



# FÖRVALTNINGSHÖGSKOLAN

## HJÄLP, ÄR DET NÅGON SOM HÖR MIG?

En kvalitativ studie om ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården

**Matilda Lundström**

**Ida Häll Lindblad**

---

Program:	Kandidatprogrammet i offentlig förvaltning, 180 hp
Kurs (kurskod):	Kandidatuppsats i offentlig förvaltning, 15 hp (FH1504)
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2022
Handledare:	David Ryffé
Examinator:	Mikael Löfström

## Sammanfattning

Program:	Kandidatprogrammet i offentlig förvaltning, 180 hp
Kurs (kurskod):	Kandidatuppsats i offentlig förvaltning, 15 hp (FH1504)
Titel (svensk):	Hjälp, är det någon som hör mig?
Titel (engelsk):	Help, does anyone hear me?
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2022
Handledare:	David Ryffé
Examinator:	Mikael Löfström
Nyckelord:	Socialt ansvarsutkrävande, Hälso- och sjukvården

---

**Syfte:** Syftet med studien är att kritiskt granska möjligheterna till ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården.

**Teori:** Studien har sin utgångspunkt från Bovens teori om socialt ansvarsutkrävande samt relationen mellan aktör och forum och dess betydelse för möjligheten till ansvarsutkrävande. Tre utgångspunkter används i studien: IVO:s skyldighet att informera enskild om sitt agerande, den enskildes möjlighet att ifrågasätta och förhöra IVO samt den enskildes möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande.

**Metod:** Studien utgörs av en kvalitativ dokumentationsstudie där klagomål inkomna till IVO analyseras i syfte att granska hur möjligheterna till socialt ansvarsutkrävande ser ut.

**Resultat:** Möjligheterna till ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården är till viss del begränsade och inte alltid lika effektiva som i teorin. I situationer där dokumentationen brister möter den enskilde begränsningar i möjligheterna till ansvarsutkrävande. Även gällande bemötande har den enskilde stora begränsningar eftersom det ligger utanför IVO:s utredningsskyldighet. Överlag är möjligheterna till ansvarsutkrävande i Sverige relativt effektiva förutsatt att en korrekt dokumentation finns.

---

## **Författarnas tack**

*Tre år, en pandemi, arton examinationer senare, vill vi tacka alla lärare på Förvaltningshögskolan. Ett extra tack till David Ryffé för din lärarika handledning och stöttning. Men främst ett stort tack till varandra! För att vi tillsammans har tagit oss igenom kandidatuppsatsperioden på ett motiverande och lärarikt sätt. Brytits ner, haft svackor och tagit oss tillbaka. Vi har tagit lärdom av varandras svagheter och blivit starkare!*

*Vi vill också tacka Redbull, även om vi är besvikna att det inte har blivit någon sponsring ännu.*

*Ida Häll Lindblad & Matilda Lundström*

*Maj 2022*

# Innehållsförteckning

<b>INLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING</b>	<b>7</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>8</b>
ALLMÄNT OM ANSVARSUTKRÄVANDE	8
DET INDIVIDUELLA ANSVARSUTKRÄVANDET	8
ANSVARSUTKRÄVANDE GENOM TILLSYN	9
IVO SOM TILLSYNSMYNDIGHET	10
PROFESSIONER	12
<b>TIDIGARE FORSKNING</b>	<b>13</b>
KLAGOMÅL	13
ANSVARSUTKRÄVANDE	14
<b>TEORI</b>	<b>16</b>
ANSVARSUTKRÄVANDE	16
SOCIALT ANSVARSUTKRÄVANDE	16
TRE UTGÅNGSPUNKTER FÖR ANALYS	18
IVO:S SKYLDIGHET ATT INFORMERA ENSKILD OM SITT AGERANDE	18
DEN ENSKILDES MÖJLIGHET ATT IFRÅGASÄTTA OCH FÖRHÖRA IVO	18
DEN ENSKILDES MÖJLIGHET ATT UTDELA SANKTIONER MOT IVO:S AGERANDE	18
SANKTIONER	18
<b>METOD</b>	<b>20</b>
METOD FÖR INSAMLING AV EMPIRIN	20
METOD FÖR BEARBETNING	21
METOD FÖR ANALYS	22
EN REFLEKTION AVSEENDE VALIDITET, RELIABILITET OCH GENERALISERBARHET	22
<b>RESULTAT</b>	<b>24</b>
LÅNGA VÄNTETIDER OCH AVSAKNAD AV KONTINUITET I VÅRDEN	25
AVSAKNAD AV TRYGGHET I VÅRDEN	25
BRISTER I DELAKTIGHET	26
BRIST I RUTINER	27
BRISTER I JOURNALHANTERING	28

