

## Till Statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom beslut av regeringen den 14 december 1995 bemyndigades chefen för Socialdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgiften att kartlägga och analysera frågan om bemötande av äldre (dir. 1995:159).

Dåvarande statsrådet Ingela Thalén utsåg den 15 januari 1996 kommunalrådet Britta Rundström, Helsingborg, till särskild utredare med detta uppdrag.

Som sakkunniga i utredningen har förordnats

Kerstin Ahlsén, förbundssekreterare,  
Svenska Kommunförbundet  
Yvonne Ahlström, ombudsman,  
Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund, SKTF  
Lars Andersson, docent, Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm  
Stig Berg, professor, Hälsohögskolan, Jönköping  
Evy Eriksson, ombudsman,  
Svenska Kommunalarbetsförbundet, Kommunal  
Yvonne Forsell, med. dr., Stiftelsen Äldrecentrum, Stockholm  
Nils Gustavsson, v. ordf.,  
Pensionärernas Riksorganisation, PRO  
Kristina Jennbert, departementssekreterare,  
Socialdepartementet  
Lennarth Johansson, avdelningsdirektör, Socialstyrelsen  
Margareta Liljeqvist, utredare, Landstingsförbundet  
Elvy Olsson, förbundsledamot,  
Sveriges Pensionärsförbund, SPF  
Alice Rinell Hermansson, rektor, Ersta Högskola, Stockholm

Som sekreterare i utredningen har förordnats Elisabet Spjuth (fr.o.m. den 4 mars 1996) och Ann-Charlotte Carlberg (fr.o.m. den 1 augusti 1996).

I november 1996 överlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161).

I enlighet med mina direktiv har jag därefter kartlagt och analyserat brister i bemötandet av äldre. Jag har vid kartläggningen använt mig av alla de källor som anvisas i utredningsuppdraget, dvs. ett omfattande material från enskildas upplevelser, uttryckta bl.a. i brev, till de samlade uppgifter som finns hos tillsynsmyndigheter m.fl. Ett viktigt led i kartlägningsarbetet har även utgjorts av hearings, rådslag, med olika intressegrupper.

Kartläggningen redovisas i föreliggande delbetänkande Bristerna i omsorg – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:51).

I olika sammanhang har jag konstaterat att bilden av äldreomsorgen omfattar såväl oacceptabla brister och missförhållanden som många mycket goda insatser. Bristerna måste undanröjas. Då behövs bl.a. förebilder som kan ge kraft och inspiration till förändringsarbete.

Jag avlämnar därför samtidigt med detta delbetänkande om brister en rapport med reportage om goda exempel på utvecklingsarbete, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52). Skriften bygger på en förfrågan (hösten 1996) till landets samtliga kommuner och landsting. Den fick stort gensvar. En ringa del av materialet syns i rapporten. Andra delar kommer att ingå i det samlade underlaget för överväganden och förslag som redovisas i ett slutbetänkande.

I enlighet med mina direktiv strävar jag efter att arbeta öppet och ta emot det breda engagemang som jag möter för frågor om bemötande av äldre. Jag redovisar mitt utredningsmaterial på sätt som innebär att personer med funktionshinder kan delta i den allmänna debatten i dessa frågor. Detta delbetänkande, liksom den ovan nämnda rapporten (SOU 1997:52) finns sålunda på kassett och i punktskrift samt i en sammanfattning med lättläst text.

Jag är angelägen om att inhämta synpunkter som kan leda till att kommande förslag får en bred uppslutning. Det sker bl.a.

genom rådslag, mediabelysning och konferensverksamhet. Jag avser dessutom att sända delbetänkandet och den nämnda rapporten till många olika intressenter. De skall ges tillfälle att förmedla sina åsikter om hur brister kan undanröjas. Jag ser detta som ett väsentligt inslag i en fortsatt analys av möjligheter till kvalitetsutveckling inom vården och omsorgen om äldre. Inför mitt slutbetänkande kommer jag att fördjupa min kartläggning bl.a. avseende frågor som rör personal. (Planeringen framgår av kapitel 7 i detta delbetänkande).

Jag överlämnar härmed kartläggningen, redovisad i delbetänkandet *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:51) samt rapporten om kvalitetsutveckling, *Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:52).

Helsingborg i april 1997

Britta Rundström

/Elisabet Spjuth

Ann-Charlotte Carlberg

## Innehåll

<i>Förkortningar</i> .....	11
<i>Sammanfattning</i> .....	13
<i>1 Utredningens uppdrag och arbetssätt</i> .....	45
1.1 Uppdraget .....	45
1.2 Arbetssätt .....	46
<i>2 Frågor om bemötande av äldre</i> .....	49
2.1 Inledning .....	49
2.2 Individualisering - generalisering .....	50
2.3 Begreppet bemötande .....	51
2.4 Ett gott bemötande .....	52
2.5 Vilka är berörda? .....	54
2.6 Varför skildra brister när målet är det goda bemötandet av äldre? .....	54
<i>3 Synpunkter, klagomål och anmälningar till myndigheter m.fl.</i> .....	57
3.1 Inledning .....	57
3.2 Förtroendenämndsverksamheten .....	58
3.2.1 Förtroendenämndernas uppgifter . . . .	58
3.2.2 Utvecklingstendenser och erfarenheter hos landets förtroendenämnder .....	60
3.2.3 Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting .....	63
3.2.4 Anmälningar som rör äldre personer . .	67
3.3 Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd .....	74
3.3.1 Uppgifter .....	74
3.3.2 Vilka anmäler och vad anmäls? .....	75

3.3.3	Antal anmälningar m.m. som avser äldre personer . . . . .	76
3.3.4	Exempel på anmälningar till HSAN . . .	79
3.4	Patientskade försäkringen . . . . .	88
3.4.1	En särskild Patientförsäkring tillkom år 1975 . . . . .	88
3.4.2	Rätt till patientskadeersättning från 1 januari 1997 . . . . .	88
3.4.3	Antal anmälningar och ersatta skador hos Patientförsäkringen . . . . .	90
3.5	Tillsyn över hälso- och sjukvård . . . . .	92
3.5.1	Nya bestämmelser från 1 januari 1997.	92
3.5.2	Vårdgivarens skyldighet att rapportera Lex Maria-händelser . . . . .	93
3.5.3	Förhållanden som föranleder Lex Maria-anmälan . . . . .	94
3.5.4	Information om riskhändelser i Socialstyrelsens RiskDataBas . . . . .	95
3.5.5	Anmälningar från anhöriga . . . . .	102
3.5.6	Exempel på anmälningar och Socialstyrelsens handläggning . . . . .	102
3.6	Tillsyn över socialtjänsten . . . . .	110
3.6.1	Inledning . . . . .	110
3.6.2	Socialstyrelsens tillsyn och uppföljning .	110
3.6.3	Länsstyrelsernas tillsyn . . . . .	115
3.6.4	Genomförd/pågående/planerad verksamhetstillsyn . . . . .	118
3.7	Diskussion . . . . .	121
3.7.1	Dokumentation av kvalitetsbrister . . . . .	121
3.7.2	Få synpunkter och klagomål förs vidare	123
3.7.3	Omfattning av anmälningar som berör äldre personer . . . . .	125
3.7.4	Anledning till anmälan . . . . .	129
4	<i>Hearings - ett viktigt led i kartläggningsarbetet . .</i>	133
4.1	Inledning . . . . .	133
4.2	Gemensamma uppfattningar - en tillgång för att kunna undanröja brister . . . . .	134

4.2.1	Beskrivandets dilemma . . . . .	134
4.2.2	Uppföljning och utvärdering måste bli ett naturligt inslag i vardagsarbetet . . . . .	135
4.2.3	Nedskärningar och besparingar . . . . .	136
4.2.4	Individen i centrum? . . . . .	137
4.2.5	Behov av kompetensutveckling . . . . .	139
4.2.6	Arbetsledarskap . . . . .	141
4.3	Exempel från olika hearings . . . . .	142
4.3.1	Anhöriga och anhörigorganisationer . . . . .	143
4.3.2	Elever och lärare vid hälsohögskola . . . . .	147
4.3.3	Fackliga organisationer . . . . .	152
4.3.4	Företrädare för landstingens förtroende- nämnder . . . . .	156
4.3.5	Handikapporganisationer . . . . .	158
4.3.6	Företrädare för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning . . . . .	162
4.3.7	Företrädare för länsstyrelserna . . . . .	163
4.3.8	Pensionärsorganisationer . . . . .	165
4.3.9	Företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter . . . . .	167
4.3.10	Företrädare för Svenska Kommun- förbundets socialberedning . . . . .	169
5	<i>Upplevelser och erfarenheter av brister i bemötandet av äldre . . . . .</i>	171
5.1	Inledning . . . . .	171
5.2	Enskildas berättelser har ett eget värde . . . . .	172
5.3	Brukares och anhörigas upplevelser av brister i bemötande . . . . .	173
5.3.1	Om personligt bemötande och möjligheter till inflytande . . . . .	173
5.3.2	Om information och ömsesidigt informa- tionsutbyte . . . . .	177
5.3.3	Om personlig omvårdnad . . . . .	180
5.3.4	Några reflexioner . . . . .	185

6	<i>Analys och slutsatser</i> . . . . .	189
6.1	Inledning . . . . .	189
6.2	Behov av kvalitetsutveckling . . . . .	194
6.2.1	Inledning . . . . .	194
6.2.2	Enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg . . . . .	195
6.2.3	Brister i befintliga möjligheter att stärka enskildas och anhörigas ställning . . . . .	199
6.2.4	Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse	204
6.2.5	Tillsyn . . . . .	207
7	<i>Det fortsatta utredningsarbetet</i> . . . . .	209
7.1	Inledning . . . . .	209
7.2	Fortsatt analys av vissa områden . . . . .	210
7.3	Fortsatt utåtriktat arbete . . . . .	215
 <i>Bilagor</i>		
1	Direktiv 1995:159	
2	Utredningen om bemötande av äldre (S1995:15)/Sakkunniga	
3	Referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna	

## Förkortningar

BRÅ	Brottsförebyggande Rådet
dir.	direktiv
DHR	De Handikappades Riksförbund
HANDU	Handikappolitiska Utredningsinstitutet
HSAN	Hälso- och Sjukvårdens Ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSO	Handikappförbundens Samarbetsorgan
HSU 2000	Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation
JK	Justitiekanslern
JO	Justitieombudsmannen
Kommunal	
Kommunalarbetareförbundet	
KPR	Kommunala Pensionärsråd
LSS	Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
LÖF	Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag
MAS	Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska
PRO	Pensionärernas Riksorganisation
Prop.	Proposition
PSR	Patientskadereglering AB
RDB	Socialstyrelsens RiskDataBas
SRF	Synskadades Riksförbund
SACO	Sveriges Akademikers Centralorganisation
SDR	Sveriges Dövas Riksförbund
SFS	Svensk Författningssamling
SKTF	Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund
SLUG	Socialstyrelsens och länsstyrelsernas utvecklings-
	grupp
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling



SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SoS	Socialstyrelsen
SoU	Socialutskottet
SOU	Statens offentliga utredningar
TCO	Tjänstemännens Centralorganisation

## Sammanfattning

Efter regeringsbeslut i december 1995 har en särskild utredare tillkallats, kommunalrådet Britta Rundström, Helsingborg, med uppgift att kartlägga och analysera frågor om bemötande av äldre. Företrädare för pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, forsknings- och utbildningsinstitutioner, de båda kommunförbunden, Socialstyrelsen samt Socialdepartementet har förordnats som sakkunniga.

Den särskilda utredaren har inrättat en referensgrupp med företrädare för handikapporganisationerna.

I det följande görs en kort sammanfattning av delbetänkandet *Brister i omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:51). Det redovisar en kartläggning av brister i bemötandet av äldre inom vård och omsorg.

### 1 Utredningens uppdrag och arbetssätt

#### Om uppdraget

Som vägledning för utredningsarbetet framhäver direktiven att det nu är dags att särskilt belysa innehåll och kvalitet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som berör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande och integritet, trygghet och värdighet. Motivet är att *formerna* för omsorg och vård med bl.a. struktur-, organisations- och huvudmannaskapsförändringar stått i förgrunden under lång tid.

Bemötandet av äldre kan påverkas av en rad faktorer hos enskilda berörda men också hos omgivningen. Dessa "yttre"

faktorer kan t.ex. avse lagar och föreskrifter, verksamhetens struktur och organisation, den fysiska utformningen av boendeformer eller de förutsättningar som hör samman med utbildningsbakgrund och kompetens hos personal och arbetsledning. Ett exempel på det senare och som även skall belysas är bemötandet av äldre invandrare och de krav som ställs vid möten mellan människor från olika kulturer.

Mitt uppdrag avser kartläggning och analys av *brister* i bemötandet, alltifrån nästan omärkliga men djupt kända kränkningar till påtagliga övergrepp.

Jag skall därefter föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre. I detta arbete skall jag beskriva och dra nytta av det omfattande arbete som bedrivs i kommuner och landsting för att utveckla kvalitet och innehåll i omsorg och vård. Jag skall också belysa internationella erfarenheter och kunskaper på området.

Arbets sättet (se nedan) skall vara öppet och stimulera till debatt.

För mitt utredningsarbete gäller slutligen att jag skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser (dir. 1994:23). Jämställdhetspolitiska konsekvenser skall också redovisas (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast 30 maj 1997.

## Om arbetssättet

I november 1996 avlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161) vilket har remissbehandlats. En proposition i frågan väntas bli behandlad av riksdagen under våren 1997. Mitt förslag innebär en rättslig reglering för att stärka möjligheterna att flytta för äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov. Förslaget innebär även ett förtydligande av ansvaret vid enskildas flyttning mellan kommuner.

Enligt mina direktiv har jag arbetat öppet. Media ägnade det nämnda delbetänkandet stor uppmärksamhet. Jag har under

hela utredningsarbetet mött en levande debatt om omsorg och vård för äldre. Jag finner det angeläget att alla kan delta i debatten. Av den anledningen framställs utredningsmaterial på kassett, i punktskrift och i lättlästa sammanfattningar för medborgare med olika funktionshinder.

Jag redovisar i detta delbetänkande en kartläggning av brister och fullföljer sedan mitt uppdrag genom vissa rapporter och ett slutbetänkande. En av rapporterna Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) avlämnas samtidigt med detta delbetänkande. Den handlar om exempel på kvalitetsutveckling inom landstingens och kommunernas insatser för äldre och är en del av resultatet av en förfrågan till landets samtliga kommuner och landsting hösten 1996.

Vid den kartläggning av brister som redovisas här har jag använt mig av de kunskapskällor som anges i direktiven. Hearings med olika intressegrupper har varit en viktig del i kartläggningen vilket framgår tillsammans med övriga redovisningar i kapitlen 3, 4 och 5. I kapitel 6 beskriver jag vissa mönster som med stor överensstämmelse återkommer i olika material om brister i bemötandet av äldre.

Jag har i kapitel 7 sammanfattat planeringen av utredningens fortsatta arbete. I detta ingår bl.a. rundabordssamtal med olika grupper för att fördjupa ett antal frågor, t.ex. om personal och utveckling av yrkeskunnande.

För att få ett brett underlag för mina överväganden och förslag avser jag att skicka detta delbetänkande jämte rapporten Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) till många intressenter. Min förhoppning är att få synpunkter på och förslag till *hur brister kan undanröjas*.

Svaren bör komma mig till del *senast 15 maj 1997* under adress Utredningen om bemötande av äldre, Socialdepartementet, 103 33 STOCKHOLM.

Där kan också beställas delbetänkandet och rapporten på kassett, i punktskrift samt i en lättläst sammanfattning (för bl.a. personer med utvecklingsstörning).

## 2 Frågor om bemötande av äldre

Kapitlet beskriver olika aspekter på begreppet bemötande.

I utredningens direktiv framgår att frågor om bemötande av äldre "kan kopplas till flera samhällsområden" och att de handlar om "mellanmänskliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn". Alla samhällsmedborgare är berörda.

I min kartläggning har jag främst uppehållit mig vid situationer där äldre är beroende av olika former av stöd, service, vård och omsorg. Jag har funnit att mycket angelägna förändringsbehov inom vård och omsorg måste prioriteras.

Jag beskriver vikten av ett ökat individuellt bemötande. Jag framhåller de betydande risker som finns, när man generaliserar begreppet "äldre" och dess innebörd. Jag konstaterar vidare att begreppet bemötande kan ges olika tolkningar, alltifrån det vardagliga mötet mellan några få personer till enskildas förhållande till samhällets övergripande synsätt uttryckta i lagar och föreskrifter. Ömsesidigheten i bemötandet betonas.

I likhet med utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården (i huvudbetänkandet Jämställd vård SOU 1996:133) gör jag antagandet att frågor om bemötandet hör mycket nära samman med upplevelser av kvalitet i andra insatser inom vård och omsorg t.ex. behandling och omvårdnad.

Vid en beskrivning av innehållet i ett gott bemötande har jag som utgångspunkt den människovärdesprincip som regeringen uttryckt i prop. 1996/97:60 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden är den humanistiska människosynen om alla människors lika värde. På den vilar också de styrande principerna för omsorg om äldre; respekten för självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

Principerna kräver konkretisering i vardagslivet och en uppmärksamhet på äldres utsatthet som lätt kan leda till negativ maktutövning från omgivningen.

Jag tar även upp behovet av individualisering i bemötandet av anhöriga samt vikten av goda relationer mellan anhöriga och vårdens och omsorgens företrädare.

Jag finner både risker och nytta med att framhålla brister. Förfaringssättet måste också tillåta att goda förebilder kommer i förgrunden tydligare än vad som vanligen sker.

Värdet av att belysa brister är bl.a. att enskilda upplever att deras uppfattningar tas på allvar. Det ger kunskap om händelser som måste bli föremål för åtgärder och ger även innehåll till mål- och kvalitetsutveckling liksom till forsknings- och utvecklingsarbete. Jag betraktar även belysningen av brister som ett medel för att utveckla samhällets tillsyn över insatser för äldre.

### 3 Synpunkter, klagomål och anmälningar till myndigheter m.fl.

Brister i bemötande, kvalitet och innehåll inom verksamhet som avser hälso- och sjukvård finns dokumenterade hos landstingens förtroendenämnder, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Patientförsäkringen och Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB). Dessa myndigheter och instanser systematiserar information om inkomna anmälningar i databaser. Motsvarande systematiska dokumentation saknas inom socialtjänsten.

Förtroendenämnderna, HSAN och Patientförsäkringen representerar instanser som den enskilde eller i vissa fall hans/hennes anhöriga kan vända sig till när vården och omsorgen inte fungerat som förväntat eller när den enskilde anser sig ha blivit felbehandlad. Allvarliga skador, sjukdomar och risker skall dessutom under vissa omständigheter rapporteras till Socialstyrelsen.

#### *Förtroendenämndsverksamhet*

Kommuner och landsting har en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla *förtroendenämndsverksamhet* för den hälso- och sjukvård som de bedriver. Nämnderna är en fråga från vården fristå-

ende instans och har till uppgift att stödja och hjälpa enskilda och/eller anhöriga i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal.

Förtroendenämnderna redovisar att antalet anmälningar ökat kraftigt under 1990-talet. Antalet anmälningar är dock litet i förhållande till antalet kontakter som allmänheten har med vård och omsorg. Flertalet förtroendenämnder anser att det erfordras intensifierad och riktad information om möjligheterna att framföra klagomål och synpunkter på vård och omsorg. Det gäller inte minst till dem som är berörda av kommunernas hälso- och sjukvård.

Enskildas och anhörigas klagomål och synpunkter avser främst behandlingsåtgärder inom den sjukhusanslutna vården och omsorgen. Därefter kommer ofta synpunkter på bemötandet, avgifterna och omvårdnaden. Genomgående framkommer dock att en anmälan till en förtroendenämnd sällan "renodlat" avser en enda aspekt på vård och omsorg. Särskilt komplexa är de anmälningar som avser äldre personer. En av flera orsaker till detta är att flera vårdgivare och flera vårdnivåer vanligen är inblandade.

#### *Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting*

*Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting* har, sedan registrering av information om anmälningar startade år 1993, uppgifter om drygt 10 000 anmälningar i en databas. Sedan år 1993 t.o.m. år 1996 har antalet anmälningar som inkommit till nämnden ökat med 70 procent. Vid utgången av år 1996 utgjorde anmälningar som berörde äldre personer 28 procent av samtliga inkomna anmälningar. Majoriteten gällde kvinnor. De vanligast förekommande specialiteterna i anmälningar om äldre personer är allmän medicin, ortopedi, geriatrik och tändernas sjukdomar. I drygt en femtedel av de anmälningar som avsåg äldre personer var synpunkterna och klagomålen riktade mot bemötande och omvårdnad. Bristen på individuell anpassning av omvårdnaden till den enskildes behov var framträdande i

många beskrivningar liksom synpunkter på att det i omvårdnadssituationen saknats känsla och engagemang.

#### *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd*

*Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)* är den statliga myndighet som har till uppgift att pröva frågor om bl.a. disciplinpåföljder för personal inom hälso- och sjukvården. HSAN grundar sina bedömningar på de bestämmelser som finns i bl.a. åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Nämnden utreder anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal om fel och försummelser vid undersökning, vård och behandling av patienter. De påföljder som kan utdelas är varning eller erinran, av vilka varning är den allvarligaste. En förutsättning för att någon skall åläggas disciplinpåföljd är att felet inte kan anses som ringa eller ursäktligt.

HSAN har bl.a. uppmärksammat de problem som följer av att inte samtlig personal i de särskilda boendeformerna omfattas av bestämmelserna i åliggandelagen. HSAN prövar en anmälan bara i den del som gäller hälso- och sjukvårdspersonal. Personal i kommunernas särskilda boendeformer som inte är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (vanligen vårdbiträden och undersköterskor) kan åläggas disciplinpåföljd enbart i vissa situationer (om de arbetar på delegation eller biträder legitimerad yrkesutövare). Enligt erfarenheter hos HSAN är det ofta svårt att bedöma när socialtjänstpersonal (vårdbiträden och undersköterskor) är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal.

HSAN konstaterar att anmälningsbenägenheten bland äldre inte är särskilt hög. Det är framförallt anhöriga som svarar för anmälningar som berör äldre personer. HSAN har uppmärksammat att brister i vård och omsorg om äldre ofta beror på att det i verksamheten inte finns fungerande rutiner eller att rutinerna är ogenomtänkta. HSAN anser även att det brister i läkartillsynen i de särskilda boendeformerna och att det där saknas fasta läkarkontakter. Brister i journalföring är vanligt



förekommande liksom bristande rutiner för delegering mellan olika personalgrupper.

Anmälningar som berör personer över 65 år avser främst bristande omvårdnad, tillsyn och behandling, särskilt vid fall och fallskador, beträffande vätske- och näringstillförsel och hur ofta läkare tillkallas samt vid insatser i livets slutskede. HSAN har i sin databas uppgifter om cirka 10 000 anmälningar som avser tiden från år 1993 t.o.m. år 1996. Knappt en femtedel av anmälningarna avser äldre personer. Däremot har äldres andel av de anmälningar som föranleder en disciplinär åtgärd ökat kraftigt (18 procentenheter) mellan åren 1993 och 1996. Särskilt framträdande är anhörigas upplevelser av brister i information, kommunikation och samverkan. Anhöriga riktar kritik mot främst fel och försummelser vid händelser som avser fall och fallskador samt förebyggande insatser och behandling av trycksår. Även i anmälningar till HSAN framkommer bristen på individuellt bemötande i vård och omsorg.

### *Patientförsäkringen*

En särskild *Patientförsäkring* tillskapades år 1975 mot bakgrund av svårigheter att få ersättning för patientskador enligt skadeståndslagen. Landstingsförbundet, landstingen och de tre landstingsfria kommunerna har sedan år 1995 ett eget ömsesidigt försäkringsbolag (LÖF) som skall täcka deras ansvar för ersättning av skador som drabbar patienten. Kommunerna och de privata vårdgivarna har liknande patientförsäkringar hos olika försäkringsbolag.

Från den 1 januari 1997 infördes en patientskadelag med bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Bestämmelserna innebär bl.a. att patienten, för att ersättning skall kunna lämnas, inte behöver bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonal gjort sig skyldig till fel eller försummelse. Ersättning kan

lämnas för bl.a. förlorad arbetsinkomst, framtida inkomstbortfall, sjuk- och rehabiliteringskostnader, sveda och värk, underhåll för efterlevande samt begravningskostnader.

Patientförsäkringens databas innehåller uppgifter om skador som försäkringen bedömt som ersättningsbara sedan verksamheten påbörjades år 1975. Patientförsäkringen har under tjugoförperioden tagit emot knappt 100 000 anmälningar varav cirka 40 000 lett till ersättning. 40 procent av samtliga anmälningar om personskador avser personer 65 år och äldre. Äldres andel av inkomna anmälningar är lägre jämfört med anmälningar från yngre personer. Däremot leder anmälningar från äldre (44 procent) i något större omfattning till ersättning än anmälningar från yngre personer (39 procent). Äldre kvinnor får i förhållande till antalet anmälningar oftare ersättning (45 procent) för sina personskador än övriga grupper.

#### *Tillsyn över hälso- och sjukvård, Lex Maria-anmälningar m.m.*

I avsnittet *Tillsyn över hälso- och sjukvård, Lex Maria-anmälningar m.m.* redogör jag för de nya bestämmelser som införts från den 1 januari 1997 i hälso- och sjukvårdslagen samt för den nya tillsynslagen som trädde i kraft vid samma tidpunkt.

Den tidigare gällande s.k. Lex Maria-förordningen med bestämmelser om anmälningsskyldighet har tillförts tillsynslagen. Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller allvarliga skador och sjukdomar samt risker som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör normal risk i samband med vård, behandling eller undersökning. En anmälan från en vårdgivare till Socialstyrelsen innebär att risker blir kända och kan analyseras på nationell nivå. Erfarenheterna återförs sedan till hälso- och sjukvården. Statistik över Lex Maria-anmälningar samlas i Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB) i Örebro.

Lex Maria-anmälningar har registrerats i RDB sedan år 1992. Vid utgången av år 1996 fanns uppgifter om drygt 6 000 anmälningar. Åren 1993 och 1994 skedde en kraftig ökning av antalet Lex Maria-anmälningar. Majoriteten av anmälningarna (65 procent år 1993 och 68 procent år 1994) avsåg personer 65 år och äldre. En stor andel av anmälningarna kom från kom-

munernas särskilda boendeformer. Den kraftiga ökningen av antalet anmälningar har under åren 1995 och 1996 planat ut. År 1996 avsåg 57 procent av anmälningarna personer 65 år och äldre. Andelen anmälningar från kommunerna har också minskat. Anmälningarna utgjorde 28 procent av samtliga rapporterade riskhändelser år 1996 till skillnad från åren 1993 och 1994. Då var motsvarande andelar 42 respektive 44 procent.

Ökningen av antalet Lex Maria-anmälningar inom långtidssjukvården efter kommunernas övertagande av ansvaret i samband med Ädelreformen kan ha flera olika orsaker. Det är enligt Socialstyrelsen (SoS, 1995:6) vanskligt att uttala sig om hur stor del av ökningen som var en följd av att kommunerna efter Ädel har egna medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Deras uppgift är bl.a. att bevaka den medicinska säkerheten och till Socialstyrelsen anmäla felhandlingar som lett till att enskilda utsatts för skada eller allvarlig risk för skada.

Ett skäl till att Lex Maria-anmälningarna från kommunerna sedan minskat (åren 1995 och 1996) kan vara att det numera finns bättre rutiner och kunskap om vilka felhandlingar som skall rapporteras vidare till Socialstyrelsen och vilka som huvudmannen skall handlägga inom det egna kvalitetssäkringssystemet. Det finns anledning att följa dessa fluktuationer i anmälningar och att fortsättningsvis analysera sambanden med bl.a. vårdkvalitet. Ett stort antal Lex Maria-anmälningar behöver inte enbart vara tecken på lägre kvalitet i verksamheten. Hög anmälningsbenägenhet kan också visa på hög förändringsvilja och kvalitetsmedvetenhet.

Av särskild betydelse för att förebygga risker i vården och omsorgen är att identifiera i vilka situationer och i vilka arbetsmoment som felhandlingen förekommit. Vanligast förekommande är felhandlingar i samband med läkemedelshantering och allmän behandlingsverksamhet. De förekommer oftare i händelser med äldre personer involverade. Det gäller även felhandlingar i samband med omvårdnad som utgör 9 procent av samtliga rapporterade felhandlingar bland äldre personer. De flesta orsakerna till Lex Maria-händelser har bedömts vara "den mänskliga faktorn". Majoriteten av vidtagna åtgärder med anledning av händelser avser dock förändringar i de organisato-

riska förutsättningarna. Den största risknivån i de rapporterade händelserna har bedömts föreligga inom opererande specialiteter.

#### *Tillsyn över Socialtjänsten*

I avsnittet om *Tillsyn över Socialtjänsten* redogör jag för att det inom socialtjänsten saknas en samlad systematisk dokumentation om omfattning av kvalitetsbrister i omsorgen om äldre personer. Det är inte ur databaser möjligt att inhämta uppgifter om t.ex. antal anmälningar om bristande bemötande och kvalitetsbrister i omsorgen om äldre på motsvarande sätt som redovisats för verksamhet inom hälso- och sjukvården. Jag har därför i kapitlet redogjort för några utvecklingstendenser som framkommer i tillsynsmyndigheternas uppföljning och verksamhetstillsyn.

#### *Sjukvårdsbehov och medicinska insatser*

Socialstyrelsen konstaterar i slutrapporteringen av Ädelutvärderingen att utvecklingen inom äldreomsorgen måste förstås mot bakgrund av den snabba omstrukturering av vård- och omsorgssystemet som skett under 1990-talet. Som konsekvens av utvecklingen inom akutsjukvården ställs ökande krav på primärvård och kommunal äldreomsorg bl.a. på kommunernas insatser inom de särskilda boendeformerna. Sjukvårdsbehovet i kommunernas vård och omsorg har ökat efter Ädel. Det har blivit mer differentierat och komplext samt förändras snabbt över tid. Långt ifrån alla kommuner har enligt Socialstyrelsen förmått möta utvecklingen med erforderlig kompetent personal samt ändamålsenlig organisation.

