektiv är styrande</i>	29
<i>Mönsteranalys – en fråga för politiken?</i>	31
Klassificering som ”mediering”: en vetenskapssociologisk utveckling	34
Vilken roll spelar brukarrapportering för vårdens kvalitetsutveckling?	37
Referenser	40
Bilaga 1: Intervjuguide	42
Om Leading Health Care	44
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	44
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	44
LHC:s publikationer	47





Studiens bakgrund och sammanhang

Vården och omsorgen om äldre beskrivs ofta som fragmenterad. Det finns en bred konsensus kring behovet av mer samverkan, och en utbredd uppfattning om att samverkansproblematiken är en huvudsaklig källa till missnöje hos äldre med behov av sammansatta insatser.¹ Få studier har dock gått på djupet med vad i samarbetet mellan vårdgivare det är man klagat på, och hur dessa synpunkter beaktas när det gäller att utveckla vården och omsorgen mot en högre grad av samverkan. I denna studie studeras dels hur samverkansproblem yttrar sig utifrån de äldsta patienternas perspektiv, dels hur patientnämnderna agerar som kvalitetsförbättrande instans i hälso- och sjukvårdssystemet. Undersökningen baseras på empiriskt material i form av aidentifierade ärendesammanfattningar från en patientnämnd samt intervjuer med nio handläggare från åtta olika patientnämnder.

Studien ingår som en del i ett större projekt med fokus på samverkan mellan olika utförare i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Mer specifikt är ett övergripande syfte med detta större projekt att bidra med en kunskap om hur ersättningssystem ska kunna utformas för att stödja en fungerande samverkan mellan de olika vårdgivare som den äldre patienten är beroende av. Bristande samverkan kan innebära att patienten på olika sätt drabbas negativt av att länken mellan exempelvis akutsjukvård, primärvård och kommunal omsorg brister, men det kan också vara vårdgivare inom samma vårdområde som inte samverkar i tillräcklig grad. Denna studies bidrag till det större projektet utgörs av en analys av hur samverkansproblem yttrar sig med utgångspunkt i patientnämndens ärenden, att beskriva vilka typer av åtgärder som vidtas, samt att ge en kritisk belysning av förutsättningarna för återkoppling och ansvarsutkrävande i syfte att förebygga samverkansproblem.

¹ "Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas." Promemoria från Socialdepartementet, 2011-06-22.



Brukarrapportering som utgångspunkt

Till patientnämnden kan man som patient vända sig om man behöver vägledning, rådgivning eller har haft dåliga erfarenheter i mötet med vården. Är man missnöjd med vården kan patientnämnden ta emot synpunkter eller be den aktuella vårdinrättningen om en förklaring av det inträffade. Man kan som patient också få information om hur och under vilka förutsättningar man kan ta ärendet vidare, exempelvis om det handlar om en vårdskada eller andra allvarliga medicinska brister i vården. Det är emellertid en mindre andel av de patienter som tar kontakt med patientnämnderna som har en ambition om få ekonomisk ersättning eller göra en anmälan till Socialstyrelsen. I många fall efterfrågas bara information, eller så har de upplevda problemen i mötet med vården en annan karaktär. Många av de patienter som ringer eller skriver till patientnämnden är medvetna om att det i efterhand kanske inte finns så mycket att göra åt en dålig erfarenhet, åtminstone inte ur det egna perspektivet. Dessa patienter kan vilja ha en förklaring, och eventuellt en ursäkt. Utöver detta så har de också, många gånger, en tanke om att deras rapportering av den inträffade händelsen till patientnämnden ska förebygga att samma sak drabbar någon annan. ”Jag vill inte att någon annan ska behöva vara med om samma sak” är en replik som ofta återkommer i de samtal som patientnämndens handläggare har med patienter.²

Patientens motiv att rapportera dåliga erfarenheter av vården i syfte att förebygga att det händer igen är ytterst en tanke om kvalitetsförbättring, där patientnämnden ses som ett verktyg för detta. Genom att enskilda patienter rapporterar kan systemet få återkoppling: en signal om dess svaga länkar vilket förutsätts leda till åtgärder. Att bidra till att vårdens kvalitet utvecklas är, mycket riktigt, en del av patientnämndernas uppdrag. Deras verksamhet regleras i lagen om patientnämndsverksamhet.³ Enligt den lagen måste alla landsting och kommuner⁴ inrätta den här typen av instans. Uppdragets centrala delar innebär att värna patientens rättigheter i hälso- och sjukvårdssystemet, inte minst genom att hjälpa patienter som upplever sig ha dåliga erfarenheter av vården att lämna synpunkter och klagomål. Patientnämnderna ska erbjuda vägledning, och de ska dokumentera och föra statistik över de ärenden som kommer in. Förutom att hjälpa och vägleda patienter är tanken att patientnämnden ska bidra till en återkoppling till vården, och i förlängningen till vårdens kvalitetsutveckling. Patientnämnderna rapporterar till Socialstyrelsen, och ger återkoppling direkt till hälso- och sjukvården i det egna landstinget.

Det huvudsakliga syftet med den här studien är att genom en kvalitativ analys av aidentifierade ärendebeskrivningar undersöka i vilken utsträckning som ärenden rörande äldre patienter har med bristande samverkan mellan olika vårdgivare att göra. Ett vidare syfte är att illustrera hur bristande samverkan tar sig uttryck från patientens perspektiv och, i den mån det är möjligt, säga något om hur dessa erfarenheter återförs till hälso- och sjukvårdssystemet. Följande frågor har väglett arbetet:

² Intervjuer med patientnämndens handläggare.

³ Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

⁴ Många kommuner har inte en egen patientnämnd, utan har istället ingått avtal med patientnämnden i det landsting där de ingår.

- I vilken mån kan de klagomål som framförs av äldre personer till patientnämnderna relateras till bristande samverkan mellan vårdgivare?
- Vilken typ av samverkansbrister omnämns oftast?
- Vilka erfarenheter har patientnämndens handläggare av äldre patienters ärenden, och av samverkansärenden generellt?

Frågan om orsaker till bristande samverkan lämnas i allt väsentligt utanför analysen till följd av det empiriska materialets karaktär, även om jag resonerar kring denna fråga i den avslutande analysen. Studien har haft en öppen och utforskande ansats.

Detta inledande avsnitt följs av en bakgrundsbeskrivning av patientnämnderna och deras uppdrag, samt för hur ärenden normalt tas emot och handläggs. Jag redogör därefter för mitt tillvägagångssätt, och i det påföljande redovisas resultatet av studien i två avsnitt. Det första behandlar analysen av de oidentifierade ärendebeskrivningarna, och det andra behandlar resultatet av intervjuerna med handläggare. Sist följer en avslutande diskussion kring brukar-rapporteringens nuvarande och potentiella roll i vårdens kvalitetsutveckling.

Patientnämnderna – en bakgrund

I Sverige finns det tjugoen patientnämnder, en i varje län. Patientnämnden är en självständig och opartisk instans som landstinget, alternativt regionen, ansvarar för att tillsätta. Självva nämnden är politiskt sammansatt, utöver den finns det tjänstemän som arbetar med att ta emot och dokumentera ärenden samt med att sammanställa underlag till nämnden och andra instanser. Patientnämnderna ger återkoppling till hälso- och sjukvården i respektive län och är även skyldiga att årligen rapportera till Socialstyrelsen.

Patientnämndens uppdrag kan sammanfattas i att nämnden ”utifrån synpunkter och klagomål [ska] stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården [...]”.⁵ Detta innebär att ge patienter stöd och vägledning, att främja kontakter mellan patient och vårdpersonal samt att ”rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.”⁶

Patientnämnden har inte befogenhet att vidta några disciplinära åtgärder. Socialstyrelsen är den statliga myndighet som ansvarar för att granska och utreda missförhållanden i hälso- och sjukvården, samt att i de fall där det är motiverat, vidta disciplinära åtgärder. Patientnämnden kan inte heller erbjuda patienter någon ekonomisk ersättning för skador som vården har orsakat. Om det kan vara fråga om en vårdskada ska patienten hänvisas till patientförsäkringen; Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF).

De nio handläggare som intervjuades i denna studie (en närmare redogörelse för tillvägagångssättet finns nedan) ombads att beskriva hur ärendegången normalt ser ut. I allt väsentligt liknar dessa beskrivningar varandra. I regel går det till så att en patient eller anhörig hör

5 Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Jämför SOU 2008:127 Patientens rätt. Några förslag för att stärka patientens ställning. Delbetänkande av utredningen om patientens rätt. Fritzes förlag, Stockholm. s. 58.

6 Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

av sig via telefon, e-post eller brev. Personen ifråga kan efterfråga vägledning eller vilja framföra synpunkter eller klagomål. När det gäller en händelse som har inträffat får patienten först beskriva vad som har hänt. Därefter kan handläggaren informera om olika alternativ, och fråga hur patienten vill gå vidare. Om det handlar om medicinsk felbehandling kan handläggare informera om hur man gör en anmälan till Socialstyrelsen. Handlar det om en eventuell vårdskada så bör patienten informeras om patientförsäkringen. Ofta kan ärenden gälla andra brister, exempelvis gällande omvårdnad och bemötande, eller brister som inte är lika grava. Då finns möjligheten att patientnämnden begär ett yttrande från vården. I yttrandet förväntas den aktuella vårdenheten, ofta via verksamhetschef eller chefläkare, ge sin syn på vad som har skett och besvara patientens frågor. I vissa patientnämnder ber handläggaren också patienten att inkomma med en skriftlig redogörelse innan yttrande begärs av vården, medan det i andra nämnder räcker med den redogörelse som givits på telefon. Om det är så att anmälaren är en anhörig brukar handläggaren, enligt de intervjuade, även stämma av med den patient som ärendet gäller. Detta under förutsättning att personen ifråga klarar av att ta ställning till saken och exempelvis inte lider av demens. När vården har lämnat sitt yttrande återkommer patientnämnden med detta till anmälaren som får möjlighet att kommentera vårdens beskrivning. Många ärenden slutar här, åtminstone från patientens perspektiv.

