



# Att skadas i vården | 2024

NÄR RESULTATET AV EN VÅRDKONTAKT LETT TILL UPPLEVDA VÅRDSKADOR

INKOMNA SYNUNKTER FRÅN PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE  
– PATIENTNÄMNDEN REGION KALMAR LÄN

# Inledning

**Varje år drabbas alldeles för många patienter av vårdskador, uppskattningsvis drabbas var tionde patient som söker somatisk sjukhusvård. Ungefär 1200 personer avlider varje år där en vårdskada bedömts varit en bidragande orsak<sup>1</sup>.**

Under 2023 registrerade patientnämnden 173 ärenden som på olika sätt handlar om upplevda vårdskador. Det är nästan 20 procent av alla inkomna ärenden. Av dessa registrerade klagomål har 77 procent kommunicerats med vårdgivaren, via brev eller samtal.

Rapporten har patienters och närståendes perspektiv och utgår från deras upplevelser av att ha blivit skadade i vården. Analysen beskriver patienters upplevelser av att resultatet inte blev som förväntat, oavsett om skadan uppfyller de lagstadgade kriterierna för vårdskada eller inte. Det ska också sägas att definition och bedömning av vårdskada inte är helt enkel, något vi kan utläsa av vårdens svar till patienterna. Att exempelvis få en allvarlig infektion i ett knä i samband med en planerad operation, med bestående men som följd, uppfattas av patienten som en självklar vårdskada. Vården delar inte alltid denna uppfattning. Bedömningen är komplex. Analysen lyfter fokuset till patienten och vikten av att vårdgivaren tar ansvar och lämnar information vid incidenter. Inkomna berättelser vittnar om upplevda vårdskador där resultatet av en behandling inte blivit som förväntat eller då en diagnos blivit fördröjd. Många söker en förklaring till vad som gått fel, vill inte att det ska hända någon annan, andra efterfrågar ersättning för skadan. "Problemen har fortsatt, framtiden är oviss, ingen vill ta ansvar för det som hänt och jag bollas runt, ska jag betala för sjukhusvistelsen som blev, varför blev jag inte röntgad tidigare, hur kunde operationen gå så fel, hur kunde leden bli infekterad, varför tog det så lång tid att få undersökning, varför trodde de inte på mig, varför följdes jag inte upp – hur kunde det bli så fel?"

Frågorna till vården har varit många, vissa ärenden har varit av allvarlig karaktär där patienten fått men, invaliditet eller avlidit. Andra där skadan varit mindre allvarlig men lett till exempelvis lidande, förlängd rehabilitering, sjukskrivning eller ökade utgifter.

Av de ärenden som skickats till vårdgivaren för svar är det få som bedömts som en allvarlig vårdskada enligt lex Maria. De allra flesta skador har bedömts bero på mer eller mindre kända komplikationer ■

<sup>1</sup>Agera för säker vård, Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso-och sjukvården 2020 - 2024, Socialstyrelsen.

# Syfte och metod

Syftet med rapporten är att genom analys och presentation av synpunkter bidra med patienter och närståendes perspektiv till hälso-och sjukvårdens utvecklings- och kvalitetsarbete när det gäller vårdskador i region Kalmar län.

Under tidsperioden 2023-01-01 – 2023-12-31 registrerades 173 ärenden som på olika sätt rör bedömning- eller behandlingsresultat/vårdskador. Synpunkter på vårdskador har under en längre tid markerats för att kunna söka efter fler ärenden än de som är kategoriserade under kategorin resultat. En del ärenden handlar uteslutande om synpunkter på resultatet medan andra är en del av en vårdhändelse. Ärendena har analyserats och grupperats förvaltningsvis. De förvaltningar som har flest ärenden redovisas tillsammans med beskrivande ärendeexempel ■





# Vårdskada

## **Patientsäkerhetslagen (2010: 659), PSL**

PSL inriktar vårdgivaren på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska förebygga att patienter drabbas av vårdskador och därför utreda händelser som medfört en vårdskada eller hade kunnat gör det. En vårdskada ska anmälas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om det inträffat en vårdskada har patienter rätt att få information om vad som hänt och varför. Även annan information som gör att hen kan tillvarata sina rättigheter ska lämnas.