Socialstyrelsen pekar också på problem som rör de medicinska insatserna inom äldreomsorgen, speciellt inom de särskilda boendeformerna. Brister avser bl.a. vårdplanering, hjälpmedelsinsatser, uppföljning och omprövning av medicindinationer samt smärtlindring, t.ex. i livets slutskede. Brist på

läkarinsatser i kommunernas äldreomsorg är ytterligare ett problem som uppmärksammas. (Samtidigt har Ädelreformen inneburit en positiv utveckling genom tillkomsten av medicinskt ansvariga sjuksköterskor, MAS.) Vidare konstateras att många av dem som bor i särskilda boendeformer har en ganska innehållslös vardag och sällan får hjälp att komma ut. Den enskildes behov av och möjligheter till rehabilitering uppmärksammas inte tillräckligt. Socialstyrelsen noterar även, som ett särskilt allvarligt problem för äldre personer, att kommunikationen mellan sjukhus, kommunernas äldreomsorg och primärvård ofta är undermålig.

#### *Hemtjänst, avgifter m.m.*

Beträffande hemtjänsten drar Socialstyrelsen slutsatsen att utvecklingen fortsätter att följa den tendens som började märkas redan på 1980-talet, dvs. allt färre får hjälp och hjälpinsatserna koncentreras till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. Enligt andra studier från Socialstyrelsen finns stora skillnader mellan enskilda kommuner i andel äldre som har hemtjänst och/eller bor i särskilt boende. Dessa skillnader tenderar dock att minska när det gäller särskilda boendeformer, men inte när det gäller hemtjänst.

Enligt de uppföljningar som Socialstyrelsen gjort av kommunernas avgifter i äldre- och handikappomsorg sedan nya regler infördes år 1993 framkommer bl.a. att avgifterna idag är mer svåröverskådliga och med stora variationer mellan kommunerna. Var tredje kommun saknar regler för hur jämkning skall ske. Det är vanligtvis den enskilde själv som måste initiera utredning om avgiftsjämkning. Det har också blivit vanligare att en del av insatserna lyfts ur hemtjänsttaxan och åläggs en särskild kostnad, t.ex. städning, larm, matdistribution m.m.

### *Handläggning av biståndsansökningar m.m.*

Såväl Socialstyrelsen som länsstyrelserna har i olika uppföljningar konstaterat brister i rättssäkerheten i handläggning och dokumentation av biståndsansökningar. De brister som rapporterats gäller bl.a. ofullständiga biståndsutredningar samt underlåtelser att kommunicera innehållet i utredning samt avslag om ansökt bistånd. Bristande information om rätten till individuell prövning enligt 6 § SoL och rätten att överklaga biståndsbeslut framkommer även.

Det är få överklagningar av biståndsbeslut inom omsorg om äldre i förhållande till andra verksamheter inom socialtjänsten enligt länsstyrelserna. Klagomål och individuell tillsyn har framförallt avsett avgifter/jämkning av avgifter, frågor om personalbemanning, den enskildes integritet i bostaden och kontinuitet i verksamheten. De har även avsett brister i omsorg och omvårdnad bl.a av de äldsta och mest vårdkrävande samt bristande samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

### *Tillgång till särskilda boendeformer och hemtjänst*

Länsstyrelserna betonar att stora satsningar sker i kommunerna för att höja kvaliteten i de särskilda boendeformerna och då främst beträffande gruppboendestäder för personer med demens. Enligt länsstyrelsernas bedömning råder generellt stor brist på särskilda boendeformer. Bland annat påtalar länsstyrelserna att den enskilde inte har valfrihet vad gäller val av boendeform eller dess geografiska placering. En annan konsekvens är att äldre personer i avvaktan på ett särskilt boende hänvisas till korttidsplatser och avlastningsplatser som främst skall erbjuda avlösningsmöjligheter för anhöriga.

Besparingarna inom omsorgen om äldre, tillsammans med det ökade antalet äldre (80 år och äldre), har resulterat i en tendens till förändrad hemtjänst. Enligt länsstyrelserna gäller förändringarna både verksamhetens innehåll, omfattning, organisation och t.ex. prioritering av de allra äldsta med de största omsorgs-

behoven. Äldreomsorgens verksamheter delas upp på myndighetsutövning och utförande av vård- och omsorgsinsatser. En tendens som länsstyrelserna observerat är att det förekommer glidande gränser mellan vad som bedöms som service och vad som ingår i biståndsbedömd omsorg.

#### *Nya föreskrifter och allmänna råd*

Socialstyrelsen har utarbetat allmänna råd (SOSFS 1996:11) avseende anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården. De allmänna råden gäller dock inte händelser som faller under Lex Maria. Enligt råden är det viktigt att personal, som arbetar inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen, får tydliga direktiv av arbetsgivaren om vad som gäller när de blir vittnen till eller misstänker att någon utsatts för övergrepp, försummelse eller bristande omvårdnad. De allmänna råden innehåller rekommendationer om rutiner för att i kommunerna göra det möjligt att uppmärksamma och förebygga övergrepp. Kommunerna rekommenderas även att årligen lämna en redovisning till vederbörande länsstyrelse.

Socialstyrelsen utfärdade i slutet av år 1996 föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32). Enligt de allmänna råden bör en samordnad vårdplanering inledas så fort underlag föreligger om att patienten efter utskrivningen behöver sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. Den samordnade vårdplaneringen syftar till att skapa förutsättningar för att överförandet till socialtjänsten kan ske på ett så smidigt sätt som möjligt och så att den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast efter utskrivningen från sjukhuset.

#### *Sammanfattande diskussion*

Jag framhåller i en *sammanfattande diskussion* att det är betydelsefullt att det påbörjade arbetet med att sammanställa sta-

tistik från landets förtroendenämnder fortsätter för att man även på nationell nivå skall kunna göra jämförelser och följa utvecklingstendenser beträffande allmänhetens synpunkter på vård och omsorg. Det är även önskvärt att från de olika instansernas databaser, så långt som möjligt, kunna inhämta jämförbar information. Ett angeläget syfte är att bättre kunna följa utvecklingen av vården och omsorgen för personer med de största vård- och omsorgsbehoven. Möjligheterna att kunna följa utvecklingen inom kommunernas äldreomsorg är ett område som bör förbättras. I detta sammanhang kan noteras att det inte utan omfattande manuella bearbetningar är möjligt att göra jämförelser av brister i kvalitet och innehåll inom långtids-sjukvården före Ädelreformen (1992).

Uppgifter om anmälningar som finns systematiserade i databaser hos HSAN, förtroendenämnden i Stockholms läns landsting, Socialstyrelsens RiskDataBas och Patientförsäkringen ger värdefull information om skador och skadeeffekter, risker och riskbeteenden samt klagomål från enskilda och anhöriga. Genom att information registrerats sedan några år är det möjligt att följa och analysera utvecklingen över tid. Kartläggningsarbetet ger en översiktlig beskrivning av förhållandena för personer 65 år och äldre. Det är betydelsefullt att bl.a genom dessa kunskapskällor kontinuerligt följa hur kvaliteten utvecklas inom vård och omsorg om äldre och närmare analysera skador, skadeeffekter, riskhändelser och klagomål som berör äldre. De olika myndigheterna och instanserna återför på olika sätt kunskap och erfarenhet till vården och omsorgen om brister och missförhållanden som måste åtgärdas. Även kommuner och landsting förväntas genom bl.a. skyldigheten att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten (inkluderande egen lokal avvikelserapportering) successivt få en samlad dokumentation av kvalitetsbrister.

*Antalet anmälningar till myndigheter och andra instanser är lågt i jämförelse med allmänhetens kontakter med vård och omsorg. Särskilt framträdande är detta för personer 65 år och äldre. Antalet anmälningar som berör äldre är lågt jämfört med yngre personer och även i förhållande till att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder. Det är troligt att många som upplever*



sig ha blivit dåligt bemötta eller blivit utsatta för felbehandlingar av olika skäl inte framför klagomål och kritiska synpunkter till tillsynsmyndigheterna och andra instanser. En stor del av klagomålen klaras förmodligen upp direkt i kontakten med vårdgivaren. Mörkertalet angående faktiskt missnöje och upplevelser av brister i vård och omsorg är dock sannolikt stort. Det förekommer troligen stora skillnader både inom och mellan kommuner och landsting beträffande rutiner och systematik för att ta emot och åtgärda klagomål. En viktig uppgift är därför att stimulera till fortsatt utveckling av adekvata rutiner för handläggning av synpunkter och klagomål.

Det statistiska materialet ger i vissa fall god information om vilka verksamheter och specialiteter som anmälningarna avser samt vilka händelser som föranleder en anmälan och vad den resulterar i. Anmälningarna innehåller dock ofta en komplexitet som inte tydliggörs i statistiken.

Jag kan genom analys av exempel på anmälningar som jag fått tillgång till konstatera den samstämmighet som framkommer ur materialet. Det råder även stor samstämmighet med resultatet av de uppföljningar och utvärderingar som genomförts av tillsynsmyndigheterna.

### *Klagomålen innehåll*

Flertalet kritiska synpunkter och klagomål på vården och omsorgen om äldre lämnas av anhöriga som i sina anmälningar beskriver starka upplevelser av brister i omhändertagandet. Flertalet anmälningar gäller tiden då deras närstående vistades på sjukhus eller bodde i en särskild boendeform och då främst sjukhem. Klagomålen avser personer i mycket hög ålder med omfattande behov av vård och omsorg och med begränsade möjligheter att själva föra sin talan och utöva inflytande.

För somliga anhöriga är det primära skälet för anmälan att ansvariga skall ställas till svars för det som inträffat. Andra skäl är upplevelser av kränkningar samt en önskan om upprättelse. Anhöriga vill också förebygga liknande händelser som drabbat deras närstående. Klagomålen avser oftast flera olika händelser.

Brister i information, dialog och samverkan med enskilda och anhöriga är vanliga. Klagomålen på bemötande, omvårdnad, tillsyn och behandling tydliggör den enskildes utsatthet och brist på individuellt anpassad vård och omsorg. Påfallande ofta avser anhörigas synpunkter brister i insatser för att förebygga och behandla trycksår samt fall och fallskador.

De områden som anmälningarna främst avser kan sammanfattas med de kvalitetsbrister som Socialstyrelsen uppmärksammat vid handläggning av tillsynsärenden:

- Individuell anpassning av vård och omsorg till den enskildes behov, individuella och dokumenterade vårdplaner, bedömning, analys och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.
- Dokumentation i omvårdnadsjournal, med utgångspunkt från den enskildes behov, beskrivning av vårdens planering, genomförande och resultat som underlag för fortlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna.
- Samverkan med andra personalkategorier och vårdgivare.
- Information, samverkan och kommunikation med den enskilde och/eller anhöriga.
- Rutiner för läkemedelshantering och för att uppmärksamma våld samt kränkande beteende mot de boende.
- Mål för verksamheten samt ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete.
- Organisation och arbetssätt, arbetsledning och medicinsk ledning.
- Personalbemanning, kompetens, attityder och förhållningsätt hos personalen, fortbildning och handledning.
- Gruppansättning i boendeenheter med hänsyn till enskildas olika behov och förutsättningar.

## 4 Hearings – ett viktigt led i kartläggningsarbetet

Detta kapitel redovisar erfarenheter från hearings, rådslag, som jag anordnade under hösten 1996. Jag ville genom diskussion med ett antal grupper, på olika sätt berörda av frågor om bemötande av äldre, få del av synpunkter på brister och på möjligheter att avhjälpa dem.

Tillsammans med företrädare för utredningens sakkunnigrupp och sekretariatet sammanträffade jag med representanter från

- Anhörigföreningar
- Elever och lärare vid hälsohögskola
- Fackliga organisationer
- Förtroendenämnder
- Handikapporganisationer
- Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning
- Länsstyrelser
- Pensionärsorganisationer
- Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter
- Svenska Kommunförbundets socialberedning.

Varje grupp lyfte självfallet fram vissa frågor typiska för den roll som respektive organ/verksamhet spelar. Ett starkt intryck blev emellertid den höga grad av samstämmighet som finns både vid identifiering av aktuella brister och i förslag som kan bidra till att avhjälpa dem.

De ämnen som genomgående diskuterades vid rådslagen var

- uppföljning och utvärdering som ett naturligt inslag i vardagsarbetet
- nedskärningar och besparingar inom vård och omsorg om äldre
- behovet av individualisering och individuellt bemötande av äldre och deras närstående
- behovet av insatser för kompetensutveckling

- behovet av ett tydligt arbetsledarskap.

Jag summerar mycket kortfattat några kommentarer från diskussionerna:

Deltagarna konstaterade att uppföljning och utvärdering har betydelse för både dem som får insatser inom vård och omsorg och den verksamhet som svarar för att insatserna blir genomförda. Det behövs tydligare beskrivningar av mål, arbetsätt och krav på dokumentation. Brister och kritik behöver analyseras och ses som uppslag till positiva förändringar. Deltagarna fann att det ofta uppstår en försvarsinriktad inställning istället för en beredskap att konstruktivt använda negativa synpunkter.

Nedskärningar och besparingar relaterades främst till frågor om personalminskningar och begränsade utbildningssatsningar. Det fanns oro över följderna. Samtidigt menade deltagarna att det är svårt att finna "raka samband" mellan ekonomiska förutsättningar och olika slags brister i bemötandet. Befintliga medel kan användas med olika grad av skicklighet och insikt i behovet av utbildningsinsatser, miljöförbättringar, utveckling av arbetsledarskap, tillgång till hjälpmedel, effektiv samverkan mellan olika sektorer m.m.

Helt dominerande vid samtliga hearings var diskussioner om aspekter på brister i individualisering och individuellt bemötande. Öppet eller dolt styr ett förhållningssätt som utgår från att alla äldre eller i vissa fall grupper av äldre har samma behov, egenskaper och önsknings. Deltagarna uppehöll sig vid riskerna med kollektiv hantering bl.a. inom särskilda boendeformer och påtalade behov av kraftfulla insatser för att individen skall komma "i centrum".

Bland dessa insatser framhölls starkt dels kompetenshöjande insatser för olika personalkategorier, dels utveckling och tydliggörande av arbetsledarskap. Deltagarna bidrog med en lista över önskvärt innehåll i kompetens, kompetensutveckling och arbetsledarskap. Gemensamt var att man framhöll behov av dels inlevelseförmåga och medvetet humanistiskt synsätt, dels yrkeskunnande och professionalism.

*Anhöriga* uppehöll sig mycket vid relationer till personal av olika kategorier inom vård och omsorg och påtalade brister i

kommunikation och samverkan. Man saknade arbetsledare som insiktsfulla förebilder för att utveckla goda kontakter med anhöriga. Anhörigas resurser i form av kunskaper och erfarenheter tas inte tillvara på ett konstruktivt sätt t.ex. i samband med nödvändig individuell planering av olika insatser för deras närstående. Ett förslag var att i större omfattning anordna gemensamma utbildningsaktiviteter för anhöriga och personal. I övrigt diskuterades olika former av psykologiskt och praktiskt stöd till anhöriga, bl.a. behovet av flexibla avlösningssatser.

*Elever och lärare vid hälsohögskola* diskuterade vid sina hearings utbildningsinnehållets förhållande till yrkeslivets verklighet. Eleverna framhöll att det är naturligt med ett visst glapp mellan utbildningsinnehållet (som speglar ideala förhållanden) och verkligheten. De önskade sig mera diskussioner om varför skillnader uppstår och ville ha en betydligt mera välfungerande samverkan mellan teoretiska studier och praktik. Dessutom ville eleverna ha mera stöd för sin personliga utveckling genom ingående vägledande diskussioner om särskilt påfrestande situationer i vården, t.ex. vård i livets slutskede och dödsfall. Eleverna diskuterade även förutsättningar för förändringsarbete och uppmärksammade särskilt arbetsledarnas roll för att fördjupa förståelsen för ett gott bemötande i praktiken.

Lärarna var bekymrade över elevernas möjligheter att använda sina kunskaper i miljöer som präglas av nedskärningar och försvarsinställningar mot positivt förändringsarbete. De reflekterade också över statuskillnader i vården som medför att geriatrik och andra insatser för äldre anses mindre glamorösa än andra områden, vilket bl.a. påverkar rekrytering till yrken inom vård och omsorg för äldre. Bemötandefrågor, i synnerhet de som rör beroendeförhållanden, ansågs mycket väsentliga för en fortsatt utveckling av innehåll i teoretisk och praktisk utbildning.

*Fackliga organisationer.* Med en inbjudan som bl.a. gått till Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal), Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) och Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO) fick denna hearing en sammanfattning som speglade många olika insatser inom vården och omsorgen om äldre.

Områden som särskilt belystes var

- Behov av och förutsättningar för förändringsarbete.
- Personalutbildning och möjligheter att tillämpa kunskaper.
- Samverkan.

Behov av förändringsarbete som rör kvaliteter i omsorgens och vårdens innehåll har enligt deltagarna betonats genom a) genomförda omorganisationer som främst rört ramar för äldreomsorgen, b) en på vissa håll ökande brist på helhetssyn i enskildas perspektiv, c) kvarstående brister dels i samverkan mellan huvudmän, dels inom verksamhet hos en och samma huvudman, d) tilltagande begränsning av ekonomiska resurser. Samtidigt framförde deltagarna att det också är lärorikt att anlägga ett historiskt perspektiv. Vissa förhållanden har blivit klart förbättrade, andra har kvar bristfälligheter som inte är nytillkomna varken genom Ädelreformen eller genom den ekonomiska åtstramningen, som ibland ses som enda orsaker till bristfälligheter.

Alla var överens om att en utveckling av vården och omsorgen om äldre i mycket hög grad handlar om att beakta och ta konsekvenser av att äldre skall ses som individer och kunna utöva självbestämmande.

Man var även överens om att ett bristfälligt innehåll går att förändra även under knappa ekonomiska förhållanden. Ett exempel är kvalitetshöjande processer som pågår inom vård och omsorg om personer med demens.

Utbildningsvägarna för vårdpersonal måste analyseras i förhållande till nya krav. Olika yrkeskategorier behöver ha tillgång till fort- och vidareutbildning. Väsentligt är att i alla dessa utbildningssammanhang fördjupa inslag om etik och moral både på teoretisk nivå och med stark anknytning till den verklighet där man utför sina arbetsuppgifter. Frågorna kan dock inte bara hänvisas till utbildningssituationer, de måste vara ett inslag i vardagen, i arbetslagets egna diskussioner med bl.a. arbetsledare.

Deltagarna ansåg att stress och jäkt har ökat i olika verksamheter beroende på att äldre i särskilda boendeformer (och även de som får stöd av hemtjänst) har allt större omvårdnads-

behov. Det handlar dock inte bara om att öka en personalstyrka, man måste också vara klar över hur insatser och tid skall användas för att tillgodose enskilda på bästa sätt. Det är bl.a. nödvändigt att granska sin arbetsorganisation – den måste formas för att stödja ett gott innehåll.

Bristerna i samverkan är fortfarande påtagliga ansåg deltagarna, trots noterade positiva förändringar. Samverkan som behöver utvecklas är bl.a. den mellan olika yrkesgrupper och mellan sociala och medicinska kompetensområden.

*Företrädare för landstingens förtroendenämnder.* Vid denna hearing uppehöll sig deltagarna främst vid frågor om anhöriga och om personal.

Vikten av att ta tillvara anhörigas engagemang och möta det med respekt och god information betonades. Anhöriga hör inte sällan av sig till förtroendenämnderna först när deras närstående avlidit. Ett antagande bland flera var, att anhöriga är rädda för att deras kritik skall gå ut över bemötandet av deras närstående som till följd av sjukdom eller svaghet inte kan hävda sin integritet.

Förtroendenämnderna ansåg det vara väsentligt att anhörigas formella ställning blir utredd, dvs. hur mycket och när de kan tala för sin närstående. De ville också uppmärksamma situationen för dem som inte har nära anhöriga eller god man.

Beträffande personal fann deltagarna brister i synsätt, rekrytering, utbildning, arbetsledarskap och arbetsorganisation. Grundläggande synsätt måste förankras bättre – ett gott bemötande är till ömsesidig nytta för enskilda och personal.

Fortbildning är viktig för att dels förnya/öka kunskaper, dels hålla personalens engagemang levande. Medicinska och psykosociala omvårdnadsaspekter måste integreras både i utbildning och i yrkesutövning. Komplexiteten i äldres sjukdomar och vårdbehov måste uppmärksammas.

Beträffande arbetsledarskap tog man bl.a. upp arbetsledarens roll för att förebygga utbrändhet och betonade vikten av handledning, arbetsplatsbyten, kvalificerad utvärdering av den egna organisationen och delegeringsformer.

*Handikapporganisationer.* Deltagarna representerade den samlade handikapprörelsen med hänsyn till olika fysiska och

psykiska funktionshinder. Frågor under diskussionen var dels gemensamma, dels med inriktning på följderna av vissa funktionshinder.

Handikapprörelsen fann brister i bl.a.

- enskildas inflytande
- tillgänglighet, både till lokaler, gatumiljöer, resemöjligheter osv. och till samhällsinformation; den uppsökande verksamheten som kan bidra till att enskilda får del av insatser måste också stärkas
- samverkan, både mellan enskilda och företrädare för myndigheter/verksamheter och mellan verksamheter; enskilda utsätts för stora problem när det förekommer revirstrider och dålig samverkan
- yrkeskunskaper hos personal, bl.a. påtalades brister i kunskaper om olika funktionshinder och i individuellt synsätt på personer som behöver vård och omsorg. Man varnade för kunskapsuttunnning vid långt driven decentralisering.

Vidare framfördes svårigheter för äldre döva att få behov av teckenspråkligt stöd och teckenspråklig gemenskap tillgodosedda.

Företrädare för personer med synskador tog upp vikten av kontinuitet i hjälpen och stödet till äldre och betonade, att det var av betydelse för upplevelse av trygghet och för skydd av integritet. Vidare beskrev man brister i rehabilitering, tillgång till hjälpmedel samt i samverkan bl.a. mellan syncentraler och heminstruktörer.

Vikten av att utveckla möjligheter till självbestämmande och helhetssyn i vård och omsorg betonades av företrädare för personer med rörelsehinder. Brister påtalades bl.a. beträffande tillgång till personligt planerad rehabilitering för enskilda som fyllt 65 år. Det är också viktigt att inte skapa isolering genom att minska på insatser som innebär att personer kan hålla kvar ett eget socialt nätverk och egna intressen.

Kunskaper om behov hos personer med utvecklingsstörning under åldrandeprocessen är föga utvecklade, det gäller såväl bostads- som stödformer. Frågan om stöd i den egna bostaden be-



höver analyseras ytterligare för att undvika flyttningar som inte initieras av den enskilde eller företrädare.

Deltagarna ansåg överlag att vården och omsorgen om äldre i större omfattning borde använda sig av handikapporganisationernas kunskaper, även beträffande äldre som fått funktionshinder i hög ålder.

*Företrädare för Landstingsförbundets hälso- och sjukvårdsberedning.* Diskussionen fördes inledningsvis om vikten av att ta tillvara den varningssignal som innebär att frustrationer över nedskärningar riskerar att gå ut över personalens bemötande av patienter. Det fastslogs att attityder till äldre inom vården speglar både den egna organisationens kvaliteter och det övriga samhällets attityder.

Det finns ett ökande engagemang hos olika yrkeskategorier i frågor som avser förhållningssätt, bemötande och etisk handledning inom hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att ta sig tid och lyssna på äldre patienter. Självbestämmande och inflytande behöver stärkas som väsentliga inslag i god vårdkvalitet. Det bör vara ett professionellt ansvar att öka möjligheter till inflytande.

Förbättrad samverkan mellan huvudmännens insatser var även ett område som diskuterades, framförallt vikten av den individuella planeringen för "medicinskt färdigbehandlade".

Deltagare framförde vidare behovet av geriatrisk kompetens inom akutsjukvård. Äldre behöver längre tid vid diagnos och behandling och deras sjukdomar kan uppvisa annan symtombild än hos yngre patienter. Gamla människor måste få känna sig värda en kvalificerad vård som ges med individuell omtanke.

*Företrädare för länsstyrelserna.* Vid denna hearing hade frågor om brister i rättssäkerhet stort utrymme. Deltagarna menade att det är en väsentlig aspekt på bemötandet av äldre. De brister som togs upp var i stor omfattning effekter av institutionalisering, exempelvis tvång genom inlåsning eller bindning (i stol m.m.), brister i information vid flyttningar samt brister i sekretess och dokumentation. Man framhöll också att enskilda, deras närstående och personal har liten kunskap om

överklagningsmöjligheter. Många äldre har brist på starka företrädare.

Orsaker till bristerna finns enligt deltagarna i bl.a.

- dålig kunskap hos vårdpersonal, tjänstemän och politiker
- urholkning av grundläggande synsätt
- resursbrister, i synnerhet nedskärningar beträffande personal.

Bland nödvändiga åtgärder nämndes exempelvis

- tydliga politiska mål för äldreomsorgens innehåll och förankring av synsätt som motverkar kollektiv hantering
- systematisk utbildningsplanering
- tydliga krav på kvalificerat arbetsledarskap
- åtgärder för att öka rättssäkerheten i institutionella boendeformer
- förstärkning av status i arbetsuppgifter inom vård och omsorg om äldre
- beskrivning av insatser för att berika dagsinnehållet t.ex. på sjukhem.

*Pensionärsorganisationer.* Deltagarna fann att utredningens syfte var gott men ifrågasatte möjligheterna till framträdande resultat om ekonomiska medel inte tillförs.

Trots detta menade man att det finns företeelser som kan angripas under nuvarande omständigheter. Användningen av tillgängliga medel måste bevakas. Förhållandena är mycket olika i kommunerna och landstingen. Höga kostnader kan inte alltid relateras till god och säker kvalitet i vård och omsorg.

I övrigt uppehöll man sig främst vid

- enskildas och anhörigas inflytande
- personalutbildning
- tillsyn.

Man ansåg att hierarkiska organisationsformer, överbelastad personal och brist på kompetenshöjande insatser vidmakthåller ett underläge med bristande självbestämmande och inflytande

för enskilda i vård och omsorg. En särskilt angelägen fråga är hur inflytandet skall kunna stärkas för dem som inte har (starka) anhöriga.

Behovet av ett starkare och lagreglerat inflytande för brukarna och deras organisationer påtalades. Kommunala pensionärsråd borde enligt deltagarna tas på allvar som en aktiv part, inte bara som ett forum för informationsgivning.

Personalutbildning måste främjas för att öka både generella kunskaper om åldrande och specifika kunskaper (t.ex. om demens).

Områden som måste förbättras bl.a. genom utbildningsinsatser är enligt pensionärsorganisationerna

- information till enskilda och deras närstående samt kunnig behovsbedömning
- enskildas möjligheter till inflytande
- vårdplanering
- rehabilitering
- arbetsledning och handledning till personal av olika kategorier
- specialkunskaper om t.ex. medicinsk säkerhet och trygghet, demenssjukdomar, hjälpmedel
- arbetsorganisation.

En individualiserad syn på anhöriga måste också stärkas. Det innebär bl.a. att beakta varje anhörigs ork och möjlighet att ge stöd och omsorg till sin närstående. I vissa fall, där detta inte sker, ställs anhöriga inför det som någon kallade "tvångsarbete", en risksituation som ytterst kan leda till bristfällig vård och omsorg.

Deltagarna efterfrågade mera aktiva tillsynsinsatser från såväl Socialstyrelsen som från lokala politiker. Förtroendenämndernas möjligheter att genomföra sina uppgifter behöver även bli mera kraftfulla.

*Företrädare för Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter.* Kunskaps- och kompetensfrågor upptog stor del av diskussionen. Det måste finnas ett tydligt uttryckt ansvar för att utveckla yrkeskunnande/kompetens. I en nödvändig kvalitetssäkring av

medicinsk och psykosocial omvårdnad måste ingå klart formulerade mål för kunskapsutveckling och en utbildningsstrategi.

Förutsättningarna för att ge god vård och omsorg diskuterades ingående, bl.a. besparingskrav som genomförs med liten förståelse för att enskilda samtidigt är beroende av flera insatser i fungerande samverkan. Det kvarstår brister i samverkan mellan olika yrkeskategorier liksom hindrande kulturella skillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Individualiserat bemötande måste i högre grad än nu bli en gemensam utgångspunkt för insatser.

Övergripande fann deltagarna behov av att skillnader i lagstiftningens karaktär (hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen) granskas. Behovet av nya tillsynsformer som bättre svarar mot äldreomsorgens utveckling framhövdes.

*Företrädare för Svenska Kommunförbundets socialberedning.* Deltagarna fastslog vikten av att äldreomsorgen grundas på gemensamma värderingar och att ansvariga är tydliga i mål, uppdrag och uppföljningar.

Behovet av att utveckla områden som individuella handlingsplaner, dokumentation samt biståndsbedömning är stort.

Fortlöpande kompetensutveckling är nödvändig för att förbättra bemötande. Successivt har det också blivit tydligare att specifika kunskaper krävs inom vård och omsorg om äldre, t.ex. om behov hos äldre med utvecklingsstörning respektive psykisk störning. Motsvarande gäller i frågor som rör äldre invandrare.

God samverkan för en allsidig och individualiserad omvårdnad med hänsyn till både medicinska och sociala behov måste stärkas. Det gäller även ett utvecklat dagsinnehåll, särskilt i sjukhemsmiljöer.

Deltagarna ansåg vidare att det är mycket betydelsefullt att analysera hur befintliga resurser inom äldreomsorg används – det finns behov av nyskapande för att utveckla kvalitet och innehåll samt säkerställa att man utför "rätt saker" för den enskilde efter hans/hennes behov. Återkommande kvalitetsbedömningar med delaktighet från olika personalkategorier och bru-

kare/anhöriga bör vara ett naturligt inslag i vården och omsorgen om äldre.