Utöver den praktiska handläggning av ärendet som rör patient/anhörig och den specifika vårdenheten, så behandlas ärenden även i den politiskt sammansatta nämnden. Det är nämnden som har det yttersta ansvaret för verksamheten. I vissa patientnämnder kan ärenden avslutas av handläggare, i andra avslutas de formellt på nämndens sammanträden. Nämnden sammanträder i regel sex gånger per år, enligt de intervjuade. Det varierar något i vilken utsträckning som nämndens ledamöter tar ställning till enskilda (avidentifierade) ärenden. Detta förekommer, men i många nämnder så presenteras istället övergripande mönster och tendenser i rapporteringen av ärenden, exempelvis med hänsyn till vårdtyp och problemområde. I flera patientnämnder finns en möjlighet att lyfta vad som kallas ”principärenden” – det är ärenden som anses vara av särskild vikt. Det kan vara att det som ärendet gäller uppfattas som allmängiltigt, att konsekvenserna är allvarliga eller att det är uppenbart att det saknas rutiner. Principärenden följs upp i nämnden på andra sätt än ordinarie ärenden. I första hand eftersom de behandlas individuellt i nämnden, till skillnad från den ”stora massan” av ärenden. Nämnden kan också, i vissa fall, be den berörda vårdgivaren om kompletterande information om händelsen eller de åtgärder som vidtagits eller är planerade.

De politiker som ingår i patientnämnden kan därefter verka mot andra politiskt sammansatta organ som på olika sätt har ansvar för och inflytande över hälso- och sjukvården, som landstingets fullmäktige och hälso- och sjukvårdsnämnden. Utöver det har nämnden, som framgår av ovan, även ansvar för att informera och rapportera om sin verksamhet till Socialstyrelsen. I detta avseende är patientnämnden en del av hälso- och sjukvårdens kvalitets-säkring, eftersom patienternas klagomål förväntas leda till återkoppling och i förlängningen förhöjd kvalitet.



Tillvägagångssätt och material

Den ursprungliga idén med studien var att analysera avidentifierade sammanfattningar av ärenden med fokus på antalet inblandade vårdgivare och samverkansproblematik. Det tidiga arbetet med detta material aktualiserade emellertid ett empiriskt komplement i form av intervjuer med handläggare. Studien grundas med andra ord dels på ärendebeskrivningar, och dels på intervjuer med nio handläggare i åtta olika patientnämnder.

De avidentifierade ärendebeskrivningarna

De ärendebeskrivningar som ligger till grund för studien är 316 till antalet och kommer samtliga från patientnämnden i Stockholms läns landsting. Alla avidentifierade ärenden som rör patienter över åttio år och som rapporterats in under år 2011, oavsett vårdtyp eller problem, omfattas. Ärendebeskrivningarnas längd varierar, vissa är relativt korta. Totalt omfattar materialet nittio sidor. Varje beskrivning har en rubrik och är uppdelad i två delar; den första återger anmälarens beskrivning av det aktuella problemet eller händelsen, och den andra delen redogör för vilka åtgärder som vidtagits av patientnämnden. Denna del kan omfatta vilken information eller vilka rekommendationer som givits anmälaren, om ett yttrande krävts av vården och vad detta yttrande i sådana fall innehållit, samt om ärendet avslutats. Utöver detta så har varje ärende också kategoriserats med hänsyn till vilken slags problematik eller fråga det rör sig om. De kategorier som förekommer i de analyserade ärendebeskrivningarna är: Administration, behandling, bemötande, ekonomi, information, juridik, omvårdnad, rådgivning/information/hänvisning, samverkan och tillgänglighet. Den mest frekvent förekommande kategorin är behandling, därefter tillgänglighet och omvårdnad.

Tabell 1: Klassificering och fördelning av ärenden, rangordnade i fallande ordning.

Klassificering	Antal	Andel
Behandling	127	40 %
Tillgänglighet	45	14 %
Omvårdnad	38	12 %
Bemötande	23	7 %
Information	21	7 %
Ekonomi	18	6 %
Rådgivning/Information/Hänvisning	14	4 %
Administration	12	4 %
Samverkan	10	3 %
Juridik	8	2 %

Det konkreta tillvägagångssättet med de avidentifierade sammanfattningarna utgjordes av en kvalitativ analys med kvantitativa inslag. Efter en första genomläsning närläste jag materialet och kodade varje ärende. Jag använde mig av fyra koder: 1) mer än en vårdgivare, 2)

kategoriserad som samverkan 3) ej kategoriserad som samverkan men med potentiell samverkansproblematik och 4) anmälaren är en anhörig. Detta innebar att jag markerade de ärenden som stämde in på ett eller flera av dessa kriterier. Den första koden om vårdgivare innefattade både olika organisationer (exempelvis landstingsdriven sjukvård och kommunal äldreomsorg) och olika organisatoriska enheter (exempelvis akutsjukvård/specialiserad sjukvård eller olika kliniker). Den fjärde koden; anmälaren är en anhörig, svarade inte direkt mot studiens centrala frågeställningar, men är intressant eftersom den kan indikera något om de äldre patienternas beroende av anhöriga i jämförelse med yngre patienter. I fyrtiotvå procent av ärendena framgår det tydligt av beskrivningen att anmälaren är en anhörig, vilket i realiteten borde innebära att åtminstone nära hälften av anmälningarna görs av anhöriga.

Tabell 2: Antal och procentuell andel av det totala antalet ärenden per kod.

Klassificering	Antal	Andel
Ärendet omfattar fler än två vårdgivare	88	28 %
Ärendet har av Patientnämnden klassificerats som ett samverkansärende	10	3 %
Ärendet är troligtvis relaterat till samverkan, men har klassificerats inom en annan kategori	20	6 %
Anmälaren är en anhörig	133	42 %

Efter ovanstående kodning av materialet koncentrerades analysen på de ärenden som av patientnämndens handläggare tilldelats kategorin samverkan och de ärenden som hörde till annan kategori, men där jag gjort bedömningen att de eventuellt skulle kunna vara relaterade till bristande samverkan. Detta omfattade (som framgår av tabellen) ett trettiototal ärenden. I detta skede tittade jag närmare på ärendenas innehåll, samt på deras likheter och olikheter.

Det finns några viktiga förtydliganden att göra kring ovanstående empiriska material, vilket också har betydelse för valet att gå vidare med intervjuer. En första förutsättning är att ärendebeskrivningarna till största delen bygger på patientens upplevelse och berättelse av händelseförloppet (alternativt en anhörigs berättelse). Detta anser jag vara både en styrka och en begränsning hos materialet. Det utgör en möjlighet att undersöka patienternas upplevelser av vårdens problem, t.ex. bristande samverkan, och i detta fall gällande en patientgrupp som är förhållandevis svår att nå. Samtidigt bör man vara medveten om att dessa beskrivningar av händelser och problem ges från ett specifikt perspektiv – patientens – och där vårdens yttrande i ett ärende kan ses som ytterligare ett specifikt perspektiv. Ingen av dessa beskrivningar kan emellertid betraktas som en fullödig, transparent eller objektiv beskrivning av ett händelseförlopp.

Tillvägagångssättet med ärendebeskrivningarna kan jämföras med metoden kritisk incidens-teknik (critical incident technique⁷). Kärnan i denna metod är att ta utgångspunkt i kritiska incidenter, exempelvis för att identifiera organisatoriska problem. Ärendebeskrivningarna representerar problem som äldre patienter upplevt och som rapporterats av dem eller deras

⁷ Se t.ex. Kemppainen, Jeanne. K. (2000) "The critical incident technique and nursing care quality research", *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), s. 1264-1271.

anhöriga. De kan dock inte ses som heltäckande i detta avseende, eftersom alla händelser inte rapporteras, eller rapporteras till andra instanser än patientnämnden (t.ex. direkt till berörd vårdgivare).

En andra förutsättning hos materialet är att det utgörs av ytterst koncisa och avskalade beskrivningar. Till viss del är detta säkerligen ett resultat av att de inslag i ärendet som möjliggör en identifiering av patienten har tagits bort. Detta har haft betydelse för analysens förutsättningar och är den främsta orsaken till att intervjuerna genomfördes. När det gäller den konkreta betydelsen för analysen så har det funnits ett stort antal ärenden där jag, utifrån den beskrivning som ges, kan sluta mig till att den upplevda problematiken med stor sannolikhet kan vara relaterad till bristande samverkan mellan vårdgivare, men där beskrivningen är så kortfattad att några säkra slutsatser om denna relation samtidigt är omöjliga att dra. Det faktum att detta gällde många ärenden med andra kategorier än samverkan aktualiserade också frågor om patientnämndens handläggning, inte minst hur man hanterar komplexa ärenden som inbegriper fler än en problemkategori. Ur detta perspektiv framstod intervjuer som ett bättre alternativ än att utöka det empiriska materialet med fler avidentifierade ärendebeskrivningar.