Definitionen av en vårdskada är - lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits samt en allvarlig vårdskada är bestående och inte ringa eller som lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit<sup>2</sup>.

## **Patientförsäkringen Löf - Patientskadelag (1996:799)**

Enligt patientskadelagen kan den som drabbas av en undvikbar skada i samband med hälso-, sjuk- och tandvård i Sverige få ersättning.

Enligt patientskadelagen är alla vårdgivare i Sverige skyldiga att ha en patientförsäkring, Region Kalmar län är anslutna till Löf (regionernas ömsesidiga försäkringsbolag). Försäkringen fungerar som ett ekonomiskt skydd för den som drabbats av en patientskada i samband med hälso- och sjukvård.

År 2023 tog Löf emot 21 700 anmälningar. Det är en ökning med sex procent jämfört med 2022. I drygt 36 procent av de ärenden som beslutades under 2023 ersattes patienten. Skador inom ortopedi, distriktsvård, tandvård och kirurgi är fortsatt de som anmäls oftast till Löf. Under 2023 mottog Löf 451 anmälningar som gällde Region Kalmar län<sup>3</sup>

## **Inspektionen för vård och omsorg, IVO**

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivare anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada, en sådan anmälan kallas lex Maria. Vårdgivarna är också skyldiga att genomföra en utredning av den aktuella händelsen. IVO:s bedömningar och beslut fokuserar i första hand på hur vårdgivaren har utfört sin utredningsskyldighet. Under 2023 inkom 86 anmälningar från vårdgivare i Region Kalmar län till IVO.

Patienter kan själva lämna klagomål till IVO. Patienter och närstående ska i första hand lämna klagomål på hälso- och sjukvården till vårdgivaren eller patientnämnden. Har vårdgivaren fått möjlighet att fullgöra sina skyldigheter ska IVO utreda klagomålet i sak om klagomålet uppfyller vissa förutsättningar. Under 2023 inkom 110 patientklagomål till IVO på Region Kalmar län varav 29 utreddes och 13 av dessa avslutades med kritik mot vårdgivaren<sup>4</sup>.

## **Patientnämnden**

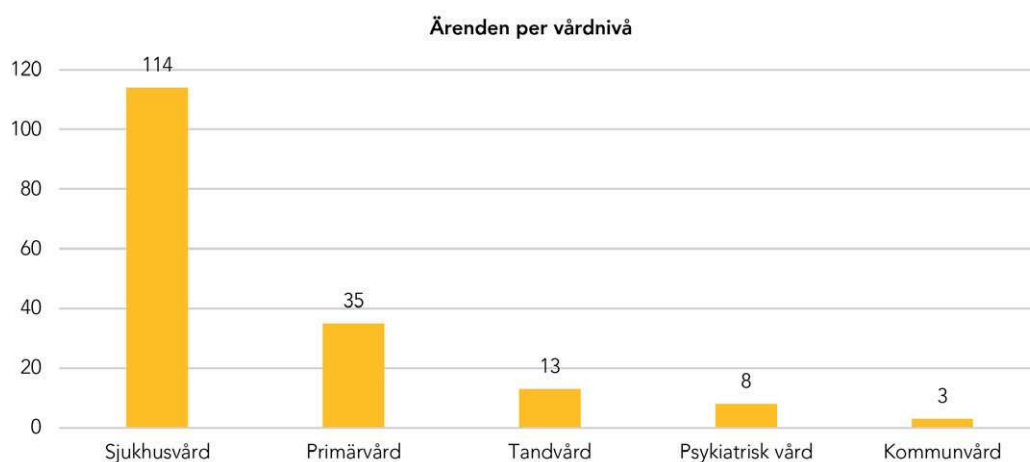
Vid en anmälan till patientnämnden lämnas information om klagomålssystemet, det vill säga hur en anmälan görs och till vilka instanser man kan vända sig. Patienten kan själv anmäla händelsen till vårdgivaren eller till patientnämnden. När patienten har fått svar från vårdgivaren finns möjlighet att anmäla till IVO. Om patientens berättelse handlar om en vårdskada eller om patienten efterfrågar ersättning lämnas information om Löf ■

