

**Patientnämnden Halland****§9****Analys Unga vuxna med psykisk ohälsa**

PnH230233

**Beslut**

Patientnämnden beslutar att:

- lägga redovisningen till handlingarna.

**Ärendet**

Patientnämnden har fått i uppdrag av IVO och Patientnämndernas nationella nätverk, PAN att ta fram en analys över ärenden gällande Unga vuxna med psykisk ohälsa under 2022. Analysen ska, tillsammans med en redogörelse över patientnämndsverksamheten, årligen lämnas över till IVO. IVO har en skyldighet att systematiskt tillvarata information som patientnämnderna lämnar, information från patienter ska bland annat användas som underlag för tillsynernas inriktning.

Syftet med årets analys är att belysa klagomål och synpunkter rörande unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa vilka patientnämnden tagit emot under 2022.

**Beslutsunderlag**

- Beslutsförslag - Analys Unga vuxna med psykisk ohälsa
- Analys Unga vuxna med psykisk ohälsa - klagomål och synpunkter under 2022
- PnH230233 Begäran om uppgifter från IVO 2023-02-08

**Expedieras till**

IVO- Inspektionen för vård och omsorg, Regionfullmäktige, Regionstyrelsen, Kommunfullmäktige Laholm, Kommunfullmäktige Halmstad, Kommunfullmäktige Falkenberg, Kommunfullmäktige Varberg, Kommunfullmäktige Hylte, Kommunfullmäktige Kungsbacka, Driftnämnden Hallands sjukhus, Driftnämnden Psykiatri, Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Ambulans Diagnostik Hälsa,

**Paragrafen är justerad**

Ordförandes sign

Justerares sign

Utdragsbestyrkande

# Unga vuxna med psykisk ohälsa

Analys av klagomål och synpunkter på  
vården i Halland under 2022



Din kommun i samarbete med Region Halland

## **Innehållsförteckning**

<b>Sammanfattning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>2</b>
<b>Syfte</b>	<b>2</b>
<b>Metod</b>	<b>3</b>
<b>Resultat</b>	<b>3</b>
Övergripande beskrivning av underlag	3
Problemområden	4
Vård och behandling	5
Kommunikation	8
Tillgänglighet	9
Vårdansvar och organisation	9
Administrativ hantering	11
Dokumentation och sekretess	11
<b>Analys och reflektioner</b>	<b>12</b>
<b>Patienters och närståendes förbättringsförslag</b>	<b>15</b>

## Sammanfattning

Patientnämnderna ska årligen analysera inkomna synpunkter och klagomål samt uppmärksamma regioner och kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården.<sup>1</sup> Patientnämnderna och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gör årligen en gemensam analys gällande ett fokusområde. Syftet med analysen var 2022 att belysa klagomål och synpunkter rörande unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa<sup>2</sup> och som patientnämnden tagit emot under året. Den här analysen belyser Patientnämnden Hallands ärenden inom ovan nämnda fokusområde.

39 ärenden stämde överens med urvalskriterierna, varav ett större antal berörde kvinnor. I analysen framkom det att flertalet ärenden i urvalet gällde psykiatrisk specialistvård och primärvård. Det framkom även att de huvudproblem som var vanligast förekommande var *Vård- och behandling*, *Kommunikation* samt *Vårdansvar och organisation*. De mest frekventa delproblemen var *Bemötande*, *Vårdflöde/processer*, *Läkemedel*, *Delaktighet* samt *Intyg*.

Vid genomgång av ärendena framkom det att patienterna saknat empati och professionalitet från personalen vilket medfört att de inte upplevt ett bra bemötande. Ärendena visade även att patienterna upplevt att de inte blev lyssnade till, trodda på, känt sig delaktiga, att de saknat bra och korrekt information samt att journalanteckningar inte varit korrekta. Synpunkterna belyser detta snarare än brister i personalens medicinska kompetens som ett led till felaktigheter i vård och behandling.

Vidare framkom det att patienterna saknat tydliga riktlinjer, att man följt en vårdplan samt att man som vårdpersonal lyssnat till patienten. Detta har varit en del i att patienten upplevt känslan av att man fallit mellan stolarna och bollats mellan verksamheter. Detta hade även kunnat leda till missuppfattningar, oro och irritation.

Förhoppningen med analysen är att den ska kunna ge en bild av vad patienterna i det aktuella urvalet sett som problematiskt i vården samt att resultatet kan vara ett underlag för vården att arbeta vidare med i sitt patientsäkerhetsarbete. Vi hoppas att analysen därmed ska kunna bidra till en säkrare och tryggare vård för patienterna.

---

<sup>1</sup> 3 § Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

<sup>2</sup> De klagomål och synpunkter som har analyserats rör personer som sökt hjälp för allt från lättare psykiska besvär som ångest och nedstämdhet till allvarigare psykiska tillstånd. Även ärenden som rör annan vård inom den psykiatriska vården, som neuropsykiatriska diagnoser, ingår i analysen.