Intervjuerna

Tanken med att genomföra intervjuer med handläggare i några olika patientnämnder var, som framgår av ovan, att komplettera de koncisa ärendebeskrivningarna och att ställa frågor som aktualiserats av den analysen, bland annat rörande principer och rutiner för kategorisering av ärenden. Jag antog även att handläggare med tiden har ackumulerat intressanta kunskaper och erfarenheter om äldre patienter och deras upplevelser av vården och dess problem.

Jag kontaktade sammanlagt tio patientnämnder via e-post. I e-postmeddelandet berättade jag kort om studiens syfte och på vems uppdrag den utfördes. Jag informerade också om villkoren för deltagandet, dessa villkor kan sammanfattas: frivilliga intervjuer över telefon samt konfidentiell hantering av deltagarnas identitet.⁸ Ett par av de tillfrågade patientnämnderna kunde av olika skäl inte delta i studien, detta berodde enligt uppgift främst på arbetsbelastning och begränsade personalresurser att handlägga ärenden. En av de nämnder som deltog bad om att få besvara frågorna skriftligen. De nämnder som deltog i studien tillhörde följande län: Kalmar, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Västerbotten, Västra Götaland och Östergötland.

Åtta intervjuer genomfördes över telefon och en patientnämnd lämnande sina svar på mina frågor skriftligen. Telefonintervjuerna spelades in och transkriberades. Vid intervjutillfället användes en semistrukturerad intervjuguide⁹ med olika teman och relativt öppna frågor. Intervjupersonen fick tala utifrån sin erfarenhet och sitt perspektiv som handläggare vid patientnämnden.

⁸ Jag informerade om att jag vill nämna vilka patientnämnder som deltagit utan att koppla detta till individuella deltaganden.

⁹ Bilaga 1.



Beskrivning av ärendena

Patientnämnden kategoriserar inte bara ärenden med hänsyn till vilken slags problematik ärendet gäller, utan även vårdtyp registreras. För de 316 ärenden som rör patienter över åttio år och som har analyserats i denna studie har den största andelen klassificerats som akutsjukhus. Den näst största andelen rör primärvården, och därefter kommer specialistvård och kommunal vård. Den femte största andelen rör geriatrik. Ett mindre antal ärenden har klassificerats inom kategorierna övrig vård, tandvård och psykiatrisk vård.

Tabell 3: Fördelning av ärenden på vårdtyp i fallande ordning.

Vårdtyp	Antal	Andel
Akutsjukhus	93	29 %
Primärvård	84	27 %
Specialistvård	41	13 %
Kommunal vård	39	12 %
Geriatrik	24	8 %
Övrig vård	16	5 %
Tandvård	10	3 %
Psykiatrisk vård	9	3 %

Av de 316 ärendebeskrivningar som analyserats är det åttioåtta stycken, cirka tjugoåtta procent, som inbegriper fler än en vårdgivare. Tio ärenden, cirka tre procent av det totala antalet, har av patientnämnden kategoriserats som samverkansärenden. Dubbelt så många, tjugo stycken, har av mig kodats som ärenden vars problem troligen kan vara relaterat till bristande samverkan mellan vårdgivare (se tabell 1 och 2). Jag ska nedan koncentrera mig dels på ”samverkansärenden” och dels på ”potentiella samverkansärenden”.

Samverkansärenden

De ärenden som klassificerats som samverkansärenden rör i de flesta fall samverkan mellan olika vårdgivare eller vårdenheter och i ett par fall samverkan med anhöriga. Trots att flera vårdgivare omnämns i beskrivningen så har varje ärende kategoriserats inom en vårdtyp. Bland samverkansärenden ser denna fördelning ut så här: två ärenden inom akutsjukvården, tre ärenden inom primärvården, tre ärenden inom den psykiatriska vården, ett ärende inom den kommunala vården och slutligen ett ärende inom specialistsjukvården. Här finns exempel på bristande samverkan mellan akutsjukvård och primärvård, mellan landstingets sjukvård i relation till kommunens omsorg, samt mellan olika insatser på ett och samma vård- och omsorgsboende. Problematiken rör information till anhöriga, förflyttningar mellan vårdgivare eller hem från sjukhuset, bristande rutiner och utebliven vårdplanering. Ett exempel:

Ingen samverkan med anhörig, för tidigt utskriven

Äldre man inkommer till akutsjukhus och blir intagen över natten. Han skrevs ut en lördag och var mycket svag och kunde knappt gå med två levande stöd. Ingen frågar hur hustrun skulle klara av att sköta mannen hemma när han inte kunde gå. Då hustrun undrar om de kunde få låna en rullstol hänvisades hon att kontakta akutmottagningen. Kvinnan visste att det var vårdcentralen som kunde hjälpa henne men den var stängd över helgen.

Åtgärd: Yttranden har inhämtats från bitr. chefläkare och från berörd överläkare som båda beklagar dels bristen och otydligheten i informationen i samband med att mannen skrevs ut dels problemet med rullstol. Sjuksköterska berättade för läkaren att hon hade varit i kontakt med mannens hustru och fått besked om att det var möjligt att mannen kunde skrivas hem då han hade maximal hemtjänst och barn och barnbarn runt omkring. Efter det att yttrandena har översänts har anmälaren meddelat att ärendet kan avslutas. Hon önskar att det i slutskrivelsen till vårdgivaren kommenteras att det måste finnas rutiner för att tillgodose patienters behov av rullstol vid hemgång. Ärendet avslutat. [min fetstil, förf. anm.]¹⁰

Detta ärende beskriver bristande samverkan med anhörig, men illustrerar också en bristande samverkan mellan akutsjukvård och primärvård. Ytterligare ett exempel:

Samverkan mellan vårdgivare

En dotter beskriver en bristande samverkan mellan flera vårdgivare i vården runt hennes mamma. Sjukvård ges inte så som det är överenskommet.

Åtgärd: Verksamhetschef för specialiserad vård i hemmet gav yttrande. Han redogjorde för rutinerna då en person skrevs in. Jourverksamheten hade inte fått meddelande om att patienten hade kommit hem, annars var rutinen att per telefon eller fax bekräfta till vårdcentralen då en patient hade överrapporterats. Att en nyckel fattades vid ett hembesök förklarades med att patienten kan ha flyttats från en besökslista till en annan under sommaren. Ärendet avslutas efter telefonsamtal med dottern. [min fetstil, förf. anm.]¹¹

Detta ärende handlar om bristande samordning mellan olika insatser i hemmet, bland annat specialiserad sjukvård (om kommunala insatser görs framgår inte). Enligt vårdens yttrande har hanteringen och överföringen av information brustit på flera sätt.

Potentiella samverkansärenden

Det faktum att ett ärende kan ha inslag av flera olika kategorier, exempelvis information och samverkan, medför att det också kan finnas samverkansrelaterade ärenden som sorterats under andra kategorier. Detta avsnitt handlar om ärenden som troligtvis är relaterade till samverkan mellan olika vårdgivare eller vårdenheter i någon utsträckning. Till skillnad från samverkansärendena som kategoriserats av patientnämnden är de ärenden som jag kallar ”potentiella samverkansärenden” resultatet av min egen kategorisering, och det rör sig om tjugo ärenden. Dessa fördelar sig över vårdtyper enligt följande:

¹⁰ Ärende nr. 90.

¹¹ Ärende nr. 274.

Tabell 4: Potentiella samverkansärenden fördelade på vårdtyp enligt patientnämndens kategorisering, fallande ordning.

Vårdtyp	Antal
Akutsjukhus	9
Primärvård	6
Kommunal vård	3
Specialistsjukvård	1
Övrig vård	1

Av ärendebeskrivningarna framgår att ärenden som klassificerats som akutsjukvård även involverar specialistsjukvård, geriatrik och kommunal vård. I ett av yttrandena som rör akutsjukvården skriver en biträdande chefsläkare till anhöriga att det ibland kan vara svårt att skilja på kommunens och landstingets ansvar.¹² Merparten av primärvårdsärendena involverar även akutsjukvården. Av de tre ärendena inom kategorin kommunal vård involverar två akutsjukvården och det återstående handlar om att ”läkartider till kirurg glömts bort”¹³ av personalen på ett vårdboende. Nedanstående ärende är ett kommunalvårdsärende:

Brister i omvårdnad och information

Anhörig berättar att en kvinna som vårdades på äldreboende skickas till akutsjukhus utan medföljande personal och utan information till akutsjukhuset angående omvårdnadsbehov. Anhöriga var bortresta och kunde inte följa med. Kvinnan var mycket svag och kunde själv inte informera vårderna.