<sup>2</sup> [Patientsäkerhetslagen - Patientsäkerhet \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/psl)

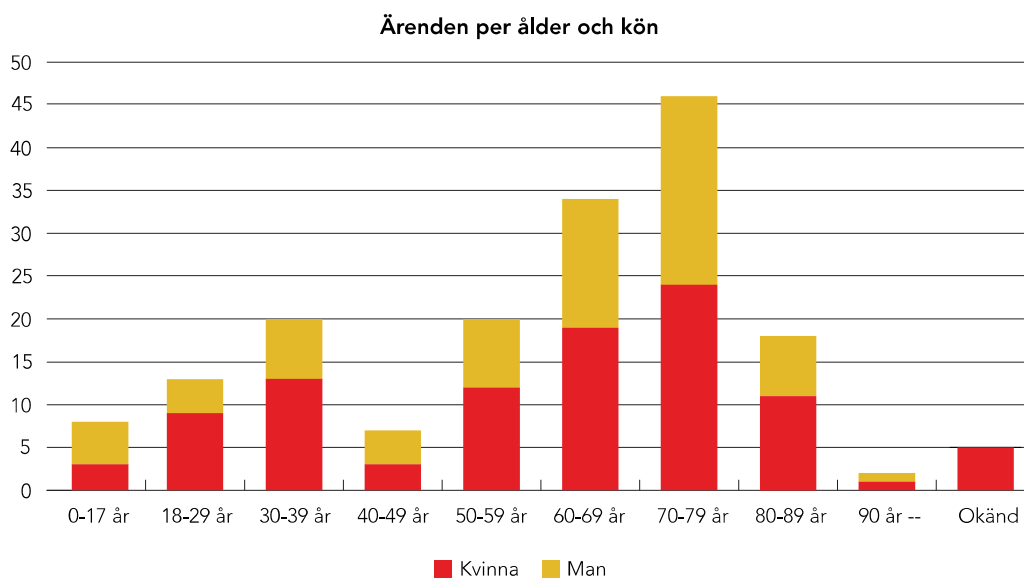
<sup>3</sup> [www.lof.se](https://www.lof.se)

<sup>4</sup> [www.ivo.se](https://www.ivo.se)

# Resultat



Inom sjukhusvården är det de opererande klinikerna som utmärker sig. Kirurg- och ortopedklinikerna har flest synpunkter följt av medicinklinikerna. Primärvårdens ärenden, offentliga och privata, är jämnt fördelade över mottagningarna. Hälften av tandvårdens ärenden rör speciallisttandvården. Psykiatrins ärenden rör främst upplevda skador vid läkemedelsbehandlingar.



Könsfördelningen är 58 procent kvinnor och 42 procent män.

# Sjukhusvård - Ortopedkliniker

Flest synpunkter rör resultat efter en operation, exempelvis nervskada, infektion i samband med operation av höft- eller knäleder. Dåligt resultat efter operation i fot, hand, höft eller knä. Patienter har berättat om svåra infektioner och andra komplikationer efter operation där resultatet inte blivit som väntat och patienten anser sig sämre än innan operationen. Flertalet har också genomgått omoperationer. Patienter uppger att de inte känt sig lyssnade till i efterförloppet och att det varit svårt att få hjälp. Via klagomål har de sökt svar på vad som har hänt, hur detta kunde ske och/eller sökt efter en ny åtgärd. Det är få ärenden där vården bedömer att det är en allvarlig vårdskada och att de gjort en lex Maria. Flest svar beskriver händelseförloppet, att komplikationen är känd och att skadan inte beror på oskicklighet.