## Bakgrund

Patientnämnderna bedriver lagreglerad verksamhet med uppdrag att ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående avseende offentligt finansierad hälso- och sjukvård i regioner och kommuner samt viss tandvård. Utifrån synpunkter och klagomål ska patientnämnderna bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Patientnämnderna ska årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regioner och kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården.<sup>3</sup>

Analysen ska, tillsammans med en redogörelse över patientnämndsverksamheten, årligen lämnas över till IVO.<sup>4</sup> Myndigheten har en skyldighet att systematiskt tillvarata information som patientnämnderna lämnar och information från patienter ska bland annat användas som underlag för tillsynernas inriktning.<sup>5</sup>

Patientnämnderna och IVO beslutar gemensamt om ett särskilt fokusområde per år. Denna rapport innehåller Patientnämnden Hallands analys av ärenden som rör detta fokusområde.

## Syfte

Syftet med årets analys är att belysa klagomål och synpunkter rörande unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa<sup>6</sup> vilka Patientnämnden Halland tagit emot under 2022.

---

<sup>3</sup> 3 § Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

<sup>4</sup> 7 § Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

<sup>5</sup> 7 kap 6 § Patientsäkerhetslag (2010:659)

<sup>6</sup> De klagomål och synpunkter som har analyserats rör personer som sökt hjälp för allt från lättare psykiska besvär som ångest och nedstämdhet till allvarigare psykiska tillstånd. Även ärenden som rör annan vård inom den psykiatriska vården, som neuropsykiatriska diagnoser, ingår i analysen.

## Metod

Patientnämnden Halland har för denna analys valt ut de ärenden som berör vården av unga vuxna i åldern 18–29 år. Efter genomläsning har de ärenden som gäller unga vuxna som sökt vård för psykisk ohälsa valts ut och det är dessa ärenden som analysen baserar sig på.

## Resultat

### Övergripande beskrivning av underlag

Patientnämnden i Region Halland tog under 2022 emot 1352 ärenden. Av dessa berörde 9,6 % eller 130 ärenden, unga vuxna mellan 18 – 29 år.

Könsfördelningen inom åldersgruppen var 67 % kvinnor och 29 % män.

Av det totala antalet ärenden som berörde unga vuxna framkom att det var 39 ärenden som gällde patienter som sökt vård för psykisk ohälsa och som därmed stämde med urvalskriterierna. Urvalet utgjorde 2,9 % av Patientnämnden Hallands hela ärendemängd under 2022 och 30 % av den aktuella åldersgruppen.

Urvalet bestod av 28 kvinnor eller 71,8 % och 10 män eller 25,6 % samt av ett ärende där könet var okänt.

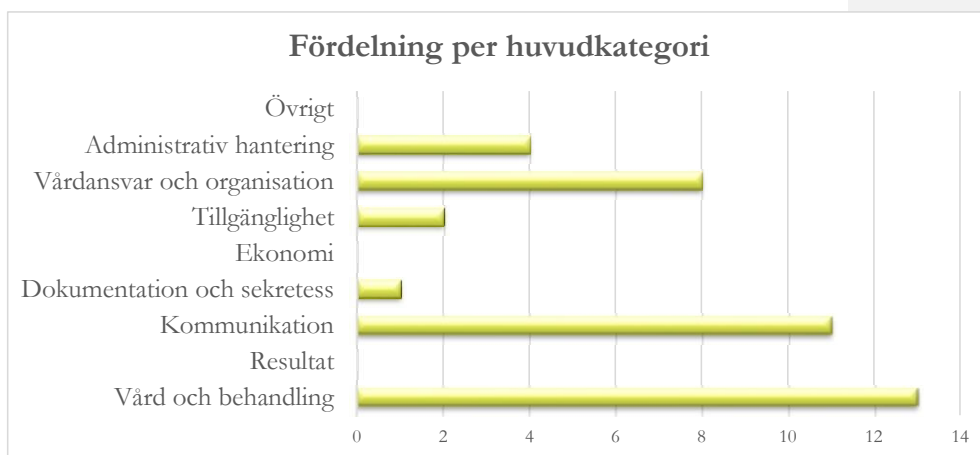
Flertalet ärenden i urvalet gällde psykiatrisk specialistvård och primärvård. Nedan visas fördelningen per verksamhetsområde.

Verksamhetsområde	Kvinnor	Män	Okänt	Totalt
Somatisk specialistvård	1	0	0	1
Psykiatrisk specialistvård	18	4	0	22
Primärvård	7	4	1	12
Tandvård	0	0	0	0
Kommunal vård	0	0	0	0
Övrig verksamhet	0	1	0	1
Övrig vård	2	1	0	3