Åtgärd: Yttrande av vårderna har inhämtats. Av yttrandet framkommer att vårderna ser att man brustit i sina rutiner som säger att patienter som är förvirrade ska alltid ha en ledsagare med sig till akutsjukhusets akutmottagning. I första hand är det närstående som ska följa med men finns ingen närstående som kan skicka någon av personalen följa med. Vårderna ser också att man brustit i sina rutiner genom att inte skicka med ett kontaktkort med nödvändig information om patientens behov. Bristerna har avvikelserapporterats och genomgång av rutiner med personalen kommer att ske. Yttrandet är översänt till anmälaren som inte hörts av inom angiven tid och patientnämndens förvaltning förutsätter därför att anmälaren fått sina frågor besvarade och avslutar ärendet. [min fetstil, förf. anm.]¹⁴

Detta ärende är ganska typiskt i den bemärkelsen att det involverar akutsjukvård och någon form av förflyttning eller övergång, något som förekommer i många ärenden. Även i detta ärende finns inslag av informationsfrågor – informationen har brustit enligt vårdens yttrande. Ärendet är kategoriserat som ett omvårdnadsärende, vilken leder mig till hur de potentiella samverkansärendena (som alltså fått andra problemkategorier av patientnämnden) fördelar sig över problemtyper. De tjugo ärendena fördelar sig enligt följande:

¹² Ärende nr. 17.

¹³ Ärende nr. 12.

¹⁴ Ärende nr. 208.

Tabell 5: Potentiella samverkansärenden fördelade på problemkategorier, fallande ordning.

Klassificering av problemet	Antal
Behandling	6
Omvårdnad	6
Bemötande	3
Administration	2
Ekonomi	1
Information	1
Juridik	1

Av tjugo ärenden har sex tillskrivits kategorin behandling, sex stycken omvårdnad, tre bemötande, två administration, en ekonomi, en information, och en juridik. Flera ärenden handlar om att informationsöverföringen har brustit,¹⁵ vilket inneburit negativa konsekvenser för patienten. Ett par svårt sjuka äldre har varit utan ledsagare på akutmottagningen,¹⁶ andra har kommit hem från sjukhuset utan hjälp.¹⁷ Några ärenden handlar om brister i uppföljning av akutsjukvård eller specialiserad vård hos andra vårdgivare, som vårdcentral eller kommunal äldreomsorg.¹⁸ Ett ärende handlar om att bli slussad mellan olika vårdgivare:

Ej lyssnad till

En kvinna med kronisk urinvägsinfektion, feber och yrsel dagligen sedan många år får inte den hjälp hon anser sig behöva. På vårdcentralen säger de att besvären är psykiska och de remitterar henne till psykiatrin. I psykiatrin undrar de varför hon kommer dit.

Åtgärd: Nämndens förvaltning förmedlar kontakt mellan verksamhetschef och anmälare. Ett möte inplaneras. Anmälaren framför till förvaltningen att det var ett bra möte med vården. Anmälaren har nu bytt vårdcentral. [min fetstil, förf. anm.]¹⁹

Detta ärende är kategoriserat som ett bemötandeärende. Ett annat ärende, som illustrerar hur bristande samverkan kan ta sig uttryck från patientens och de anhörigas perspektiv:

¹⁵ Ärende nr. 19, 73, 208, 268, 306.

¹⁶ Ärende nr 208, 202.

¹⁷ Ärende nr. 19, 20.

¹⁸ Ärenden nr. 110, 154, 160, 202, 209.

¹⁹ Ärende nr. 142.

Brister inom sjukvården

En kvinna beskrev en rad brister i sjukvården i samband med att hennes svårt sjuke make besökte akutsjukvården. Bl a missades måltider och försiktighet med medicinering skapade onödig smärta och lidande för mannen.

Åtgärd: Yttrande inhämtades från verksamhetschefen där hon djupt beklagade det inträffade och medgav bristande följsamhet till de rutiner avdelningen hade när det gällde beställning av måltider. P.g.a. att mannen flyttades mellan olika avdelningar uppstod brister i samordning mellan ordinationer av medicin. Anmälaren var mycket nöjd med svaret och ärendet avslutas. [min fetstil, förf. anm.]²⁰

Detta ärende har fått kategorin behandling, även om det tydligt är relaterat till samverkan.

Som framgår av ovan innehåller varje ärendebeskrivning en del som kallas ”Åtgärd”. Denna rubrik syftar i första hand på vilka åtgärder som vidtagits av patientnämndens handläggare, samt vad de fått för resultat, vilket i praktiken ger en kort beskrivning av vad som skett i ärendet. Ofta kan denna beskrivning tala om att handläggaren givit information eller vägledning. I många ärenden har handläggaren begärt ett yttrande från vården och då beskrivs i regel vårdens svar. Ärendebeskrivningarna ger dock inte mycket information om den aktuella vårdens åtgärder till följd av ärendet, utöver yttrandet i sig och eventuell direktkontakt med anmälaren. Vårdens yttrande kan vara en förklaring, en information, ett beklagande av det inträffade, eller att rutinerna ska ses över.

När de gäller redogörelsen för patientnämndens åtgärder i det tiotal ärenden som klassificerats som samverkan så är det inget som skiljer dem från mängden. Det handlar om information, kontakter med verksamhetschefer och, i något fall som rör kommunal vård, kontakt med medicinskt ansvarig sjuksköterska. I något fall finns förslag om partssamtal mellan de inblandade. I vissa fall kontaktas flera chefer, i andra inte. Det handlar i samtliga fall om vad som skulle kunna kallas för individbaserade eller ”lokala” åtgärder. Det är kontakter på individnivå, inte på en mer övergripande eller systematisk nivå.

Enskilda ärendebeskrivningar är dock inte en källa som belyser mer systematiska typer av åtgärder eller ansvarsutkrävande. I intervjuerna får jag till exempel veta att handläggarna inte själva gör anmälningar till Socialstyrelsen i enskilda fall, men att det finns möjlighet att göra det om det handlar om problem som sträcker sig utöver det enskilda, exempelvis om ärenderapporteringen tyder på stora problem eller höga risker i en specifik del av vården. Denna möjlighet är dock ytterst sällan använd. Flera av de intervjuade har aldrig varit med om detta, andra vet att det har förekommit men påpekar att det är väldigt sällsynt. Patientnämnden kan också ta kontakt direkt med en vårdenhets om upprepande anmälningar kommer in, vilket verkar ligga närmare till hands. Anmälan till Socialstyrelsen från patientnämnden kräver grava medicinska brister eller stora risker, enligt de intervjuade handläggare som ser detta som en möjlighet. Vilka åtgärder som handläggarna anser vara lämpliga hör ihop med patientnämndens uppdrag och befogenheter, och hur detta tolkas av handläggaren. Många handläggare påpekar att patientnämnden inte har några disciplinära befogenheter, och att handläggarens uppgift inte är att granska eller sätta sig till doms över hur vården fungerar eller inte fungerar.

20 Ärende nr. 38.

Vad jag vill visa med de ärenden som jag tagit upp i detta avsnitt är inte att den ena eller andra kategorin är felaktig, utan att det är tydligt att det inte bara är de ärenden som har fått kategorin samverkan som har med bristande samverkan mellan vårdgivare att göra. Även ärenden med andra huvudrubriker och kategorier illustrerar hur samverkansproblem yttrar sig från patientens och de anhörigas perspektiv. Detta resultat antyder också att samverkansproblem är mer utbrett än vad statistiken återspeglar, åtminstone sett till det ”stickprov” som denna studie representerar. Detta har sin förklaring i att ärenden är sammansatta av flera olika beståndsdelar, det finns med andra ord en komplexitet som inte riktigt motsvaras av klassificeringens kategorier. Jag ska återkomma till kategoriseringen av ärenden i nästa avsnitt, där jag redogör för hur patientnämndens handläggare beskriver detta förfarande och vilka avvägningar som det involverar. Jag återkommer även till synen på patientnämndens uppdrag och roll. I den avslutande diskussionen tar jag upp frågan om systematiska åtgärder och ansvarsutkrävande.



Handläggarnas reflektioner

Jag ska nu övergå till resultatet av den del av studien som är baserad på intervjuer. Detta involverar bland annat beskrivningar av de äldre patienterna och deras ärenden utifrån de intervjuade handläggarnas erfarenhet, samt beskrivningar av hur handläggningen går till. I den senare delen fokuserar jag särskilt på klassificeringen av ärenden, vilket jag i den avslutande delen relaterar till patientnämndens uppdrag att bidra till vårdens kvalitetsförbättring.

Äldre patienter och deras ärenden

Majoriteten av de intervjuade beskriver de äldre patienterna²¹ som en skör och utsatt grupp i jämförelse med andra patientgrupper. Dessa patienters utsatthet har flera dimensioner, den är fysisk, psykisk och social. Det handlar om sköra kroppar med flera problem på samma gång, om kroppar som har svårt att återhämta sig, om svårigheter att orientera sig och i vissa fall att minnas, om den förlust av förmågor som åldrandet för med sig och om förluster av livs- och generationskamrater. Att nära hälften av anmälningarna för patienter över åttio år görs av anhöriga pekar på betydelsen av att det finns ett socialt stöd runt den äldre. En intervjuperson säger:

Jätteskör grupp vill jag påstå. Du har ingen som helst marginal, du har inte kroppslig marginal, så att säga, för [...] att du går och bryter ett ben och sådana saker. Muskulaturen har börjat försvinna och fettreserven är inte heller så stor alla gånger. Förutsättningarna för att klara någon form utav trauma – och då kan det röra sig om stroke eller höfter eller vad som – är nästan noll.