## Ärendeexempel - Resultat

**”Jag fick en ny knäled. Först var allt bra med sedan började såret läcka. Jag sökte akut men ingen åtgärd vidtogs. En tid senare gick en muskel vid knät av och jag opererades igen. Under vårdtiden fick jag stafylokokker i leden och områdes spolades. Muskeln gick sedan av igen och jag låg inlagd flera veckor för operation och spolningar. Jag sitter nu i rullstol och behandlades med antibiotika. Framtiden är ovisst. Jag undrar om lex Maria är gjord och jag söker ersättning för alla merkostnader skadan orsakat ”.**

Patientnämnden informerar om Löf.

Utdrag från vårdens svar: Vården kan inte se några bristande rutiner eller oskicklighet. Uppger att det inte säkert går att säga i vilken ordning patienten drabbats av de komplicerade komplikationerna. Att muskeln inte höll beror nog i första hand på infektionen men också skör vävnad. Uppger inget svar om lex Maria.

Vid synpunkter på fördröjd diagnos beskriver patienter att de sökt akut efter ett kroppstrauma och den första bedömningen som gjordes har sedan visat sig felaktig. Det har framför allt handlat om frakturer i fot, finger, arm, handled men även muskel och ledbandskador samt spinal stenosis. Röntgenundersökning har uteblivit, felbedömts eller inte varit tillräckligt omfattande och diagnoser har fördröjts. Vid en senare undersökning har det visat sig vara allvarligare än vad som först bedömts och åtgärd har krävts. Patienter upplever att de inte har blivit lyssnade till. Väntetider och prioriteringar har gjort att diagnos eller behandling fördröjts, ibland för sent för en åtgärd. Uppföljningar har uteblivit vilket patienten upplever förvärrat tillståndet.

## Ärendeexempel - Fördröjd diagnos

**”Jag var på akuten med smärta från rygg och ben efter en olycka. Uppfattade att de områden jag uppgav smärta från röntgades, fick besked att allt såg bra ut och skickades hem. Fick inga besked om uppföljning. Senare fick jag hjälp via primärvården och fysioterapeut och det gjordes en ny röntgen. Det visade sig att jag hade ledband och muskelskador som skulle behövt opererats men nu var det för sent. Jag har fått en funktionsnedsättning i benet ”.**

Patientnämnden informerar om Löf.

# Sjukhusvård - Kirurgkliniker

Ärendena är av olika karaktär, men som återkommande ses upplevt bristande resultat efter olika bukoperationer samt blodförtunnande behandling inför eller efter operation. Två ärenden rör dödsfall relaterat till blodförtunnande behandling. Det har också handlat om sepsis och bristande uppföljningar av exempelvis nefrostomikateter. Ärendena som rör fördröjd diagnos handlar främst om cancerdiagnoser där patienter anser att läkare gjort en felaktig bedömning. Enstaka ärenden har lett till händelseanalys eller anmälan enligt lex Maria.

## Ärendeexempel - Resultat

“Min pappa blev inlagd med blödande magsår och han fick behandling. Under vårdtiden utvecklade han en propp i benet och ordinerades blodförtunnande medicin. Ett par dagar senare skrevs han hem. Dagen efter blev han akut dålig, skickades med ambulans till akuten men avled med inre blödningar. Jag är kritisk till att pappa skickades hem med blodförtunnande medicin när han haft blödande magsår”.

Utdrag från vårdens svar: Vårdgivaren beklagar djupt bortgången. Redogör för vårdförloppet. Efter journalgenomgång har de konstaterat att trots den tragiska utgången blev den anhörige korrekt behandlad.

## Ärendeexempel – Fördröjd diagnos

“Jag fick besked om cancer i urinblåsan. Var på undersökning i Linköping men efter det hände det ingenting. Efter drygt en månad var jag på en magnetkameraundersökning men efter det var det tyst igen. Jag fick själv kontakta mottagningen men innan jag hann komma på besök försämrades jag och fick åka akut till sjukhuset. Tumören hade då vuxit och kunde inte längre opereras bort. Jag fick besked om att jag glömts bort. Cellgiftsbehandling påbörjades men fick avbrytas på grund av mitt allmäntillstånd. Jag har fått besked om att lex Maria gjorts men ingen förklaring eller ursäkt i övrigt”.