<b>BEMÖTANDE</b>	<b>29</b>
<b>ÖVRIGT</b>	<b>29</b>
<b>ANALYS</b>	<b>31</b>
<b>ANALYS UTIFRÅN STUDIENS TRE UTGÅNGSPUNKTER</b>	<b>31</b>
IVO:S SKYLDIGHET ATT INFORMERA ENSKILD OM SITT AGERANDE	31
DEN ENSKILDES MÖJLIGHET ATT IFRÅGASÄTTA OCH FÖRHÖRA IVO	32
DEN ENSKILDES MÖJLIGHET ATT UTDELA SANKTIONER MOT IVO:S AGERANDE	32
<b>ÖVERGRIPANDE ANALYS</b>	<b>33</b>
<b>AVSLUTANDE DISKUSSION OCH SLUTSATS</b>	<b>35</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>35</b>
<b>SLUTSATS</b>	<b>36</b>
<b>FÖRSLAG TILL FRAMTIDA FORSKNING</b>	<b>37</b>
<b>REFERENSLISTA</b>	<b>39</b>

---

## Inledning

Manfred är 18 år när han avslutar sitt liv. Hans mamma Eva anmäler den barn- och ungdomspsykiatriska mottagning där han var patient. Inspektionen för vård och omsorg kritiserar mottagningen på flera punkter. Ekot har granskat barn- och ungdomspsykiatri i Sverige. De har uppmärksammat att det har skett 22 självmord de senaste fem åren, där brister i vården förekommit (Ridderstedt & Gaunitz, 2022, 20 april).

En kvinna besöker hälso- och sjukvården med blod i avföringen. Patienten blir hemskickad och informerad om att en remiss ska skickas vidare. Efter mer än ett halvår senare framgår det att vårdcentralen har missat att skicka remissen och en ny undersökning visar att kvinnan har cancer. En annan patient blir hemskickad efter felaktig bedömning av EKG och tvingas ett dygn senare söka akutvård med en hjärtinfarkt (Berglund & Sima, 2022, 21 april). Det är bara tre av alla de anmälningar som inspektionen för vård och omsorg varje år tar emot.

Under 2020 inkom 1 610 anmälningar om brister i hälso- och sjukvården (IVO, 2021). Innan en anmälan kan framföras till IVO krävs det att man först vänt sig med sitt klagomål till antingen Patientnämnden eller berörd vårdgivare (IVO, 2022). Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i samhället där misstag kan betyda liv eller död. Det är ett komplext område där man som enskild behöver förlita sig på andra. Förvaltningens uppgift är att verkställa och implementera politiskt fattade beslut i syfte att ge den samhällsliga service medborgarna har rätt till. Även om man som enskild har rättigheter i samhället är det svårt att hävda sig när man inte innehar tillräcklig kunskap. För att upprätthålla tilliten krävs det en fungerande väg för att utkräva ansvar när felbehandling eller brister uppstår. Därmed kan man ifrågasätta hur effektivt ansvarsutkrävandet inom hälso- och sjukvården är samt vilka rättigheter man har som enskild.

Hälso- och sjukvården är ett område som präglas av hög professionalism, vilket gör att man som enskild kan stöta på problem vid ifrågasättandet. Det kan även vara problematiskt att driva en fråga gällande ett område man saknar kompetens och kunskap inom. Processen för att utkräva ansvar kräver dessutom flera steg, vilket kan vara överväldigande för patienterna eller närstående. Det potentiella problem som studien tar sin utgångspunkt i är om det i realiteten finns institutionaliserade former för ansvarsutkrävande och om det rådande systemet kan anses ändamålsenligt.

### **Syfte och frågeställning**

Syftet med studien är att kritiskt granska möjligheterna till ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården. Studiens syfte ger upphov till följande forskningsfrågor:

- Vilka möjligheter till ansvarsutkrävande har man som enskild inom hälso- och sjukvården?
- Hur effektivt fungerar ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården?