## 5 Upplevelser och erfarenheter av brister i bemötandet

Kapitlet innehåller en beskrivning av erfarenheter som kommit mig till del genom bl.a. brev från anhöriga till äldre.

Jag hävdar att *enskildas berättelser har ett eget värde som del i en samlad beskrivning av brister i bemötandet av äldre*. Det behövs en lyhördhet och ett aktivt lyssnande när man tar emot dessa erfarenheter. Ett sådant förhållningssätt kan också stärka de enskilda och deras närstående som idag inte vågar framföra synpunkter. Jag avvisar tanken på att anhörigas berättelser skall förkastas som anekdotiska eller alltför känsloladdade för att beaktas.

I ett antal "inblickar i vardagen" citerar jag ur brev om personligt bemötande och möjligheter till inflytande, om information och ömsesidigt informationsutbyte samt om personlig fysisk och psykisk omvårdnad. Bristerna framstår tydligt.

I kapitlet beskriver jag även olika motiv för att anhöriga förmedlar sina synpunkter till utredningen. Jag finner att de måste bemötas med både sakkunskap och inlevelse.

## 6 Analyser och slutsatser

Inledningsvis beskriver jag värderingar, normer och kvalitetskrav mot vilka kartläggningens erfarenheter skall jämföras.

Jag konstaterar att synpunkter på bemötandet finns öppet redovisade eller gradvis synliggjorda i anmälningar som handlar om andra inslag i vård och omsorg; upplevelser av kränkningar och brister är sammansatta och komplexa; det är

också en följd av äldres vård- och omsorgsbehov som ofta kräver insatser från flera olika verksamheter.

Det är i praktiken inte möjligt att separera frågor om bemötande från exempelvis behandling eller omvårdnad i hälso- och sjukvården. Ett gott bemötande leder till mer kvalificerade resultat i övriga insatser. Det finns inte anledning att anta något annat förhållande när det gäller bemötande som del i socialtjänstens åtgärder.

Det finns en underrapportering beträffande brister i bemötandet av äldre och jag gör antagandet att mörkertalet är stort.

Det samlade kartläggningmaterialet visar att många brister hör samman med kollektiv hantering. En väsentlig slutsats är att tankar, kunskaper och metoder för att uppnå ett respektfullt individuellt bemötande måste stärkas och utvecklas.

Jag uppehåller mig i kapitlet också vid begreppet helhetssyn och noterar bl.a. behovet av ett bättre flöde och en bättre samverkan mellan teoretisk och praktisk kunskap samt mellan medicinskt och psykosocialt yrkeskunnande.

Vid min analys av brister i bemötandet av äldre och de behov av kvalitetsutveckling som bristerna kan föranleda har jag funnit vissa mönster. De har samband med

- enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg
- förebyggande arbete i vid bemärkelse
- tillsynsverksamhet.

*Enskildas och anhörigas ställning i vård och omsorg.* Jag har för avsikt att under det fortsatta utredningsarbetet samråda med utredningen HSU 2000 som har uppdraget att utreda patientens ställning inom hälso- och sjukvård.

Jag har kunnat konstatera att de moment som ingår i uppdraget till HSU 2000 är av det slag som enligt min kartläggning behövs uppmärksammas rörande äldre, inte bara inom hälso- och sjukvård utan även inom socialtjänstens insatser.

Jag har i kapitlet beskrivit beroendeförhållanden som kan göra att äldre och deras anhöriga har svårt att förmedla synpunkter och klagomål till företrädare för vård och omsorg. Undergivenhet, rädsla och överdriven tacksamhet kan leda till att de inte

vågar framföra sin kritik. Bristen på öppenhet för enskildas syn-punkter hos företrädare för vården och omsorgen har orsaker i bl.a. brister i människosyn, kunskap och inlevelse. Det finns också andra brister som spelar in, bl.a. brister i behovsbedömning, kommunikation mellan yrkesgrupper, i resursfördelning och systematisk uppföljning.

Jag gör en genomgång av brister i befintliga möjligheter för att stärka enskildas och anhörigas ställning. Jag tar bl.a. upp frågor om informationsutbyte och samverkan, där flera brister påtalas av anhöriga. Dessa brister gäller även informationsutbyte inom ett arbetslag och mellan verksamheter. Det finns också brister i sekretess, tillgänglighet m.m.

Jag påtalar att det redan idag finns möjligheter att stärka informationsutbytet genom tydlig information och dokumentation vid biståndsbedömningar, genom individuell vård- och rehabiliteringsplanering och vid uppföljning av insatser m.m.

Det finns också brister i att möta anhörigas och enskildas synpunkter både utifrån sakförhållandet och från de starka känslor som ofta väckts genom ett negativt händelseförlopp. Jag speglar också bristande psykisk och fysisk omvårdnad som del i identitetsförlust för enskilda och pekar även på hur bristfälliga miljöer kan medverka till sådana upplevelser. Anhörigas ställning måste kunna stärkas genom psykologiskt och praktiskt stöd samt avlösning. Avlösningalternativ måste väljas både utifrån den enskildes och anhörigas behov.

*Förebyggande åtgärder i vid bemärkelse.* Jag hävdar betydelsen av att använda kritik och negativa företeelser som utgångspunkt för att utveckla god kvalitet i verksamhetsinnehåll.

Återföring till vården är en väsentlig del i ett förebyggande arbete. Material från RDB, Patientförsäkringen, HSAN och förtroendenämnderna är omfattande och bör utgöra en grund för systematisk kvalitetsutveckling.

Inom socialtjänsten saknas möjligheter att som inom hälso- och sjukvården samla "riskhändelser" i databaser och därigenom få ett systematiskt underlag för det förebyggande arbetet. Lagstiftningen på socialtjänstens område innefattar inte heller de preciserade kvalitetsangivelser som finns inom hälso- och sjukvården. HSAN har även noterat gränsdragnings-

problem som följer av att särskilda boendeformer inte är att betrakta som vårdinrättningar.

I det förebyggande arbetet måste utöver systematisk insamling och återföring av kunskap om brister även ingå insatser för

- insiktsfull rekrytering till arbetsuppgifter för och tillsammans med äldre
- god personalutbildning, fortbildning och handledning med inriktning på frågor om bemötande
- utveckling av innehåll i personalens arbetssituation
- uppföljning, utvärdering och utveckling av arbetsledning och arbetsorganisation.

Jag avser att återkomma till dessa frågor i mitt slutbetänkande.

*Tillsyn.* Tillsyn över äldreomsorgen bör enligt Socialutskottet (i betänkande SoU 1996/9713) förstärkas. Det är en uppfattning som jag mot bakgrund av kartläggningen har all anledning att dela. Särskilt vill jag påtala behovet av tillsyn med inriktning på att stärka

- laglighet och rättssäkerhet
- kvalitet och kompetens för att hävda och säkra äldres rätt till självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet
- tydligare organisation och tillsynsverksamhet för att förbättra enskildas möjligheter att framföra sina synpunkter och klagomål på vård och omsorg.

## 7 Det fortsatta utredningsarbetet

Med utgångspunkt i erfarenheter från den kartläggning som redovisas i detta delbetänkande har jag gjort en planering av det fortsatta utredningsarbetet. Planen är dock inte helt avgjord i alla detaljer.

Kartläggningen tillsammans med rapporten som avlämnas samtidigt, Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) visar att det finns behov av



ytterligare analyser inom ett antal områden. Denna uppfattning stärks också av de kompletterande rapporter där olika forskare belyser frågor som jag uppdragit åt dem att undersöka.

Rapporterna kommer i vissa fall att publiceras successivt under våren 1997, i andra fall kommer materialet att utgöra delar av mitt slutbetänkande. De frågor som varit aktuella för forskarnas uppdrag har avsett

- äldre invandrare och deras möten med vård och omsorg
- personal inom vård och omsorg, utbildningens förhållande till innehållet i olika verksamheter
- bemötandet i olika särskilda boendeformer
- bemötande, bl.a. åldersdiskriminering, i ett historiskt och internationellt perspektiv
- aktuella fakta om äldres situation, bl.a. om hälsa och sjukdom, sociala nätverk och ekonomi.

Inför mina överväganden och förslag har jag funnit behov av ytterligare analyser inom följande områden.

- Lagstiftning.
- Politiskt fastställda mål och riktlinjer med betoning på lokalt arbete för att förankra och följa kvalitetsutveckling inom vård och omsorg om äldre.
- Personalfrågor, bl.a. utbildning, attityder, arbetssätt, arbetsledning samt personalens arbetssituation; hit hör också frågor om samverkan mellan enskilda, anhöriga och berörd personal.
- Bemötande i olika bostads- och stödformer för äldre, med syftet att öka enskildas förutsättningar för upplevelser av större trygghet och säkerhet för dem och deras närstående.
- Vissa andra frågor, exempelvis behov av forskning och utvecklingsarbete.

Under förberedelserna för mitt slutbetänkande kommer jag som hittills att enligt utredningsdirektiven arbeta öppet och försöka ta tillvara det engagemang jag mött för frågor om äldre.

Jag kommer därför att sända detta betänkande jämte den tidigare nämnda rapporten (SOU 1997:52) till många intressenter, enskilda, organisationer, myndigheter m.fl. som är berörda av frågor om bemötande av äldre. Jag förväntar mig att på det sättet få till stånd en bred diskussion och tillgång till många förslag som bidrag till att brister skall kunna undanröjas.

Jag kommer vidare att inbjuda till ett antal rundabordssamtal för att fördjupa diskussionen om bl.a. följande frågor

- enskildas självbestämmande och integritet
- samverkan mellan enskilda-anhöriga-personal samt samverkan med intresseorganisationer
- möjligheter att i en organisation stärka en individualiserad vård och omsorg
- metoder för att systematiskt följa och utveckla verksamhet
- ledarskapets betydelse för personalens kompetens
- resurser och deras betydelse för frågor om bemötande av äldre.

Ytterligare ett planerat inslag för att bredda och fördjupa engagemanget för frågorna är två rapporter med reportage. De publiceras under våren 1997 och handlar om, i första fallet, erfarenheter från kvinnor och män i yrkesverksam ålder vilka har "omsorgsansvar" för både äldre och yngre anhöriga. Den andra rapporten handlar om barns och ungdomars föreställningar om eget åldrande och deras syn på äldre.

Som hittills kommer utredningens material att utkomma i former som är tillgängliga för personer med olika funktionshinder.

# 1 Utredningens uppdrag och arbetssätt

## 1.1 Uppdraget

Som vägledning för utredningsarbetet framhäver direktiven (bil.1) "att det nu är dags att särskilt belysa innehåll och kvalitet i äldreomsorgsarbetet samt frågor som berör bemötandet och respekten för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet". Motivet är att *formerna* för omsorg och vård med bl.a. struktur-, organisations- och huvudmannaskapsförändringar stått i förgrunden under lång tid.

Uppdraget omfattar bemötandet av äldre inom omsorg, vård och i annan offentlig verksamhet, dvs. i många miljöer och i många slags samspel mellan människor i olika åldrar och funktioner.

I ett snävare perspektiv handlar bemötande om relationer mellan enskilda, t.ex. mellan den som behöver hjälp med vardagslivets rutiner och den som ger hjälpen eller den som har behov av bistånd enligt socialtjänstlagen och den som bedömer behoven. Sådana situationer kan, vilket uppmärksammas i direktiven, vara påverkade av en rad faktorer hos enskilda berörda men också hos omgivningen. Dessa "yttre" faktorer kan exempelvis avse lagar och föreskrifter om rättigheter och skyldigheter, verksamhetens struktur och organisation, den fysiska utformningen av boendeformer eller de förutsättningar som hör samman med utbildningsbakgrund och kompetens hos personal och arbetsledning. Ett exempel på det senare och som enligt direktiven även skall belysas är bemötandet av äldre invandrare och de krav som ställs vid möten mellan människor från olika kulturer.

Direkt och indirekt skapas kvaliteterna i bemötande av äldre på individ-, grupp- och samhällsnivå genom en samtidig inverkan av flera mer eller mindre synliga omständigheter.

Det finns också inslag som kan härröra från gångna tiders synsätt och inverka på bemötandet. I direktiven väcks frågan om marginalisering och diskriminering har rötter i en tid, när äldre inte förväntades ställa krav på eget inflytande.

Mitt uppdrag avser kartläggning och analys av *brister* i bemötandet, alltifrån nästan omärkliga men djupt kända kränkningar till påtagliga övergrepp. Jag skall därefter föreslå åtgärder som kan bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre inom omsorg, vård och i annan offentlig verksamhet. I detta arbete skall jag beskriva och dra nytta av det omfattande arbete som bedrivs i kommuner och landsting för att utveckla kvalitet och innehåll i omsorg och vård. Jag skall också belysa internationella erfarenheter och kunskaper på området.

För mitt utredningsarbete gäller slutligen att jag skall visa hur förslag som innebär utgiftsökningar eller inkomstminskningar skall kunna finansieras inom ramen för totalt sett minskade eller oförändrade resurser (dir. 1994:23). Jämställdhetspolitiska konsekvenser skall också redovisas (dir. 1994:124).

Utredningsarbetet skall vara avslutat senast den 30 maj 1997.

## 1.2 Arbetssätt

I november 1996 överlämnade jag delbetänkandet Rätt att flytta – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1996:161) vilket remissbehandlats. Flertalet remissinstanser var positiva till förslaget om en rättslig reglering för att stärka möjligheterna att flytta för äldre som har omfattande vård- och omsorgsbehov. Frågan förväntas under våren bli behandlad av riksdagen som del i dess behandling av regeringens proposition om ändringar i socialtjänstlagen.

Delbetänkandet avlämnades i full enighet med den sakkunniggrupp (bil. 2) som förordnats att biträda mig i utredningsarbe-

tet. Sakkunniga företräder pensionärsorganisationer, fackliga organisationer, forsknings- och utbildningsinstitutioner, de båda kommunförbunden, Socialstyrelsen och Socialdepartementet.

I enlighet med mina direktiv har jag arbetat öppet. Olika media visade frågan om äldres möjligheter att flytta och förslaget till rättslig reglering stor uppmärksamhet. Jag lät också framställa delbetänkandet respektive en sammanfattning på kassett, i punktskrift och med lättläst text för att invånare med funktionshinder skall kunna delta i den allmänna diskussionen. Den har förts bl.a. i media och vid olika konferenser där jag medverkat. Samtidigt har jag haft tät kontakt med enskilda äldre, anhöriga och andra engagerade medborgare genom brev och telefonsamtal samt personliga besök. Jag kan konstatera att det finns en kraftfull och levande debatt om omsorg och vård om äldre. Detta utbyte av kunskaper och erfarenheter är en viktig del i utredningsarbetet. Det underströks vid de hearings till vilka jag inbjöd olika intressegrupper under hösten 1996 (se kapitel 4).

Ovanstående gäller också för arbetssättet i det pågående utredningsarbetet som fullföljs genom föreliggande delbetänkande (SOU 1997:51), vissa rapporter och genom ett slutbetänkande. En av dessa rapporter, en skrift med reportage om Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre (SOU 1997:52) avlämnas samtidigt med detta delbetänkande.

Vid den kartläggning av brister i bemötande som redovisas här har jag använt mig av flera kunskaps- och erfarenhetskällor, vilket framgår av kapitlen 3, 4 och 5. Källorna är anvisade i direktiven och omfattar olika aspekter på bemötandet. Det har varit möjligt att skönja gemensamma mönster, något som redovisas i kapitel 6 där jag analyserar brister och missförhållanden som underlag för förslag i det planerade slutbetänkandet.

Jag kommer att bredvid de diskussioner om kommande förslag som förs med sakkunniggruppen och den referensgrupp som tillsatts med företrädare för handikapporganisationerna (bil. 3) anordna rådslag, rundabordssamtal, med olika grupper

under våren 1997 vilket framgår av kapitel 7. Där redovisar jag även andra inslag i utredningsarbetet med syfte att ta tillvara engagemang och intresse för frågor om bemötande av äldre. I vissa frågor avser jag att fördjupa min analys inför förslag i slutbetänkandet. Det gäller bl.a. frågor om personalens utbildning.

Både goda och dåliga exempel behöver sin belysning och fram-förallt debatter som leder till konstruktiv handling. Därför ser jag det som en fördel att jag samtidigt med detta kartlägnings-betänkande om *brister* ger ut en rapport med reportage om *goda exempel* på utvecklingsarbete i kommuner och landsting, den tidigare nämnda Omsorg med kunskap och inlevelse – en fråga om bemötande av äldre.

Detta delbetänkande jämte rapporten med goda exempel kommer att skickas för synpunkter till många olika intressenter. Jag välkomnar också andra att *senast den 15 maj 1997* bidra med sina synpunkter på *hur brister kan undanröjas*. Som det anges i direktiven berör frågorna "alla samhällsmedborgare, i många fall i rollen som anhörig eller närstående".

Adressen till utredningens sekretariat är *Utredningen om bemötande av äldre, Socialdepartementet, 103 33 Stockholm*. Därifrån kan också beställas detta delbetänkande och den nämnda rapporten på kassett och i punktskrift samt i en lättläst sammanfattning (för bl.a. personer med utvecklingsstörning).

## 2 Frågor om bemötande av äldre

### 2.1 Inledning

Mitt uppdrag att kartlägga och analysera brister i bemötandet av äldre samt att därefter ge förslag som bidrar till att undanröja brister innebär flera avgränsningsfrågor.

Vad är bemötande? Finns det specifika inslag som främst rör äldre? När och hur uppstår brister i bemötande? Vilka är berörda och vilka har de belysande kunskaperna och erfarenheterna? Hur sker förändringar i bemötandet av äldre i olika miljöer och över tid?

I utredningens direktiv (dir. 1995:159, bil. 1) är ansatsen både vid och djup. Där framgår att frågor om bemötande av äldre "kan kopplas till flera samhällsområden" och att de handlar om "mellanmänskliga relationer men också om makt, kunskap och människosyn". Berörda är "alla samhällsmedborgare, i många fall i rollen som anhörig eller närstående".

Frågor om bemötande kan alltså inte begränsas till verksamheter som erbjuder vård och omsorg till äldre eller till dem som professionellt verkar inom området. Inte heller till attityder och förhållningssätt som enbart gäller äldre. Det är självfallet inte heller försvarbart att hävda en annan grundläggande människosyn i förhållande till äldre än den vi vill se förverkligad i sammanhang som rör yngre åldersgrupper.

Mot bakgrund av generella värderingar och företeelser som handlar om bemötande skall jag visa hur äldre blir bemötta, upplever bemötande och låter sig bemötas. Jag avser främst bemötande i situationer där äldre är brukare och/eller patienter och beroende av olika former av stöd, service, vård och omsorg. Anledningen till denna tyngdpunkt är att jag utifrån det samlade utredningsmaterialet och den korta utredningstiden har

bedömt att mycket angelägna förändringsbehov inom vård och omsorg måste prioriteras.

## 2.2 Individualisering – generalisering

Begreppet "äldre" är vanskligt att använda. Även om vår kunskap och erfarenhet säger att åldrandet ger upphov till vissa, ibland mycket omfattande, behov av vård- och omsorgsinsatser, så är olikheterna mellan enskilda personer betydande och blir alltmera uttalade under åldrandet. Situationen för en och samma person ändras också i olika skeden av ålderdomen. Generaliseringens risker är uppenbara, särskilt tillsammans med brister i synsätt och kunskap. Ett exempel är när enskilda inte får kvalificerade omvårdnadsinsatser vid depressioner för att symtom tolkas som typiska för åldrandet i sig. Ett annat exempel är när äldre bara ses som brukare av vissa insatser och deras personliga intressen, deras andra roller, av omgivningen betraktas som oviktiga. Det kan också leda till att behov ifrågasätts, t.ex. av ledsagarservice eller hjälpmedel för att kunna bibehålla ett personligt intresse.

Generaliseringar kan även vara en grund för särbehandling av alla äldre eller grupper av äldre i såväl positiv som negativ bemärkelse. I det förstnämnda fallet har kunskap om och hänsyn till äldres behov exempelvis lett till uppbyggnad av en äldreomsorg. Negativ särbehandling, diskriminering eller marginalisering, föreligger vid varje tillfälle när äldre anses mindre värda än andra, beskrivs som en belastning för samhällsgemenskapen eller osynliggörs.

Kravet på ett individualiserat synsätt grundat på gemensamma värderingar om alla människors lika värde motsäger inte behovet av att fortlöpande utveckla, samla och förmedla generella kunskaper om åldrande och ålderdom. Forskning och utvecklingsarbete inom olika discipliner t.ex. psykologi, medicin, teknik, sociologi och ekonomi måste stärkas. I detta och i tillämpningen av nya rön måste äldre och deras inflytande synas avsevärt mera än vad som nu sker.



## 2.3 Begreppet bemötande

I dagligt tal är bemötande ett uttryck för hur någon uppträder eller uppför sig mot någon annan person. Det är ett mellanmänskligt samspel som handlar om den inställning som personer har till varandra och hur denna visar sig i ord, gester, handling osv. Den aktuella situationen, dvs. olika miljöaspekter, påverkar mötet liksom personernas tidigare erfarenheter och de förväntningar som kan finnas just inför ett visst möte.

Bemötande kan också tolkas vidare. Så sker i mitt utredningsuppdrag. Det omfattar frågor som rör vardagliga, ibland informella, möten mellan några få personer i enskildas hem eller i vårdens och omsorgens olika miljöer. Det finns emellertid också frågor om bemötande mellan enskilda eller grupper av äldre och samhällets övergripande synsätt uttryckta i lagar och andra föreskrifter. Detta inbegriper även de möten som uppstår mellan enskilda och verksamhetsföreträdare i deras yrkesutövning, dvs. i tillämpningen av professionell kunskap, regelverk osv. och i förverkligandet av övergripande mål för omsorg om äldre.

Det har under utredningsarbetet framkommit, bl.a. vid intervjuer med personal i vård och omsorg, att begreppet bemötande och dess innebörd ibland upplevs som svårfångat. Det finns en benägenhet att se bemötande som uttryck för en relation där personen som man bemöter helt och hållet blir objekt för någon annans handlingar.

Begreppet är i och för sig inte nytt men har kommit i ökande bruk i sammanhang som rör omvårdnad. Det kan bl.a. konstateras i facktidskrifter och forskningsrapporter. Enligt vad som nu är känt har dessutom tre statliga utredningar fått begreppet bemötande som tema. Utöver den här pågående utredningen om bemötande av äldre finns utredningen om bemötande av kvinnor och män inom hälso- och sjukvården som slutfört sitt arbete genom bl.a. huvudbetänkandet Jämställd vård (SOU 1996:133). Regeringen har i januari 1997 fattat beslut om direktiven (dir. 1997:24) för en tredje utredning, om bemötande av personer med funktionshinder.

I den utredning som slutförts enligt ovan görs skillnad mellan allmänna bemötandefrågor som avser vårdpersonalens "beteende mot patienten" (t.ex. information, kommunikation, patientens inflytande) och kvalitet m.m. i vård och behandling med den genomgående frågeställningen om patienter bemöts/ behandlas olika i könsperspektiv. Man konstaterar (SOU 1996:133 s. 37) att dessa bemötandefrågor är beroende av varandra och att de knappast kan separeras i verkligheten. "En väl fungerande relation mellan patient och vårdgivare, inklusive ett gott och bekräftande bemötande är nödvändiga förutsättningar för ett lyckat omhändertagande och riktiga behandlingsbeslut."

Som jag visar i senare kapitel finns detta förhållande, med olika faktorer som påverkar varandra till att ett bemötande upplevs som gott eller dåligt, även när det gäller äldre. Det sammansatta mönstret förekommer också i olika vård- och omsorgsmiljöer.

Det har på sina håll riktats kritik mot ett flitigt bruk av begreppet bemötande när förhållanden för bl.a. äldre blir utredda och skildrade. Kritiken har menat att detta skymmer primära problem om ekonomiska resurser. Jag hävdar att en sådan uppfattning uttrycker en snäv syn på situationen inom vård och omsorg av äldre, något som jag utvecklar senare i kapitel 6.

## 2.4 Ett gott bemötande

Det är inte möjligt eller ens önskvärt att sammanställa handböcker för att täcka alla slags kännetecken på ett gott bemötande av äldre i skilda situationer och miljöer.

Det är däremot av avgörande betydelse att reflektera över vilken grundläggande människosyn som styr olika insatser för äldre och hur synsättet omfattas av alla dem som planerar och genomför insatserna. Från en mer eller mindre medveten grundsyn praktiseras bemötande både i mötet mellan ett fåtal

personer i vardagsrutiner och i sammanhang, där övergripande mål och riktlinjer för fortsatt utveckling formuleras.

Jag vill som grund för ett gott bemötande använda den formulering av människovärdesprincipen som regeringen anför som en del i en etisk plattform i prop. 1996/97:60 om prioriteringar inom hälso- och sjukvården (s. 20) ... "att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan."

Från denna grund i en gemensam humanistisk människosyn är det möjligt att utveckla ett gott bemötande med respekt för äldres självbestämmande, integritet, trygghet och värdighet.

I ett tidigare delbetänkande (SOU 1996:161) har jag berört innebörden av dessa begrepp som återfinns i beskrivningen av mitt utredningsuppdrag (bil. 1). De anknyter till de tre principer som lyftes fram i regeringens proposition om äldreomsorgen inför 90-talet (prop. 1987/88:176), nämligen rätten till integritet, trygghet och valfrihet.

Det är viktigt att formulera vägledande principer. Det räcker dock inte för att de skall bli styrande, genomsyra en verksamhet och resultera i ett gott bemötande. Innebörden måste bli konkret förknippad med de möten och situationer, där bemötandet av äldre måste förbättras. Det är delvis ett pedagogiskt problem som bl.a. handlar om kunskapsförmedling, återkommande uppföljningar för att säkra kvaliteter på olika nivåer i en organisation och om ledarskap. Det är också en fråga om att förutsättningar måste finnas för att kunskap skall kunna tillämpas och kompetens utvecklas. Jag behandlar senare dessa frågor mera ingående som del i min samlade bedömning av brister i bemötande av äldre och av de bakomliggande orsaker som jag noterat. Där ställer jag även bristerna mot de bestämmelser om kvalitet och bemötande som finns i vissa lagar.

Det framgår allt tydligare att det goda bemötandet kännetecknas av ömsesidigheten i mötet. Det innebär att enskilda äldre

betraktas som subjekt med rätt till respekt för självbestämmande och inflytande. I de situationer när den enskilde mycket begränsat kan utöva självbestämmande och inflytande är det särskilt angeläget att det finns företrädare som är väl förtrogna med hans/hennes behov och kan medverka till att hans/hennes in-tressen kommer till uttryck. Att vara i en beroendeställning t.ex. som brukare av stöd, service och omsorg eller som patient innebär på flera sätt en utsatthet. Detta förhållande kräver stor uppmärksamhet, då det också innebär risker för den som har uppgiften att ge vård och omsorg. Det är lätt att, även i all empatisk välvilja, utöva makt som kränker den som är beroende av insatserna.

I kapitel 6 återkommer jag till denna fråga och berör då även det pågående arbetet om patientens rättigheter som utförs inom en annan statlig utredning (HSU 2000).

## 2.5 Vilka är berörda?

Som framgått tidigare och som också mycket tydligt syns i det material som redovisas i följande kapitel är många berörda, nära eller på avstånd, av frågor om bemötande av äldre.

Anhöriga och andra närstående har en särskild betydelse. Deras roll innebär också risker för generaliseringar. De kan gälla hur deras engagemang bör ta sig uttryck i praktiskt stöd till den enskilde, i situationer där den enskildes inflytande skall bevakas, i insyn i vård och omsorg m.m. Också här finns behov av att utveckla ett individualiserat synsätt. I senare avsnitt berör jag närmare samspelet mellan den enskilde, närstående och personal inom olika verksamheter. Jag konstaterar där bl.a. att det finns en osäkerhet i vården och omsorgen om när (och hur mycket) en anhörig kan tala för en enskild person och att denna osäkerhet har både en psykologisk och en juridisk grund. Frågan aktualiserades också vid de hearings som jag belyser i kapitel 4.

## 2.6 Varför skildra brister när målet är det goda bemötandet av äldre?

Under utredningsarbetet har jag flera gånger konfronterats med rubrikens fråga. Den har vanligen ställts utifrån olika personers upplevelser av att massmedia alltför ensidigt belyser mörka sidor i vård och omsorg om äldre. Ibland har behovet av goda förebilder efterfrågats med kommentarer om att beskrivningar av brister enbart ger missmod och känslor av vanmakt, dvs. ingen kraft till förändring.

Direktiven för mitt uppdrag beskriver mycket klart att brister i bemötandet skall identifieras och belysas. Olika kunskapskällor anvisas för att ge möjlighet till en samlad bild – med både kvalitativa och kvantitativa inslag – av brister och missförhållanden. Erfarenheter skall redovisas hela vägen från den enskildes personliga, starka upplevelse till de "ärenden" som finns hos myndigheter och organ som utövar tillsyn. Underlaget skall användas för att lämna förslag som kan bidra till att undanröja brister och missförhållanden.

Jag ser både nyttan och risken med att så ingående som i detta betänkande beskriva brister. För att också visa på förebilder och de många goda insatser som utförs inom äldreomsorgen kommer jag dels att publicera en rapport med reportage om goda exempel, dels att i mitt slutbetänkande spegla framgångsrika lösningar för att säkra och utveckla kvaliteter.

Värdet av att belysa brister och missförhållanden i bemötandet av äldre vill jag här sammanfatta på följande sätt.

- Det ger enskilda bekräftelse – i vissa situationer upprättelse – och visar att deras upplevelser tas på allvar.
- Det ger anledning att granska styrande värderingar och lägga en bättre grund för de mål vi vill uppnå.
- Det ger konkreta bilder av i vilka situationer, i vilka förlopp samt med vilka medverkande som brister och missförhållanden vanligen uppstår.