Patientnämnden informerar om Löf.

# Sjukhusvård - Medicinkliniker

Synpunkter på resultat har handlat om läkemedelsbehandlingar som missats eller lett till skada. Vidare pacemakingrepp som inte blivit bra. Flera ärenden rör försenad diagnos av cancer, en patient beskriver att hon hade diffusa symtom som bedömdes vara hormonpåverkan, rekommenderades kontakta gynekolog men fick senare diagnos lungcancer. Några ärenden handlar om felaktiga bedömningar/bristande behandling vid akut sjukdom exempelvis njursvikt, struma och stroke.

## Ärendeexempel - Resultat

**”Min sambo sökte akut för andningsbesvär och domningar i benen. Undersöktes och remiss skrevs till ortopederna för undersökning längre fram. Jag upplevde att min sambos symtom inte togs på allvar. Trots att min sambo var dålig skickades hen hem. Blev sämre hemma och kom sedan via hälsocentralen åter till akuten och därefter till Linköping för operation av separerad kroppspulsåder. Har blivit förklarad från midjan och neråt. Uppmanad att anmäla händelsen. Har anmält till Löf ”.**

Utdrag från vårdens svar: Chefläkare meddelar att den samlade symtombilden skulle ha föranlett en mer noggrann undersökning. Handläggningen på kliniken har fördröjt diagnos och behandling. Anmälan har gjorts enligt lex Maria. Verksamhetschef svarar bland annat att patienten inte hade den typiska bilden av separerad kroppspulsåder. Kliniken planerar bland annat att göra en scenariorutbildning/utbildning.



# Sjukhusvård

## - Övriga specialistkliniker

Kvinnoklinikens ärenden rör synpunkter på resultat efter operation eller förlossning. Flera uppger att de inte känt sig lyssnade till när de sökt för upplevda komplikationer exempelvis bristningar efter förlossning, smärta efter spiralinsättning eller urinläckage.

### Ärendeexempel - Resultat

**”Jag genomgick en operation. Vid operationen skadades urinblåsan som fick åtgärdas med en ny operation. Efter denna blev det nya problem, sårdränaget fastnade i tarmarna och även detta fick åtgärdas med en ny operation. Jag önskar ersättning ”.**

Patientnämnden informerar om Löf.

Utdrag från vården svar: Vården beklagade händelsen, gjorde en händelseanalys som kom fram till att komplikationen som inträffade är sällsynt men känd och det finns inget som talar för att ingreppet utfördes på ett oskickligt sätt. Det var inte aktuellt med lex Maria.

Ögonklinikens ärenden handlar om komplikationer i samband med ögonoperationer eller vid injektionsbehandlingar. Ett ärende rör försenad diagnos där symtom felbedömdes som en hornhinneskada när det var en tumör.

### Ärendeexempel - Resultat

**”Jag påbörjade en injektionsbehandling i ett öga. Jag hann att få två injektioner innan det uppdagades att jag fått injektionen i fel öga. Det var min optiker som uppmärksammade detta. Jag blev lovad en snabb tid tillbaka till ögon för att få rätt behandling.”**

Patientnämnden informerar om Löf.

Patienten tog egen kontakt med mottagningen, fick snabbt kontakt med verksamhetschefen som var uppriktigt och informerade om att de gjort fel. De skulle göra en lex Maria. Patienten var väldigt nöjd med hur mottagningen hanterat händelsen.

# Primärvård

Övervägande ärenden har handlat om försenade diagnoser, flera fall där cancer upptäckts i ett senare skede. Patienter upplever att om de initialt skickats på röntgen eller till annan specialist skulle de fått diagnosen tidigare. Återkommande är att de inte känt sig lyssnade till. Försenade diagnoser har även rört andra sjukdomar exempelvis stroke och hjärtsvikt.