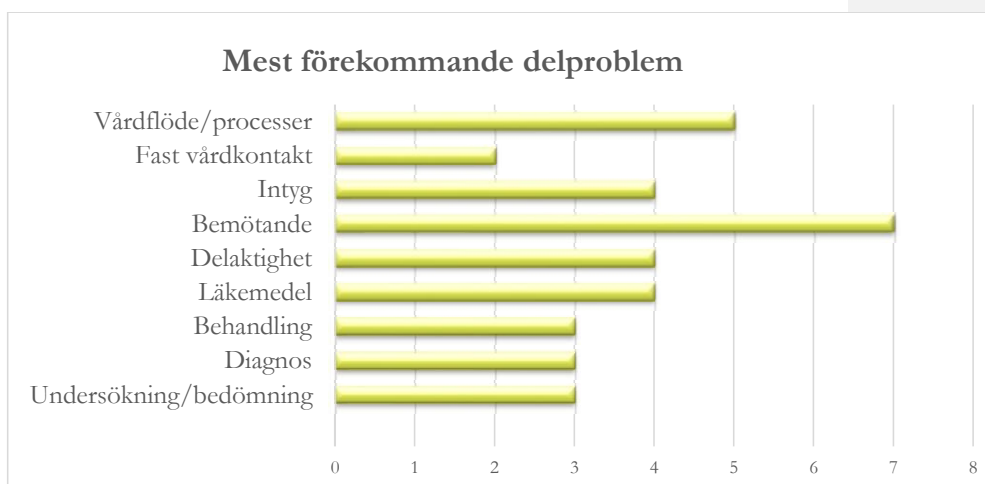
### Problemområden

Nedan beskrivs analys av de synpunkter som framkommer i patientberättelserna. Synpunkterna är uppdelade i huvudproblem och delproblem.

De huvudproblem som var vanligast förekommande bland ärendena i urvalet var *Vård- och behandling*, *Kommunikation* samt *Vårdansvar och organisation*.



De mest frekventa delproblemen var *Bemötande*, *Vårdflöde/processer*, *Läkemedel*, *Delaktighet* samt *Intyg*. I *Bemötande* noterades att det var 6 kvinnor och bara 1 man som stod bakom klagomålen. I materialet för övrigt följde könsfördelningen inom de olika kategorierna i stort sett samma fördelning som i hela urvalet vilket utgjorde ca 70 % kvinnor och 30 % män.



## Vård och behandling

### *Undersökning bedömning*

Det har framkommit att patienter upplevt att de inte har blivit adekvat undersökta och att skador därav inte har upptäckts. Även den bedömning som läkaren gjort gällande behov av åtgärd har ifrågasatts. Läkarens bedömning byggde på andrahandsuppgifter från vårdpersonal och uppgifterna i journalen stämde inte med de skador patienten verkligen hade.

Det framkom även att någon patient upplevt att vårdpersonal har gjort felaktig bedömning på grund av att de inte lyssnat till eller trott på patienten. En patient har uppgett att det var på grund av att hen var berusad som hen inte blev trodd på. Det visade sig senare att patienten hade en fraktur och ledbandsskada.

Ovanstående har lett till försenade diagnoser, felaktiga åtgärder och ökat lidande för patienten.



### **Läkemedel**

När det gällde delproblemet *Läkemedel* har patienter inkommit med synpunkter på att de upplevt att den planering gällande medicinering som varit upprättad i annan region inte följts när patienten flyttat till Region Halland och därav fått träffa nya läkare. Detta har lett till rädsla och risk för försämrad hälsa samt utökat behov av sjukskrivning. I detta sammanhang upplevde patienterna att de inte fått en dialog med läkaren och att de inte blivit lyssnade till. Detta ledde även till att man som patient önskade en ny läkare på grund av att förtroendet skadats.

I ett patientärende uttrycktes oron så här: *"Patienten försökte förklara för henne att hela hans välmående hängde ihop med att han kunde sova och att han var livrädd för att hamna i det mörker han befunnit sig under en lång period med djup depression till följd av sömnlöshet."*

Patienter uppgav även att läkemedel satts ut helt utan förvarning och att de inte hade fått information om syftet. Detta ledde till upplevelse av bristande delaktighet. Konsekvenserna har blivit en påverkan på arbetsliv, privatliv och att patienten tappat förtroendet för läkaren.

Det har även framkommit upplevelser av bristande information gällande vad som krävs inför en receptförnyelse, att det till exempel inte meddelats att det krävdes ett återbesök innan receptförnyelsen. Detta har lett till upplevelse av att situationen blivit onödigt komplicerad för patienten.

Även synpunkter gällande bristande information om biverkningar fanns i materialet. Det har framkommit ärende där man som patient saknat information om biverkningar och hjälp med att hantera dessa. Patienten kände sig inte lyssnad till och upplevde en bristande läkemedelsuppföljning. Konsekvenser av detta var bland annat ökat psykiskt lidande.

Det noterades i något ärende att biverkningar av läkemedlen var så svåra att annan läkare bedömt behandlingen som oförsvarbar då det till exempel handlade om kraftig viktuppgång.

### **Diagnos**

Under delproblemet *Diagnos* framkom upplevelser av att man blivit felbedömd och därav fått fel diagnos. Upplevelse av anledningar till felbedömningen kan ha varit att patienten inte blivit tagen på allvar på grund av ålder, kön eller bakgrund. Patienten upplevde inte heller att hen blivit lyssnad till eller fått vara delaktig. Ovanstående har lett till att patienten inte har fått rätt hjälp och därav har valt att byta vårdgivare.

Det framkom även uppgifter om att diagnos var satt utan att patienten eller anhöriga fått information om diagnosen. När patienten fick informationen så

instämde hen inte till den satta diagnosen. Det var heller inte alltid tydligt på vilka grunder en diagnos var satt.

Patienter har även framfört upplevelser av att vissa diagnoser lett till negativa konsekvenser i andra sammanhang. Om då diagnosen var felaktig blev det negativa effekter för patienten. Konsekvenserna kunde vara påverkan socialt, i arbetslivet, dåligt psykiskt mående samt felaktig medicinering.