- Det ger i sin tur anvisningar om åtgärder riktade mot att bättre ta tillvara och utveckla både mänskliga och materiella resurser på olika nivåer i en verksamhet.
- Det ger en uppfattning om hur tillsyn skall kunna utvecklas vidare och hur enskilda (och deras företrädare) skall kunna bevaka rätten till respekt för självbestämmande, integritet, trygghet och säkerhet.
- Det ger upphov till viktig forskning och angeläget utvecklingsarbete.

## 3 Synpunkter, klagomål och anmälningar till myndigheter m.fl.

### 3.1 Inledning

I nationella utvärderingar och vid tillsyn förekommer rapporter om brister i kvalitet och innehåll i vården och omsorgen om äldre. Hur vanliga är dessa brister och i vad består de? Vilka är orsakerna till brister och missförhållanden? Det är frågor som är grundläggande för utveckling av kvalitet och innehåll.

En betydelsefull del av arbetet med att utveckla och ständigt förbättra kvalitet och innehåll är att systematiskt och fortlöpande granska rutiner och arbetsätt. Erfarenheter av sådana uppföljningar tillsammans med de synpunkter och klagomål som framförs av dem som är berörda, enskilda äldre och deras närstående, är en ovärderlig källa till kunskap.

Brister i bemötande i vård och omsorg har i direktiven till utredningen (bil.1) exemplifierats. Där avses t.ex. brister i information, behovsbedömning och dokumentation – brister som indirekt eller direkt påverkar bemötandet av äldre. Andra exempel har bl.a. Socialstyrelsen redovisat i Ädelutvärderingen och i det regionala tillsynsarbetet, t.ex. brister i den medicinska omvårdnaden, i omhändertagandet i livets slutskede samt vid vårdplanering och informationsöverföring mellan kommun och landsting.

Brister i bemötande finns dokumenterade hos bl.a. landstingens förtroendenämnder, Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och hos Patientförsäkringen. Förutom statistiskt material har jag från flera av dessa instanser fått ta del av ett stort material med exempel på anmälningar som berör personer 65 år och äldre. Sammantaget förfogar dessa källor över ett omfattande material om kvalitetsbrister i vården och omsorgen om äldre inom den

verksamhet som bl.a. regleras av hälso- och sjukvårdslagen (HSL). En systematisk dokumentation av kvalitetsbrister är värdefull i det förebyggande arbetet. Motsvarande systematiska dokumentation saknas inom socialtjänstens område.

Förtroendenämnderna, HSAN och Patientförsäkringen representerar instanser som den enskilde eller i vissa fall hans/hennes anhöriga kan vända sig till när vården och omsorgen inte fungerat som förväntat eller när den enskilde anser sig ha blivit felbehandlad. Allvarliga skador, sjukdomar och risker skall dessutom under vissa omständigheter rapporteras till Socialstyrelsen.

I detta kapitel beskriver jag några av de i direktiven anvisade kunskapskällorna för brister i bemötande, kvalitet och innehåll i omsorgen om äldre. Kapitlet innehåller en redovisning av olika myndigheters och andra instansers uppgifter, handläggning av anmälningar samt deras kunskaper om och erfarenheter av kvalitetsbrister i omsorgen om äldre.

## 3.2 Förtroendenämndsverksamheten

### 3.2.1 Förtroendenämndernas uppgifter

Förtroendenämnden är en opartisk instans, som enskilda och anhöriga kan vända sig till när de fått problem i kontakterna med vården och omsorgen. Förtroendenämndernas uppgifter är att främja kontakterna mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Nämndernas uppgift är även att till enskilda och/el-

ler anhöriga förmedla den hjälp som förhållandena kräver. De ger bl.a. råd, stödsamtal och hänvisningar till rätt vårdgivare/nivå. De hjälper även till så att enskilda får vård i rätt tid och med ett respektfullt och värdigt bemötande. Den enskilde och/eller anhöriga kan få hjälp med skadeanmälningar till Patientförsäkringen och Läkemedelsförsäkringen samt när så erfordras med skrivelser till HSAN.



Förtroendenämnderna strävar efter att arbeta smidigt med korta handläggningstider. De menar att de genom sina uppbyggda personrelationer och sin lokalkännedom har goda förutsättningar att kunna vidta konkreta och snabba åtgärder.

Förtroendenämndsverksamheten bedrevs som försöksverksamhet mellan åren 1980 och 1992. Därefter permanentades verksamheten genom den nya lag som trädde i kraft (Lag om förtroendenämndsverksamhet inom hälso- och sjukvården, 1992:563). Verksamheten tillkom mot bakgrund av de önskemål som under flera år framförts i olika sammanhang – bl.a. genom olika motioner i riksdagen – om insatser från samhällets sida för att förbättra möjligheterna till kontakt mellan patienterna och hälso- och sjukvårdens personal.

Fr.o.m. år 1992 är även kommunerna skyldiga att tillhandahålla förtroendenämndsverksamhet för den hälso- och sjukvård som de ansvarar för efter Ädelreformen. Drygt två tredjedelar av kommunerna har genom avtal överlämnat uppgiften till landstingens förtroendenämnder. Övriga kommuner har valt att inrätta egna nämnder. Enligt tillgängliga uppgifter är förtroendenämndsverksamheten i kommunerna ännu inte så utvecklad och inte så känd hos brukare, anhöriga och personal. Den pågående statliga utredningen HSU 2000 har närmare undersökt funktionen och uppgifterna hos kommunala förtroendenämnder. Undersökningen kommer att redovisas under år 1997.

Det saknas samlad statistik över landets förtroendenämndsverksamhet. Det försvårar en nationell analys av utvecklingstendenser, möjlighet till jämförelser samt till utvärdering av bl.a. verksamhetens betydelse för kvalitetsutveckling och förebyggande arbete. En gemensam struktur för viss basstatistik har dock utarbetats. Den skall kunna sammanställas för hela landet. Ett sådant material förväntas kunna bli presenterat under år 1997. Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting har sedan år 1993 dokumenterat uppgifter om inkomna anmälningar i en databas, bl.a. information om ålders- och könsfördelning. En närmare redovisning lämnas nedan (3.2.3.) av utvecklingen inom Stockholms län beträffande anmälningar som avser åldersgruppen över 65 år.

### 3.2.2 Utvecklingstendenser och erfarenheter hos landets förtroendenämnder

#### **Antalet anmälningar ökar**

Förtroendenämndernas verksamhetsberättelser innehåller viss information om hur vanligt det är med klagomål och synpunkter på vård och omsorg bland äldre personer. Enligt verksamhetsberättelserna för åren 1994 och 1995 har det under 1990-talet skett en kraftig ökning av antalet anmälningar. Enligt flera nämnder beror ökningen på att intensifierade och riktade informationsinsatser medfört att medborgarna har mer kunskap och information om sin rätt att påverka vården och behandlingen. Samtidigt konstateras av flera nämnder att verksamheten fortfarande är ganska okänd bland många medborgare och även bland erfaren sjukvårdspersonal.

Trots ökningen av antalet klagomål om brister i vården och omsorgen är det få anmälningar som inkommer till förtroendenämnderna i förhållande till bl.a. antalet läkarbesök, antalet vård dagar samt antalet personer som erhåller hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer och i den ordinarie bostaden. Förtroendenämnderna påpekar att en hel del av klagomålen troligen klaras upp direkt inom vården.

Flertalet nämnder framhåller att det erfordras en fortsatt och intensifierad information till allmänheten. Särskilt betydelsefulla är riktade informationsinsatser till enskilda, anhöriga och personal inom den kommunala hälso- och sjukvården. Flera nämnder framhåller detta som angelägna arbetsuppgifter. Genomgående utgör antalet anmälningar som avser kommunal hälso- och sjukvård en liten andel i förhållande till det totala antalet anmälningar som förtroendenämnderna handlägger.

#### **En anmälan kan beröra flera aspekter**

En anmälan till en förtroendenämnd berör ofta flera aspekter t.ex. klagomål som samtidigt avser behandling och bemötande. Bristande kommunikation mellan vårdpersonal och enskilda och/eller anhöriga kan spåras i de flesta anmälningar. Tydlig

och upprepad information skulle enligt nämndernas erfarenhet förebygga många problem i vården.

Förtroendenämnderna systematiserar klagomålen i ett antal problemområden, vanligtvis behandling, bemötande, omvårdnad, juridik, ekonomi, information och övrigt.

Anmälan sker t.ex. när enskilda och/eller anhöriga upplever missnöje med behandlingsåtgärder och när personalen uppträtt nonchalant eller ohövligt. Andra skäl är att dålig eller ingen information lämnats. Den enskilde känner sig kränkt och vill ha någon form av upprättelse eller göra en anmälan för att inte andra skall behöva råka ut för samma sak. En del anmälningar gäller remisser och möjlighet att få ut journalkopior. Ytterligare andra frågor gäller sekretess och tystnadsplikt.

Förtroendenämnderna redovisar att en ny typ av anmälningar blivit allt vanligare. Den enskilde och anhöriga kräver att patientavgifter återbetalas. Vissa vägrar att betala patientavgift när de tycker att undersökningen varit undermålig eller när planerad operation blivit inställd. Anmälningar som avser tandvård har enligt flertalet nämnder ökat. Flera förtroendenämnder redovisar även en ökad benägenhet att göra anmälningar till Socialstyrelsen och till HSN.

### **Missnöje med behandling – kirurgi och ortopedi har flest anmälningar**

Den största andelen klagomål kommer enligt flertalet förtroendenämnder från den sjukhusanslutna vården. Främsta orsak till anmälan är missnöje med behandling. Därefter kommer vanligen klagomål på bemötande, ekonomi (bl.a. avgifter) och omvårdnad. Främst kommer anmälningar angående specialiteterna kirurgi och ortopedi. Nämnden i Jönköpings läns landsting framhåller att "de kliniker, som är vanligast förekommande i förtroendenämndernas arbete, är inte helt oväntat specialiteter där behandlingarna kan vara dramatiska. Kirurgiska ingrepp liksom andra aktiva åtgärder ökar risken för att något skall inträffa i samband med behandlingen. Rangordningen mellan specialiteterna är ganska likartad både över landet och inter-nationellt. Ortopedi ligger ofta högst över kliniker med många klagomål."

**Återföring är viktig i kvalitetssäkringsarbetet**

Förtroendenämnderna sprider information om sin verksamhet t.ex. genom medverkan i utbildnings- och fortbildnings-sammanhang samt konferensverksamhet. Återföring av kunskaper och erfarenheter sker bl.a. genom spridning av förtroendenämndernas beslut i avidentifierade principärenden. Dessutom har nämnderna kontinuerliga möten med personer i ledande ställning samt berörd vårdpersonal. Syftet är att återföra erfarenheter som erhållits i kontakter med enskilda så att negativa förhållanden kan uppmärksammas och åtgärdas. Det kan förebygga att fel upprepas. Några förtroendenämnder beskriver hur deras kunskaper och erfarenheter används i kvalitetsutvecklings- och kvalitetssäkringsarbetet.

**Få men komplexa anmälningar avser äldre**

Enligt flertalet förtroendenämnder är det få anmälningar som avser personer över 65 år. Trots att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder avspeglas detta inte i antalet kontakter med äldre personer. Personer i yrkesverksamma åldrar är mest aktiva när det gäller att framföra klagomål och ställa krav på hälso- och sjukvården. Kvinnor svarar för den största andelen klagomål.

Enligt förtroendenämnden i Bohuslandstinget "säger frekvensen av äldre inget om bemötande eller dålig behandling, då det ofta är denna åldersgrupp som inte vågar säga ifrån, framförallt inte anmäla dåligt bemötande och kanske inte heller lika lätt vet vart de skall vända sig. I en del ärenden, då patienter anmäler dåligt bemötande eller dålig behandling, uttrycker de ofta "Jag vill inte sätta åt någon läkare" eller också kommer det fram att de är ängsliga över att de skall bli ännu sämre bemötta, om en anmälan görs."

Den allmänna uppfattningen är att anmälningar som avser äldre personer är mer komplexa till sin karaktär. Fler vårdgivare är inblandade än vad som gäller i övriga anmälningar. Enligt de erfarenheter som jag inhämtat föranleder anmälningar som berör äldre personer, oftare än andra anmälningar, principiella beslut och uttalanden. De återförs även oftare till kommuner och landsting som ett led i att förebygga liknande

händelser. Brister i vård och omsorg anmäls för det mesta av anhöriga.

### 3.2.3 Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting

#### **En kraftig ökning av anmälningar sedan år 1993**

Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting registrerar sedan år 1993 inkommande anmälningar i en databas. Denna innehåller bl.a. uppgifter om vilka problemområden anmälan gäller samt typ av specialitet som anmälan avser. Vid utgången av år 1996 fanns drygt 10 000 anmälningar registrerade i databasen.

Det har sedan år 1993 skett en kontinuerlig ökning av antalet anmälningar till förtroendenämnden. År 1993 registrerades totalt 2 100 anmälningar. År 1996 var antalet registrerade anmälningar i databasen 3 576. Under tidsperioden har det skett en ökning med 1 476 anmälningar, dvs. 70 procent. Ökningen beror till viss del på att det från år 1996, till skillnad från tidigare år, även registreras uppgifter om enklare ärenden som förtroendenämnden per telefon kan medverka till att lösa. Det kan exempelvis avse upplysningar och rådgivning som leder till att den enskilde själv och/eller anhörig kan klara ut problem i kontakterna med vården. Andra skäl till den kraftiga ökningen är enligt nämndens bedömning att medborgarna numera har bättre kännedom om förtroendenämndsverksamheten samt att anmälningsbenägenheten ökat. Nämnden bedömer dessutom att ökningen har samband med de stora organisatoriska förändringar som pågår i landstingets hälso- och sjukvård. Det har enligt nämndens egen uppföljning skett en nedgång i länet av antalet anmälningar till HSAN och av antalet skadeanmälningar till Patientförsäkringen.

#### **Bland äldre berör flertalet anmälningar kvinnor**

De flesta anmälningarna berör personer i de yrkesverksamma åldrarna. Personer 65 år och äldre är, i likhet med de uppgifter som framkommer från andra förtroendenämnder, underrepresenterade i förhållande till vårdkonsumtionen i de äldre

åldersgrupperna. Antalet anmälningar som berör personer 65 år och äldre har dock som framgår av tabell 1 ökat under tiden från år 1993 t.o.m. år 1996.

**Tabell 1. Antal inkomna anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting under åren 1993 till 1996, fördelat på ålder och kön.**

Årtal	Kvinnor 0-64 Antal Proc.	Män 0-64 Antal Proc.	Samtliga 0-64 Antal Proc.	Kvinnor 65 - Antal Proc.	Män 65 - Antal Proc.	Samtliga 65 - Antal Proc.	Samtliga Antal Proc.
1993	980 47	616 29	1596 76	314 15	185 9	499 24	2 095* 100
1994	1055 47	662 29	1717 76	341 15	199 9	540 24	2257 100
1995	1098 47	631 28	1729 75	384 16	204 9	588 25	2317** 100
1996	1639 46	918 26	2561 72	728 20	291 8	1019 28	3576 100
Totalt	4772 46	2827 28	7603 74	1767 17	879 9	2646 26	10 245 100

\* För fem personer saknas uppgift om ålder och kön

\*\* Tillkommer cirka 400 telefonärenden, totalt antal ärenden, 2 700 år 1995

År 1993 avsåg 24 procent av samtliga inkomna anmälningar personer över 65 år. Denna andel hade vid utgången av år 1996 ökat till 28 procent. Antalet anmälningar som inkommit till förtroendenämnden och som avser personer 65 år och äldre har fördubblats under tidsperioden (från 499 till 1 015). Majoriteten av anmälningarna bland äldre personer berör kvinnor. De äldre kvinnornas andel har också ökat under tidsperioden, från 63 procent år 1993 till 71 procent år 1996. En femtedel av samtliga anmälningar berörde år 1996 äldre kvinnor. Motsvarande andel för äldre män var 8 procent.

De vanligast förekommande specialiteterna i anmälningar som berör personer i åldersgruppen över 65 år är allmän medicin, geriatrik, ortopedi och tändernas sjukdomar. Bland anmälningar rörande äldre kvinnor dominerar specialiteter som geriatrik och ortopedi, hos männen framförallt specialiteterna allmän medicin och tändernas sjukdomar.

**Klagomål på behandlingsåtgärder dominerar**

Anmälningarna registreras i databasen enligt ett antal problemområden. Dessa är behandling, bemötande, ekonomi, information, juridik, omvårdnad och övrigt. Fördelning mellan problemområden framgår av tabell 2.

**Tabell 2. Antal anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting år 1996, fördelade på problemområde, ålder och kön.**

Ålder, kön	Behandling	Bemötande	Ekonomi	Information	Juridik	Omvårdnad	Övrigt	Summa
Kvinnor 65- Antal Proc.	327 45	115 16	96 13	13 2	8 1	30 4	139 19	728 100
Män 65- Antal Proc.	131 45	55 19	41 14	2 1	12 4	26 9	24 8	291 100
Samtliga 65- Antal Proc.	458 45	170 17	137 13	15 1	17 2	56 5	163 16	1019 100
Kvinnor samtliga Antal Proc.	1174 50	423 18	329 14	31 1	48 2	49 2	318 13	2367 100
Män samtliga Antal Proc.	564 47	153 13	227 19	14 1	47 3	43 4	161 13	1209 100
Samtliga Antal Proc.	1738 49	576 16	556 15	45 1	90 3	92 3	479 13	3576 100

Det dominerande problemområdet i samtliga åldrar avser synpunkter och klagomål på behandlingsåtgärder (49 procent), t.ex. felaktig eller utebliven behandling samt klagomål på diagnos, provtagning/undersökning, remisser och teknisk utrustning. I enlighet med de erfarenheter som övriga förtroende-

nämnder redovisat är det även hos nämnden i Stockholms läns landsting synpunkter och klagomål på bemötandet som därefter ger flest anmälningar (16 procent). Därefter följer synpunkter och klagomål inom det ekonomiska området (15 procent). Hos förtroendenämnden i Stockholms läns landsting liksom hos övriga förtroendenämnder har klagomål som gäller ekonomiska frågor (t.ex. avgifter) blivit allt vanligare.

Som framgår av tabellen uppvisar klagomål bland kvinnor och män vissa skillnader. Det är något vanligare att kvinnor klagat på behandlingsåtgärder och bemötande medan män däremot oftare klagat på avgifter och andra frågor om ekonomi. Anmärkningsvärt få anmälningar gäller information. Bland äldre personer är klagomål på behandlingsåtgärder lika vanligt förekommande bland kvinnor och män. Däremot är klagomål på bemötande och omvårdnad vanligare bland äldre män än bland äldre kvinnor. De senare har en högre andel klagomål som sorterats in under "övrigt", bl.a. klagomål på bristande administrativa rutiner och hänvisningar samt klagomål som inte kan sorteras in under de andra huvudrubrikerna. En stor del av dessa övriga klagomål gäller personer med vård- och omsorgsbehov som kontaktat förtroendenämnden med en begäran om hjälp med frågor som inte ingår i förtroendenämndens uppdrag t.ex. färdtjänst och hemtjänst, samt klagomål på biståndsbedömning. Bristande lyhördhet inför önskemål om byte till en annan särskild boendeform, framförallt byte till annat sjukhem, är en relativt vanlig synpunkt.

Den andel klagomål som avser bemötande bland äldre personer har ökat från 11 procent år 1993 till 17 procent år 1996. Däremot har klagomål som avser omvårdnadsåtgärder minskat, från 13 procent åren 1993 och 1994 till enbart fem procent år 1996. Delvis kan denna förändring bero på det nära sambandet mellan bemötande och omvårdnad. Brist i bemötande kan ha förekommit i en omvårdnadssituation; bemötandenaspekterna har bedömts som huvudskäl till anmälan och därför registrerats som klagomål på bemötande i databasen. Komplexiteten i anmälningarna medför att statistiken inte alltid ger en rättvisande bild av de olika dimensionerna i klagomålen.



Antalet anmälningar som berör den kommunala hälso- och sjukvården har under åren från 1993 t.o.m. 1996 förhållit sig relativt konstant och utgör en liten del av samtliga anmälningar. År 1996, liksom även år 1995, avsåg cirka 80 anmälningar den kommunala hälso- och sjukvården i Stockholms län.

### 3.2.4 Anmälningar som rör äldre personer

Jag har från flera förtroendenämnder fått ta del av exempel på anmälningar som berör äldre personer. Följande synpunkter och klagomål förekommer i anmälningarna:

#### **Behandling**

Inom problemområdet behandling är klagomål över väntetider vanligt förekommande liksom missnöje med att avtalade operationer inte utförts. Klagomålen avser även bristfälliga undersökningar samt felbehandlingar. Andra klagomål gäller förbisedda frakturer som inte behandlats på ett adekvat sätt. Det förekommer även exempel på att personer i mycket hög ålder skickats hem från akutsjukvården utan information till och gemensam vårdplanering med den kommunala äldreomsorgen samt primärvården.

#### **Bemötande/information**

Klagomål på bemötandet avser till stor del personalens uppträdande och bristande förståelse. Den enskilde upplever t.ex. att läkare uppträtt nonchalant, inte besvarat frågor och inte lyssnat till den enskilde i samband med undersökning och behandling. Andra synpunkter gäller attityder och förhållningssätt i samband med omvårdnad, vid dödsfall samt i övrigt likgiltighet och kränkande bemötande. Anhöriga framhåller bristande rutiner och försummelser i information och kontakt mellan sjukvården och dem som närstående. Enskilda och anhöriga beskriver upplevelser av att de inte blir tagna på allvar och att de blir misstrodda eller missförstådda.

### **Omvårdnad**

Bland klagomål som avser omvårdnad förekommer synpunkter på bl.a. bristande tillsyn samt ovärdig och kränkande behandling. Synpunkterna avser även bristande hänsyn till enskilda personers individuella behov av vård, tillsyn, omvårdnad och hjälpmedel. Enskilda personer lämnas utan tillsyn vilket resulterar i fall och fallskador. Klagomål förekommer även om att omvårdnaden ges utan empati och engagemang. Det förekommer exempel på brister i hygien, klädsel, sårvård m.m. Anhöriga upplever sig kränkta när de framför synpunkter på omvårdnaden. Det uppfattas som att de lägger sig i omvårdnadsarbetet. Brist på samverkan mellan den enskilde, anhöriga, distriktsläkare samt kommunens handläggare är ytterligare synpunkter som framkommer.

I det följande redovisar jag exempel på några anmälningar och förtroendenämndernas handläggning.

### **Bristande omvårdnad av 95-årig kvinna**

*Den 95-åriga kvinnans sonhustru har i skrivelser till förtroendenämnden redogjort för sina ansträngningar för att få bättre hjälp med omvårdnaden av svärmor.*

*Svärmodern har tills nyligen ansetts kunna klara eget boende med hjälp av kommunens hemtjänst. Enligt sonhustrun har det fungerat dåligt och hon har därför dagligen besökt svärmodern för att hjälpa henne.*

*Enligt sonhustruns skriftliga redogörelse till förtroendenämnden var svärmodern beviljad hemhjälp i betydligt större omfattning än den hjälp hon faktiskt fick. Medicineringen fungerade bristfälligt. Det medicinska ansvaret åligger primärvården men därifrån hade utdelningen av medicinerna delegerats till hemtjänstpersonalen. Den gamla damen hade fått medicinerna på de tider som passat personalen och inte enligt ordination. Ibland fick hon sin medicin med endast två timmars mellanrum och ibland var tidsintervallet alldeles för långt. Det har även hänt att man helt glömt bort att ge medicinen, oftast under helgerna. Sonhustrun har påpekat bristerna i medicine-*

ringen till distriktssköterskorna som då endast hänvisat till delegeringen.

Den 12 december föll kvinnan i hemmet vilket resulterade i en lårbensfraktur som opererades inom akutsjukvården. Den 18 december överfördes hon till geriatrisk klinik. Den 11 januari ansågs hon vara klinikfärdig och skrevs ut till bostaden. Klockan 12.00 samma dag besöktes hon av biståndsbedömar- en. Därefter fick hon inget besök från hemtjänsten förrän klockan 21.00 då nattpatrullen kom.

Den 12 januari fördes hon åter till akutsjukhuset, röntgades och lades in på geriatrisk klinik varifrån hon, klinikfärdig, utskrevs till bostaden den 23 januari. I den remiss för fortsatt vård som skrevs av ansvarig läkare vid detta utskrivningstill- fälle framgår att kvinnan vårdats för rehabilitering av vänster- sidig lårbensfraktur samt att hon tidigare opererats för dubbelsidig lårbensfraktur. Rehabiliteringen har gått långsamt på grund av patientens demens. Läkaren framhåller att ett annat boende skulle vara lämpligt.

Sonhustrun önskar i sin anmälan förtroendenämndens hjälp med att få klarlagt om det är hon som anhörig som har ansvar- et för att den gamla damen får den hjälp hon behöver eller vem som enligt lag ansvarar för äldres omsorg.

Förtroendenämnden begärde i sin utredning yttranden från primärvårdschefen, från ansvarig läkare och distriktssköter- skor. Nämnden tillskrev även äldreomsorgsförvaltningen i kommunen och begärde yttrande från förvaltningschef och an- svarig handläggare.

I yttrandet från primärvården framfördes att man hyser förståelse för den anhörigas oro samt tacksamhet över hennes omsorg om svärmodern. Det beklagades att sjukhuset vid ut- skrivningstillfällena missat vårdplanering tillsammans med distriktssköterska från den aktuella vårdcentralen. Man be- klagas även att medicineringen inte skötts på ett riktigt sätt.

Samtidigt som yttrandet från primärvården inkom till för- troendenämnden meddelade sonhustrun att svärmodern på nytt fallit i hemmet och vistades på sjukhus. Lyckligtvis hade hon inte råkat ut för någon fraktur. Den 19 april informerade son-

*hustrun förtroendenämnden om att svärmodern nu fått flytta till ett sjukhem.*

*I yttrandet från förvaltningschefen i kommunens äldreomsorg framförs att den gamla damen inte varit beviljad insatser i den omfattning som sonhustrun anført. Gällande biståndsinsatser avsåg 70 timmar/månad dagtid samt 15 timmar/månad kvällstid och inte per vecka som sonhustrun angivit. Beviljade insatser betyder besök tre gånger per dag och 2-3 gånger under kvällen och natten. Medicin delas i dosett av distriktssköterskan. Personalen har därefter gett medicin på tider då de varit på besök. Det framkommer vidare att den gamla damen erbjudits en rehabiliteringsplats i sjukhem samma dag som hemkomsten från sjukhuset den 23 januari. Hon tackade då nej med motivering att hon hellre ville vara kvar i sin lägenhet. Kommunen anser dock att det under rådande omständigheter är uteslutet att den gamla damen skall kunna återvända till sin lägenhet. De anser slutligen att kommunen gjort sitt bästa i en besvärlig situation.*

*Ärendet avslutas med att förtroendenämnden i en skrivelse till berörda myndigheter påtalar vikten av noggrann vårdplanering inför utskrivning av äldre personer från akutsjukhus och geriatriska kliniker. Nämnden ifrågasätter om inte den aktuella kvinnans ålder och hälsotillstånd borde ha föranlett sjukhemsboende tidigare i stället för ett forslande mellan olika vårdinrättningar och hemmet.*

*Förtroendenämnden begärde efter cirka sex månader information om vilka åtgärder som vidtagits med anledning av skrivelsen. Som svar på nämndens begäran har primärvården och kommunens äldreomsorg i en gemensam skrivelse framfört att de delar uppfattningen om vikten av att vårdplanering genomförs i samband med förändrade vårdbehov hos den enskilde. Kommunens biståndsbedömare försöker alltid få till stånd en vårdplanering i samband med utskrivning från sjukhus. Förutsättningarna är dock inte optimala och det förekommer fortfarande brister i vårdkedjan. Vidare framhålls att i det aktuella fallet med den gamla damen blev inte kommunen eller primärvården informerade innan kvinnan skrevs ut från sjukhuset.*

*De anför vidare att akutsjukvårdens allt kortare vårdtider påverkar äldres situation. Den allt tidigare hemskrivningen från akutsjukhus har försvårat för kommunen och primärvården att i god tid vårdplanera tillsammans med den enskilde och/eller anhöriga. Det kan vara svårt för en äldre person som genom sjukdom fått ett stort omvårdnadsbehov att snabbt ta ställning till att flytta från det egna hemmet till ett särskilt boende. Kommunen kan bara erbjuda särskilt boende. Den enskilde har rätt att tacka nej, vilket även skedde i det aktuella fallet.*

### **Bristande omvårdnad av äldre patienter vid geriatrisk klinik**

*Anmälan avser en då 92-årig kvinna som numera är avliden och berör förutom den geriatriska kliniken, även kommunens äldreboende där kvinnan var bosatt samt en akutmottagning.*

*Dottern till kvinnan beskriver i sin anmälan hur modern vid flera tillfällen ramlat i sin bostad. Efter första fallet klagade modern över kraftig smärta i ryggen. Det togs dock ingen speciell notis om detta i äldreboendet. På grund av smärtan fick modern i sig alltför litet mat och dryck varför hon så småningom togs in på sjukhus i mycket dåligt skick. När hon efter fjorton dagars behandling skrevs ut, bad dottern att modern skulle beredas plats i sjukhem för rehabilitering. Hon fick svaret att detta skulle bli för dyrt.*

*Efter en knapp vecka i hemmet föll modern på nytt och ådrog sig denna gång ett armbrott. Efter att ha blivit gipsad sändes hon hem klockan 01.30, dvs. mitt i natten sändes den 92-åriga kvinnan hem med bruten arm och värkande rygg.*

*Ytterligare en vecka senare föll modern på nytt och ådrog sig sårskador i ansiktet samt ett jack på ena benet som måste sys. Från akutmottagningen överfördes hon till den geriatriska kliniken. Dottern beskrev tiden på kliniken "som en enda lång mardröm". Modern klagade hela tiden över smärta i kroppen*

och skrek av smärta när man vände henne. Hon behandlades ofta mycket bryskt och ingenting gjordes för att ta reda på varför hon hade så ont. Dottern frågade vid flera tillfällen om det inte kunde vara något brutet. Läkaren förnekade dock att man sett något brott på de röntgenbilder som tagits på akutsjukhuset. Han menade även att det inte var lätt att göra något när modern sa att hon hade ont i hela kroppen.