Flera handläggare beskriver en generation av patienter som är lite mer försiktig med att framföra klagomål och synpunkter på vården än vad de yngre patienterna är. Dessa intervjupersoner ser framför sig en förändring inom de närmaste åren som innebär en hantering av fler klagomål. Till detta hör att flera handläggare tror att det kan finnas en underrapportering, ett mörkertal, när det gäller de mest sjuka äldre. Det gäller särskilt den kommunala sidan av äldreomsorg- och omsorg; flera handläggare upplever att kontakterna med brukare och kommunala omsorgsgivare är färre. En orsak till detta kan vara att medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) hanterar problem och tillbud inom den kommunala äldreomsorgen. En handläggare säger:

De flesta patientnämnder, så även vi, har ju avtal med kommunerna och där, vi har väldigt få kommunären- den. Där har vi hitintills vänt oss till MAS:orna [medicinskt ansvarig sjuksköterska, förf. anm.] men nu har patientnämnden i stort sagt att det finns ju verksamhetschefer där också då. Vi får ju in yttranden därifrån med det är så få ärenden, kan jag säga, så där har vi en känsla då att det kanske inte är lika välkänt i kommunerna, om att patientnämnden finns även för dem. Bland kommuninvånare eller bland personer som bor på särskilt boende eller deras anhöriga.

Den här personen tolkar det relativt låga antalet ärenden som en konsekvens av bristande information på den kommunala sidan av äldreomsorgen. Men flera andra av de intervjuade, som också säger sig ha noterat att denna andel är liten, menar att det kan vara relaterat till en rädsla för negativa konsekvenser. Flera handläggare berättar att de ibland möter en

²¹ Här syftar jag på patienter i åttioårsåldern.

rädsla hos anhöriga och patienter att anmäla händelser vid boenden i kommunens regi, med hänsyn till den äldres beroendeförhållande till personalen. Det gäller med andra ord risken för informella repressalier i ett boende som är permanent. Hur utbredd detta problem är går emellertid inte att säga något om med utgångspunkt i det befintliga empiriska materialet.

När det gäller de äldres ärenden generellt tar handläggarna upp att sjukdomsbilden ofta är komplex och att det ofta uppstår brister i vårdövergångar.²² Problemen kan, enligt intervjupersonerna, vara ett resultat av brister i information eller att ingen tar huvudansvaret. Patienter upplever ibland att de blir ”bollade hit och dit”. Några intervjupersoner påpekar att det många gånger verkar finnas en bristande kunskap hos vårdpersonal, som inte primärt arbetar med äldre, om hur man på ett bra sätt ska ta hand om de mest sjuka äldre patienterna. I detta avseende nämns både den psykiska utsattheten och den fysiska, som skiljer sig ifrån merparten av de yngre patienterna. Det kan handla om trötthet, förvirring, omställning efter att ha varit sövd eller ha bytt miljö, om känsligheten för att exempelvis utveckla trycksår eller hur den åldrade kroppen reagerar på att fasta inför en operation. Denna beskrivning illustreras även av några av de aidentifierade sammanfattningarna, där nya problem uppstått under patientens vistelse på sjukhus. Men det finns även exempel på det motsatta förhållandet, d.v.s. att vården och äldreomsorgen brustit i uppföljningen av insatser vid slutenvården när patienten sedan kommit hem.

En intervjufråga rörde hur ett typiskt samverkansärende ser ut. För äldre patienter över åttio år handlar det enligt flera av de intervjuade ofta om brister i kommunikationen mellan sjukhus och äldreomsorg. En intervjuperson ger en utvecklad beskrivning av hur bristande samverkan kan yttra sig för en äldre patient och anhöriga:

Samverkan är, många gånger, antingen detta att man missar i informationen mellan olika kliniker. Man missar i överföring, alltså rapportering. Man missar också att informera anhöriga om förflyttningar. Det kommer inte med rätt papper, alltså det fattas journaldokumentation, plötsligt har det inte kommit med medicinlistor eller sådana saker. Och när anhöriga träffar den tredje sjuksköterskan efter att mamma eller pappa flyttades över på ett korttidsboende så har vederbörande inte hunnit ta del av den dokumentation som varit. Överföringen har skett en fredag eftermiddag klockan tre och en distriktsköterska förväntas ta hand om det hela över helgen. Och då inbegriper det också att aktuell medicin finns på plats t.ex., någon som delar medicinen, någon som kontrollerar eventuella bandage, sådana saker.

Ett tema i intervjuerna behandlade vårdens respons på ärenden i förhållande till patientnämnden, vilket konkret och i typfallet handlar om att en verksamhetschef eller chefsläkare ombeds yttra sig i ett ärende. Med några undantag beskrivs kontakterna med vården som god överlag, i vissa fall verkar den ha förbättrats över tiden och i relation till att nämndens verksamhet blivit mer känd i vården. Ett par intervjupersoner beskriver otillfredsställande erfarenheter; att vården har visat ointresse, brist på empati och förståelse, distans eller nonchalans vid efterfrågan om yttranden. En intervjuperson tycker att detta är ganska vanligt förekommande, men det är inte en uppfattning som delas av majoriteten av de intervjuade. Många intervjupersoner skildrar en positiv inställning till patientnämndens verksamhet hos vårdgivarna.

22 Denna problembeskrivning kan ha påverkats av att intervjupersonerna kände till studiens fokus, och därmed mitt intresse, för just samverkansproblematik.

Klassificeringen av ärenden

En del av intervjuerna behandlade ärendegång och handläggning, exempelvis kontakterna med vården och klassificeringen av ärenden. Jag har inledningsvis redogjort för ärendegången och även berört handläggarnas erfarenhet av vårdens förhållningssätt till patientnämnden. I detta avsnitt ska jag uppehålla mig lite vid klassificering och kategorier. Intervjupersonerna ombads bland annat att berätta om vilka kategorier som används. En av de intervjuade beskriver detta:

Vi använder oss av tre huvudkategorier, som i sin tur har under- och delkategorier. Huvudkategorierna är bemötande/kommunikation, organisation/regler/resurser samt vård/ behandling. Ärendet kategoriseras enbart i en av dessa kategorier och kan alltså inte återfinnas i mer än en av huvudkategorierna. Samtliga ärenden inbegriper med största sannolikhet dock mer än en kategori. Exempelvis innefattar alltid ett ärende ett möte, och bemötande, från vården.

Huvudkategorierna är gemensamma för patientnämnderna, men underkategorierna verkar variera något. Exempelvis finns det i Stockholms patientnämnd en kategori som heter samverkan, medan detta i flera andra patientnämnder närmast motsvaras av kategorin patientansvar/vårdkedja. Även förutsättningar i form av tekniska system (mjukvara) varierar mellan patientnämnderna. Av intervjupersonernas beskrivningar får jag intrycket att det finns lokala variationer i tillämpningen av kategorierna när det gäller hur många kategorier, eller ”etiketter”, som ett ärende kan tillskrivas. Att döma av citatet ovan gäller denna variation underkategorierna snarare än huvudkategorierna. Den samstämmiga bilden från intervjuerna är att Socialstyrelsen ställer vissa krav på rapporteringen från patientnämnderna, vilket utgörs av de tre huvudkategorierna och en fjärde kategori; ”övrigt” för sällsynta problem som inte passar i de andra tre. Lokala variationer verkar gälla underkategorier.

Genom intervjuerna får jag veta att det pågår ett länsöverskridande arbete för att utveckla klassificeringens kategorier i syfte att göra den mer samstämmig över landet.²³ Detta ska ingå i en handbok för patientnämnderna. Med större samstämmighet och detaljeringsgrad blir det lättare att jämföra statistik från olika nämnder. I november 2012 finns en modifierad uppsättning kategorier, även nu med flera nivåer. Huvudkategorierna – eller huvudproblemen – är nu nio istället för fyra: 1) vård och behandling, 2) omvårdnad, 3) kommunikation, 4) journal/sekretess, 5) ekonomi, 6) organisation, 7) vårdansvar, 8) administrativ hantering och 9) övrigt. Kategorin kommunikation ska gälla alla ärenden som ”avser samspel/brist på samspel mellan patient/anhörig och vårdgivare” och avser alltså inte relationen mellan olika vårdgivare i första hand. Kategorin vårdansvar däremot, är tänkt att omfatta ”ärenden som avser patientansvar, informationsöverföring och samverkan”.

Under varje huvudområde finns det delproblem. Huvudproblemet omvårdnad har exempelvis fyra delproblem: personlig omvårdnad, kost/nutrition, logi och hygien/miljö. Var och en av dessa kan till exempel vara ”bristfällig, felaktig, fördröjd eller utebliven”, enligt avsnittet i handboken. Under vårdansvar finns fem delproblem: vårdflöde/processer, fast vårdkontakt,

²³ Det förslag på klassificeringsmodell som jag refererar till i detta avsnitt utarbetades av en arbetsgrupp som var gemensam för patientnämnderna. Förslaget fastslogs i november 2012, vilket var efter genomförandet av intervjuerna. Det som beslutades då var att några patientnämnder skulle pröva att klassificera på detta sätt under 2013, och att kategorierna därefter skulle utvärderas och eventuellt modifieras, för att gälla samtliga patientnämnder från och med 2014.

informationsöverföring/samverkan inom/mellan olika vårdgivare, informationsöverföring / samverkan inom/mellan olika huvudmän (landsting respektive kommun) och slutligen; vårdplanering/vårdplan.

Enligt förslaget om förändrad klassificering så ska det vara möjligt att använda maximalt två huvudproblem för ett och samma ärende. I anslutning till kategorierna anges att sökord kan användas för lokala behov, exempelvis för uppföljning av vissa typer av ärenden. Några exempel på sökord är: fall och fallskada, undernäring och trycksår. Även huvudproblem och delproblem kan utökas med nya kategorier lokalt, så länge de rapporteras nationellt enligt den förslagna strukturen.