I materialet framkom också upplevelser av att diagnoser var satta utifrån felaktiga uppgifter i journalen eller till följd av påtryckning från anhöriga.

I ett patientärende kunde man läsa följande: ”Hon anser att diagnosen inte stämmer på henne och framför flera anledningar till detta... medför negativa konsekvenser för henne. Hon uppger även att det finns mycket information i hennes journal som inte stämmer och att diagnosen är satt utifrån de felaktiga uppgifterna i journalen.”

### **Behandling**

Gällande delproblemet *behandling* framkom det upplevelser av att inte ha blivit lyssnad till, att personalen inte följde den behandling som var planerad, att patienten inte fick det stöd som utlovats samt bristande information om vad som kunde påverka behandlingsmöjligheterna.

Det framkom upplevelse av att vården inte tog hänsyn till önskemål om behandling och att pågående behandling avbrutits då man bytt vårdenhet till exempel från Barn och ungdomspsykiatrisk mottagning, BUP till Vuxen psykiatrisk mottagning, VPM. Detta har lett till att patienten tagit privat hjälp, vilket inneburit stora kostnader för patienten samt försämrat mående.

I en berättelse kunde man läsa följande: ”Patienten berättar att hon flyttades över från BUP till VPM... Hon upplever att hennes mående inte tagits på allvar sedan flytten till BUP... Patienten hade kommit en lång väg när behandlingen på BUP avslutades, men hennes mående har nu försämrats.”

En annan synpunkt var upplevelsen av att vården främst vill ge behandling i form av endast läkemedel trots att patienten önskat psykologkontakt.

Det efterfrågades kontinuerlig kontakt med läkare gällande behandling, patienten ansåg inte att kontakten med sjuksköterska var tillräcklig.

Det framkom även att brister i hantering och förnyelse av recept kunde skapa mycket oro och försämrat mående hos patienter.

När det gällde behandling i slutenvård upplevde någon patient sig utkastad från vårdenheten när hen skadade sig själv. Detta då de hade ”noll tolerans” mot självskadebeteende trots att det var därför patienten behövde vård.

Någon patient beskrev upplevelser av ”övervåld” från personalen i samband med tvångsvård. Detta ”övervåld” ledde till att patienten fått fysiska skador.

## Kommunikation

### **Bemötande**

Under kategorin *Kommunikation* fanns det mest förekommande delproblemet *Bemötande*. Här framkom upplevelser av att inte bli lyssnad till med hänvisning till tidsbrist. Det återfanns upplevelser av att inte bli tagen på allvar, inte respekterad eller trodd på. Patienten upplevde sig ifrågasatt, mindre vetande, skuldbelagd, avvisad, illa bemött samt nonchalerad.

Patienten upplevde även att personalen hade visat bristande empati och förståelse för patientens situation. Det framkom vidare upplevelser av att ha blivit bemött med en tråkig ton och med en konfrontativ och ifrågasättande attityd och patienten upplevde sig ställd mot väggen och kände sig skyldig att förklara sig.

I en patientberättelse stod det så här: *”...har upplevt att läkaren har haft ett otrevligt och nonchalant bemötande mot patienten... upplevde patienten att läkaren talade förminsande om patienten och sa även till patienten att alla missbrukare ljuger...”*

Något som också gick att läsa var upplevelsen av ett oprofessionellt bemötande där det berättas om personal som skrikit och skällt på patienten. Patienter upplevde att de inte hade blivit respekterade.

Ovanstående har fått konsekvenser som att patienterna upplevt försämrat mående samt har valt att byta vårdverksamhet.

Konsekvenser av ett dåligt bemötande kunde även vara att det skapade otrygghet hos patienten och en rädsla över att behöva möta samma vårdpersonal igen. Det kunde även leda till att patienter kände en hopplöshet eller mädde ännu sämre psykiskt.

En bakomliggande anledning till upplevelsen av dåligt bemötande ansågs vara stressad personal. I ett ärende uttrycktes det enligt följande: *”Patienten har känt sig avvisad även om patienten förstått att det varit pressat för läkaren tidsmässigt. Läkaren har blivit stressad och lämnat patienten i ett sårbart tillstånd med förklaringen att det finns andra patienter som väntar.”*

### **Delaktighet**

Under delproblemet *Delaktighet* har det framkommit upplevelser av bristande dialog och möjligheter att påverka sin vård samt att man inte har blivit lyssnad till. Detta har lett till att det inte gjorts korrekt bedömning av patientens tillstånd, att patienten blivit felaktigt prioriterad samt feldiagnostiserad.

Patienten/patienter? har även framfört upplevelser av att personal inte visat förståelse för situationen och inte heller varit tillmötesgående.

Synpunkter gällande bristande delaktighet framkom även i situationer som berörde kontakt mellan vården och andra myndigheter.

Patienter upplevde även bristande delaktighet i form av att de inte blivit lyssnad vilket till lett till felaktiga journalanteckningar, vilket i sin tur har lett till att patienterna upplevt en rädsla för att andra vårdgivare också skulle få en felaktig bild av patientens problem.