Mot smärtan gavs den gamla kvinnan morfin utrört i äppelmos som hon hade mycket svårt att svälja ned och som fastnade under proteser. Vid flera tillfällen då dottern kom till avdelningen låg modern i illaluktande avföring. Ibland fick dottern förklaringen att moderns diarré berodde på antibiotikabehandlingen och ibland att det var maginfluensa, som man påstod hade drabbat flera patienter på avdelningen. En dag i samband med tvättningen upptäckte dottern att modern fått ett knytvävsstort liggsår vid rygglutet. Ingen hade tidigare upplyst henne om det trots att hon dagligen besökte avdelningen.

Vid ett senare tillfälle fick modern andningssvårigheter och blev mycket dålig. Dottern bad att en läkare skulle komma men fick svaret att det inte fanns någon läkare tillgänglig. Då dottern framhärjade i sin begäran kom så småningom en läkare. Denne lyssnade dock endast på hjärta och lungor och försvann därefter snabbt från avdelningen. Modern försämrades och när dottern en dag kom till avdelningen fick hon tala med en läkare. På sin fråga om det möjligtvis fanns något att göra för modern fick dottern svaret "Skall det vara någon mening att hålla pumpen igång när hon är så dålig"?

På grund av de ständiga diarréerna genomfördes bukröntgen. Efter några dagar meddelades att röntgenundersökningen, som bifynd, visade vänstersidig lårbensfraktur. En hel månad hade den gamla kvinnan legat på kliniken utan att man brytt sig om att utreda orsaken till hennes smärta trots att hon ibland skrek så högt att anhöriga till andra patienter reagerade. Den gamla kvinnan överfördes till akutsjukhus där hon avled något dygn senare.

Förtroendenämnden beslutade att överlämna ärendet tillsammans med ytterligare två ärenden rörande bristande omvårdnad och dålig behandling av äldre kvinnor vid en geriatrisk

*linik till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet. Nämnden framhåller i sitt beslut att den finner det angeläget att en analys sker i samråd med berörd klinikledning så att man kan vidta lämpliga åtgärder för att uppnå en positiv behandling och omvårdnad av patienterna samt ett bättre bemötande av anhöriga.*

*Vid den uppföljning som förtroendenämnden genomförde efter cirka ett år redovisar berörd klinikledning de åtgärder som vidtagits för att förbättra omvårdnaden och patientsäkerheten. Socialstyrelsens utredning i ärendet bifogades.*

*Socialstyrelsen konstaterar med anledning av sin utredning att det vid kliniken pågår ett omfattande utvecklingsarbete avseende medarbetarnas kompetens, klinikens organisation och metoder för vårdens genomförande. Styrelsen anser vidare att klinikens ledning har god kännedom om den i anmälningarna framförda kritiken och har vidtagit adekvata åtgärder för att komma till rätta med de brister som framkommer. Socialstyrelsen har efter granskning av journalhandlingar och övriga dokument samt efter det som framkommit vid överläggning med klinikens ledning inte funnit skäl till fortsatt utredning. Ärendet avskrevs från vidare handläggning hos Socialstyrelsen.*

### 3.3 Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd

#### 3.3.1 Uppgifter

Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) prövar frågor om disciplinpåföljder samt indragning och återfående av legitimation och förskrivningsrätt avseende personal inom hälsa- och sjukvården. Författningar som reglerar nämndens verksamhet är Lag (1994:953/åliggandelagen) om åliggande för personal inom hälsa- och sjukvården samt Lag (1994:954/disciplinpåföljdslagen) om disciplinpåföljd m.m. på hälsa- och sjukvårdens område. Instruktion för nämndens arbete finns i Förordning (1996:571) med instruktion för hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Ansvarsnämndens beslut kan överklagas till Kammarrätten i Stockholm.

Hälsa- och sjukvårdspersonal kan åläggas disciplinpåföljd om de uppsåtligt eller av oaktsamhet inte fullgör vad som åvilar honom eller henne inom ramen för sin tjänsteutövning. Med hälsa- och sjukvårdspersonal avses enligt åliggandelagen den som har legitimation för yrke inom hälsa- och sjukvården. Bestämmelserna omfattar även personal verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i vård, behandling eller undersökning av patienter. Dessutom omfattas den personal som i annat fall vid vård, behandling eller undersökning biträder en legitimerad yrkesutövare.

Den som tillhör hälsa- och sjukvårdspersonal skall enligt samma lag utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten skall ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav. Vården skall även så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten som skall visas omtanke och respekt. Hälsa- och sjukvårdspersonal som har ansvaret för vården skall se till att patienten får upplysningar om sitt hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som finns. Arbetsuppgifter får överlåtas till annan endast när detta är förenligt med en god och säker vård. Den som överlåter en arbetsuppgift till någon som saknar formell kompetens svarar för att den som fått uppgiften har förut-



sättningar att fullgöra den. Hälso- och sjukvårdspersonal bär själva ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

HSAN utreder anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal om fel och försummelser vid undersökning, vård och behandling av patienter. De påföljder som kan utdelas är varning och erinran, av vilka varning är den allvarligaste. Ingen av påföljderna medför automatiskt att personen ifråga avstängs från sin tjänsteutövning. Detta är en fråga för arbetsgivaren. En förutsättning för att någon skall åläggas en disciplinpåföljd är att felet inte kan anses som ringa eller ursäktligt. En annan begränsning är att disciplinpåföljd inte kan åläggas en person efter hur lång tid som helst. Preskription inträder två år efter den tidpunkt då felet begåtts, om den anmälde inte innan dess delgivits anmälan. Disciplinpåföljd får inte heller åläggas senare än fem år efter förseelsen. HSAN kan även uttala kritik utan att det resulterar i påföljd.

Anmälan kan göras av patient, nära anhörig om patienten inte själv kan anmäla eller av Socialstyrelsen. Anmälan kan även göras av Justitieombudsmannen (JO) och Justitiekanslern (JK). Läkare, tandläkare och sjuksköterskor är de yrkesgrupper som oftast blir föremål för en anmälan till HSAN.

### 3.3.2 Vilka anmäler och vad anmäls?

HSAN konstaterar att anmälningsbenägenheten inte är särskilt hög bland äldre personer. När anmälan gäller en äldre person sker det vanligtvis via anhöriga (cirka 90 procent av alla anmälningar). Det är också relativt vanligt att anmälningarna inkommer efter det att den enskilde avlidit. Endast en mindre del av anmälningarna kommer i dessa fall från Socialstyrelsen. Anmälningar av Socialstyrelsen leder i betydligt högre grad till en disciplinär åtgärd från HSAN än anmälningar från anhöriga och/eller enskilda.

HSAN har uppmärksammat att brister i vård och omsorg av äldre personer ofta beror på att det i verksamheten inte finns fungerande rutiner eller att rutinerna är ogenomtänkta för t.ex.

när läkare skall tillkallas och för läkemedelshantering. HSAN anser även att det brister i läkartillsynen i de särskilda boendeformerna och att det där saknas fasta läkarkontakter.

Brister i journalföring är vanligt förekommande. Det förekommer påfallande ofta bristande rutiner för delegering mellan olika personalgrupper.

Anmälningar som berör personer över 65 år avser främst bristande omvårdnad, tillsyn och behandling, särskilt vid fall och fallskador, beträffande vätske- och näringstillförsel och hur ofta läkare tillkallas samt vid insatser i livets slutskede. Antalet anmälningar som avser fall och fallskador har dock enligt ansvarsnämnden minskat under senare år.

### 3.3.3 Antal anmälningar m.m. som avser äldre personer

#### **Knappt en femtedel av anmälningarna avser äldre personer**

Ansvarsnämndens databas innehåller uppgifter om totalt 9 703 anmälningar som inkommit från år 1993 och t.o.m. utgången av år 1996. (Uppgifterna avser inte samtliga inkomna anmälningar under år 1993 eftersom dataregistrering påbörjades under året). Det har under de studerade åren (1993-1996) fortlöpande skett en ökning av antalet anmälningar till HSAN. Majoriteten avser personer i de yrkesverksamma åldrarna. Totalt inkom 2 656 anmälningar under år 1996. Av dessa avsåg 490 (18 procent) personer 65 år och äldre. Cirka 55 procent avsåg kvinnor.

Äldres andel av det totala antalet anmälningar har ökat från knappt 15 procent år 1993 till drygt 18 procent år 1996. Antalet anmälningar som berör personer över 80 år har fördubblats under tidsperioden. År 1993 avsåg 4 procent av anmälningarna personer 80 år och äldre och år 1996 var motsvarande andel knappt 7 procent av samtliga anmälningar.

**Tabell 3. Antal inkomna anmälningar till HSAN åren 1993-1996, fördelat på ålder och år.**

Inkomna anmälningar 1993 - 1996	Totalt antal	Varav an- tal 65- år	Procent andel 65 - år	Varav antal 80 - år	Procent andel 80 - år
Anmälningar 1993	2109	314	15	85	4
Anmälningar 1994	2416	374	15	96	4
Anmälningar 1995	2522	479	19	141	6
Anmälningar 1996	2656	490	18	180	7
Totalt	9703	1657	17	502	5

Trots det ökade antalet anmälningar som avser personer över 65 år är det i förhållande till att vårdkonsumtionen ökar kraftigt med stigande ålder, få anmälningar till HSAN som avser de allra äldsta personerna med de största vård- och omsorgsbehoven, dvs. personer 80 år och äldre.

### **Antalet disciplinpåföljder har ökat kraftigt bland anmälningar som gäller äldre personer**

Ansvarsnämndens databas innehåller även uppgifter om antalet avgjorda anmälningar samt de som föranlett en disciplinpåföljd.

**Tabell 4. Antal och andel avgjorda anmälningar hos HSAN åren 1993-1996, fördelat på ålder och år.**

Avgjorda anmälningar 1993-1996	Antal 0-64 år	Procent andel 0-64 år	Antal 65 - år	Procent andel 65 - år	Totalt antal	Totalt procent
Avgjorda 1993	1006	88	134	12	1140	100
Avgjorda 1994	1748	85	305	15	2053	100
Avgjorda 1995	2008	86	330	14	2338	100
Avgjorda 1996	2581	85	451	15	3032	100
Totalt	7343	86	1220	14	8563	100

År 1996 avgjordes totalt 3 032 anmälningar varav 451 (15 procent) avsåg personer över 65 år. Knappt hälften av de avgjorda anmälningarna i åldersgruppen över 65 år avsåg personer 80 år och äldre. Äldres andel av det totala antalet avgjorda anmälningar har varit konstant under åren 1994 till 1996.

En av HSAN avgjord anmälan rörande personer 65 år och äldre leder däremot oftare till påföljd än en avgjord anmälan som avser personer yngre än 65 år. Denna skillnad är särskilt framträdande för år 1996, där 20 procent av de avgjorda anmälningarna som berör äldre lett till påföljd i jämförelse med 11 procent bland yngre personer. Den procentuella andel avgjorda anmälningar bland yngre som lett till påföljd är relativt stabil (10-12 procent) medan andelen bland äldre som föranlett en påföljd ökat markant under den studerade perioden, från 5 procent år 1993 till 20 procent år 1996.

**Tabell 5. Antal och andel av de avgjorda anmälningarna hos HSAN åren 1993-1996 som föranlett disciplinpåföljd, fördelat på ålder.**

Avgjorda anmälningar 1993-1996	Totalt antal avgjorda anmäl.	Varav totalt antal påföljder	Procent andel påföljder	Antal påföljder 0-64 år	Procent andel påföljder 0-64 år	Antal påföljder 65 - år	Procent andel påföljder 65 - år
Avgjorda 1993	1140	109	10	102	94	7	6
Avgjorda 1994	2053	240	12	207	86	33	14
Avgjorda 1995	2338	292	12	239	82	53	18
Avgjorda 1996	3032	372	12	284	76	88	24
Totalt	8563	1013	12	832	82	181	18

Äldres andel av samtliga avgjorda anmälningar som föranlett en disciplinpåföljd har därmed också ökat kraftigt, vilket framgår av tabell 5, från 6 procent år 1993 till 24 procent år 1996. Det är således i dag betydligt vanligare att en anmälan som berör personer 65 år och äldre föranleder en disciplinpåföljd. Av samtliga avgjorda anmälningar resulterade drygt 12 procent under år 1996 i en disciplinpåföljd.

Det är inte möjligt att utan tidskrävande bearbetningar inhämta ytterligare information från databasen om bl.a. anledning till an-

mälan samt i vilka verksamheter och situationer händelsen inträffade.

### 3.3.4 Exempel på anmälningar till HSAN

#### **Inledning**

Jag har av ansvarsnämnden fått ta del av ett antal beslut som berör personer i åldersgruppen 65 år och äldre. De 23 exemplen avser anmälningar från anhöriga. I det följande redogör jag för de upplevelser av brister och missförhållanden som anhöriga beskriver i sina anmälningar. Jag beskriver även nämndens handläggning och beslut.

Kännetecknande för anmälningarna är att den person som anmälan berör vanligtvis har kraftigt nedsatt allmäntillstånd, ofta till följd av flera olika sjukdomar/funktionsnedsättningar som t.ex. sviktande hjärtfunktion, cirkulationsproblem, diabetes, cancersjukdomar, demens och förvirringstillstånd, hjärnblödning m.m. Den enskilde har ofta nedsatt rörelseförmåga och har behov av hjälpmedel vid förflyttningar.

#### **Anmälan**

Anmälan kommer främst från en nära anhörig (maka/make, son/dotter) och avser tiden då deras närstående bodde på sjukhem eller var inlagd på sjukhus. Anmälan har i 15 av 23 fall inkommit sedan deras närstående avlidit. Sammanfattningsvis kan följande upplevelser, synpunkter och klagomål urskiljas i anmälningarna från anhöriga.

#### **Brister i information, kommunikation och samverkan**

Även om brister i information inte är huvudskäl till anmälan är det relativt vanligt förekommande att det även riktas kritik mot bristfällig information, kommunikation och samverkan med såväl enskilda som med anhöriga. Kritiken avser bl.a. att personalen brister i att informera anhöriga om försämringar i deras när-

ståendes hälsotillstånd. Vidare förekommer underlåtenhet att informera enskilda och anhöriga vid överflyttningar mellan olika vård- och omsorgsformer. Anhöriga påtalar även bristande information om inträffade händelser som t.ex. att deras närstående ramlat eller att stora trycksår snabbt utvecklats. Andra skäl till kritik avser underlåtenhet att informera och tillkalla anhöriga när någon befinner sig i livets slutskede. Kritik riktas även mot bristande informationsöverföring mellan olika personalkategorier och olika vårdnivåer.

### **Brister i omvårdnad och behandling**

En stor del av anmälningarna som jag här har analyserat avser fall och fallskador som uppkommit i samband med förflyttningar vid t.ex. toalettbesök eller vid sänggående/uppstigning. Fallen har förorsakat frakturer. Anhöriga riktar i sina anmälningar kritik mot att händelserna inte rapporterats till ansvarig läkare och/eller att adekvata undersökningar inte genomförts. I anmälningarna förekommer exempel på att frakturerna inte uppmärksammats förrän upp till tre månader efter att händelsen inträffat. Anhöriga är också kritiska mot att händelsen inte rapporterats till den övriga personalen i arbetslaget. De upplever även att fallskadan påverkat deras närståendes allmäntillstånd och medfört ökade omvårdnadsbehov samt i vissa fall varit bidragande orsak till att deras närstående avlidit.

Andra brister som påtalas är förekomsten av trycksår och då särskilt brister i de förebyggande insatserna men även i behandlingen av trycksår. Anhöriga ställer sig frågande till hur trycksår på mycket kort tid kan utvecklas till knytnävsstora sår och ifrågasätter hur den personliga hygienens tillgodosätts.

Övriga brister som påpekas gäller undermålig klädsel samt dålig vätske- och näringstillförsel vilket föranleder uttorkning och näringsbrist. Oro och ångest dämpas med för stora mängder sömnmedel och lugnande medicin. Brist på hjälpmedel, rehabilitering och meningsfulla aktiviteter är andra synpunkter som framkommer liksom även uppfattningar om att felaktiga behandlingar genomförts. Anhöriga påpekar brister i tillsyn av enskilda patienter. Personal uppmärksammar inte försämringar i hälsotill-

stånd och avläser inte smärtupplevelser hos enskilda som inte själva kan förmedla hur de har det. I anmälningarna framkommer även synpunkter på att det hos ansvarig läkare brister i uppföljning av ordinerade insatser. Det saknas rutiner för i vilka situationer läkare skall tillkallas och när det krävs insatser inom akutsjukvården. Anhöriga upplever även att det inte sätts in tillräckliga insatser och att det förekommer bristande tillsyn av patienten i livets slutskede.

#### **Utredning och beslut**

HSAN har att pröva om den hälso- och sjukvårdspersonal som anmälan avser har åsidosatt vad som åligger honom eller henne i yrkesutövningen enligt 4 § lagen om disciplinpåföljd m.m. på hälso- och sjukvårdens område. Nämnden har att ta ställning till om eventuella fel och försummelse är att betrakta som ringa. Om felet är ringa eller om det framstår som ursäktligt får disciplinpåföljd underlåtas.

HSAN inhämtar för utredning och bedömning yttranden från berörd personal samt även från personal i arbetsledande ställning. Nämnden granskar journalhandlingar och tar i förekommande fall del av andra myndigheters utredningar, t.ex. från Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter och länsstyrelserna. Nämnden biträds i utredning och bedömning av ämnessakkunniga vilka även är föredragande. För att disciplinpåföljd skall kunna utdelas skall det av utredningen kunna styrkas att befattningshavarna har brustit i sina åligganden. De flesta anmälningar lämnas utan åtgärd då utredningen inte ger stöd för att ansvarig personal vid vård, behandling eller undersökning åsidosatt sina åligganden. Det är dock relativt vanligt förekommande att nämnden riktar kritik mot brister i dokumentation eller i övrigt mot omhändertagandet av den enskilde. Nämnden påpekar i sina beslut vikten av att bestämmelserna i patientjournallagen (1985:562) följs samt att omvårdnadsarbetet dokumenteras.

HSAN har även möjlighet att överlämna vissa anmälningar till landsting eller till kommun för åtgärd om innehållet i anmälan avser bl.a. klagomål över brister i kontakten mellan en patient

och hälso- och sjukvårdspersonal och om det finns grundad anledning att anta att anmälan inte kan föranleda disciplinpåföljd.

### **Gränsdragningsfrågor efter Ädelreformen**

HSAN har uppmärksammat de gränsdragningsproblem som blivit tydliga efter Ädelreformen och kommunernas övertagande av viss hälso- och sjukvård. Kommunernas särskilda boendeformer, inklusive sjukhemmen som övertagits från landstingen i samband med Ädelreformen, är inte att betrakta som sjukhus eller annan vårdinrättning enligt åliggandelagen. Därmed omfattas inte all personal i de särskilda boendeformerna av bestämmelserna. Det är enbart den legitimerade personalen i en kommun som är hälso- och sjukvårdspersonal i lagens mening. Undersköterskor och vårdbiträden i särskilda boendeformer är socialtjänstpersonal. Ansvarsnämndens möjlighet att ålägga disciplinpåföljd vid försummelse i yrkesutövningen omfattar, som redovisats tidigare, enbart hälso- och sjukvårdspersonal.

Motsvarande bestämmelser finns inte för personal inom socialtjänsten. Det innebär att HSAN inte prövar anmälan i den del som gäller annan än hälso- och sjukvårdspersonal. Den som inte är legitimerad yrkesutövare inom den kommunala hälso- och sjukvården tillhör hälso- och sjukvårdspersonal endast i den omfattning som de arbetar på delegation eller biträder legitimerad yrkesutövare. Enligt ansvarsnämndens erfarenheter är det många gånger svårt att bedöma när icke legitimerad personal är att betrakta som hälso- och sjukvårdspersonal och när den inte är det. En allvarlig händelse kan leda till disciplinpåföljd för hälso- och sjukvårdspersonal men inte för socialtjänstpersonal. Om däremot socialtjänstpersonal arbetar på delegation eller biträder legitimerad yrkesutövningen omfattas de av bestämmelserna om disciplinpåföljder.

I det följande redovisar jag några exempel på anmälningar samt ansvarsnämndens handläggning och beslut.



**Förebyggande insatser och behandling av sår**

*Anhöriga (barn) har i anmälan riktat kritik mot att ansvarig läkare och sjuksköterska underlät att förebygga och behandla trycksår. Informationen till anhöriga ansågs även ha varit bristfällig.*

*I anmälan uppges att fadern hade problem med hjärtat och cirkulationen men att han för övrigt var pigg. Han var inte sängliggande och hade inte några tryckskador eller liggsår när han insjuknade i hemmet den 4 november med feber och värk i kroppen. Efter två dagar var hans tillstånd så dåligt att han togs in på sjukhusets medicinavdelning. Han var mycket sjuk, hade feber, svårt att andas och var mestadels mycket omtöcknad. Familjen besökte honom varje dag, ofta flera gånger om dagen. I de fall de inte besökte honom höll de telefonkontakt med avdelningen. När de besökte honom ville han varje gång att de skulle lägga honom på sidan. Anhöriga uppfattade det som att han tyckte det var jobbigt att hela tiden ligga på rygg, eller rättare sagt halvligg. Endast en gång fick de uppgift om att han varit uppe och duschat. Han hade då ansetts vara "jobbig".*

*På kvällen den 17 november försämrades hans tillstånd och han fördes till intensivvården. Av personalen där fick anhöriga samma kväll veta att han hade ett stort och fult trycksår i stjärten. På kvällen den 18 november försämrades hans tillstånd och han lades i respirator och samtidigt på en dekubitusmadrass. Den 25 november opererades en stor bit av vardera skinkan bort. Död vävnad togs sedan bort fortlöpande. Fadern avled den 31 december. Med anledning av det inträffade ställdes följande frågor i anmälan:*

*1. Upptäcktes inte trycksåret på medicinavdelningen? Enligt kopia av journalanteckning har man konstaterat att fadern "hela tiden behövde hjälp med sin hygien". När (om) han fick denna hjälp måste trycksåret eller hudförändringen rimligtvis ha upptäckts. Har det inte upptäckts måste det betyda att han inte fått omsorgsfull vård. Även om han, såsom hävdas, hade en känslig hud kan en skada av den omfattningen inte uppstå på en gång. Om man, som det vidare framgår av journalanteckningen, "noterat ett blå-rött område i stjärten men inget liggsår" vilken*

*behandling sattes då in? Har man sett skadan men inte brytt sig om den? Varför informerades inte anhöriga?*

*2. Varför försökte man inte förebygga liggsåret? Eftersom han var så sjuk att han inte orkade vända sig i sängen så måste risken för liggsår varit uppenbar. Har man från avdelningens sida rätt att underlåta erforderlig behandling för att patienten i sitt omtöcknade tillstånd "frånsagt sig hjälp till mobilisering"? Av journalanteckningen synes framgå att man för att undvika liggsår lagt honom på dekubitusmadrass redan på medicinavdelningen. Anhöriga konstaterade att någon sådan madrass inte fanns i hans säng på avdelningen. De menar att om en sådan hade funnits skulle de lagt märke till detta eftersom de vid varje besök rättade till hans säng och på hans begäran försökte hjälpa honom att ändra ställning. Madrassen borde också rimligtvis ha funnits i sängen när han fördes till intensivvården och det gjorde den inte.*

#### *Utredning*

*HSAN har granskat patientjournalen. Yttrande har inkommit från biträdande överläkare och avdelningsföreståndaren. De har i ett gemensamt yttrande uppgett följande:*

*1. Patienten hade rygg- och muskelsmärter, värk i benen samt smärtande förslitning av höger höftled. Han hade en mycket svår hjärtsvikt och en kronisk lungsjukdom, som gjorde att han hade grava andningssvårigheter.*

*2. Patienten hade vändschema, men vägrade annat läge än sittande rakt upp i sängen. Vid försök till ändring av läget skrek patienten av smärta och blev helt panikslagen på grund av andningssvårigheterna, som tilltog vid lägesändring.*

*3. Patienten hade enligt samstämmiga uppgifter från personal på avdelningen och intensivavdelningen inget trycksår vid ankomsten till intensivavdelningen, men ett blårott område i baken, tydande på begynnande cirkulationsrubbing.*

*4. Patientens grava hjärtsjukdom gjorde att cirkulationen var kraftigt försämrad. Detta medförde att risken för trycksår var stor. I journalen framgår att han fick begynnande besvär till och*

*med av plattorna för EKG-registrering, och att hämlarna rodnade på grund av dålig cirkulation redan efter 1 ½ timme.*

*Vi poängterar att personalen gjort det bästa möjliga i den aktuella situationen och bestrider att någon felbehandling skett.*

*I journalen finns inget antecknat om att patienten skulle haft trycksår vid ankomsten till intensivavdelningen den 17 november. Den 20 november står antecknat "tryckskadan över sacrum börjat spricka".*

#### *Bedömning*

*Av utredningen framgår att mannen var svårt hjärt- och lungsjuk med sviktande cirkulation, dålig genomblödning av huden och skör hud. Han hade även problem med andningen varför det var svårt att ändra hans kroppsställning. Han ville endast sitta upprätt och kom därför att belasta samma hudområde under den tid han befann sig på medicinavdelningen. Enligt sjuksköterskejournalen gick det inte håll på skinnet förrän mannen överförts till intensivavdelningen men tryckskadan måste rimligtvis ha uppstått redan före överföringen. Av journalerna framgår att personalen gjort vad man kunnat för att förhindra att trycksår skulle uppkomma på den svårt sjuke mannen. Den anmälda sjukvårdspersonalen kan således inte kritiseras för vården.*

#### *Beslut*

*"Ansvarsnämnden lämnar anmälan utan åtgärd"*

### **Behandling av benbrott**

#### *Anmälan*

*Sondotter har anmält ansvarig personal på sjukhemmet och ansvarig läkare på sjukhuset för fel och försummelse i yrkesutövningen. Anmälan avser en 93-årig dam boende på sjukhemmet. Sondottern har i anmälan anfört följande.*

*Personalen hittade damen klockan 01.30 liggande på golvet, med brutet lårben. Personalen drog då över henne till en madrass på golvet. Hon fick sedan ligga så till klockan 08.50. När ambulansen kom fick ambulanspersonalen kalla på en akutbil med läkare, på grund av att brottet var så illa att hon inte kunde förflyttas utan att hon var sövd. Enligt ambulansförarna var det "det värsta brott de hade sett". Den gamla damens fot låg i höjd med axeln. Sondottern har ifrågasatt hur den gamla kunde få bli liggande från klockan 01.30 till 08.50, varför man ringde de anhöriga 02.30 om ett lårbensbrott och om den gamla damen fick ligga ensam hela tiden eller om det fanns någon hos henne.*

#### *Utredning*

*Ansvarsnämnden granskade patientjournaler samt skaffade in yttranden av nattsjuksköterskan på sjukhemmet, distriktsläkaren samt läkaren på ortopediska kliniken.*

#### *Bedömning*

*"Ansvarsnämnden anför att det av utredningen framgått att skadan var sådan att den borde ha bedömts av läkare snarast för ställningstagande till fortsatt handläggning, kontroll av distalstatus och eventuell grovreponering av frakturen. Det är inte acceptabelt att den gamla damen xx fick ligga på en madrass på golvet på sjukhemmet under flera timmar istället för att transporteras till sjukhuset där det finns personal med vana att handlägga frakturer. Av utredningen har framkommit att det föreligger olika uppgifter i fråga om dels hur skadan beskrivits av nattsjuksköterskan xy vid samtalen med distriktsläkaren yx och läkaren yy vid ortopedkliniken dels vad som sagts vid samtalet mellan nattsjuksköterskan och läkaren vid ortopedkliniken.*

*Nattsjuksköterskan xy har gjort följande originalanteckning om skadan i journalen "Hö ben fraktur-underbenet uppåt utroterat från knät. Smärta."Efter samtalet med läkaren vid ortopedklinik-*

en har hon antecknat följande " Dr yy ringt från akutmott. Anser det bäst att föra den gamla damen till akutmott. efter kl 07.00".

Nattsjuksköterskan xy har lämnat en noggrann redogörelse för händelseförloppet. Hennes redogörelse överensstämmer med de fortlöpande anteckningarna i journalhandlingen från sjukhemmet och har därför hög trovärdighet. Det har därför ålegat berörda läkare att vid deras samtal med sjuksköterskan fråga om en felställning av benet förelåg. Det får således anses styrkt att berörda läkare yx och yy delgetts information om skadan som framgår av journalanteckningarna och på så sätt som beskrivits av sjuksköterskan xy. Det får vidare anses styrkt att läkaren yy vid ortopedkliniken till sjuksköterskan uppgett att det inte var någon idé att sända den gamla damen till akutmottagningen före klockan 07.00.

Distriktsläkaren yx borde ha insett att den gamla damen hade en fraktur och omedelbart ordinerat ambulanstransport till sjukhuset eller själv infunnit sig på sjukhemmet för undersökning av skadan. En förmildrande omständighet är dock att distriktsläkaren yx bad sjuksköterskan att förankra beslutet att avvakta transport till morgonen med akutmottagningens läkare.

Läkaren yy vid ortopedkliniken borde ha insett att den gamla damen hade en fraktur och omedelbart ordinerat ambulanstransport till sjukhuset.

Ansvarsnämnden finner således att berörda läkares handläggning strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. De skall därför tilldelas disciplinpåföljd som bör bestämmas till en varning. Vad avser anmälan i övrigt har inget framkommit som visar att någon bland hälso- och sjukvårdspersonalen har gjort sig skyldig till fel eller försummelse.