Den föreslagna klassificeringsmodellen har potential att ge bättre förutsättningar för återrapporteringen av samverkansproblem, eftersom samverkan nu utgör ett huvudproblem med egna underkategorier, men kanske framför allt eftersom det också skall vara möjligt att inte bara registrera ett huvudproblem. Samtidigt är det inte självklart att ärenden där samverkan utgör en viktig underliggande problematik kommer att fångas upp under denna rubrik, om konsekvenserna av denna underliggande problematik hör ihop med flera andra kategorier.

Patientens perspektiv är styrande

Efter att ha redogjort för ovanstående förändringsförslag återgår jag nu till intervjupersonernas beskrivningar. En fråga rörde det faktum att många ärenden har flera olika delar, som aktualisera flera olika kategorier. Samtliga intervjupersoner instämmer i att ärenden ofta har flera olika komponenter, vilket gör att fler än en kategori kan vara aktuell.

På frågan om hur de som handläggare bestämmer vilken kategori som ska vara den huvudsakliga finns en bred samstämmighet: Det är vad patienten uppfattar som det huvudsakliga problemet som ska vara styrande för hur ärendet klassificeras. Flera handläggare tillägger dock att det är viktigt att försöka få med andra inslag i ärendebeskrivningen om de uppfattar att de har betydelse.

I: Men de allra flesta ärenden hamnar under vård och behandling. Vi registrerar ju utifrån vad den som kontaktar oss upplever är problemet. Och då, då hamnar det där. Sedan är det många av de här ärendena som även har, alltså bemötande-... kommunikationsproblem kan också finnas i de här vård- och behandlingsärendena. Men de hamnar ju inte under den här bemötanderubriken då, utan de hamnar under vård och behandling. Därför att den som anmäler har upplevt att det är en vårdskada som har skett.

K: Men ni sätter inte flera kategorier på samma? Man måste bestämma sig för en då?

I: Man måste liksom välja en där. Det är ju ett ärende då, och då blir det... det blir inte så. Däremot så vet vi ju mer, i de här ärendena så finns det ju, det kan ju vara även under organisation [regler och resurser] så kan det finnas bemötandeproblematik. Det är ju oftast inte det ena eller andra. Men vad man kan säga då, det är ju att de ärenden som handlar om bemötande och kommunikationer, där är det ju bara det som det handlar om. Jag tror att det ligger runt 20 %, det är en stor andel ärenden som hamnar där och så vet vi då att det också finns kommunikationsproblem under de andra rubrikerna.

De intervjuade tillfrågades om hur ett ärende som involverar bristande samverkan mellan olika vårdgivare troligen skulle kategoriseras. En handläggare säger:

Det skulle kunna handla om organisation/regler/resurser, men det kan också handla om bemötande/kommunikation då det med största sannolikhet finns brister i kommunikationen/informationen då ett sådant problem har uppstått.

Flera handläggare nämner underkategorin planering/vårdkedja, men menar också att det ofta finns tydliga inslag av bristande information.

Handläggarnas hantering av dilemmat med att klassificera komplexa ärenden avspeglar en central princip: att utgå från patientens upplevelse av huvudproblemet. Detta hänger ihop med tolkningen av patientnämndens uppdrag: att vara en neutral, opartisk insats som samtidigt kan hjälpa patienten att framföra sina synpunkter och klagomål. När handläggarna beskriver sin roll, sitt förhållningssätt till patienten och vilka åtgärder som kan vidtas från patientnämndens sida så är detta genomgående. Handläggarna ska vara behjälpliga, men inte vara patientens ombud; de ska inte ta ställning vare sig för vården eller för patienten utan agera som en medlare, en länk mellan patienten och vården. Patientnämnden ”ska inte vara något mini-Socialstyrelsen.” Att vara en förmedlare framstår också som centralt. Det är patientens beskrivning som ska framföras och patientens upplevelse av problemet, inte handläggarens. Samtidigt som handläggaren ska vara neutral ska han eller hon ha i beaktande att patienten är i underläge i förhållande till vården, det sista påpekas av ett par av de intervjuade.

Av intervjuerna framgår tydligt att det finns en medvetenhet kring problematiker kopplade till själva klassificeringen hos patientnämndens handläggare. Statistiken är inte heller det enda underlag som produceras eller lyfts fram, men det är en central del när det gäller att få överblick över de ärenden som rapporteras. Flera handläggare tar upp vad som närmast kan beskrivas som strategier för att hantera informationsinfrastrukturens begränsningar. De använder stödord, för sidosanteckningar, delar upp ärenden som är komplexa, och försöker att vara observanta på mönster och tendenser i änderapporteringen. De kan bevaka vissa typer av ärenden, i det sammanhanget kan användningen av sökord vara ett stöd. En handläggare säger att många ärenden på ett och samma problem innebär större möjligheter till påverkan.

Mönsteranalys – en fråga för politiken?

Patientnämndens tjänstemän, vilka till stor del sammanfaller med handläggarna (eftersom kanslierna är små och även kanslichefer tar emot ärenden i många fall), sammanställer som ovan nämnt underlag till patientnämndens sammanträden. Detta är en väg att hantera de problemen mer systematiskt. Politikerna i nämnden har mandat, och skyldighet, att driva sådana frågor. Inte genom några disciplinära åtgärder eller någon direkt styrning, men de kan vända sig till andra politiska organ som landstingsfullmäktige eller hälso- och sjukvårdsnämnden, vilka har ett tydligare ansvar för vårdens organisation och ledning. Detta är en central del av det politiska uppdraget i nämnden. Handläggarna går inte närmare in på politikernas arbete gentemot andra politiska organ, men en av de intervjuade säger att politikerna förmedlar tendenser i ärenderapporteringen till landstingsledningen och att landstingsledningen därefter kan vidta åtgärder, exempelvis att lägga ut uppdrag. Det kan vara att göra kvalitetsuppföljningar och undersöka vilka rutiner som finns. Hur utbrett detta kvalitetsarbete är, vem som utför den här typen av utredningar (om det en oberoende part) och vilka förändringar de sedan leder till är en stor fråga som ligger utanför denna studie.

När handläggarna uttrycker ambitioner att uppmärksamma mönster och tendenser i högre utsträckning och utveckla det analytiska arbetet, så är det ofta i relation till politikerna i nämnden. Flera handläggare uttrycker en ambition om att bli bättre i detta avseende, vilket delvis verkar vara en fråga om resurser. Genom sitt arbete med den dagliga ärendehanteringens är de insatta i de ärenden som kommer in, och flera uttrycker ett ansvar för att vägleda politikerna i nämnden. Under intervjuerna frågade jag hur de uppfattar intresset och engagemanget hos nämndens ledamöter. Enligt många av de intervjuade handläggarna har det "blivit bättre". Flera menar också att detta är något som varierar mellan individer. I någon patientnämnd har man fört en diskussion om politikerrollen. En intervju:

K: I vilken utsträckning tycker du att man pratar om övergripande mönster i nämnden som till exempel hur ärenden fördelar sig på åldersgrupper och vårdtyper och så?

I: Ja, man kanske skulle kunna göra det i större omfattning. Jag tror ibland, om jag ska vara ärlig, att nämnden är lite famlande i hur man ska arbeta och exakt vad som är deras arbetsuppgift. Men där får vi som tjänstemän försöka hjälpa nämndsledamöterna att hitta rätt i det här.

Samma person säger dock att majoriteten av politikerna trots det är intresserade och tar uppdraget på allvar. Intervjupersonen menar att det finns en risk att de förlorar sig i individärenden, och att deras uppgift är att ta ett mer övergripande systemperspektiv och föra det med sig till andra politiska organ.

De intervjuade handläggarna ger uttryck för uppfattningen att patientnämnden är en viktig del av vårdens kvalitetsutveckling, men de flesta framhåller att arbetet skulle kunna utvecklas. Bland annat skulle kunskapen om patientnämnden i vården kunna bli bättre, särskilt när det gäller den kommunala vården. De resurser som finns i form av dokumentation av ärenden skulle även kunna användas i högre utsträckning och analyseras mer ingående. En handläggare svarar såhär på intervjuens sista fråga:

K: Utifrån din erfarenhet, har du några synpunkter på hur patientnämnderna fungerar som en del av vårdens kvalitetssäkring och förbättringsarbete?

I: Jag tror att patientnämndernas arbete och deras ärenden är oerhört viktiga, och jag tror att man har kommit en bit på väg men det finns mycket att utveckla, och förbättra ännu mer.

K: Vad tänker du på då?

I: Jag tänker på vad vi själva har diskuterat mycket; att själva hitta ett sätt att... att patientnämnden själv analyserar vad står det här för? För att kunna få ut ett mera användbart material till vården kanske, att leverera ett mer användbart material för patientsäkerhet då. Idag så återför vi då ärendebeskrivningarna, då förutsätter ju det att då måste någon annan analysera det sedan, i sin tur, för att kunna använda det till någonting [---] Det är [...] viktigt att man kan ta tillvara det här och ser mönster och trender, och framför allt kunna se om det finns några risker.

Ovanstående citat uppmärksammar en viktig förutsättning för kvalitetsuppföljningen i vården: en analys av de problem som patienter upplever.