En annan konsekvens av bristen på delaktighet har varit att patienten valt en annan verksamhet. Bristande delaktighet har även lett till att patienten inte fått det stöd hen hoppats på, mått dåligt och till exempel upplevt ökad ångest.

## Tillgänglighet

### *Tillgänglighet till vården*

När det gällde *Tillgänglighet till vården* framkom upplevelser av att patient/patienter? inte fått tid till sin Vårdcentral när de själv upplevde att de var i ett akut behov av det, att patienten inte blev tagen på allvar och visad förståelse.

Patienten/patienter? upplevde även lång väntan på besökstid vid flytt från annan stad, vilket fått konsekvenser som att patienten hamnat mellan två mottagningar med upplevelsen av att inte få hjälp av någon. Det framkom även önskemål om att det borde ha skett en dialog/ett samarbete mellan berörda verksamheter så att patienter slapp "falla mellan stolarna" och "bollas runt" mellan olika verksamheter.

## Vårdansvar och organisation

### *Vårdflöde/processer*

Gällande delproblemet *Vårdflöde/processer* framkom upplevelse av att patienten? främst bollades mellan VPM och vårdcentralen där ingen verksamhet tog ansvar för patientens vård utan patienten hänvisades fram och tillbaka. Det kunde till exempel handla om att vårdcentralen skickat flera remisser till VPM men att patienten ändå nekades att få komma dit, vilket till slut resulterade i att patienten hamnade på Psykiatrisk intensivvårdsavdelning, PIVA. Patienter kunde även uppleva att ansvar för att hämta dokumentation från tidigare vårdgivare i annan region lades på patienten själv. Upplevelsen var att varken vårdcentral eller VPM ville hjälpa patienten på grund av att det saknades information.

Brister i vårdflöde/processer ledde bland annat till att vårdförloppet förlängdes och att insatser som medicinering fördröjdes. Bristen på klara besked från vården skapade även otrygghet hos patienterna och har bland annat lett till att man som patient även vänt sig till 1177 på telefon i försöken att få hjälp.

Patienterna upplevde vidare att det saknades planering och uppföljning av vård och behandling.

Att bollas mellan olika verksamheter kan vara en stor påfrestning för en patient med en psykisk funktionsnedsättning. I ett ärende kunde man läsa följande: *"Att bollas fram och tillbaka på det här viset är en mardröm för en patient med ADHD då patienten har stora svårigheter att ta tag i saker och ting och patienten behöver få hjälp så att medicinering kan påbörjas."*

Det har även framkommit att personal inte närvarat på möte de blivit kallade till, så som möte gällande samordnad individuell plan, så kallat SIP- möte, vilket lett till att mötet fått ställas in för att det inte prioriterats av vården. Någon anhörig uttryckte att behoven inte var det som avgjorde vilken hjälp patienten fick, utan att det var tillgången på resurser som styrde, vilket ifrågasattes.

Patienter har uppgett att de fått information om att det är brist på psykologer. Denna brist har i sin tur lett till utebliven vidare behandling.

#### **Fast vårdkontakt/vårdplan**

Även under delproblemet *Fast vårdkontakt/vårdplan* återfanns synpunkter på att patienterna bollades mellan olika vårdenheter. Patienterna upplevde att ingen tog ansvar och att påbörjade vårdkontakter upphörde när någon personal slutade.

Det framfördes även att olika vårdenheter verkade ansvara för olika delar i patienternas ohälsa vilket medförde att det saknades en samlad planering vid mer komplexa tillstånd. En patient framförde följande: *"Vuxenpsykiatrien bedömde remissen och svarade att de inte kunde bistå med behandlingen av depression då det var vårdcentralens ansvarsområde. Läkaren på vårdcentralen skrev då en ny remiss till Vuxenpsykiatrien med kompletterande fakta, bland annat att patienten även har en problematik med självskadebeteende och en obehandlad ADHD..."*

#### **Valfrihet – fritt vårdsökande**

Det har inkommit synpunkter där patient nekats vård vid VPM i Region Halland med hänvisning till att patienten var boende i Västra Götalandsregionen. Detta upplevde patienten var inskränkning i det fria vårdvalet.

## Administrativ hantering

### **Intyg**

Några av ärendena i urvalet berörde hantering av *intyg*. Det gällde bland annat upplevelse av att inte bli lyssnad till och bristande förståelse för patientens situation vid förnyelse av intyg.

Det framkom en problematik i att olika läkare gjorde olika bedömningar.

Patienten upplevde även att läkarintygen inte varit kompletta och det hade visat sig att de krävt komplettering, vilket i sin tur tagit lång tid att få.

Det har även uppmärksammats att uppgiften att skriva ett intyg fallit mellan stolarna på grund av att ansvarig läkare slutat sin tjänst samt att det funnits en otydlighet i ansvarsfördelning av vilken verksamhet som ansvarade för att skriva intyget.

Det framkom konsekvenser av ovanstående som svårigheter att försörja sig samt stor oro för patienten. I en berättelse kunde man läsa följande: *"Den gode mannen anser att det är nonchalant av läkaren att på 8 månader inte skriva ett korrekt intyg och bidra med det som är läkarens uppgift. Detta har lett till att den gode mannen snart inte har några pengar att betala patientens räkningar med och det har även lett till att patienten har blivit orolig och stressad över sin situation."*

Konsekvenser av ovanstående har också inneburit att förtroende för verksamheten förlorats och att patient därför valt att byta vårdenhet.