Vidare synpunkter på bedömning vid skador på rörelseapparaten exempelvis fördröjd diagnos vid hälseneruptur och olika led-och skelettskador där den initiala bedömningen blivit fel. Två ärenden rör nervskada efter vaccination.

Enstaka ärenden har lett till händelseanalys eller anmälan enligt lex Maria.

## Ärendeexempel - Resultat

**”Jag sökte min hälsocentral för en förändring mellan bröstet. Läkaren skrev en remiss till hudklinik men det dröjde två månader innan jag fick komma dit. Hudläkaren reagerade direkt och vidtog åtgärder akut. Har nu genomgått behandling för bröstcancer. Jag anser att läkaren skulle ha skickat mig akut för mammografi. Jag vill framföra händelsen i lärande syfte ”.**

Patientnämnden informerar om Löf.

Utdrag från vårdens svar: Verksamhetsansvarig uppger att remiss skulle ha skickats enligt standardiserat vårdförlopp för cancer, ber om ursäkt för att det blev en fördröjning. Har lyft händelsen i läkargruppen och planerar regelbundna utbildningar kring hudförändringar.

## Ärendeexempel - Resultat

**”Jag vrickade foten rejält och var på en läkarbedömning. Läkaren gjorde en enkel undersökning och hänvisade mig till fysioterapeut. Det var lång väntetid till fysioterapeut så jag tog ny kontakt med läkaren om att få en remiss till ortoped. Läkaren ville ha fysioterapeutens bedömning först och nekade remiss. Jag skrev då en egenanmälan till ortoped och fick snabbt en tid. En vecka senare hade jag opererats för avsliten hälsena. Hade önskat en noggrannare undersökning initialt ”.**

Utdrag från vårdens svar: Verksamhetsansvarig redogör för bedömningen som gjordes och varför. De vill lära av händelsen och kommer att använda ärendet som ett utbildningsfall samt trycka på vikten av att vara generösare med röntgen och ultraljud.

# Tandvård

Ärendena har handlat om bedömningar och resultat efter tandvårdsbehandlingar. Två ärenden rör bristande information inför tandutdragningar under sövning, fler tänder har tagits bort än vad som var överenskommet. Vidare skador i samband med tandvård exempelvis sårskada, fil som fastnat i en tand och orsakat infektion, nervskada och tänder som gått sönder. Patienter anser att de drabbats av en vårdskada på grund av bristande handhavande. Några patienter har hänvisats till Löf av tandvården. Det är oklart om händelseanalyser gjorts, inget ärende uppges ha lett till anmälan enligt lex Maria.

## Ärendeexempel - Resultat

”Jag hade en sprucken kindtand. Efter ett halvår fick jag besvär ifrån tanden och då specialisttandvården (STV) inte kunde ta emot mig direkt fick jag via folktandvården (FTV) antibiotika och remiss skrevs till STV. Smärtan blev snabbt outhärdligt, STV erbjöd ingen akuttid så jag gick till FTV igen. Det fanns varbildning under kindtanden. STV meddelade att de hade väntetid. Jag fick sedan feber och frossa. Via hälsocentralen kom jag senare till öron-näsa-halsmottagningen och fick ytterligare antibiotika. Ny remiss skickades till STV. Tandens drogs ut akut. Efter detta blev jag mycket sjuk, infektion ner i bröstet och sepsis. Opererades flera gånger, låg på IVA och ytterligare komplikationer tillstötte. Jag är frågande till hanteringen av ärendet”.

Patientnämnden informerar om Löf.

Utdrag från vårdens svar: Identifierat behov att sprida information i organisationen gällande patienter som ska genomgå käkkirurgiska ingrepp och samtidigt behandlas med läkemedel mot benskörhet (Bisfosfonater), ett förtydligande kommer att göras kring hantering av dessa patienter. Mottagningen kommer även att se över sina kontaktrutiner.