Klassificering som ”mediering”: en vetenskapssociologisk utvikning

Här vill jag avrunda min empiriska redogörelse och anknyta till vetenskapssociologerna Geoffrey C. Bowkers och Susan Leigh Stars arbete om klassificeringssystem och informationsinfrastrukturer.²⁴ I ett stort system som hälso- och sjukvårdssystemet är det tänkt att patientnämnden, som en av flera instanser, ska ge återkoppling till systemet om någon del är fel. Patientnämnden ska ge en signal till systemet; information ska färdas. Eftersom det handlar om så många ärenden, och eftersom systemet är så stort och består av många delar, krävs en infrastruktur för denna informationsöverföring. Det krävs en förenkling och standardisering av informationen för att signalsystemet ska fungera utöver kontakter med enskilda vårdenheter, ofta i form av kategorier för klassificering och av andra slags standarder. Bowker och Star menar att sådana principer, rutiner och verktyg för informationsöverföring, ofta materialiserade i exempelvis mjukvara, utgör en informationsinfrastruktur. Värt att nämna är dock att det empiriska fallet får betraktas som en, än så länge, relativt småskalig infrastruktur. Ordet infrastruktur antyder att det handlar om en materialisering, en slags teknologi som har en stabilitet, men som också möjliggör kommunikation. Till denna måste verklighetens variation anpassas, om stora system som exempelvis hälso- och sjukvården ska kunna läsa några signaler. Bowker och Star visar i sina analyser hur information (individuers berättelser, ärenden) transformeras i mötet med infrastrukturen, och hur det i vissa fall (t.ex. särskilt ovanliga avvikelser) uppstår problem därför att det enskilda fallet inte låter sig standardiseras.²⁵ Samtidigt så fungerar klassificeringen och den övriga strukturen många gånger så att den utför ett medierande arbete mellan olika ”sociala världar,”²⁶ som t.ex. olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet som fungerar enligt olika logiker. Trots det innebär klassificering alltid, i någon utsträckning, att det som klassificeras modifieras.

Bowkers och Stars forskning hör primärt hemma inom det tvärvetenskapliga fältet som kallas Science and Technology Studies (STS), ett fält som samlar antropologer, genusvetare, historiker, sociologer, statsvetare och på senare tid även ekonomer. Men konstruktivistiska studier av information och klassificering av den typ som Bowker och Star talar om är långt ifrån ett studieobjekt reserverat för STS-fältet. Mätning och utvärdering har till exempel uppmärksammats inom den kritiska redovisningsforskningen, där Michael Powers Audit Society²⁷ utgör ett av de tongivande bidragen. Power uppmärksammar den markanta ökningen av olika former av granskning och krav på redovisning i olika delar av samhället, och visar även hur mätning och utvärdering i sig tenderar att definiera – och i viss mån modifiera – det som mäts eller utvärderas. Här finns med andra ord en tydlig parallell till Bowkers och Stars resonemang. Ytterligare ett sätt att uttrycka detta på är i termer av synliggörande; informa-

24 Bowker, Geoffrey C. & Star, Susan Leigh (1999) *Sorting things out. Classification and its consequences*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts. Se även Lampland, Martha & Star, Susan Leigh (red.) (2009) *Standards and their stories. How quantifying, classifying and formalizing practices shape everyday life*. Cornell University Press, Ithaca.

25 Se exempelvis Star, Susan Leigh (1991) "Power, technology and the phenomenology of conventions. On being allergic to onions." s. 26-56 i Law, Johan (red.) *A sociology of monsters. Essays on power, technology and domination*. Routledge, London.

26 Clarke, Adele E. & Star, Susan Leigh (2008) "The social worlds framework: a theory/methods package" s. 113-137 i Hackett, Edward J. et al. *The Handbook of Science and Technology Studies*. (Tredje utgåvan). MIT Press, Cambridge, Massachusetts

27 Power, Michael (1999) *Audit Society. Rituals of verification*. Oxford University Press, Oxford.

tionsinfrastrukturer och system för utvärdering och granskning har av andra forskare kallats för visualizing technologies eller ”teknologier för synliggörande”, vilket kan sättas i relation till en önskan om ökad transparens i olika verksamheter, inte minst inom offentliga verksamhetsområden.²⁸ Denna utveckling är, som Power påpekar, relaterad till vad som brukar benämnas som ”new public management”, d.v.s. en organisering av det offentliga där staten utövar en annan typ av styrning än tidigare. Grovt förenklat handlar det om lösa upp tidigare gränser mellan offentlig och privat sektor och att bidra till decentralisering av makt. Styrningen kommer i detta sammanhang till stor del att handla om att formulera mål (för andra aktörer) och att utvärdera eller granska resultat. Denna utveckling har präglat flera offentliga verksamhetsområden, inte minst hälso- och sjukvårdssektorn.

På vilket sätt är då denna forskning relevant för att förstå patientnämndernas arbete, samverkansproblem och kvalitetsutveckling? Till att börja med så är det tydligt att ärenden förändras när de ska passas in i patientnämndens informationsinfrastruktur, detta måste betraktas som en mer eller mindre ofrånkomligt. Patientens berättelse koncentreras, den blir ett ”ärende”, ärendet klassificeras och avidentifieras för att kunna färdas vidare – för att kunna kommuniceras. Klassificeringen som görs av patientnämnderna syftar till att möjliggöra en signal om att kvaliteten måste förbättras på olika områden. När det gäller samverkansproblem, har jag ovan visat hur dessa i en betydande utsträckning riskerar att klassificeras inom andra problemområden än kategorier som samverkan eller vårdkedja. Det innebär att statistiken, som är ett underlag för mer systematiska åtgärder snarare än de individbaserade och lokala som sker i varje ärende, inte synliggör hela samverkansproblematiken. Detta bör vara avgörande för vilka åtgärder som vidtas. Samtidigt så finns det inte en enkel lösning på detta dilemma, eftersom ett sådant ärende kan överskuggas av bristande omvårdnad eller bemötande, även om detta skulle vara en negativ konsekvens av bristande samverkan. Informationsinfrastrukturen möjliggör en återkoppling till vården, samtidigt som den är förknippad med vissa dilemman. Den är på samma gång både en resurs och en begränsning.

28 Se till exempel Blomgren, Maria (2007) "The drive for transparency: organizational field transformations in Swedish healthcare" s. 67-82 i *Public Administration* Årg. 85, Nr. 1, och Levay C. & Waks, C. (2006) *Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk*. SNS Förlag, Stockholm.



Vilken roll spelar brukarrapportering för vårdens kvalitetsutveckling?

Syftet med den här studien var att studera samverkansbrister som drabbar sjuka äldre, genom att analysera empiriskt material från patientnämnderna. Det empiriska underlaget för studien består dels i drygt trehundra avidentifierade sammanfattningar, dels i intervjuer med nio handläggare från åtta olika patientnämnder. Under studiens gång kom frågan om patientnämndens bidrag till vårdens kvalitetsutveckling att bli mer och mer central. Jag har i huvudsak diskuterat detta i relation till samverkansproblem. Jag vill understryka att jag inte har för avsikt att, utifrån denna studies begränsade omfattning, uttala mig om huruvida patientnämndens arbete är tillfredsställande ur kvalitetsutvecklingssynpunkt eller inte. Det jag däremot kan göra är att med grund i resultatet peka på några faktorer som verkar ha stor betydelse för hur brukarrapporteringen återkopplar till vården. Innan jag ger mig i kast med att gå närmare in på detta ska jag först sammanfatta resultatet och därefter säga något om studiens begränsningar.

I min analys av ärendebeskrivningarna visade jag att fler ärenden än de som givits kategorin samverkan med stor sannolikhet är relaterade till en samverkansproblematik. Detta beror på att ärenden är mångfacetterade, och att bristande samverkan kan få konsekvenser som av patienten upplevs som själva problemet i mötet med vården. Detta stöds av intervjuerna med handläggarna. Handläggarna beskrev samverkansproblem för de äldre patienterna som typiskt relaterade till överföring av såväl patienter som information, särskilt mellan hem/vårdboende och sjukhus. Vidare beskrev de gruppen äldre patienter som utsatt, beroende av anhöriga och försiktig med klagomål. Flera handläggare vittnar om sämre kontakter med den kommunala sidan av vården. Den senare delen av redogörelsen koncentrerades till handläggningsprocessen, i synnerhet klassificeringen av ärenden. Jag visade att klassificeringen är komplex, och att handläggarna har strategier för att kompensera för den förenkling som klassificeringen med nödvändighet innebär. Många handläggare uttryckte ambitioner om att vara observanta på tendenser och övergripande mönster, att lyfta sig utöver det enskilda. De allra flesta menade att patientnämndens dokumentation var en värdefull resurs, men att mer skulle kunna göras i syfte att bidra till vårdens kvalitetsutveckling.