Kritik har även framförts från anhöriga gällande att behov av intyg från vården har nonchalerats och fördröjts med konsekvenser för den enskilda.

Patienter har även framfört synpunkter gällande andra typer av intyg som till exempel för körkort. De har även i dessa sammanhang upplevt att ansvaret för att utfärda intygen bollats mellan olika vårdgivare som vårdcentral, habilitering och VPM utan att patienten fått efterfrågad hjälp. Patienten fick även besked från Transportstyrelsen att detta var ett välkänt fenomen.

## Dokumentation och sekretess

### **Bruten sekretess/dataintrång**

Det har framförts ärenden gällande *Bruten sekretess* där det framkommit att anställd vårdpersonal brutit mot tystnadsplikten, ett integritetsbrott vilket lett till att patienten känt sig djupt kränkt.

## Analys och reflektioner

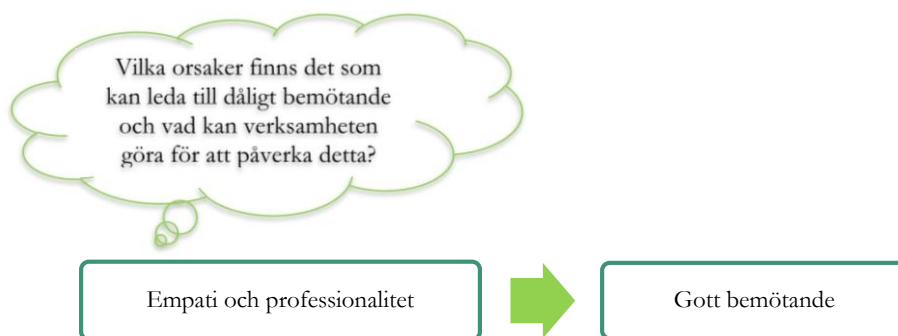
Materialet i rapporten visar tydligt hur brister eller upplevda brister i vården påverkar patienterna negativt.

Ärenden som inkommer till Patientnämnden kategoriseras utifrån den Nationella Handboken för Patientnämnderna. Ärendet kategoriseras under det delproblem som patient och handläggare bedömer som det kritiken i ärendet i huvudsak handlar om. Vid genomgång av ärendena upptäcktes att ett flertal ärenden skulle kunna kategoriseras under flera olika delområden då det oftast berör flera problemområden.

Vikten av ett gott bemötande, som är det delproblem där flest ärenden kategoriserats visar tydligt hur bristande empati och oprofessionellt bemötande påverkar patienterna negativt. Här kan man även betänka att det finns en tröskel för att göra en anmälan till Patientnämnden. Om patienten gör sig besvär att rapportera en händelse så har den troligen haft en stor inverkan på hur vårdtillfället upplevts.

Att läsa om ärenden som berör bemötande väcker tankar kring att detta är ett återkommande problem som uppmärksammats i andra analyser som Patientnämnden Halland gjort.

I ett patientärende framkom det att upplevelsen av bemötandeproblem kunde bero på stress, vilket skulle kunna vara en väsentlig faktor. I en pressad arbetssituation för vårdpersonalen kan det vara svårt att ge ett empatiskt och professionellt bemötande. Det skulle kunna leda till kvalitetsförbättringar i vården om man arbetade med bemötandefrågor och försökte finna orsaker till problemen och lyfta vikten av ett gott bemötande. Ett professionellt bemötande borde egentligen kunna vara en självklarhet och kunna fungera på ett bättre sätt.

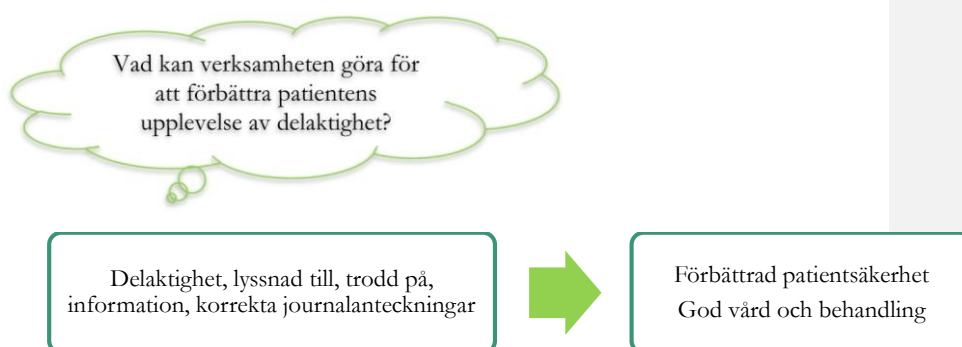


I rapporten framkommer att dåligt bemötande får flera negativa konsekvenser för patienterna som mår sämre och i vissa fall valt att byta vårdenhet till följd av bemötandefrågor, vilket hade varit önskvärt att kunna undvika.