### *Beslut*

Ansvarsnämnden tilldelar – med stöd av 12 § första stycket lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonal m.fl. – berörda läkare en varning.

Ansvarsnämnden lämnar anmälan i övrigt utan åtgärd."

## 3.4 Patientskadeförsäkringen

### 3.4.1 En särskild Patientförsäkring tillkom år 1975

En patient som skadas i samband med behandling eller annan liknande åtgärd inom hälso- och sjukvården kan på olika sätt söka ersättning för skadan. En särskild Patientförsäkring tillskapades år 1975 på grund av svårigheter att få ersättning för patientskador enligt skadeståndslagen (1972:207).

Landstingsförbundet, landstingen och de tre landstingsfria kommunerna (Göteborg, Malmö, Gotland) har sedan år 1995 ett eget ömsesidigt försäkringsbolag, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF). Bolaget skall täcka det ansvar som landstingen och de tre landstingsfria kommunerna har för ersättning av skador som drabbar patienten. PSR (Patientskadereglering AB) svarar fr.o.m. år 1995 för skadereglering av patientskadeärenden som gäller landstingen. PSR skall även utreda skadeståndsskyldigheten samt föra sjukvårdshuvudmännens talan vid förhandlingar och eventuell rättegång rörande skadestånd.

Kommunerna och privata vårdgivare har tecknat liknande patientförsäkringar hos olika försäkringsbolag. Enligt vad som erfärits är det relativt vanligt förekommande att kommunerna knyter an patientförsäkringen till den försäkring som i övrigt finns för den kommunala verksamheten.

### 3.4.2 Rätt till patientskadeersättning från 1 januari 1997

Från den 1 januari 1997 infördes en patientskadelag (1996:799). Lagen innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och om skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige. Ersättning skall lämnas för bl.a. skada som orsakats av undersökning, vård och be-

handling samt oriktiga diagnoser. Vidare skall ersättning lämnas vid fel hos eller felaktig hantering av medicintekniska produkter och sjukvårdsutrustning samt i samband med att smittämnen i vården lett till infektion. Dessutom skall ersättning lämnas vid olycksfall som inträffat i samband med vården samt vid oriktig hantering av läkemedel.

Rätten till patientskadeersättning i lagstiftningen är fristående från skadeståndsrätten och bygger i stor utsträckning på bestämmelserna i den tidigare frivilliga patientförsäkringen från år 1975. Bestämmelserna innebär bl.a. att patienten, för att ersättning skall kunna lämnas, inte behöver bevisa att skadan orsakats genom att hälso- och sjukvårdspersonal gjort sig skyldig till fel eller försummelse. Bedömningen sker på objektiva grunder.

Patientskadeersättningen bestäms i huvudsak enligt regler i skadeståndslagen med den avvikelsen att patienten själv skall betala en självrisk motsvarande en tjugondel av basbeloppet enligt lagen om allmän försäkring. Landstingen har dock inom ramen för LÖF beslutat om en lägre självrisk, för närvarande 1000 kr. En annan avvikelse från skadeståndslagen är att det finns ett tak för ersättningens storlek. Ersättningsbestämmelserna i patientskadelagen, som innebär att även patienters efterlevande kan ha rätt till ersättning, är tvingande till den skadelidandes förmån. En patientskadenämnd skall på begäran av bl.a. patient, vårdgivare, försäkringsgivare och domstol avge yttrande över ersättningsanspråk.

Alla vårdgivare, såväl offentliga som privata, är enligt lagstiftningen ålagda en skyldighet att teckna en försäkring som täcker ersättningskyldigheten.

Rätt till ersättning enligt LÖF föreligger om patienten på grund av behandlingsskadan bl.a. varit intagen under längre tid än tio dagar på sjukhus, fått sjuktiden förlängd med mer än 30 dagar, drabbats av men/handikapp som inte är obetydligt eller avlidit. Ersättning kan lämnas för bl.a. förlorad arbetsinkomst, framtida inkomstbortfall, sjukvårdskostnader, rehabiliteringskostnader, sveda och värk, underhåll till efterlevande samt begravningskostnader.

### 3.4.3 Antal anmälningar och ersatta skador hos Patientförsäkringen

#### **Skador bland äldre leder något oftare till ersättning**

Patientförsäkringens databas innehåller uppgifter om skador som försäkringen bedömt som ersättningsbara sedan verksamheten på-börjades år 1975. Databasen innehåller även uppgifter om bl.a. i vilken specialitet och typ av vårdanläggning som skadan uppkommit samt antal skador som förorsakat invaliditet och dödsfall. Skadestatistik och olika fallstudier redovisas kontinuerligt i Läkartidningen m.fl. tidskrifter samt till berörd personal och de olika klinikerna.

Jag har från Patientförsäkringen fått ta del av statistikuppgifter avseende tiden från år 1975 t.o.m. år 1995. Statistiksammansättningen för år 1996 har inte varit tillgänglig (mars 1997) med anledning av vissa omläggningar i databasen. Enligt uppgift från LÖF har dock antalet anmälningar och ersatta skador under år 1996 varit förhållandevis konstant i jämförelse med år 1995. Patientförsäkringen har enligt dessa uppgifter tagit emot drygt 7 000 anmälningar under 1996 varav 3 200 lett till ersättning.

Totalt har försäkringen tagit emot cirka 96 000 anmälningar t.o.m. utgången av år 1996. Cirka 40 000 av dessa har lett till ersättning. Enligt de uppgifter som framkommit från Patientförsäkringen är det till skillnad från anmälningar som inkommer till HSN och förtroendenämnderna vanligare att äldre personer själva, ofta i samråd med ansvarig läkare, anmäler skador till Patientförsäkringen. Tabell 6 visar antal inkomna anmälningar och ersatta skador fram t.o.m. år 1995.

Majoriteten (60 procent) av anmälningarna om personskador inom vården avser personer under 65 år. Under tjugoårsperioden (1975-1995) har 35 650 anmälningar avsett personer 65 år och äldre vilket motsvarar 40 procent av samtliga anmälningar. Under perioden har 60 procent av anmälningarna berört kvinnor.



**Tabell 6. Anmälningar och ersatta skador hos Patientförsäkringen, åren 1975 till 1995, fördelat på ålder och kön.**

Kön	Inkomna anmälningar			Varav ersatta skador		
	0-64 år	65- år	Samtliga	0-64 år	65- år	Samtliga
Kvinnor						
Antal	32 366	21 304	53 670	13 376	9 681	23 057
Proc.	60	40	100	41	45	43
Män						
Antal	20 955	14 346	35 301	7 644	6 038	13 682
Proc.	59	41	100	36	42	39
Samtliga						
Antal	53 321	35 650	88 971	21 020	15 719	36 739
Proc.	60	40	100	39	44	41

Av samtliga anmälningar åren 1975-1995 har 41 procent föranlett ersättning från försäkringen. Andelen ersatta skador hos äldre är något högre (44 procent) i jämförelse med ersatta skador hos yngre personer (39 procent). Anmälningar från kvinnor leder något oftare till ersättning. Äldre kvinnor får i förhållande till antalet anmälningar oftare ersättning (45 procent) för sina skador än övriga grupper.

Äldres andel av det totala antalet ersatta skador är lägre jämfört med deras andel av vårdutnyttjandet inom sjukvården. De nyttjade mer än hälften av samtliga vård dagar under år 1995. Äldres andel av samtliga ersatta skador åren 1989-1995 uppgick till 32 procent. Motsvarande andel bland personer 85 år och äldre var under samma period 4 procent. År 1995 nyttjades 11 procent av samtliga vård dagar inom den sjukhusanslutna vården av personer i denna åldersgrupp.

Flertalet skador som anmäls avser övergående skador eller sjuk-skrivningar. Det är enbart ett fåtal skador som är så allvarliga att de föranleder dödsfall. Under åren 1989 t.o.m. 1995 ersattes totalt 8091 skador av försäkringen. 243 av dessa har förorsakat dödsfall, vilket motsvarar 3 procent av samtliga ersatta skador under tidsperioden. 47 procent av dödsfallen avsåg personer 65 år och äldre.

Majoriteten skador uppkommer inom akutsjukvården. Det är ett fåtal av de ersatta skadorna som uppkommit inom långtidssjuk-

vården (sjukhemsverksamhet), på distriktsläkarmottagningar och distriktstandläkarpolikliniker.

### 3.5 Tillsyn över hälso- och sjukvård

#### 3.5.1 Nya bestämmelser från 1 januari 1997

Från den 1 januari 1997 infördes nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen. Bestämmelserna innebär bl.a. att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet skall det finnas lokaler, den utrustning samt den personal som behövs för att ge en god vård. Det har även införts krav på att hälso- och sjukvården systematiskt och fortlöpande skall utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Vidare infördes bestämmelser om att det inom all hälso- och sjukvård skall finnas någon som svarar för verksamheten, en verksamhetschef. Denna skall bl.a. ansvara för den löpande verksamheten samt upprätthålla och bevaka att kravet på hög patientsäkerhet och god kvalitet tillgodoses.

Från den 1 januari 1997 trädde även lagen (1996:786/tillsynslagen) om tillsyn över hälso- och sjukvården i kraft. Huvudsyftet med lagstiftningen är att säkerställa hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerheten för patienterna i vården. Den nya lagstiftningen innebär att enhetliga bestämmelser gäller för tillsyn över hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen skall, med undantag för den sjukvård som ges inom Försvarmakten, utöva tillsyn över all hälso- och sjukvård oavsett driftsform. Socialstyrelsen har i sin tillsyn rätt att ta del av handlingar och erhålla uppgifter i behövlig utsträckning samt göra inspektioner. Den som vill bedriva hälso- och sjukvård skall anmäla detta till Socialstyrelsen. Bestämmelserna i tillsynslagen innebär även att det införts ett sanktionssystem gentemot den som bedriver hälso- och sjukvård om verksamheten inte uppfyller kraven. Med anledning av de nya bestämmelserna har Socialstyrelsen utarbetat föreskrifter och allmänna råd.

Socialstyrelsens tillsyn över hälso- och sjukvården gäller dels tillsynen av själva vårdverksamheten (verksamhetstillsyn), dels av de personer som arbetar i vården (individtillsyn). Genom verksamhetstillsynen följer Socialstyrelsen utvecklingen och utvärderar vårdverksamheten. Verksamhetstillsynen avser t.ex. hur hälso- och sjukvården är organiserad, vårdutbudets omfattning och inriktning, arbetsrutiner, den medicinska utrustningen, personalens utbildning och kompetens samt personaltillgången.

I den s.k. individtillsynen har Socialstyrelsen att utöva tillsyn över det sätt på vilket den enskilde yrkesutövaren utför sina åligganden inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser finns i åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. I avsnitt 3.3. om hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd ger jag en närmare redogörelse för bestämmelserna i lagstiftningen.

Ett tillsynsärende hos Socialstyrelsen kan initieras genom externa anmälningar, t.ex. vårdgivaren (Lex Maria-anmälningar enligt nedan) eller från enskilda, anhöriga, andra myndigheter m.fl. Socialstyrelsen gör även tillsynsinsatser på eget initiativ.

### 3.5.2 Vårdgivarens skyldighet att rapportera Lex Maria-händelser

Bestämmelserna om anmälningsskyldighet har från 1 januari 1997 förts över från den s.k. Lex Maria-förordningen till 5 § tillsynslagen. Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller om någon drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:23), som ger riktlinjer för tillämpningen, har benämningen Lex Maria behållits. Den nya Lex Maria innebär i huvudsak en anpassning till den nya lagstiftningen. Vårdgivaren skall som en del av det egna kvalitetssystemet ha rutiner för lokal avvikelserapportering. Avvikelse i verksamheten är alla olyckor, incidenter, tillbud m.m. Rutinerna skall vara integrerade i det dagliga arbetet. All hälso- och sjukvårdspersonal är skyldig att rapportera avvikelser av betydelse för patient-säkerheten. Det skall ske till den som hos vårdgivaren svarar för den lokala avvikelshanteringen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd är det väsentligt att den som svarar för anmälningsskyldigheten enligt 5 § tillsynslagen besitter tillräcklig kompetens och har en sådan position i organisationen att goda möjligheter föreligger till jämförelser mellan anmälningsfall. Erfarenheten visar att den som har en överordnad ställning eller annars en friare plats i organisationen, utan större eget vård- och behandlingsarbete, har lättare att fungera i rollen som anmälare.

Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller allvarliga skador och sjukdomar samt risker som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör normal risk i samband med vård, behandling eller undersökning. Lex Maria-anmälningar är sedan länge en av de viktigaste informationskällorna till stöd för arbetet med förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Anmälningar om risksituationer och riskhändelser har stor betydelse för Socialstyrelsens förebyggande tillsynsarbete. En anmälan från en vårdgivare till Socialstyrelsen innebär att risker blir kända och kan analyseras på nationell nivå. Erfarenheterna återförs sedan till hälso- och sjukvården. Statistik över Lex Maria-anmälningar samlas i Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB) i Örebro.

### 3.5.3 Förhållanden som föranleder Lex Maria-anmälan

Det är enligt Socialstyrelsens allmänna råd och föreskrifter viktigt att iakttagelser anmäls avseende risker eller riskbeteenden som kan föranleda, eller som redan föranlett, förändrade rutiner eller som kan motivera särskilda utbildningsinsatser. Förhållanden som skall rapporteras är t.ex:

- Förväxlingar, felaktiga förskrivningar och feldoseringar samt felexpedieringar. Avvikelse där läkemedel är involverade skall anmälas om komplikationerna föranlett, borde föranlett eller skulle föranleda aktiva behandlingsåtgärder eller överföring till annan vårdenheter.

- Utebliven undersökning eller behandling som i den aktuella situationen varit klart indicerad enligt vedertagen praxis.
- Fördröjd eller felaktigt utförd undersökning eller behandling.
- Otillräcklig eller felaktig information till patienten eller anhöriga.
- Otillräcklig eller vilseledande instruktion eller information till personal eller mottagande vårdenhet.
- Felaktig funktion/konstruktion, felaktig användning eller felaktigt underhåll av medicintekniska produkter eller annan utrustning inkluderande tekniska försörjningssystem, nödkraftaggregat och liknande.
- Iakttaga skador eller risker vid tillämpning av metoder eller rutiner som är i allmänt bruk eller som förekommer i fortfarande aktuella anvisningar eller handböcker.
- Brister i arbetsrutiner, t.ex. övervakningsrutiner, i vårdens organisation och i samarbetet mellan olika vårdenheter, t.ex. remissrutiner.
- Nosokomiala infektioner dvs. infektioner uppkomna vid undersökning, vård och behandling.
- Otillräckliga resurser i form av bl.a. kompetens, bemanning, lokaler eller utrustning för verksamhetens bedrivande.

### 3.5.4 Information om riskhändelser i Socialstyrelsens RiskDataBas

#### **Inledning**

Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB) är en värdefull källa för forsknings- och utvecklingsverksamhet. Anmälningarna i databasen kan ge uppslag till individ- och verksamhetsrelaterad tillsyn. De skall även stimulera till kvalitetssäkring och leda till att riskhändelser förebyggs. Återföring sker kontinuerligt till sjukvården bl.a via informationsbladen "RiskRonden" och "RiskRondenSpecial". Från början av år 1996 registreras även beslut i anmälningar till HSAN. Databasen innehåller uppgifter om skador, risker och riskbeteenden i vården. Den rymmer också information om vilka yrkeskategorier som var med då händelsen

inträffade, vilken verksamhet som bedrevs, typ av arbetsmoment som utfördes, typ av felbehandling och orsaken till denna.

Lex Maria-anmälningar har registrerats i RDB sedan år 1992 och databasen innehöll vid utgången av år 1996 information om drygt 6 300 anmälningar. Samtliga inregistrerade Lex Maria-anmälningar är utredda och beslutade av Socialstyrelsen. För år 1996 har cirka 150 beslutade Lex Maria-händelser ännu inte rapporterats till RDB.

#### **Fördelning mellan huvudmän och geografiska områden**

I förhållande till folkmängden svarade den norra regionen (det geografiska området för regionala tillsynsenheten i Umeå) under åren 1995 och 1996 för flest antal rapporterade riskhändelser. Särskilt frekventa var riskhändelser vid särskilda boendeformer och vårdcentraler jämfört med förhållanden i övriga regioner. Riskhändelserna från den slutna vården skiljer sig inte från övriga regioner. Även Örebroregionen hade under samma period i förhållande till sin folkmängd ett stort antal rapporterade riskhändelser.

Under tidsperioden 1992 till 1996 svarade landstingen för 49 procent, kommunerna för 40 procent, privata vårdgivare för 7 procent och de landstingsfria kommunerna (Göteborg, Malmö och Gotland) för 4 procent av alla riskhändelser. Antalet rapporterade riskhändelser från kommunerna har minskat med 14 procentenheter mellan åren 1995 och 1996 (från 44 procent 1995 till 30 procent 1996). Under samma år har antalet anmälningar från privata vårdgivare fördubblats jämfört med tidigare år. Ökningen av antalet anmälningar från privata vårdgivare beror huvudsakligen på att apoteksärenden (klassificeras som privat verksamhet) börjat tillföras RDB under år 1995.

**Majoriteten av anmälningarna berör äldre personer**

År 1992 registrerades 768 Lex Maria-anmälningar i databasen. Av samtliga avsåg 53 procent personer 65 år och äldre. Antalet anmälningar ökade kraftigt under åren 1993 och 1994 för att därefter minska åren 1995 och 1996. En stor del av det ökade antalet anmälningar (1993 och 1994) berörde personer 65 år och äldre vilket framgår av tabell 7.

**Tabell 7. Fördelning av antalet personer 65 år och äldre i Lex Maria-beslut åren 1992-1996.**

År	Antal 0-64 år	Proc. andel 0-64 år	Antal 65 - år	Proc. andel 65 - år	Samtliga antal	Samtliga proc.
1992	333	47	382	53	715	100
1993	443	35	822	65	1265	100
1994	485	32	1025	68	1510	100
1995	456	33	914	67	1370	100
1996	542	43	712	57	1254	100
Totalt	2259	37	3855	63	6114*	100

\* Det bör observeras att ca 200-300 anmälningar i databasen saknar uppgifter om ålder.

Andelen personer 65 år och äldre ökade med 15 procentenheter mellan åren 1992 och 1994. Från år 1995 har antalet personer i denna åldersgrupp minskat betydligt och var vid utgången av år 1996 nere i 57 procent, dvs en minskning med 11 procentenheter. Trots minskningen gäller dock fortfarande att mer än hälften av de som drabbats av riskhändelser är personer 65 år och äldre. Kön- och åldersfördelning bland personer i åldersgruppen 65 år och äldre framgår av tabell 8.

**Tabell 8. Antal personer i Lex Maria-beslut åren 1992-1996, fördelat på ålder och kön.**

Kön	Ålder					
	0-64 år	65-74 år	75-84 år	85 - år	Samtliga 65 - år	Samtliga
Kvinnor						
Antal	1169	422	885	803	2110	3279
Proc.	36	13	27	24	64	59
Män						
Antal	973	424	568	324	1316	2289
Proc.	42	18	25	14	57	41
Samtliga						
Antal	2142	846	1453	1127	3426	5568*
Proc	38	15	26	20	62	100

\* Cirka 790 anmälningar saknar i underlaget som rapporterats till RDB uppgifter om ålder och kön.

62 procent av alla registrerade riskhändelser i databasen (där uppgifter om ålder och kön registrerats) gäller personer 65 år och äldre och då särskilt personer 75 år och äldre (46 procent). Drygt hälften berörde kvinnor och då framförallt äldre kvinnor (64 procent hos äldre). Bland männen berörde drygt hälften (57 procent hos äldre) äldre män. Den höga representationen av personer bland de allra äldsta i Lex Maria-anmälningar motsvarar bättre hur vårdkonsumtionen fördelar sig mellan olika åldersgrupper jämfört med de anmälningar där den enskilde eller anhörig tar initiativ till anmälan, t.ex. i anmälningar till HSAN och till förtroendenämnderna.

### **Verksamheter där flest riskhändelser inträffar**

Den största andelen rapporterade Lex Maria-händelser under hela perioden från år 1992 till år 1996 har inträffat vid region-, länsdels- eller länsjukhus (41 procent), därefter följer kommunernas särskilda boendeformer (37 procent) och vårdcentraler (4 procent). Under åren 1993 till 1995 svarade de särskilda boendeformerna för knappt hälften (42 till 44 procent) av samtliga rapporterade riskhändelser. År 1996 var andelen riskhändelser vid särskilda boendeformer 28 procent och andelen rapporterade



riskhändelser vid region-, länsdels- och länssjukhus 44 procent. Det är få rapporterade händelser från hemsjukvård i den egna bostaden och från privata vårdgivare.

Den kraftiga ökningen av antalet Lex Maria-anmälningar inom långtidssjukvården efter kommunernas övertagande av ansvaret i samband med Ädelreformen har flera olika orsaker enligt de bedömningar som bl.a. gjorts av Socialstyrelsen (SoS, 1995:6). Det är enligt Socialstyrelsen vanskligt att uttala sig om hur stor del av ökningen som var en följd av att kommunerna efter Ädel har egna medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Deras uppgift är bl.a. att bevaka den medicinska säkerheten och till Socialstyrelsen anmäla felhandlingar som lett till att enskilda utsatts för skada eller allvarlig risk för skada. Det är enligt Socialstyrelsen i många situationer svårt för den anmälnings-skyldige att bedöma vad som är allvarliga skador/sjukdomar respektive allvarliga risker.

Det finns anledning att följa fluktuationer i anmälningar och att fortsättningsvis analysera sambanden med bl.a. vårdkvalitet. Ett skäl till att Lex Maria-anmälningarna från kommunerna minskat (åren 1995 och 1996) kan vara att det numera finns bättre rutiner och kunskap om vilka felhandlingar som skall rapporteras vidare till Socialstyrelsen och vilka som huvudmannen skall handlägga inom det egna kvalitetssäkringssystemet. Det kan också vara så att ett högt antal Lex Maria-anmälningar inte enbart är tecken på lägre kvalitet i verksamheten. Hög anmälningsbenägenhet kan också visa på hög förändringsvilja och kvalitetsmedvetenhet.

### **Arbetsmoment med flest felhandlingar**

Av särskild betydelse för att förebygga risker i vården och om-sorgen är att identifiera i vilka situationer och i vilka arbetsmo-ment som felhandlingar förekommit. I databasen registreras de verksamhetstyper och arbetsmoment som är vanligast förekom-mande vid Lex Maria-händelser. Fördelning mellan olika arbets-moment som förekom då felhandlingen begicks framgår av diagram 1.

**Diagram 1. Antal felhandlingar i Lex Maria-händelser åren 1992-1996, fördelat på ålder.**

Diagrammet finns endast i den tryckta versionen

Av diagrammet framgår att felhandlingar i samband med allmän behandlingsverksamhet och förväxlingar (främst läkemedel) är vanligast. De är dock oftare förekommande i händelser med äldre personer involverade (25 procent respektive 36 procent av samtliga felhandlingar bland äldre i förhållande till 18 procent respektive 20 procent bland yngre personer). Noteras bör att det inom gruppen behandlingsverksamhet även förekommer läkemedelshändelser t.ex. att den enskilde fått felaktig läkemedelsdos.

Felhandlingar i samband med omvårdnad drabbar även äldre personer oftare än yngre personer (9 procent bland äldre personer och 2 procent bland yngre personer). Under "Övrigt" sorteras de bifynd som framkommer av Socialstyrelsens utredning av inträffad felhandling. Merparten av dessa bifynd avser brister i dokumentation och journalhantering.

Socialstyrelsens utredning av Lex Maria-händelser resulterar i vissa fall i att styrelsen kan konstatera att ingen felhandling har begåtts. I cirka 8 procent av samtliga rapporterade händelser har Socialstyrelsen gjort denna bedömning.

### **Orsak till felhandling och vidtagna åtgärder**

I RDB registreras orsak till felhandlingen. Vidare registreras vilka åtgärder som huvudmannen vidtagit eller planerar att vidta samt Socialstyrelsens förslag till åtgärd för att förebygga liknande händelser. De flesta orsakerna till Lex Maria-händelser har bedömts ligga på individplanet. Av samtliga registrerade händelser under åren 1992 till 1996 har 64 procent bedömts bero på den mänskliga faktorn. Cirka en femtedel har bedömts bero på organisatoriska faktorer. Även vid riskhändelser som berör personer 65 år och äldre är dessa faktorer dominerande orsak till felhandlingen. Cirka trefjärdedelar av de vidtagna eller planerade åtgärderna gäller dock organisatoriska förhållanden. Trots att den mänskliga faktorn varit orsak till felhandlingen tyder uppgifterna på att grundorsaken går att finna i bristande organisatoriska förutsättningar.

Av tabell 9 framgår vilka beslut som Socialstyrelsen fattat med anledning av anmälan. I de yngre åldersgrupperna är det en

mindre andel anmälningar som inte har föranlett något påpekande från Socialstyrelsen jämfört med anmälningar som berör de äldre åldersgrupperna. Socialstyrelsen riktar i en stor del av anmälningarna kritik mot det som inträffat samt gör påpekanden om vilka åtgärder som behöver vidtas för att förebygga liknande händelser (67 procent bland personer 65 år och äldre). Det är enbart 5 procent av samtliga händelser som anmäls till HSAN för bedömning om disciplinpåföljd. 12 anmälningar har under perioden 1992-1996 varit så allvarliga att anmälan har överlämnats till allmän åklagare.

I knappt en femtedel av anmälningarna som avser äldre personer har Socialstyrelsen i sin utredning kunnat konstatera att tillfredsställande åtgärder redan vidtagits av huvudmannen.

**Tabell 9. Antal personer i Lex Maria-beslut åren 1992-1996, fördelat på beslutstyper\* och ålder.**

Ålder Antal och procent	Inget påpekande	Tillfredsställande åtgärder vidtagna	Påpekande om förändring	Kritisk skrivning	HSAN	Åklagare	Totalt
0-64 år Antal Proc.	658 21,9	424 14,1	640 21,3	1026 34,1	245 8,1	8 0,1	3001 100
65 - år Antal Proc.	594 11,3	930 17,7	1550 29,5	1985 37,8	185 3,5	4 0,1	5248 100
Samtliga Antal Proc.	1252 15,1	1354 16,4	2190 26,5	3011 36,5	430 5,2	12 0,1	8249 100

\*Flera beslutstyper kan förekomma i ett ärende.

Socialstyrelsen gör även en bedömning av risknivån i de inträffade händelserna. Cirka en femtedel av samtliga rapporterade händelser i databasen har bedömts kunna innebära risk för livsfarlig skada, svår bestående invaliditet eller bestående försämringar av livskvaliteten. Den största risknivån har bedömts föreligga inom opererande specialiteter (79 procent) i jämförelse med icke opererande specialiteter (31 procent). Inom allmän hälso- och sjukvård (inkl. kommunal hälso- och sjukvård) har risknivån bedömts som relativt hög (38 procent). I en stor andel av Lex

Maria-händelserna (45 procent) har risknivån inte kunnat bedömas.

De personalkategorier som främst är involverade i Lex Maria-händelser är läkare och sjuksköterskor. Vid händelser som berör äldre personer är främst sjuksköterskor och vårdbiträden involverade, därefter kommer läkare och sedan undersköterskor.

### 3.5.5 Anmälningar från anhöriga

Enligt redovisningen ovan kan ett tillsynsärende hos Socialstyrelsen, utöver vårdgivarens skyldighet att anmäla Lex Maria-händelser, även initieras av enskilda, anhöriga, andra myndigheter m.fl. Anmälningar, klagomål och frågor från allmänheten uppges vara en relativt stor del av Socialstyrelsens tillsynsarbete. Inom vård och omsorg om äldre är det huvudsakligen anhöriga som svarar för anmälningar. Dessa avser ofta brister i vård och behandling samt bristande bemötande.

### 3.5.6 Exempel på anmälningar och Socialstyrelsens handläggning

#### **Anmälan**

Några av Socialstyrelsens tillsynsenheter har överlämnat exempel på tillsynsärenden från främst den kommunala hälso- och sjukvården. Den följande redovisningen av Socialstyrelsens handläggning gäller just dessa exempel och skall således inte uppfattas som en generell redovisning av styrelsens handläggning av tillsynsärenden. Anmälningarna har i exemplen dels initierats av hälso- och sjukvårdspersonal enligt bestämmelserna om skyldighet att rapportera risker och riskbeteenden till Socialstyrelsen (Lex Maria-anmälan), dels av anhöriga.

Exemplen som här redovisas avser anmälningar om brister i anpassning av vård- och omsorgsinsatser till den enskildes behov samt brister i behandlings- och omvårdnadsåtgärder i samband med bl.a. smärta, hud- och sårvård, inkontinens, vätske- samt

näringsstillförsel och personlig omvårdnad. Vidare gäller anmälningarna bl.a. brist på stimulans och aktivering samt information och kommunikation med den enskilde och/eller anhöriga. Varje anmälan avser vanligtvis flera olika händelser och företeelser.

En del av exemplen i redovisningen gäller även fysiskt våld och övergrepp i olika former. Händelserna har vanligtvis inträffat i samband med en omvårdnadssituation som t.ex. vid personlig hygien, blöjbyte, vändning och renbäddning. Andra händelser avser inlåsning eller begränsningar för den enskilde genom att han/hon blev fastspänd med lakan i säng, rullstol eller toalettstol.

### **Utredning**

Socialstyrelsen inhämtar, i de redovisade exemplen, för sin utredning journalhandlingar samt yttranden från berörd personal. Anmälan föranleder i flertalet exempel tillsynsbesök och sammanträffanden med vårdpersonal, arbetsledning samt medicinskt ansvarig sjuksköterska och ansvariga för den kommunala äldreomsorgen. Gemensamma tillsynsbesök med länsstyrelserna genomförs när anmälningarna avsett såväl socialtjänst som hälso- och sjukvård.