När det gäller studiens begränsningar så bör läsaren tolka resultatet mot bakgrund av det material som har analyserats. Ärendebeskrivningarna är ett värdefullt material, men de är också koncisa och kortfattade. Avsaknaden av mer detaljerad information sätter ramen för vilken analys som låter sig göras i en studie som denna. Intervjuerna utgjorde i det avseendet ett viktigt komplement. Intervjuerna har en kvalitativ inriktning och baserades på en semi-strukturerad intervjuguide. Styrkan med denna intervjuform är den öppna och utforskande karaktären, vilket samtidigt begränsar antalet intervjuer. Intervjupersonerna kan inte anses representera alla handläggare inom patientnämnderna. Den sista begränsningen som är värd att nämna rör alternativa empiriska material. Varje studie måste avgränsas med hänsyn till vad som är möjligt att hantera inom ramen för studiens förutsättningar. I denna studie har jag haft möjlighet att titta på handläggarnas perspektiv och fått viss insyn i vilka åtgärder som

vidtas av dem i enskilda ärenden. Det hade också varit intressant att fokusera på politikerna i patientnämnden och de åtgärder som vidtas av dem, samt inte minst att titta närmare på hur de vårdgivare som varit föremål för klagomål hanterar "responsen" från patientnämnden. Först med ett sådant bredare underlag hade det varit möjligt att på allvar uttala sig om inslaget av "systemförändrande åtgärder" med anledning av patientnämndens arbete.

Med detta sagt övergår jag till att diskutera resultatet närmare. Den underrepresentation av samverkansärenden i statistiken som antyds av materialet innebär att många ärenden med en tydlig samverkansproblematik blir klassificerade under andra rubriker, därför att konsekvenserna av bristande samverkan är mer relevanta eller allvarliga ur patientsynpunkt än den mer organisatoriska inramningen. Det blir här viktigt att skilja på orsak och verkan, kanske i flera led. Det är fullt möjligt att bristande omvårdnad är ett resultat av bristande informationsöverföring, att informationsöverföringen är en central del i olika vårdgivares samverkan, och att detta påverkas av intern såväl som extern styrning. Att exempelvis den ekonomiska styrningen inom just äldreomsorg påverkar personalens rutiner och beteende mot såväl varandra som mot patienterna är belagt i en avhandling skriven av Kalle Kraus.²⁹ Kraus visar bland annat hur detta påverkar samarbetet mellan olika vårdgivare.

Vilken betydelse kan det då ha att samverkansproblem endast i begränsad utsträckning verkar synliggöras av klassificeringen av klagomål? Klassificeringen, och den statistik som baseras på den, har naturligtvis betydelse för vilka åtgärder som framstår som lämpliga. En nyckelfråga i detta sammanhang är vilken analys som görs av orsak och verkan, och av vem. För att återknyta till föregående stycke så representerar statistiken i allt väsentligt det som av patienten upplevs som huvudproblemet, vilket inte med nödvändighet betyder att det bör vara föremål för åtgärdsprioritering. Ärendebeskrivningarna ger en bild av hur de rapporterade incidenterna återkopplas och hanteras lokalt och på individnivå. Denna hantering är i den övervägande majoriteten av fallen centrerad kring en enskild vårdenhhet. Samtidigt så är det troligt att många incidenter också har systemrelaterade orsaker som sträcker sig längre än enhetens gränser, och att kvalitetsutvecklingen därmed kräver ett systemperspektiv. Detta är givetvis ett syfte med statistiken, men statistiken har mer med verkan än orsak att göra, vilket komplicerar användningen av den för systematiskt kvalitetsarbete. Till detta hör också klassificeringen av vårdtyper, vilken inte heller synliggör ärendenas eventuella beroende av flera vårdgivare i statistiken.

Det finns utan tvekan en rimlighet i att patientens upplevelse och huvudsynpunkt återspeglas i kategoriseringen av ärenden. Samtidigt är det också intressant att kort reflektera över vilken betydelse detta förhållande kan ha för kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården, och vilka krav det ställer på övriga analyser. Läger vi det analytiska ansvaret på patienten krävs en viss typ av patient som troligtvis inte är representativ för flertalet. Läger vi ansvaret på handläggaren krävs ytterligare beskrivningar och analyser utöver den kategorisering som vägleds av patientens upplevelse av huvudproblemet. En relevant fråga blir då vilka resurser som handläggare har för att göra en analys som tydligt bidrar till vårdens kvalitetsutveckling.

²⁹ Kraus, Kalle (2007) *Sven, interorganisational relationships and control. A case study of domestic care of the elderly. Avhandling. Stockholm: EFI vid Handelshögskolan i Stockholm.*

De intervjuade berättar att man arbetar med att analysera och presentera tendenser och mönster i ärenderapporteringen, samt att det finns metoder i form av mer ingående fallbeskrivningar och principärenden. Samtidigt uttrycks i flertalet intervjuer ambitioner om att utveckla metoder och arbetssätt. Arbetsbelastningen är betydande enbart till följd av handläggningen av enskilda ärenden. Kan ansvaret läggas på politikerna? Politikerna har formellt det yttersta ansvaret, men är i realiteten beroende av tjänstemännens underlag, vilket också avspeglas i många intervjuer. När underlaget når dem är det dessutom avidentifierat, och därmed avskalat på detaljer. I vilken utsträckning som samverkansproblematik återkopplas till hälso- och sjukvårdens ledning via de politiker som ingår i nämnden är därmed en fråga som inte låter sig besvaras av denna studie. Det står dock klart att politikernas analys är beroende av tjänstemännens (handläggarnas) ärenderapporteringen (där problemen ofta hanteras under andra rubriker än samverkan).

Det behövs mer underlag för att utreda hur analysen av orsak och verkan i patientnämndens ärenden ser ut, samt vilka resurser som i realiteten finns för systematisk analys i termer av pengar, tid, personal och kunskap. Liknande studier av arbetsgången hos andra klagomålsinstanser, såsom Socialstyrelsen och den nya Tillsynsmyndigheten, skulle komplettera bilden på ett värdefullt sätt. Detta är angeläget för att rapporteringen av kritiska incidenter ska kunna bidra till en kvalitetsutveckling av vården på bästa sätt, till exempel genom att verka för att de mest sjuka äldres upplevelser av bristande samverkan mellan vårdgivare minskar.

Referenser

Blomgren, Maria (2007) "The drive for transparency: organizational field transformations in Swedish healthcare" s. 67-82 i Public Administration Årg. 85 Nr. 1

Bowker, Geoffrey C. & Star, Susan Leigh (1999) Sorting things out. Classification and its consequences. MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

Clarke, Adele E. & Star, Susan Leigh (2008) "The social worlds framework: a theory/methods package" s. 113-137 i Hackett, Edward J. et al. The Handbook of Science and Technology Studies. (Tredje utgåvan). MIT Press, Cambridge, Massachusetts.

Kemppainen, Jeanne. K. (2000) "The critical incident technique and nursing care quality research", s. 1264-1271 i Journal of Advanced Nursing Årg 32 Nr. 5.

Kraus, Kalle (2007) Sven, inter-organisational relationships and control. A case study of domestic care of the elderly. Avhandling. Stockholm: EFI vid Handelshögskolan i Stockholm.

Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Lampland, Martha & Star, Susan Leigh (red.) (2009) Standards and their stories. How quantifying, classifying and formalizing practices shape everyday life. Cornell University Press, Ithaca.

Levay C. & Waks, C. (2006) Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. SNS Förlag, Stockholm.

Power, Michael (1999) Audit Society. Rituals of verification. Oxford University Press, Oxford.

Socialdepartementet. "Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas." Promemoria, 2011-06-22.

Star, Susan Leigh (1991) "Power, technology and the phenomenology of conventions. On being allergic to onions." s. 26-56 i Law, Johan (red.) A sociology of monsters. Essays on power, technology and domination. Routledge, London.



Bilaga 1: Intervjuguide

Inledning: din roll

- Arbetsuppgifter
- Bakgrund, antal år på patientnämnden

Ärendehantering

- Vill du berätta hur det går till från att något har hänt en patient till att ett ärende avslutas?
- Patientnämndens olika typer av åtgärder
- Händer det att ni själva anmäler ett ärende till/informerar SoS?

Konsekvenser för berörda vårdgivare

- Vad händer efter en anmälan?
- Händer det att det för vårdgivare blir några ekonomiska konsekvenser av en anmälan?

Patienter över 80 år

- Hur skulle du beskriva den gruppen utifrån ditt perspektiv och din erfarenhet?
- Deras ärenden?

Klassificeringen av ärenden

- Ni kategoriserar ju ärenden; beskriv vilken funktion de här kategorierna har?
- Vilka kategorier används?
- Hur vet du att ett ärende är ett samverkansärende?
- Beskriv ett typiskt samverkansärende?
- Många ärenden ser ut att kunna vara flera saker på en gång – hur hanterar man det?

Dokumentation

- Vad händer med er dokumentation av ärenden?
- Vem använder er dokumentation?
- Görs någon systematisk analys av ärenden?

Avslut

- Utifrån din erfarenhet: Har du några synpunkter på hur patientnämnderna fungerar som en del av vårdens kvalitetssäkring/förbättringsarbete?



Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makro- nivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författares eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se





LHC:s publikationer

2012

Fernler, Karin: *Nya perspektiv på implementering: Vad är ”god” implementering och kan det stödjas?* LHC Report Nr 8 2012.

Lee, Francis: *Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturöversikter.* LHC Report Nr 7 2012.

Tyrstrup, Mats: *Styrning med förhinder: Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor.* LHC Report Nr 6 2012.

Hagbjer, Eva: *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningsystemens utformning* LHC Report Nr 5 2012.

Brattström, Anna: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling.* LHC Report Nr 4 2012.

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra.* LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar.* LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningsystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre.* LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldre vården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer.* LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen.* LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value.* Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: Heart Center Varde. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång.* Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om.* Stockholm: IFL och EFI.









Leading Health Care