---

## **Bakgrund**

*I avsnittet bakgrund presenteras hur begreppen ansvarsutkrävande, tillsyn, IVO och professioner ser ut och är tänkt att fungera i Sverige.*

---

### **Allmänt om ansvarsutkrävande**

Det första man kan utläsa i Regeringsformen, en av Sveriges fyra grundlagar, är att all offentlig makt utgår från folket. Meningen utgör grundbulten för ansvarsutkrävande. Det representativa statsskicket i Sverige innebär att medborgarna genom demokratiska val röstar fram de som ska styra landet. I gengäld kräver man att de förtroendevalda utför sin uppgift under ansvar. Är man som medborgare missnöjd med politikerna är det bland annat genom valet som ansvarsutkrävandet kan få genomslag, då genom att man kan välja att rösta bort den sittande regeringen.

I Sverige är det den offentliga förvaltningen som ska implementera de politiskt fattade besluten. Som sista länk i den politiska ansvarskedjan är det myndigheterna med sina långtgående befogenheter som styr närmast över medborgarna (Regeringen, 2018). Enligt Johansson och Lindgren (2013) behöver det finnas reella möjligheter för enskilt ansvarsutkrävande för att det demokratiska samhället ska fungera. De som planerar, genomför och verkställer politiskt fattade beslut ska kontrolleras och ställas till svars om de inte utför sina uppdrag i enlighet med de offentliga bestämmelserna.

### **Det individuella ansvarsutkrävandet**

Sverige är en välfärdsstat som ska ge service åt sina medborgare. Med servicen följer också rättigheter för den enskilde. Regeringen delegerar en del av sitt ansvar nedåt i kedjan och ger myndigheterna ett stort inflytande över människors rättigheter (SFS 1974:152). Det kan handla om beslut som ska tas av en myndighet som har direkt påverkan på en enskilds liv. Karlsson (2003) påpekar att mötet med förvaltningen i vissa fall kan ha inverkan på en livssituation eller en enskilds hälsa. Johansson och Lindgren (2013) menar att två av de viktigaste formerna för det enskilda ansvarsutkrävandet är laglighetsprövning och förvaltningsbesvär. Kortfattat innebär de två formerna att medborgare kan överklaga beslut



som anses strida mot gällande regelverk samt överklaga beslut som är riktade mot dem själva om det går dem emot.

En annan del i det enskilda ansvarsutkrävandet är att det offentliga arbetet måste ske öppet och transparent, och att vem som helst därmed ska ges möjlighet till inblick i den offentliga verksamheten genom att ta del av offentliga handlingar och dylikt (Erlingsson & Wittberg, 2020). Bovens (2007) menar dock att transparens inte är tillräckligt för ansvarsutkrävandet. Det kan ses som en viktig del i att förses med information från förvaltningens arbete men det föreligger inget krav på att en specifik verksamhet granskas bara för att det finns en öppenhet. Ansvarsutkrävande genom transparens och öppenhet kan vidare problematiseras med vad som faktiskt går att ta del av. Man kan inte som enskild stå bredvid och se på i den faktiska verksamheten och därmed heller inte se exakt vad som sker. För sådana situationer finns tillsyn och kontroll som mekanism för ansvarsutkrävande. Ett sätt att utkräva ansvar är därmed genom den enskildes rätt till att framföra klagomål och få gehör för dem (SFS 2010:659).

Enligt Karlsson (2003) anses Sverige vara generöst när det gäller sociala rättigheter till sina medborgare såsom vård, skola och omsorg. Däremot menar han att det brister i den enskildes rätt till inflytande och utkrävande. För att hävda sina rättigheter behöver man kunna utkräva dem, annars tappar rättigheterna sitt syfte. Ansvarsutkrävande genom fria val vart fjärde år hjälper inte långt för den enskilde medborgaren som vill hävda sina rättigheter gentemot det offentliga. IVO (2021) anser dessutom att det finns begränsningar i lagstiftningen som rör hälso- och sjukvården, vilket gör det svårt för den enskilde att hävda sin rätt och därmed utkräva ansvar. Karlsson (2003) menar att ansvarsutkrävandet blir problematiskt när demokratiskt valda politiker fattar beslut som ska implementeras av icke demokratiskt valda tjänstemän eftersom de inte omfattas av det ansvarsutkrävande som de demokratiska valen utgör. Ändå är det tjänstemännen som allt som oftast står närmast medborgaren och ansvarar för beslut som berör den enskilde i allra högsta grad.