# Reflektion

**Det är tydligt att en upplevd vårdskada inte alltid bedöms som vårdskada enligt lag. Hur patienten upplever sin situation och det som skett krockar många gånger med vårdens bedömning.**

För att möta upp en patient som drabbats av en komplikation eller försenad diagnos behöver det finnas en öppenhet kring vad som skett, kunskap om att information ska lämnas om Löf och IVO och en förståelse och vilja att bemöta patientens upplevelse. Flertalet patienter har inte fått information om att en skada uppstått eller om Löf. Utifrån inkomna klagomål och svar ifrån vårdgivaren tolkar vi det som en kunskapsbrist kring vårdgivarens ansvar. Däremot ser vi att många patienter kontaktar patientnämnden efter uppmaning från vården, vårdpersonal på en annan vårdenheter har reagerat på det tidigare vårdförloppet och uppmanat patienten att göra en anmälan. Sannolikt hade en del klagomål uteblivit om vården tagit ansvar för händelsen och följt patient-säkerhetslagen.

En välinformerad och delaktig patienten är också en avgörande faktor om komplikationer uppstår. Många missuppfattningar hade kanske kunnat undvikas om patienten varit medveten om riskerna med en behandling eller operation. Värt att notera är att förvånansvärt få ärenden handlar om information, varken patienter eller vårdgivare lyfter frågan kring om information lämnats eller inte.

Patientnämnden uppfattar ibland en motstridighet kring bedömningen av vårdskador, en allvarligt försämrad patient efter ett ingrepp ska enligt lag få information om Löf. Om skadan varit ersättningsbar eller inte är upp till Löf att avgöra.

Hur ser lärandekulturen ut i vår region? Patientnämnden ser att många händelser återkommer i vården. Trots att liknande händelser uppmärksammats av patienter eller närstående händer samma sak om igen ■

## Medskick till vården

- Ge tydlig information om risker och komplikationer inför en behandling.
- Ta ansvar när det blivit fel, bemöt patientens upplevelse och informera om hur ni hanterar händelsen. Informera om patientnämnden och IVO.
- Hänvisa till Löf som gör en egen utredning om patienten har rätt till ersättning enligt patientskadelagen oavsett vårdens bedömning.
- Erkänn misstag och felbehandlingar, använd inkomna klagomål för kvalitetsutveckling.
- Sprid kunskapen på ett strukturerat sätt i organisationen i ett lärande syfte.
- **Lyssna på patienten!**

# Medskick till allmänheten

- Var införstådd med risker och komplikationer inför en behandling, eftersök information om den inte ges.
- Om du råkat ut för en skada i vården kontakta vårdgivaren eller patientnämnden.
- Anmäl till Löf oavsett vårdens bedömning. Om du råkat ut för en vårdskada kan du göra en skadeanmälan till Löf för att undersöka möjligheterna till ekonomisk ersättning. Löf har en yttersta tidsgräns på 10 år som räknas från den tidpunkt då patientskadan orsakades..
- Om du råkat ut för en vårdskada kan du efter svar ifrån vårdgivaren anmäla händelsen till IVO för en oberoende prövning. IVO utreder som huvudregel inte ärenden som rör händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden.

## Tidigare rapporter från patientnämnden

- Tillgänglighet, november 2017
- Patientjournalen, juni 2018
- Intyg, november, 2018
- Barnärenden, juni 2019
- Den äldre patienten inom somatisk slutenvård, november 2019
- Patienter med långvarig smärta, juni 2020
- Vårdens åtgärd, november 2020
- Klagomål relaterade till covid-19, februari 2021
- Primärvården, september, 2021
- Intyg, november, 2021
- Klagomål relaterade till covid-19, juni 2022
- Läkemedel, juni 2022
- Bemötande, november 2022
- Patientjournalen, juni 2023
- Prehospital vård, november 2023

Rapporterna finns att läsa på [www.regionkalmar.se](http://www.regionkalmar.se)