Betydelsen av att bli lyssnad till, trodd på och att känna sig delaktig belyses i många ärenden. Så även vikten av att som patient få relevant information. I en stor del av de ärenden som kategoriserats under vård och behandling, som är den huvudkategori med flest ärenden, anser patienterna att om ovanstående hade fungerat bättre hade de inte haft så mycket synpunkter på vård och behandling. Ofta är det inte vård och behandling som sådan man har synpunkter på utan hur vårdpersonalen kommer fram till den vård och behandling som ges och att man inte lyssnat in patienten, låtit denne vara delaktig och få bidra till den egna vården. Det är mer sällan det framhålls synpunkter på vårdpersonalens medicinska kompetens.

Journalanteckningar är också en källa till missuppfattningar och felaktigheter och även här upplevs att patienterna tror att detta skulle kunna bli betydligt mycket bättre om vårdpersonalen tog sig tid och lyssnade så som beskrivits ovan. Det visar sig även att felaktigheter i journalen kan få både medicinska och sociala konsekvenser för patienten.

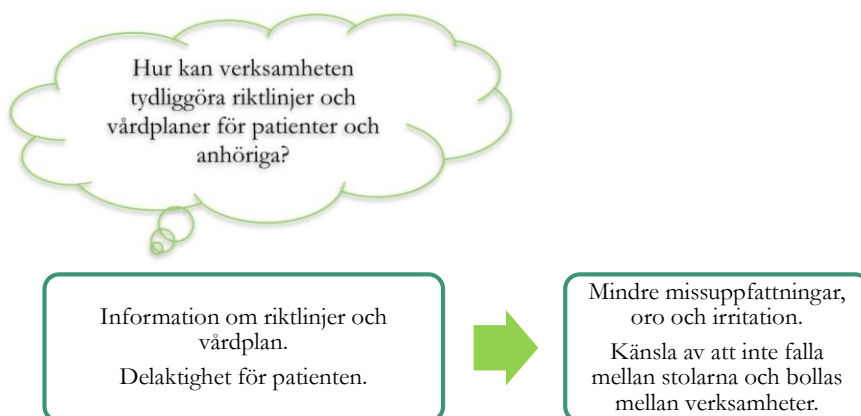
För ungefär ett år sedan gjorde Patientnämnden Halland en analys gällande klagomål och synpunkter relaterade till patientjournalen. Där framkom bland annat önskemål om att vårdpersonal vid besöket i större utsträckning sammanfattar besöket tillsammans med patienten och informerar om vad som skrivs i journalen.





Att patienten upplever sig bollad mellan olika vårdenheter är även det ett fortsatt problem. Detta framkom nämligen även tydligt i de två tidigare analyser som Patientnämnden Halland gjort gällande klagomål på vården som avser barn, och tycks vara ett problem även hos unga vuxna och även här belyses vikten av att bli lyssnad till.

Troligen har vårdverksamheterna riktlinjer gällande olika vårdnivåer och diagnosansvar som de måste följa och i de flesta fall följs dessa säkerligen. Detta medför dock att information till patient/anhörig om vad som gäller är mycket viktigt. Får man som patient inte information om varför man hänvisas till en viss vårdnivå är det i sig en källa till missuppfattningar och med det skapas oro och irritation. Samma sak gäller att det finns en vårdplan och framför allt att denna vårdplan är känd och tydlig för patienten. Även i analysen som ovan nämns gällande barn diskuteras vikten av att patient/anhörig vet vem man ska vända sig till vid frågor och bekymmer samt vikten av en tydlig vårdplan.



Genom att relatera till tidigare gjorda analyser kan man se att många av de synpunkter som framkommer i denna analys inte enbart berör unga vuxna.

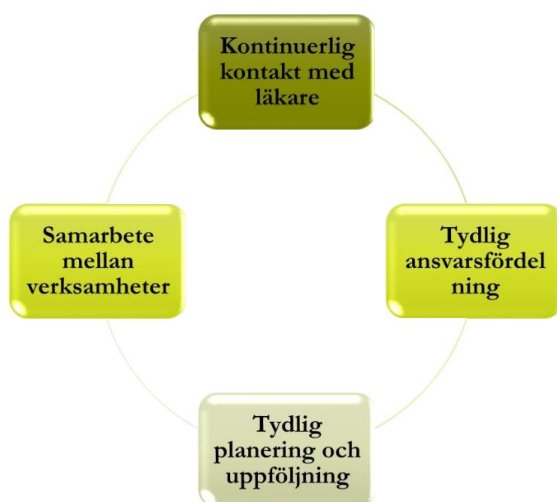
Vid granskning av Patientnämnden Hallands samtliga ärenden under perioden som analysen berör framkommer att en större andel av ärendena gäller kvinnor, men det visar sig att könsskillnaden är större i den aktuella åldersgruppen och även i urvalet för analysen. Ovanstående resultat leder till tankar kring vad orsaken till skillnaden beror på och kan vara något att fundera vidare kring.

## Patienters och närståendes förbättringsförslag

Det har inkommit några konkreta förbättringsförslag från patienter och anhöriga. Dessa är följande:

- Kontinuerlig kontakt med läkare.
- Tydlig ansvarsfördelning mellan olika vårdverksamheter.
- Tydlig planering och uppföljning av vård och behandling, även vid överflytt mellan olika verksamheter.
- Konversation och samarbete mellan olika verksamheter så patienter inte faller mellan stolarna och bollas runt mellan olika verksamheter. Detta gäller till exempel vid övertag till annan mottagning.