De frågeställningar som enligt exemplen diskuteras vid tillsynsbesöken avser bl.a. betydelsen av ett fortlöpande och systematiskt kvalitetssäkringsarbete för bedömning av omvårdnaden och om denna uppfyller de krav som kan ställas på god kvalitet. Vidare diskuteras rutiner för dokumentation samt förhållningssätt och vårdideologi. Andra frågor avser vikten av kommunikation med den enskilde/anhöriga och de problem som kan uppkomma om personal inte är lyhörd för enskildas behov och önskningsar. Betydelsen av personalens bemötande samt betydelsen av att tillkalla arbetsledare och till honom/henne rapportera händelser som inträffat under arbetspasset är andra exempel som diskuteras vid tillsynsbesöken. Socialstyrelsen informerar vid dessa och liknande sammanträffanden även om gällande allmänna råd och föreskrifter. Som stöd i utredningsarbetet har Socialstyrelsen i några exempel anlitat vetenskapliga råd samt föredragit ärenden i Socialstyrelsens rådgivande nämnd i etiska frågor.

### **Bedömning och beslut**

I de här redovisade exemplen redogör Socialstyrelsen i sin bedömning för sin syn på inträffade händelser samt hänvisar till och klargör de förutsättningar och krav som följer av gällande lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd. Socialstyrelsen ger även råd och anvisningar om vilka förändringar som behöver vidtas för att verksamheten skall tillgodose kravet på en god kvalitet i vården och omsorgen.

De kvalitetsbrister som Socialstyrelsen uppmärksammat och mot vilka styrelsen riktar kritik avser främst följande områden i de här redovisade exemplen. Socialstyrelsen lämnar också åtgärdsförslag för att undanröja brister.

- Individuell anpassning av vård och omsorg till den enskildes behov, individuella och dokumenterade vårdplaner samt bedömning, analys och uppföljning av omvårdnadsåtgärder.
- Dokumentation i omvårdnadsjournal, med utgångspunkt från den enskildes behov och med beskrivning av vårdens planering, genomförande och resultat som underlag för förlöpande utvärdering och revidering av omvårdnadsinsatserna.
- Samverkan med andra personalkategorier och vårdgivare.
- Information, samverkan och kommunikation med den enskilde och/eller anhöriga.
- Rutiner för läkemedelshantering.
- Rutiner för att uppmärksamma våld och kränkande beteende mot de boende.
- Mål för verksamheten samt ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete.
- Organisation och arbetssätt, arbetsledning och medicinsk ledning.
- Personalbemanning, kompetens, attityder och förhållningssätt hos personalen, fortbildning och handledning.
- Gruppsammansättning i boendeenheter med hänsyn till enskildas olika behov och förutsättningar.

De inträffade händelserna har i några av exemplen föranlett att det redan före Socialstyrelsens tillsynsbesök vid boendeenheten påbörjats en översyn av gällande rutiner och arbetssätt.

Åtgärder som här redovisas och som dels avser huvudmannens egna initiativ till förbättringar, dels Socialstyrelsens åtgärdsförslag, har till syfte att komma till rätta med brister samt förebygga liknande händelser. Det förekommer exempel på att stora projekt påbörjats som spänner över hela den kommunala verksamheten. Utvecklingsarbetet inkluderar frågor om personalutveckling, kompetens, arbetsmiljö och de boendes miljö och vård. Andra åtgärder avser omorganisationer med uppdrag till den medicinskt ansvariga sjuksköterskan om översyn av hela den kommunala hälso- och sjukvården. Det förekommer även exempel på att regler och rutiner skall utarbetas för hela sjukvårdsverksamheten men även avgränsade rutiner för läkar-kontakter, läkemedelshantering och för skriftliga läkarordinationer. Ändrat innehåll i kontaktmannaskapet har också initierats med ökat individuellt personalansvar för varje boende.

Enligt exemplen har händelser där den enskilde av vårdpersonal blivit utsatt för våld och övergrepp som regel polisanmälts. Berörd vårdpersonal har avstängts från sin befattning eller har blivit omplacerad till annat arbete redan före Socialstyrelsens tillsynsbesök.

Socialstyrelsen har i samarbete med några länsstyrelser genomfört en närmare undersökning av förekomsten av övergrepp i särskilda boendeformer (SoS, 1995:4). Styrelsen har även utarbetat allmänna råd om anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården (SOSFS 1996:11). I avsnitt 3.6. om tillsyn över kommunernas socialtjänst återkommer jag till tillsynsmyndigheternas arbete med frågor om övergrepp i särskilda boendeformer.

Socialstyrelsens utredningar påvisar att det är vanligt förekommande med brister i dokumentation i såväl patientjournal som i omvårdnadsjournal. Bland annat saknas ofta dokumentation som även innefattar en individuell vårdplan för den enskilde.

I beslutet ger Socialstyrelsen sin syn på vilka förändringar som erfordras eller gör bedömningen att redan vidtagna åtgärder är tillräckliga. Det förekommer dock att Socialstyrelsen begär att få en återredovisning av vilka åtgärder som vidtagits med anledning av den framförda kritiken eller att Socialstyrelsen har för avsikt



att vidare följa verksamheten. Några exempel föranleder anmälan i fråga om disciplinansvar till HSAN.

I det följande ges exempel på anmälningar från anhöriga. Redogörelsen belyser den enskildes utsatthet samt bristen på information, dialog och samverkan med anhöriga.

### **En dotters dagboksanteckningar**

I en dagbok som skildrar de sista månaderna som hennes far levde har en dotter beskrivit för Socialstyrelsens tillsynsenhet hur brister uppstår och ter sig för anhöriga. (Utdrag publiceras här med tillstånd av dottern).

*14 nov. I dag fick jag en lapp med ett meddelande. Ring lasarettet. När jag ringer dit får jag veta att Pappa har halkat och slagit i huvudet på vänster sida. Blödning på hjärnan, läget är kritiskt, nära anhöriga bör samlas... ..Han är djupt med-vetslös och sönderslagen i hela ansiktet. Personalen är underbar, tar hand om oss, förklarar och tröstar. Läget är kritiskt men stabilt. En läkare kommer och pratar med oss. De har tagit kon-takt med regionsjukhuset som är villiga att operera. Hjärta och lungor är bra. Pappa har tydligen legat ute ganska länge innan han hittades. Är ganska nedkyld så cirkulationen är nedsatt, blödningen är kanske inte så stor. Nu, sent på kvällen får vi veta att operationen är över. Ingen vet hur utgången blir. Hjärn-skador?*

Den tid som följde efter operationen var orolig för de närstående. Fadern låg i respirator och var medvetslös. *Personalen var underbar, kan inte säga något om utgången.* Efter en veckas intensivvårdsbehandling vid regionsjukhuset flyttades fadern över till intensivvården vid lasarettet i hemkommunen. Efter ytterligare en vecka överflyttades han till en medicinavdelning. *...En av oss syskon hälsar på honom varje dag. Sakta börjar Pappa reagera på våra röster. Vi pratar med honom, sjunger för honom, läser högt för honom. En dag har jag med mig sonen och då tittar Pappa på honom en lång stund och viskar hans namn. Vad glada vi blev. Frågar personalen flera gånger om den fortsatta vården. Ingen vet. Pappa får sjukgymnastik varje dag för att hålla lederna i gång...*

Efter en knapp månad inom den sjukhusanslutna vården anses fadern medicinskt färdigbehandlad. Överflyttning sker till ett sjukhem i kommunen. Händelserna kring flyttningen till sjukhemmet:

*...12 dec. Telefonen ringer så fort jag kommer innanför dörren. Klockan är fyra och det är en av mina bröder. Han talar om att någon ringt honom, från sjukhemmet, och talat om att Pappa flyttats dit idag...*

*...Det är eget boende så han skall ha egna kläder m.m. Jag får ett telefonnummer och ringer upp. Jag är både arg och ledsen. Varför har ingen tagit kontakt med oss innan Pappa flyttades? När jag får kontakt med sjukhemmet, talar de om att Pappa skall ha egna kläder, underkläder, pyjamas, pengar m.m. Helst idag! Talar om att det klarar jag inte idag. Får lov att återkomma i morgon. Jag var nog inte särskilt trevlig.*

*Ingen på avdelningen har kontaktat oss i förväg. När jag ringde upp ansvarig i kommunen, kom det fram att avdelningen meddelat kommunen att Pappa var färdigbehandlad den 6 dec. När jag frågade varför han inte kontaktat oss, svarade han:*

*1. Det är lasarettets skyldighet att informera er.*

*Kan avdelningen informera oss om hur/var vården i kommunen skall ske?*

*2. Vi brukar planera tillsammans med vårdtagaren.*

*Pappa är inte kontaktbar. Hur planerar man vården tillsammans med honom? Det är väl vi barn som skall föra hans talan?...*

*Dagen efter inflyttningen tar dottern ledigt från arbetet för att införskaffa kläder, pengar m.m. som fadern behöver i sitt boende. ...När jag kommer till sjukhemmet ligger Pappa i en säng i ett litet, litet rum. Det är så litet att det knappt går att vända sig. Han tittar på mig utan att se, jag får ingen kontakt. ...Syskonen har inte fått någon information och har frågor kring hur det fungerar i ett särskilt boende. ...Vi har massor av frågor. Hur fungerar det på avdelningen? Vilka tider för mat? Kan vi komma och hälsa på när vi vill? Vad väntar sig personalen av oss? Vad kan vi förvänta oss av personalen? Vad kommer det att kosta? Får han någon behandling/träning? Hur gör vi med hans tidigare bostad? VARFÖR HAR INGEN TAGIT KONTAKT MED OSS OCH PRATAT IGENOM DEN HÄR SITUATIONEN? Vi har*

*aldrig varit i kontakt med äldreomsorgen tidigare och har massor med frågor...*

Dottern beskriver bristen på inlevelse hos personalen och bristen på intresse för faderns tidigare liv. ...*Hälsar på Pappa flera gånger. En dag kommer jag när han skall äta middag. De matar honom och ger honom lättöl. Han låter ölet rinna nedför hakan, det syns att han inte tycker om det. Talar om för personalen att Pappa aldrig druckit öl i hela sitt liv. Varför inte ta reda på sådant? Personalen undrar om jag kan köpa joggingbyxor till Pappa, det är lättare att ta på sådana. Aldrig i livet. Han har aldrig använt sådana byxor och skall inte ha det nu heller. Jag känner mig ledsen. Är Pappa bara ett kolti? Som skall dricka öl och ha joggingbyxor. Ingen frågar efter hur han hade det innan olyckan. Hur han levde, vad han tyckte/inte tyckte om...*

Vid ett tillfälle då fadern fick hög feber ringde sjuksköterskan för att fråga vad de skulle göra. Fadern hade inte fått i sig vätska på 14 timmar. ...*Jag trodde inte att jag hörde rätt. Hon frågade mig. Jag fick veta att det är vi anhöriga som skall bestämma om någon behandling skall sättas in. Det har ingen talat om för oss. Det här klarar jag inte. ...Genom agerande från annan dotter (sjuksköterska) fick fadern vätska och penicillin i form av dropp. Efter några dagar förbättrades hans tillstånd. En vecka senare meddelade systemen efter besök i boendet att: ... När hon kom dit låg en annan "gubbe" i Pappas säng. Pappa hade blivit flyttad till en sal med fyra patienter. Ingen hade meddelat oss...*

Dottern beskriver integritetskränkande situationer vid tillfällena när hon tillsammans med barnbarnen besöker sin far: ...*När vi kom in i salen med fyra sängar, så är det första vi ser en säng med en naken man, som personalen sköter om. Helt öppet, ingen skärm framför. Har patienterna inget människovärde, ingen integritet? Får det vara så här? Tre veckor senare upprepades samma händelse. ... När jag kom hem skrev jag ett argt brev till ansvariga med följande frågor: Har människor som är långtids-sjuka ingen rätt till integritet? Är det inte människor med ett värde längre? Skulle Du vilja bli torkad i stjärten helt öppet inför boende och besökare? Är detta eget boende? Har personalen tappat respekten för människan? Jag skickade aldrig brevet.*

Dottern beskriver i sin dagbok problemet med att fadern inte hör och att hans hörapparat som gick sönder vid olyckan ännu inte var lagad. Till slut lyckades dottern ordna att hörselvårdsassistenten besökte fadern på sjukhemmet i stället för att han skulle behöva åka flera mil till hörcentralen vilket var personalens förslag till åtgärd.

Så skulle lokalerna repareras och de boende flyttades till en annan särskild boendeform. Fadern ansågs för dålig för att kunna flytta med. Han fick i stället komma till en rehabiliteringsavdelning. Syskonen fick meddelande om att ett rum fanns ledigt i ett annat boende. De åkte och tittade på detta och pratade med personalen. De kände sig nöjda med den planerade lösningen. Flyttningen skulle ske dagen efter. *...Min syster har just ringt. Jag vet inte om jag skall skratta eller gråta. Det känns som luften har gått ur mig. Ansvarig sjuksköterska har ringt och meddelat att det rum som Pappa skulle få, det var inte alls ledigt. Det skulle användas för "vård i livets slutskede". Och dit räknades inte Pappa, inte än.*

Fadern fick därefter flytta till det ställe dit övriga boende redan flyttat. *...Våren och sommaren var mycket bra för Pappa. Han fick vara ute mycket och höra välkända ljud från gården intill. Han började prata med oss, kände igen oss och personalen var överraskad över hans framsteg. Vi tog hem honom till hans tidigare bostad men det var som om han inte brydde sig. Han visade inte att han kände igen någonting.*

*Kontakten med personalen känns inte bra. Kontaktpersonen hör aldrig av sig. Vi blev inte bjudna till midsommarfesten och får fråga om det mesta. ...*

Dottern beskriver därefter den bristande information som lämnades i samband med återflyttningen efter reparationen av det särskilda boendet. Fadern får nu eget rum och syskonen ställer i ordning rummet med egna möbler, textilier, krukväxter och tavlor för att skapa en så hemtrevlig miljö som möjligt.

I mitten av december upptäcker dottern att fadern inte har sin hörapparat på sig. Det visar sig att den är trasig och ligger undanstoppad i en låda. Personalen lovar efter påstötning att kontakta hörselvårdsassistenten för att få apparaten lagad.

På julafton besöker syskonen fadern. ...Vi barn har hälsat på Pappa idag. Haft med oss blommor och kaffe. Pappa verkar trött. Det går inte att prata med honom. Hörapparaten ej lagad.

20 jan. Pappa fyllde år idag. Vi var där och fikade, åt semlor. Hörapparaten lagad efter nyår men Pappa är sämre, verkar inte bry sig om någonting. Han tittar på oss men säger ingenting.

10 feb. När jag kom hem sa barnen att de ringt från boendet att toalettpapperet är slut! Ska jag köpa toalettpapper och åka med det till dem? Tänk om jag bott i Malmö!

25 feb. Pappa avled idag.

## 3.6 Tillsyn över socialtjänsten

### 3.6.1 Inledning

I socialtjänstlagen (SoL) regleras dels de tillsynsuppgifter som åvilar den nationella nivån, dels länsstyrelsernas tillsyn och uppgifter. Socialstyrelsen har enligt 67 § SoL att utöva tillsyn över socialtjänsten i riket. Styrelsen skall följa och utveckla socialtjänsten. Till ledning för tillämpning av bestämmelsen utfärdar Socialstyrelsen allmänna råd.

Länsstyrelserna har enligt 68 § SoL inom länet att följa socialnämndernas/motsvarande nämnders tillämpning av denna lag. Länsstyrelserna skall informera och ge råd till allmänheten och biträda socialnämnderna/motsvarande nämnder med råd i deras verksamhet. Länsstyrelserna skall också främja samverkan på socialtjänstens område mellan kommunerna och andra samhällsorgan samt i övrigt se till att nämnderna fullgör sina uppgifter på ett ändamålsenligt sätt.

Jag har tidigare redovisat att det för socialtjänsten saknas en samlad systematisk dokumentation om omfattning av kvalitetsbrister i omsorgen om äldre personer. Det är inte ur databaser möjligt att inhämta uppgifter om t.ex. antal anmälningar om bristande bemötande och kvalitetsbrister i omsorgen om äldre på motsvarande sätt som redovisats för verksamhet inom hälso- och sjukvården. I stället redogör jag i det följande för några utvecklingstendenser som framkommer i tillsynsmyndigheternas uppföljning och verksamhetstillsyn.

### 3.6.2 Socialstyrelsens tillsyn och uppföljning

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att under en femårsperiod följa och utvärdera Ädelreformen med hänsyn till dess innehåll, kvalitet, genomförande och kostnader. Uppdraget har avrapporterats årligen. Bland annat framkommer följande i Socialstyrelsens slutrapportering.

### **Socialstyrelsens sammantagna bedömning av effekterna av Ädelreformen**

Socialstyrelsen konstaterar i sin slutrapport om Ädelutvärderingen (SoS 1996:2) bl.a. att antalet medicinskt färdigbehandlade sedan år 1992 har minskat drastiskt både inom somatisk akutsjukvård och geriatrik. Minskningen av antalet platser inom såväl akutsjukvården som geriatriken samt de förkortade vårdtiderna utgör de tydligaste effekterna av Ädelreformen.

Som konsekvens av utvecklingen inom akutsjukvården ställs ökande krav på primärvård och kommunal äldreomsorg bl.a. på kommunernas insatser inom de särskilda boendeformerna. Framförallt har vården av personer med demens blivit en växande uppgift liksom även omhändertagandet av personer i livets slutskede. Sjukhemmen har kommit att få ta hand om den växande andelen mycket gamla och svårt sjuka personer med stora omvårdnadsbehov.

Utvecklingen inom äldreomsorgen måste, enligt Socialstyrelsens bedömning, förstås mot bakgrund av den snabba omstrukturering av vård- och omsorgssystemet som skett under 1990-talet. Sjukvårdsbehovet i kommunernas vård och omsorg har ökat efter Ädel, blivit mer differentierat och komplext samt förändras snabbt över tid. Långt ifrån alla kommuner har enligt Socialstyrelsen förmått möta denna utveckling med erforderlig kompetent personal samt ändamålsenlig organisation.

### **Brister i de medicinska insatserna, brist på hjälpmedel och rehabilitering**

Socialstyrelsen pekar på problem som rör de medicinska insatserna inom äldreomsorgen, speciellt inom de särskilda boendeformerna. Brister avser bl.a. vårdplanering, hjälpmedelsinsatser, uppföljning och omprövning av medicinordinationer samt smärtlindring, t.ex. i livets slutskede. Brist på läkarinsatser i kommunernas äldreomsorg är ett annat problem som uppmärksammas. Läkarens roll, ansvar och funktion är mer perifer i äldrevården, vilket innebär en försämrad medicinsk kvalitet, trots att läkarens ansvar visavi den enskilde är oförändrat efter Ädel. Den samman-

tagna vårdkvaliteten – oberoende av boende eller vårdform – når enligt Socialstyrelsens bedömning inte upp till en tillfredsställande nivå.

Socialstyrelsen konstaterar vidare att många av dem som bor i särskilda boendeformer har en ganska innehållslös vardag och sällan får hjälp att komma ut. Den enskildes behov av och möjligheter till rehabilitering uppmärksammas inte tillräckligt. Samtidigt har Ädelreformen inneburit en positiv utveckling genom tillkomsten av medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), som påtagligt förstärkt medvetenheten om medicinska kvalitetskrav i kommunernas verksamhet.

### **Vård i livets slutskede**

Socialstyrelsen konstaterar att vård av människor i livets slutskede har flyttats ut från sjukhuset till det särskilda boendet eller till den egna bostaden, vilket var en effekt att vänta av Ädelreformen. Styrelsen anser inte att det finns underlag för en bedömning om vården i livets slutskede blivit bättre eller sämre efter Ädelreformen. De problem som skapar irritation i vården är, enligt Socialstyrelsens bedömning, att långt ifrån alla kommuner har de kunskaper och de resurser som krävs för att ge ett gott omhändertagande i livets slutskede.

### **Informationsöverföring och samordnad vårdplanering**

I Ädelutvärderingen uppmärksammades även de problem och svårigheter som följer av brister i informationsöverföring och i samordnad vårdplanering mellan olika vårdgivare. Mot denna bakgrund utfärdade Socialstyrelsen i slutet av år 1996 föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32). Enligt de allmänna råden bör en samordnad vårdplanering inledas så fort underlag föreligger om att patienten efter utskrivningen behöver sociala insatser och hälso- och sjukvårdsinsatser. Den samordnade vårdplaneringen syftar till att skapa förutsättningar för att det kommande överförandet till socialtjänsten kan ske på ett så smidigt sätt som



möjligt och så att den enskildes behov av olika insatser kan tillgodoses snarast efter utskrivningen från sjukhuset.

### **Hemsjukvård**

Studier har genomförts avseende för- och nackdelar med en kommunaliserad hemsjukvård (SoS, Ädelutvärderingen 1993:11, 1995:7, 1996:2, stencil 1994). Enligt rapporterna finns omständigheter som talar för ett sammanhållet huvudmannaskap för hemsjukvården. Som skäl anförs bl.a. att kontinuiteten och samverkansstrukturen är bättre vid ett sammanhållet huvudmannaskap. En annan slutsats är att ett delat huvudmannaskap tenderar att ge negativa konsekvenser för kommunerna i form av ökade kostnader och bristande möjlighet att påverka vilka hemsjukvårdsinsatser som ges. För den enskilde kan det delade huvudmannaskapet innebära bristande samplanering av sociala och medicinska insatser, oklara ansvarsförhållanden samt frånvaro av helhetssyn.

Av studierna framkommer vissa generella problem vilka inte kan relateras till huvudmannaskapet, bl.a. brister i rehabilitering i den ordinarie bostaden samt primärvårdsläkarens oklara roll i hemsjukvården och den individuella vårdplaneringen. Andra generella problem som framkommer gäller att utvecklingen är eftersatt med avseende på mål, kvalitetsutveckling, kvalitetssäkring och brukarstudier. Dessutom anförs att det föreligger bristande samverkan vid planering på en övergripande nivå.

### **Hemtjänst**

Utvecklingen inom hemtjänsten fortsätter enligt Ädelutvärderingen att följa den tendens som började märkas redan på 1980-talet, dvs. allt färre får hjälp och hjälpinsatserna koncentreras till de allra äldsta och mest hjälpbehövande. Socialstyrelsen framhåller att utvecklingen av hemtjänsten sedan mitten av 1980-talet huvudsakligen gått från att avse sociala serviceinsatser, som t.ex. städning och matlagning, till att i allt större utsträckning omfatta insatser som rör personlig omvårdnad. Insatserna ges överlag, om man jämför utvecklingen i olika kommuner, mer koncentrerat till ett mindre antal personer, men i större omfattning till var och en.

**Studier som underlag för bedömning och ställningstaganden**

I Ädelutvärderingen har ett flertal studier genomförts på lokal och nationell nivå som underlag för Socialstyrelsens bedömning och ställningstaganden i de årliga rapporterna. Dessa studier finns redovisade i en rad underlagsrapporter och behandlar bl.a. hjälpmedelsförsörjning, rehabilitering, vårdplanering, akutsjukvård, geriatrik och sjukhem efter Ädel, den medicinskt ansvariga sjuksköterskans roll och funktion, läkarrollen efter Ädel samt kartläggning av dagverksamheter

**Utvecklingen inom kommunernas omsorg om äldre**

Enligt Socialstyrelsens studier om utvecklingen inom kommunernas omsorg om äldre har, i jämförelse med tidigare år, antalet personer med hemtjänst fortsatt att minska även under tidsperioden 1988-1995 (SoS, 1996:23). Mellan enskilda kommuner finns enligt Socialstyrelsen stora skillnader i andel äldre som har hemtjänst och/eller bor i särskilt boende. Dessa skillnader tenderar dock att minska under perioden när det gäller särskilda boendeformer, men inte när det gäller hemtjänst. Servicenivån i äldreomsorgen är något högre i norra Sverige, både för hemtjänst och särskilda boendeformer. Utvecklingen under tidsperioden 1988-1995 har emellertid varit likartad för olika regioner och för olika kommuntyper. Enligt Socialstyrelsens bedömning visar analyserna, av den kommunala variationen, att sannolikheten för att en kommun skall ha en stor andel äldre med hemtjänst ökar om kommunen har en stor andel arbetare i befolkningen och en hög sjuklighet bland äldre (SoS, 1996:23 s.12).

Enligt en kompletterande studie som genomfördes i nio kommuner erfordras enligt Socialstyrelsen bl.a. uppsökande verksamhet gentemot resurssvaga äldre som riskerar att hamna utanför en efterfrågebaserad äldreomsorg. Det behövs även en nära samverkan med akutsjukvården och med distriktssköterskor för att upptäcka och följa upp hjälpbehov. Dessutom behövs aktivt erbjudande om avgiftsprövning för ekonomiskt svaga pensionärer samt stöd till den enskildes sociala nätverk.

### **Avgifter**

Socialstyrelsen har sedan nya regler om avgifter i kommunernas äldre- och handikappomsorg infördes år 1993, vid två tillfällen följt upp de förändringar som skett i kommunerna. I den uppföljning som genomfördes år 1996 (SoS, 1996:6) framkommer att avgifterna blivit mer svåröverskådliga både för äldre själva och för tjänstemän och politiker. Uppföljningen visar att ingen av de undersökta kommunerna hade samma avgifter som någon annan kommun. Analysen visar vidare att var tredje kommun saknar regler för hur jämkning av avgiften skall ske. Det är ofta den enskilde själv som måste initiera utredning om avgiftsjämknig. Det blir också vanligare att en del insatser lyfts ut ur hemtjänst-taxan och åläggs en särskild kostnad, t.ex. städning, fönsterputs, larm, matdistribution m.m.

### 3.6.3 Länsstyrelsernas tillsyn

#### **Samlade årsrapporter för socialtjänsten**

Socialstyrelsen har tillsammans med länsstyrelserna i den s.k. SLUG-gruppen, Socialstyrelsens och länsstyrelsernas utvecklingsgrupp, utarbetat en gemensam disposition för årsrapporter över socialtjänsten. Avsikten är att årsrapporterna skall belysa de områden som anges i regeringens regleringsbrev till länsstyrelserna samt uppmärksamma statsmakterna på speciella problem. Årsrapporterna skall enligt regleringsbrevet innehålla länsstyrelsernas samlade bedömning av tillståndet i länen och bygga på de uppgifter som inhämtats via tillsyn eller annan information. Årsrapporten skall också utgöra ett viktigt medel för kunskapsåterföring till och för dialog med länets kommuner. Genom årsrapporterna ges Socialstyrelsen möjlighet att göra en samlad bedömning på nationell nivå. Socialstyrelsen har för år 1995 sammanställt länsstyrelsernas årsrapporter (Nationell tillsyn, Socialtjänst, 1996,1) Sammanställning av länsstyrelsernas årsrapporter för år 1996 beräknas vara klar i maj 1997. I det följande redogör jag därför för länsstyrelsernas samlade bedömning av omsorgen

om äldre år 1995 samt för vissa planerade/pågående/genomförda uppföljningar, utvärderingar samt verksamhetstillsyn.

Enligt regleringsbrev för länsstyrelsernas verksamhet 1995/96 skall länsstyrelserna bedriva tillsyn och kunskapsförmedling inom socialtjänsten. Särskild uppmärksamhet skall riktas mot utvecklingen av insatser till de mest utsatta grupperna som t.ex. personer med demens. Även i regleringsbrev för år 1996/97 skall uppmärksamhet riktas mot äldre personer med omfattande behov av tillsyn, omsorg och vård.

Länsstyrelserna skall även verka för en hög rättssäkerhet för den enskilde och minskad risk för godtycklig behandling.

Vidare skall länsstyrelserna i sin tillsyn av kommunernas verksamhet särskilt uppmärksamma problem avseende bl.a. bemötande inom socialtjänsten av äldre och personer med funktionshinder. Länsstyrelserna skall även inom ramen för sin tillsyn inom det sociala området prioritera arbetet med att verka för att kvalitetssäkringsarbete och egenkontroll bedrivs inom kommunernas socialtjänst. Länsstyrelserna skall dessutom redovisa och bedöma sina insatser avseende bl.a. tillsyn av kommunernas verksamhet inom det sociala området och då särskilt situationen för äldre och personer med funktionshinder.

### **Länsstyrelsernas tillsyn och redovisade brister**

Enligt årsrapporten för år 1995 har flertalet länsstyrelser i den planerade verksamhetstillsynen granskat rättssäkerheten i vård och omsorg om äldre. Andra tillsynsområden har bl.a. avsett avgifter och kvalitetsaspekter i särskilda boendeformer, särskilt boende för personer med demens, våld mot äldre samt verksamheten vid enskilda vårdhem.

Flera länsstyrelser genomförde dessutom en mer genomgripande verksamhetstillsyn i en eller flera kommuner, i vissa fall i samarbete med Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter. Vid dessa tillfällen genomfördes granskningar av hela eller delar av äldreomsorgen.

Utmärkande för samtliga län är att antalet klagomål och individuella tillsynsärenden är litet bland äldre personer. Det är även

få överklagningar av biståndsbeslut inom omsorg om äldre i förhållande till andra verksamheter inom socialtjänsten.

Klagomål och individuell tillsyn har framförallt avsett avgifter/jämkning av avgifter, färdtjänst, frågor om personalbemanning, den enskildes integritet i bostaden och kontinuitet i verksamheten. De har även avsett brister i omsorg och omvårdnad bl.a. av de äldsta och mest vårdkrävande samt bristande samordning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

De mest framträdande bristerna som länsstyrelserna redovisat gäller rättssäkerheten i handläggning och dokumentation. Handläggarna har dels inte tillräckliga kunskaper om gällande lagstiftning eller dess tillämpning, dels inte tillräckliga kunskaper i utredningsmetodik. De brister som rapporterats gäller bl.a. ofullständiga biståndsutredningar där uppgifter saknas om vilken typ av bistånd den enskilde ansökt om, vilket behov som ligger till grund för ansökan samt att det saknas en angiven laglig beslutsgrund för biståndet. Andra brister som rapporteras gäller underlåtelser att kommunicera innehållet i utredning samt avslag om ansökt bistånd. Vid avslag som grundar sig på kommunala riktlinjer förekommer att den enskilde inte informeras om rätten till individuell prövning enligt 6 § SoL och att en sådan prövning inte sker. Brister förekommer även i information om rätten att överklaga biståndsbeslut.