### **Ansvarsutkrävande genom tillsyn**

Ett verktyg för att kontrollera förvaltningen är landets olika tillsynsmyndigheter. Den statliga tillsynens främsta uppgift är att se till att myndigheterna fullföljer sina uppdrag i enlighet med lagar, förordningar och andra föreskrifter. Tillsynen ska fungera oberoende och med fokus på

den enskilde medborgarens rätt till likvärdig behandling oavsett vart i landet man är bosatt (Prop. 2012/13:20). Bengtsson och Ek (2013) lyfter fram att tillsynsmyndigheter finns för att främja ansvarsutkrävandet för medborgarna. Även om inte medborgaren aktivt är deltagande i tillsynen är det genom den kunskap och information som tillsynen bidrar med som fungerar som mekanism för ansvarsutkrävandet. I Statens offentliga utredning (SOU) (2018:48) uppger Tillitsdelegationen att ett av de främsta syftena med tillsyn är att skapa tillit till det demokratiska systemet genom ansvarsutkrävande. Tillsynen ska dels fungera kontrollerande genom granskning av lagefterlevnad men likväl vara förebyggande och utvecklande genom att förmedla förslag på åtgärder för att minimera återkommande misstag. Särskilt viktigt är det vid tillsyn av hälso- och sjukvården där det inte finns en samlad lagtext för alla olika situationer som kan uppstå i mötet med patienten (SOU 2018:48). Därmed kan utgången från en tillsyn se olika ut. Bengtsson och Ek (2013) menar att det är vanligare att beslut med tillhörande hot om sanktioner kommer med den kontrollerande tillsynen, medan den främjande tillsynen oftare innebär beslut med kritik riktad mot verksamheten. I SOU (2002:14) lyfte man fram vikten av ett starkare rättighets- och individperspektiv som en del i den statliga tillsynen. Med avstamp i den inriktningen öppnade man således upp för medborgaren att lättare ges möjlighet att anmäla missförhållanden och därmed utkräva ansvar, bland annat genom de regionala patientnämnderna.

### **IVO som tillsynsmyndighet**

Inspektionen för vård och omsorg inrättades 2013 i uppdrag att utföra tillsyn av hälso- och sjukvård, hälso- och sjukvårdspersonal, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Därmed tog IVO över tillsynsansvaret från Socialstyrelsen (SOU 2018:48). I 2 § Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg går att utläsa att syftet med tillsynen är att upprätthålla en säker vård och omsorg, som håller god kvalitet samt att den bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Dessutom ska ett patient- och brukarperspektiv genomsyra hela tillsynen.

Som privatperson kan man vända sig till IVO för klagomål ifall någonting gått fel eller om man känner sig illa behandlad i sitt möte med vården. Det går dock inte att vända sig till IVO innan man först har kontaktat Patientnämnden eller den vårdgivare som ärendet gäller (IVO, 2022). Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 3 kap. 3 § har vårdgivaren en skyldighet att utreda händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. I de fall där

vårdgivaren inte uppfyller den skyldigheten eller om svaret inte upplevs tillfredsställande kan patienten gå vidare med sitt klagomål till IVO (IVO, 2022). Både berörd patient och närstående kan anmäla en händelse till IVO. Dessutom kan utomstående lämna in tips angående misskötsel inom vården. IVO tar del av alla inkomna ärenden och bedömer om de ska ligga till grund för en tillsyn. Gör man bedömningen att något särskilt allvarligt skett tar man det direkt vidare till berörd avdelning (IVO, 2022). I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 7 kap. 11 § regleras IVO:s utredningsskyldighet som bland annat anger att IVO ska utreda klagomål som berör kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom som lett till väsentligt ökat vårdbehov eller att patient avlidit. Dessutom ska klagomål kring psykiatrisk tvångsvård utredas samt händelser som på ett allvarligt och negativt sätt påverkat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning. I IVO:s utredningsskyldighet föreligger däremot inte något krav på att utreda klagomål som berör bemötande.

Tillsyn som sker inom hälso- och sjukvårdsområdet kan vara problematisk. Inte minst då det handlar om människor som av olika skäl kan vara utsatta och stå under beroendeställning till de som arbetar inom verksamheterna (Prop. 2012/13:20). Enligt Asplund (2021) skulle inrättandet av en ny oberoende tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvården förstärka patientens ställning gentemot vården. Dessutom antogs det att ett större fokus på patientsäkerheten skulle leda till ett minskat behov av tillsyn. Asplund menar att uppkomsten av IVO skulle underlätta för den enskilde patienten att anmäla brister inom vården.