Kommenterad [ALMR1]: Förflyttning?



Förhoppningen med analysen är att den ska kunna ge en bild av vad patienterna i det aktuella urvalet ser som problematiskt i vården och att resultatet kan vara ett underlag för vården att arbeta vidare med i sitt patientsäkerhetsarbete. Vi hoppas att analysen därmed ska kunna bidra till en säkrare och tryggare vård för patienterna.



Din kommun i samarbete med Region Halland

**Regionkontoret**

Välj verksamhetsområde  
Anette Blomkvist-Hansson  
Handläggare

**Beslutsförslag**

Datum	Diarienummer
2023-02-17	PnH230233

**Patientnämnden Halland**

## Beslutsförslag - Analys Unga vuxna med psykisk ohälsa

### Förslag till beslut

Patientnämnden beslutar att:

- lägga redovisningen till handlingarna.

### Sammanfattning

Patientnämnden har fått i uppdrag av IVO och Patientnämndernas nationella nätverk, PAN att ta fram en analys över ärenden gällande Unga vuxna med psykisk ohälsa under 2022. Analysen ska, tillsammans med en redogörelse över patientnämndsverksamheten, årligen lämnas över till IVO. IVO har en skyldighet att systematiskt tillvarata information som patientnämnderna lämnar, information från patienter ska bland annat användas som underlag för tillsynernas inriktning.

Syftet med årets analys är att belysa klagomål och synpunkter rörande unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa<sup>1</sup> vilka patientnämnden tagit emot under 2022.

---

<sup>1</sup> De klagomål och synpunkter som har analyserats rör personer som sökt hjälp för allt från lättare psykiska besvär som ångest och nedstämdhet till allvarigare psykiska tillstånd. Även ärenden som rör annan vård inom den psykiatriska vården, som neuropsykiatriska diagnoser, ingår i analysen.

## Bakgrund

Analysen ska, tillsammans med en redogörelse över patientnämndsverksamheten, årligen lämnas över till Inspektionen för vård och omsorg, IVO.<sup>2</sup> Myndigheten har en skyldighet att systematiskt tillvarata information som patientnämnderna lämnar, information från patienter ska bland annat användas som underlag för tillsynernas inriktning.<sup>3</sup>

Patientnämnderna och IVO beslutar gemensamt om ett särskilt fokusområde per år. Denna rapport innehåller Patientnämnden i Region Hallands analys av ärenden som rör detta fokusområde.

## Patientnämnden Halland

Henrik Lundahl  
Kanslichef

Anette Blomkvist- Hansson  
Handläggare

### Bilaga:

Unga vuxna med psykisk ohälsa – analys av klagomål och synpunkter under 2022

Statistikmall 1 – unga vuxna 2022

Statistikmall 2 – barn 2022

Statistikmall 3 – samtliga ärenden 2022

Begäran om uppgifter från IVO 2023-02-08

### Styrelsens/nämndens beslut delges

IVO- Inspektionen för vård och omsorg

Regionfullmäktige, Regionstyrelsen, Kommunfullmäktige Laholm,

Kommunfullmäktige Halmstad, Kommunfullmäktige Falkenberg,

Kommunfullmäktige Varberg, Kommunfullmäktige Hylte, Kommunfullmäktige

Kungsbacka, Driftnämnden Hallands sjukhus, Driftnämnden Psykiatri,

Driftnämnden Närsjukvård, Driftnämnden Ambulans Diagnostik Hälsa,

---

<sup>2</sup> 7 § Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

<sup>3</sup> 7 kap 6 § Patientsäkerhetslag (2010:659)



Avdelningen för tillståndsprövning  
Melissa Parnell  
melissa.parnell@ivo.se

Samtliga patientnämnder i Sverige

# Redogörelse till Inspektionen för vård och omsorg över patientnämndsverksamhet - avseende 2022

## Uppdraget

Enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården ska patientnämnderna senast den sista februari varje år till Inspektionen för vård och omsorg, IVO, och Socialstyrelsen lämna en redogörelse över patientnämndsverksamheten samt den analys som gjorts i enlighet med 3 § under föregående år. IVO ska enligt Patientsäkerhetslag (2010:659) systematiskt ta tillvara information som patientnämnder lämnar.

Patientnämnderna ska inkomma med rapport och tre statistiktabeller till IVO enligt de mallar som skickas ut tillsammans med denna begäran. Innehållet i den gemensamma analysen preciseras närmare i bifogade dokument.

## Svarsdatum

Skicka in rapporten inklusive statistik senast den 28 februari 2023 till [registrator.vs@ivo.se](mailto:registrator.vs@ivo.se). Vänligen ange diarienummer 2.7.2 – 43536/2022 i ämnesraden.

Redogörelser ska skickas in elektroniskt men vid behov kan ni även skicka via post: IVO, Box 45184, 104 30 Stockholm.

## För frågor kontakta

Melissa Parnell  
E-post: [melissa.parnell@ivo.se](mailto:melissa.parnell@ivo.se)  
Telefon: 010-788 51 88

Med vänlig hälsning,

IVO