En annan över landet återkommande brist gäller handläggning av biståndsansökningar till särskilda boendeformer. Det framhålls att verkställighet av biståndsbeslut inte sker inom rimlig tid.

### **Länsstyrelsernas bedömning av tendenser och utveckling**

Länsstyrelserna bedömer att de ekonomiska förutsättningarna för omsorgen om äldre varierar över landet. I en del kommuner prioriteras äldreomsorgen framför andra verksamheter, i andra kommuner ställs mycket hårda rationaliseringskrav på verksamheten.

Länsstyrelserna betonar att stora satsningar sker i kommunerna för att höja kvaliteten i de särskilda boendeformerna och då främst beträffande gruppboendestäder för personer med demens. Enligt länsstyrelsernas bedömning råder generellt stor brist på särskilda boendeformer. Bland annat påtalar länsstyrelserna att

den enskilde inte har valfrihet vad gäller val av boendeform eller dess geografiska placering. En annan konsekvens är att äldre personer i avvaktan på ett särskilt boende hänvisas till korttidsplatser och avlastningsplatser. Dessa stödformer skall främst syfta till att avlösa anhöriga i vården och omsorgen av närstående. Genom att avlastningsplatserna upptas av personer som väntar på särskilt boende blir insatsen inte tillgänglig som avlösning.

Från en del kommuner rapporteras svårigheter med att anpassa personalbemanningen efter de ofta varierande vård- och omsorgsbehoven i de särskilda boendeformerna. Länsstyrelserna redovisar vidare att det i kommunerna pågår omfattande utvecklings- och förändringsarbete. Särskilt satsar kommunerna på kompetensutveckling för olika personalgrupper.

Besparingarna inom omsorgen om äldre, tillsammans med det ökade antalet äldre (80 år och äldre) har resulterat i en tendens till förändrad hemtjänst. De förändringar som kan skönjas enligt länsstyrelserna gäller både verksamhetens innehåll, omfattning, organisation och t.ex. prioritering av de allra äldsta med de största omsorgsbehoven. Äldreomsorgens verksamheter delas upp på myndighetsutövning och utförande av vård- och omsorgsinsatser. En tendens som länsstyrelserna observerat är att det förekommer glidande gränser mellan vad som bedöms som service och vad som ingår i biståndsbedömd omsorg. Förekomsten av skilda avgifter för service- och omvårdnadsinsatser förefaller bli allt vanligare.

En ytterligare tendens som redovisats i årsrapporterna är att neddragningarna i äldreomsorgen främst berör kvinnor. De får mindre insatser än tidigare. Kvinnor som vårdar sin make eller annan anhörig erhåller insatser i betydligt mindre omfattning än förut.

### 3.6.4 Genomförd/pågående/planerad verksamhetstillsyn

#### **Studie om kvaliteten i boendeformer för personer med demens**

Socialstyrelsen och länsstyrelserna har under år 1996 följt upp kvaliteten i olika boendeformer för personer med demens (SoS, Ädelutvärderingen 1996:8). Resultaten visar bl.a. att kommunerna överlag har hög ambitionsnivå beträffande vården och omsorgen av personer med demens, något som dock inte alltid återspeglas i resurser, kompetens och organisation enligt länsstyrelsernas bedömning. En återkommande brist är att åtskilliga kommuner inte har en systematisk planering och att personalen sällan är informerad om vilken policy kommunen har för vården och omsorgen om personer med demens. Vissa skillnader tydliggörs mellan de boendeformer som är planerade för personer med demens (vanligtvis gruppboenden) och de som inte uteslutande är det (t.ex. ålderdomshem) men där det bor många personer med demens. Den största skillnaden gäller att personalen i de planerade enheterna har bättre kunskap om demens och demensvård än vad som gäller i övriga enheter. Tillsynsmyndigheterna framhåller att studien visar på vissa problem som i rapporten presenteras i form av kvalitetskriterier för demensvården.

#### **Studie om övergrepp mot äldre i särskilda boendeformer**

Jag har tidigare nämnt undersökningen om övergrepp mot äldre i särskilda boendeformer. I nuvarande lagstiftning finns i princip ingen skyldighet att anmäla övergrepp mot vuxna människor till socialnämnden eller till motsvarande nämnd. Detta gäller också övergrepp som begås mot personer som får vård eller annat stöd från socialtjänsten i den ordinarie bostaden eller från anhöriga för att klara sitt dagliga liv.

Socialstyrelsen har utarbetat allmänna råd (SOSFS 1996:11) avseende anmälan om övergrepp inom kommunernas äldre- och handikappomsorg samt den därtill knutna hälso- och sjukvården. De allmänna råden gäller dock inte händelser som inom den

kommunala hälso- och sjukvården faller under Lex Maria. Enligt råden är det viktigt att personal, som arbetar inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen, får tydliga direktiv av arbetsgivaren om vad som gäller när de blir vittnen till eller misstänker att någon utsatts för övergrepp, försummelse eller bristande omvårdnad. De allmänna råden innehåller rekommendationer om rutiner för att i kommunerna göra det möjligt att uppmärksamma och förebygga övergrepp. Kommunerna rekommenderas även att årligen lämna en redovisning till vederbörande länsstyrelse över de anmälningar som kommit in om övergrepp som begåtts av personal och vilka åtgärder som vidtagits med anledning av anmälningarna.

Bland annat länsstyrelsen i Örebro län har under år 1996 genomfört en uppföljning av hur råden mottagits i kommunerna samt vilka åtgärder som vidtagits med anledning av dem. Enligt länsstyrelsens sammanfattande bedömning har det i vissa kommuner inte fungerat tillfredsställande med den information om de allmänna råden som lämnats till berörd vårdpersonal och arbetsledning. I de flesta kommuner pågår dock arbete med att utforma rutiner för anmälan. Endast en kommun i Örebro län har utarbetade rutiner i enlighet med de allmänna rådets intentioner.

### **Övriga studier**

Andra uppföljningar och undersökningar som genomförts av vissa länsstyrelser avser bl.a. vilka insatser som beviljats till äldre personer medan de väntar på att flytta till en särskild boendeform samt brukarundersökningar om äldres upplevelse av kvalitet och innehåll i omsorgen.

I samarbete mellan Socialstyrelsen och länsstyrelserna planeras en rikstäckande studie om skillnader i kommunernas biståndspolicy i fråga om s.k. serviceinsatser.



## 3.7 Diskussion

### 3.7.1 Dokumentation av kvalitetsbrister

Jag har tidigare redogjort för de myndigheter och andra instanser inom hälso- och sjukvården som har att handlägga klagomål och synpunkter från enskilda och anhöriga. Min redogörelse omfattar även hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att rapportera risker och riskhändelser till Socialstyrelsen. Som jag framhållit saknas inom socialtjänsten motsvarande systematiska information om klagomål och anmälningar från enskilda och anhöriga. De tidigare redovisningarna tydliggör de skilda förutsättningar som följer av de olika bestämmelser som gäller inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten för bl.a. skyldighet att rapportera risker och riskbeteenden som ett viktigt led i förebyggande arbete och för kvalitetssäkring. När det gäller hälso- och sjukvård finns även fler möjligheter att till oberoende instanser framföra klagomål och få hjälp att åtgärda brister samt missförhållanden. Dessutom kan ansvarsfrågan prövas när det gäller legitimerad personal och under vissa omständigheter leda till disciplinpåföljd. Ersättning kan även erhållas för de personskador som uppkommer i vården.

Kommuner och landsting har en lagreglerad skyldighet att tillhandahålla *förtroendenämndsverksamhet* för den hälso- och sjukvård som de bedriver. Nämnderna är en från vården fristående instans och har till uppgift att stödja och hjälpa enskilda och/eller anhöriga i kontakten med hälso- och sjukvårdspersonal.

*Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)* är den statliga myndighet som har till uppgift att pröva frågor om bl.a. disciplinpåföljder för personal inom hälso- och sjukvården. HSAN grundar sina bedömningar på de bestämmelser som finns i bl.a. åliggandelagen och disciplinpåföljdslagen. Nämnden utreder anmälningar mot hälso- och sjukvårdspersonal om fel och försummelser vid undersökning, vård och behandling av patienter. De påföljder som kan utdelas är varning eller erinran, av vilka

varning är den allvarligaste. En förutsättning för disciplinpåföljd är att felet inte kan anses som ringa eller ursäktligt.

En särskild *Patientförsäkring* tillskapades år 1975 mot bakgrund av svårigheter att få ersättning för patientskador enligt skadeståndslagen. Från den 1 januari 1997 infördes en patientskadelag med bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivare att ha en patientförsäkring som täcker sådan ersättning. Patientskadeersättning skall utges för personskador, såväl fysiska som psykiska, som drabbar patient i samband med hälso- och sjukvård i Sverige.

Den tidigare gällande s.k. Lex Maria-förordningen med bestämmelser om personalens anmälningsskyldighet har tillförts 5 § tillsynslagen. Skyldigheten att anmäla till Socialstyrelsen gäller allvarliga skador och sjukdomar samt risker som inte ligger inom ramen för vad som kunnat förutses eller utgör normal risk i samband med vård, behandling eller undersökning. *Lex Maria-anmälningar* är sedan länge en av de viktigaste informationskällorna till stöd för arbetet med förbättrad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Statistik över Lex Maria-anmälningar samlas i *Socialstyrelsens RiskDataBas (RDB)* i Örebro.

Sedan början av 1990-talet systematiserar HSAN, Socialstyrelsens RiskDataBas och förtroendenämnden i Stockholms läns landsting uppgifter om inkomna anmälningar. Genom patient-skadeförsäkringens databas har det från mitten av 1970-talet varit möjligt att följa utvecklingen av skador och skadeeffekter inom vården. De olika instansernas uppgifter och erfarenheter om skador, riskbeteenden samt klagomål från enskilda och anhöriga är numera relativt omfattande. Genom att information registrerats sedan några år är det dessutom möjligt att följa utvecklingen över tid samt att göra analyser av tendenser och trender. Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting och HSAN har vardera ett material som omfattar cirka 10 000 anmälningar. RiskDataBasen innehåller uppgifter om mer än 6000 utredda och beslutade Lex Maria-händelser. Patientförsäkringen förfogar över information om närmare 100 000 anmälningar om personskador i vården.

I föreliggande kartlägningsarbete har det av tidsskäl inte varit möjligt att genomföra djupgående analyser av hela detta kunskapsmaterial. Redovisningen har koncentrerats till en översiktlig

beskrivning av förhållanden som avser äldre personer. Jag finner det betydelsefullt att bl.a. genom dessa kunskapskällor kontinuerligt följa hur kvaliteten utvecklas inom vård och omsorg om äldre. Dessutom är det angeläget att i olika projekt- och forskningsarbeten närmare analysera skador, skadeeffekter, riskhändelser och klagomål som berör äldre. Flertalet här redovisade instanser återför sina kunskaper och erfarenheter till vården som ett viktigt led i arbetet med att utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Det saknas i flera avseenden uppgifter om hur kunskaperna och erfarenheterna tas tillvara och används lokalt i kommuner och landsting.

Förutom den dokumentation som finns att tillgå på nationell nivå och även hos förtroendenämnderna pågår i kommuner och lands-ting arbete med att ta fram metoder för utveckling och säkring av kvalitet, för uppföljning samt för utvärdering. Kommuner och landsting är även skyldiga, inom den hälso- och sjukvård som de bedriver, att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Vårdgivaren är skyldig, som en del av det egna kvalitetssäkringssystemet, att ha rutiner för lokal avvikelserapportering av olyckor, incidenter, tillbud m.m. i verksamheten. Det finns därför anledning att anta att det i kommuner och landsting succes-sivt kommer att finnas en samlad dokumentation av kvalitetsbrister i vården och omsorgen.

### 3.7.2 Få synpunkter och klagomål förs vidare

Antalet anmälningar som inkommer till förtroendenämnderna, HSAN och tillsynsmyndigheterna är sannolikt lågt i förhållande till det verkliga antalet misstag, felbehandlingar och synpunkter som kan finnas inom vård och omsorg. Detta påpekas även i internationella analyser.

Även i jämförelse med äldres vårdutnyttjande och antalet kontakter som äldre personer och deras närstående har med vård och omsorg är det få klagomål som anmäls till myndigheter och andra berörda instanser. Enligt Epidemiologisk centrum, Socialstyrelsen var det drygt 1,6 milj. vårdtillfällen som genomfördes inom sjukvården år 1995, varav drygt 40 procent avsåg personer

65 år och äldre. Äldre personer nyttjade drygt hälften (56 procent) av sjukvårdens samtliga drygt 14 milj. vårddagar under året. Av sjukvårdens samtliga patienter var 38 procent äldre personer. Inom kommunernas verksamhet fick år 1995 cirka 290 000 äldre och personer med funktionshinder vård, omsorg och service antingen i form av hemtjänst i den ordinarie bostaden eller i en särskild boendeform.

Det finns därför anledning att anta att många som upplever sig ha blivit dåligt bemötta eller blivit utsatta för felbehandlingar och riskhändelser i vård och omsorg inte bryr sig om, inte orkar eller inte vågar föra fram sina klagomål och kritiska synpunkter under pågående behandling eller under ett långvarigt omvårdnadsberoende.

Ett annat skäl till varför antalet anmälningar till tillsynsmyndigheterna och andra instanser är lågt kan vara att merparten av klagomål och synpunkter förmedlas direkt till de olika vårdgivarna. För många löser vårdgivaren de problem som uppkommit på ett smidigt och enkelt sätt. Det är dock troligt att det förekommer stora variationer både inom och mellan kommuner och landsting med avseende på vilka rutiner och med vilken systematik som klagomål tas emot och åtgärdas. Jag anser därför att det är en angelägen uppgift att stimulera till fortsatt utveckling av adekvata system och rutiner för handläggning av synpunkter och klagomål. Lyhördheten och öppenheten för klagomål och kritiska synpunkter inom vård och omsorg om äldre måste bli större.

### **Behov av förändring och utveckling**

Det är viktigt att det redan påbörjade arbetet med att sammanställa statistik från landets förtroendenämnder fortsätter. Det är i nationellt perspektiv betydelsefullt att kunna göra jämförelser och följa utvecklingstendenser beträffande de synpunkter som finns hos allmänheten.

Jag har också kunnat konstatera att de olika myndigheterna och instanserna systematiserar sin information i databaserna på olika sätt och från olika utgångspunkter. Det är självfallet önskvärt att informationen, så långt som möjligt, systematiseras på ett likartat sätt. Inte minst är det viktigt att bättre kunna följa utvecklingen

av kvalitet och innehåll i vården och omsorgen om de äldsta åldersgrupperna, dvs. personer över 80 år med de allra största vård- och omsorgsbehoven. Det är inte möjligt att utan omfattande bearbetningar inhämta information från alla databaser om den kommunala hälso- och sjukvården. Det är ett område som behöver förbättras liksom även möjligheterna att kunna följa utvecklingen inom socialtjänstens område.

Det är ett välkänt faktum att allt fler äldre med stora vård- och omsorgsbehov får sina behov tillgodosedda genom hemtjänst och hemsjukvård. Hemtjänstens insatser koncentreras alltmer till de allra äldsta och mest hjälpbehövande samt omfattar till stora delar omvårdnadsinsatser. Redovisningen i det föregående påvisar att anmälningar är vanligare inom akutsjukvården, främst inom de specialiteter som upplevs som "dramatiska", dvs. inom opererande specialiteter. Vanliga är även Lex Maria-anmälningar som rör kommunernas särskilda boendeformer. Det är färre anmälningar som berör händelser som inträffar vid insatser i den ordinarie bostaden. Länsstyrelserna har rapporterat om få tillsynsärenden och klagomål inom omsorg om äldre. En angelägen uppgift är att finna former för att även inom vård och omsorg i den ordinarie bostaden stimulera till metoder för att systematiskt hantera klagomål och synpunkter samt dra nytta av erfarenheterna i förebyggande arbete.

### 3.7.3 Omfattning av anmälningar som berör äldre personer

#### **Äldres andel av samtliga anmälningar**

Genomgående är antalet anmälningar som berör äldre personer lägre jämfört med anmälningar från yngre personer hos de instanser som tar emot synpunkter och klagomål direkt från enskilda och/eller anhöriga. Samtidigt konstaterar flertalet instanser att anmälningar som berör äldre personer är mer komplexa till sitt innehåll. Det är inte heller ovanligt att anmälningar som berör äldre personer inkommer först efter det att personen avlidit.

Majoriteten av anmälningarna gäller de yngre åldersgrupperna. Den lägre anmälningsbenägenheten hos äldre har flera orsaker, bl.a. är äldre generellt sett mindre kritiska än yngre personer till samhällets stöd- och hjälpinsatser. Andra orsaker kan vara att äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg har svårt att föra sin egen talan p.g.a. sjukdom och funktionshinder. Samtidigt väljer anhöriga att inte framföra klagomål och kritiska synpunkter av rädsla för att det kan föranleda än sämre förhållanden för deras närstående. Antalet anmälningar som berör äldre personer har dock ökat under den tidsperiod som anmälningar registrerats i databaser hos HSAN och förtroendenämnden i Stockholms läns landsting.

Det är en betydligt större andel äldre personer som är berörda av Lex Maria-anmälningar vilket framgår av tabell 10.

**Tabell 10. Inkomna anmälningar till myndigheter och andra instanser åren 1993-1996 respektive 1975-1995, fördelat på ålder.**

Inkomna anmälningar	Antal 0-64	Proc. 0-64	Antal 65-	Proc. 65-	Totalt Antal	Totalt Proc.
Förtroendenämnden i Sthlm 1993-1996	7603	74	2642	26	10 245	100
HSAN 1993-1996	8046	83	1657	17	9703	100
Riskdatabasen 1993-1996 (Lex Maria)	1926	36	3473	64	5399	100
Patientskadeförsäkringen 1975-1995*	53 321	60	35 650	40	88 971	100

\* På grund av omläggningar i försäkringens databas är det inte (mars 1997) möjligt att ta fram statistik som är jämförbar med de andra instanserna som här redovisas.

Drygt en fjärdedel av samtliga inkomna anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting har under tidsperioden 1993 t.o.m. 1996 berört äldre personer. Motsvarande andel hos HSAN var knappt en femtedel. Av samtliga från år 1975 inkomna anmälningar till Patientskadeförsäkringen har 40 procent avsett äldre personer. Däremot berör majoriteten (64 procent) av rapporterade Lex Maria-händelser personer över 65 år. Hos samtliga instanser avser majoriteten anmälningar kvin-nor.

Mina analyser medger inte ställningstaganden till om äldre personer drabbas av svårare skador, felhandlingar och missförhållanden i vården och omsorgen jämfört med yngre personer. För att dra slutsatser om detta, erfordras betydligt mer djupgående analyser. Jag kan dock konstatera att äldre i mindre omfattning, jämfört med yngre personer, anmäler personskador till Patientförsäkringen; däremot leder äldres anmälningar i något större omfattning till ersättning från försäkringen. Cirka en fjärdedel av anmälningar som berör äldre hos HSAN resulterar numera i disciplinpåföljd, vilket är en kraftig ökning i jämförelse med tidigare år. Avgjorda anmälningar hos HSAN inom åldersgruppen över 65 år leder även oftare till disciplinpåföljd jämfört med avgjorda anmälningar bland yngre personer.

Lex Maria-anmälningar som berör äldre personer har till övervägande del föranlett Socialstyrelsen att göra kritiska skrivningar om de händelser som inträffat samt påpekanden om vilka förändringar som behöver vidtas för att förebygga liknande händelser. Enligt den erfarenhet som framkommer från förtroendenämnden i Stockholms läns landsting föranleder anmälningar som berör de allra äldsta oftare än andra att nämnden fattar principiella beslut och gör uttalanden.

Det har inte heller varit möjligt i denna kartläggning att närmare analysera eventuella skillnader mellan anmälningar från anhöriga och de riskhändelser som rapporteras av vårdgivaren till Socialstyrelsen. Enligt de uppgifter som inhämtats från ett projektarbete som bedrivits av Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping inom den kommunala vården och omsorgen om äldre har dock skillnader kunnat observeras. Analyser och sammanställningar har utförts av de anmälningsärenden som inkommit till enheten under åren 1992-1996. Bedömningen görs att anmälningar från enskilda och anhöriga oftast avser kvalitetsbrister i omvårdnaden och bemötandet. Lex Maria-anmälningar avser nästan uteslutande fel i samband med läkemedelshandlingen.

### **Verksamheter och arbetsmoment**

Jag har tidigare framhållit att det inte är möjligt att från de olika databaserna inhämta samma typ av information om t.ex. vilka

verksamheter och arbetsmoment som förekommer i anmälningarna. Anmälningar registrerade i RDB och hos förtroendenämnderna avser främst den sjukhusanslutna vården (framförallt specialiteterna kirurgi och ortopedi). Behandlingsåtgärder är enligt förtroendenämndernas erfarenheter det arbetsmoment som föranleder flest anmälningar. Även i Lex Maria-händelser är behandlingsåtgärder vanligt förekommande (inkl. feldosering av läkemedel) samt dessutom förväxlingar av läkemedel. Omvårdnadsåtgärder förekommer däremot relativt sällan i Lex Maria-händelser och i anmälningar till förtroendenämnden i Stockholms läns landsting. Nämnden registrerar också anmälningar som avser klagomål på bemötande och information, cirka en femtedel av anmälningarna avsåg under år 1996 dessa områden. De förekommer, som framgått tidigare, ofta i de klagomål som framförs men dock inte som huvudanledning till anmälan.

Mina analyser tydliggör, vilket framgår av exemplen som redovisats tidigare i kapitlet, att en anmälan sällan är "renodlad" i den bemärkelsen att klagomålen och synpunkterna enbart gäller en aspekt på vården och omsorgen. Det medför vissa svårigheter vid kategoriseringen av vilket problemområde som en anmälan avser.

Enligt de erfarenheter som förtroendenämnderna redovisat förekommer ett fåtal anmälningar från den kommunala hälso- och sjukvården. Det beror med stor sannolikhet på att förtroendenämndsverksamheten ännu inte är så känd bland enskilda, anhöriga och personal i den kommunala hälso- och sjukvården. I detta sammanhang vill jag även framhålla att det erfordras intensifierade och riktade informationsinsatser till enskilda, anhöriga och personal i den kommunala hälso- och sjukvården. Ansvar för denna information åvilar såväl förtroendenämnderna som ansvariga på olika nivåer inom kommunerna. Riktad information bör bl.a ingå som en självklar del i kommunernas egna informationsinsatser. Jag har tidigare redovisat den kraftiga ökningen av antalet Lex Maria-anmälningar bland personer 65 år och äldre efter Ädelreformen. En stor andel av dessa anmälningar kom från kommunernas särskilda boendeformer och gällde till övervägande del felhandlingar i samband med läkemedelshantering. Ökningen har dock åren 1995 och 1996 planat ut. Möjliga



orsaker till denna fluktuation i anmälningar efter kommunernas övertagande av långtidssjukvården har jag belyst tidigare. Jag understryker här betydelsen av att fortsättningsvis följa och närmare analysera de förändringar som sker samt deras samband med vårdkvaliteten för enskilda.

Eftersom både förtroendenämnden i Stockholms läns landsting, HSAN och Socialstyrelsen påbörjade registrering av anmälningar i databaser år 1992 och senare finns inget (utan manuella bearbetningar) jämförelsematerial över förekomst av anmälningar inom långtidssjukvården före Ädelreformen.

### 3.7.4 Anledning till anmälan

#### **Stor överensstämmelse i anmälningarna**

Informationen i databaserna ger en god överblick över bl.a. antalet anmälningar och fördelning mellan åldersgrupper och kön. Det statistiska materialet ger även i vissa fall information om vilka verksamheter och specialiteter som anmälningarna avser samt vilka händelser som föranleder en anmälan och vad den resulterar i. Anmälningarna innehåller dock ofta en komplexitet som inte tydliggörs i statistiken.

Jag kan genom analyser av de exempel på anmälningar som jag fått tillgång till konstatera den samstämmighet som framkommer ur materialet. Oavsett om klagomålen framförs som en anmälan till HSAN med yrkande om disciplinpåföljd av hälso- och sjukvårdspersonal eller som klagomål till förtroendenämnderna innehåller synpunkterna och klagomålen stora likheter. Det råder även stor samstämmighet med resultatet av de uppföljningar och utvärderingar som genomförts av tillsynsmyndigheterna.

#### **Innehåll i anhörigas klagomål och synpunkter**

Flertalet kritiska synpunkter och klagomål på vården och omsorgen om äldre lämnas av anhöriga, framförallt make/maka, son/dotter eller barnbarn. Anhöriga beskriver i sina anmälningar starka upplevelser av brister i omhändertagandet. Flertalet anmälningar gäller tiden då deras närstående vistades på sjukhus eller

bodde i en särskild boendeform och då främst sjukhem. Klagomålen avser vården och omsorgen av personer i mycket hög ålder med omfattande vård- och omsorgsbehov på grund av en eller flera funktionsnedsättningar/sjukdomar och med begränsade möjligheter att själva föra sin talan och utöva inflytande.

För somliga är det primära skälet för anmälan att ansvariga skall ställas till svars för det som inträffat. Andra skäl är upplevelser av kränkningar samt en önskan om upprättelse och/eller en önskan om att förebygga att liknande händelser som drabbat deras närstående skall upprepas. Klagomålen avser oftast flera olika händelser och företeelser.

### **Information och dialog**

Brister i information är, som framgått tidigare, oftast inte huvudskäl till anmälan. Sådana brister framkommer därför inte alltid av statistiken. Däremot är bristen på information och avsaknaden av dialog uppenbar vid en bearbetning av anhörigas anmälningar.

Kritik riktas i anmälningarna mot bristande information och dialog i relation till enskilda och anhöriga. Motsvarande kritik avser även kommunikationen mellan personal samt mellan olika vårdnivåer och vårdgivare. Anhörigas synpunkter överensstämmer med de erfarenheter som framkommit i Ädelutvärderingen om brister i vårdplanering och informationsöverföring mellan vårdgivare och vårdnivåer.

Jag instämmer helt i den av förtroendenämnderna framförda erfarenheten att tydlig och upprepad information skulle förebygga många problem i vården och omsorgen.

Brister i information förekommer även i samband med individuell prövning av biståndsbehov i form av hemtjänst och särskild boendeform. Det visar tillsynsmyndigheternas uppföljningar av rättssäkerheten vid handläggning och dokumentation av biståndsansökningar. Dessutom brister det i informationen beträffande rätten att överklaga beslut.

### **Samverkan**

Ett annat genomgående drag som kan skönjas i anmälningarna (och som har nära samband med information och dialog) är brister i samverkan och samråd med anhöriga samt bristande möjlighet till delaktighet i vården och omsorgen om närstående. Anhöriga upplever att det saknas intresse och lyhördhet i vården och omsorgen för deras kunskaper och erfarenheter om hur deras närståendes liv gestaltat sig. Bristande kommunikation leder hos anhöriga till oro och minskat förtroende för verksamheten. Anhöriga uppfattas som krävande när de framför synpunkter. I omvårdnadsarbetet går många gånger insikten förlorad om att "vårdtagaren" är någons mamma, pappa, mor- eller farförälder .

### **Brister i bemötande, omvårdnad, tillsyn och behandling**

Anhöriga beskriver upplevelser av att det saknas respektfullt bemötande av enskilda och deras individuella behov. Den enskildes utsatthet är framträdande i många anmälningar. Han/hon blir inte synlig i den kollektiva hanteringen av "de boende". Omvårdnaden ges utan intresse och utan omtanke, empati och engagemang. Vården och omsorgen är många gånger ensidigt inriktad på det fysiska omhändertagandet. När rutiner för det praktiska arbetet dominerar blir de individuella behoven underordnade.

Kritik riktas mot behandlings- och omvårdnadsåtgärder. I det material som jag haft tillgång till i mitt kartlägningsarbete förefaller en påfallande stor del avse brister i behandling liksom i insatser för att förebygga trycksår samt fall och fallskador. HSAN har, som tidigare redovisats, uppmärksammat att bristande omvårdnad, tillsyn och behandling – och då särskilt vid fall och fallskador och i samband med vätske- och näringstillförsel – ofta är anledning till anmälningar som avser personer 65 år och äldre. Även i exemplen från förtroendenämnderna och Socialstyrelsens regionala tillsynsenheter tydliggörs dessa brister. Flera studier har visat på metoder för att förebygga bristande omvårdnad när det gäller bl.a. vätske- och näringstillförsel, tand- och munhygien samt förhållanden som kan leda till fall och fallskador. Jag finner mot bakgrund av kartläggningens erfarenheter att stor uppmärksamhet måste ägnas dessa metoder och deras spridning.

Bristande dokumentation och bristfällig individuell planering av vård- och omsorgsinsatserna är ofta förekommande. Det är också vanligt att tillsynsmyndigheterna och HSAN måste rikta kritik mot brister i patientjournalen och i omvårdnadsjournalen. Skäl till att brister uppstår i vård och omsorg är avsaknaden av bl.a rutiner och systematik i arbetet liksom i uppföljning av insatserna.

Jag anser det vara betydelsefullt med tanke på att omfattande vård- och omsorgsinsatser ges i den ordinarie bostaden att närmare följa utvecklingen på detta område. Vård i livets slutskede, med behov av en mycket väl integrerad medicinsk och psykosocial omvårdnad ges alltmer i den ordinarie bostaden. Det är väsentligt att följa den fortsatta utvecklingen och bevaka insatsernas kvalitet. Av intresse är det regeringsuppdrag som Socialstyrelsen har om vård och omsorg i livets slutskede.