Hälso- och sjukvården i Sverige präglas av yrkesverksamma som gemensamt besitter en specifik kompetens. Riska (2011) uttrycker att professioner har sitt ursprung i sociologin. Bland annat presenterade Parson på 50-talet sin teori kring professionsyrken där läkare ansågs vara förebilden för de moderna professionerna. De skulle för tiden präglas av bland annat neutralitet, universalism och uppnådd status. Till skillnad från andra yrkesgrupper ansågs professionerna inneha en vital uppgift för individens och samhällets välfärd. Abbott (1988) riktar i sin teori stort fokus kring begreppet jurisdiktion och menar att professionerna genom samspel med samhället skapar monopol inom vissa yrkesområden. Vidare menar Abbott att anspråket även kräver professionernas intresse och strävan efter ensamrätt inom jurisdiktionen. Fransson (2012) menar att en enskild människa inte kan besitta den spetskompetens som alla professionerna gemensamt har. Professionernas uppgift är att berika och stötta invånarna för att samhällsfunktionerna kan nyttjas optimalt. De har även en

nyckelroll i förtroendeskapaandet mellan samhällsfunktioner, politisk maktordning och invånare.

### **Professioner**

Inom hälso- och sjukvården återfinns en rad olika professioner. Enligt Björngren Cuadra (2012) är tillit till professionerna inom hälso- och sjukvården en grundläggande förutsättning för att de ska kunna utföra sitt jobb. Det krävs att patienten litar på och är ärlig mot läkare och sjuksköterskor för att vårdpersonal ska bedöma korrekt behandling. Bristande tillit från patientens sida kan leda till försämrad kvalitet av vården och ökade väntetider. Björngren Cuadra beskriver att tillit inom hälso- och sjukvården går att ses som ett ömsesidigt samspel mellan sjukvårdspersonal och patient, alternativt som ett karaktärsdrag hos vårdpersonalen. Fransson (2012) problematiserar tilliten i mötet med hälso- och sjukvården och menar att de flesta människor inte frekvent kommer i kontakt med vården. De uppfattningar och fördomar som finns tenderar att komma från media och bekanta snarare än egna upplevelser.

När det gäller tilliten till hälso- och sjukvården i Sverige, presenterar Socialstyrelsen (2011) i en rapport att nationella minoritetsgrupper, HBTQ-personer och utlandsfödda har ett generellt lägre förtroende till hälso- och sjukvården. I samma rapport berörs även att en del av ärendena som kommer till Patientnämnden handlar om brister i bemötande och kommunikation i samband med kontakt med vården. I en nationell undersökning genomförd av Sveriges Kommuner och Regioner (2022) påvisas att 69 % av deltagarna har förtroende för hälso- och sjukvården, vilket är en ökning från tidigare år.

---

## Tidigare forskning

*I avsnittet tidigare forskning presenteras de forskningsstudier som genomförts på ämnet där både Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Patientnämnden berörs. IVO inrättades som tillsynsmyndighet 2013, därför har de äldre genomförda studierna fokuserat på Patientnämnden. Ämnen som tas upp är tillit, karaktär av klagomål, begränsningar samt vilka som anmäler.*

---

## Klagomål

Flera av författarna till artiklarna nedan lyfter fram att det finns en begränsning inom forskningsfältet kring hur stor människors kunskap och möjlighet är att bedöma och anmäla missförhållanden. Lindgren och Rozental (2021) problematiserar studerandet kring felbehandling av personer inom hälso- och sjukvården. Författarna menar att det finns en stor okunskap kring när och hur man bör anmäla samt vilka konsekvenser felaktig behandling kan få. Även Wessel m.fl. (2009) menar att det finns en osäkerhet kring hur patienten i realiteten blev behandlad samt av vem.

Karaktären på de inkomna klagomålen varierar men vissa mönster går att urskilja. Enligt Wessel m.fl. (2009) är de mest frekvent återkommande orsakerna bakom klagomålen arrogans, oförsämndhet och avsaknad av respektfull attityd. En annan orsak bakom klagomålen är enligt Råberus m.fl. (2019) bristfällig kommunikation. Lindgren och Rozental (2021) synliggör två olika kategorier i karaktären av klagomålen, administration och implementering samt attityd och beteende. Administration och implementering handlar bland annat om bristande kontinuitet för patienten, långsam administration och bristfällig involvering av patienten. Den andra kategorin attityd och beteende, består av bland annat brist på empatisk förmåga, ovilja att samarbeta och ofördelaktig attityd och kommunikation. Stier (2012) menar att de vanligaste klagomålen handlar om att man anser sig ha fått fel diagnos eller fel medicinering, som enligt patientnämnderna beror mycket på självdiagnostisering via nätet. Trots det beskriver man ofta klagomålet som att man blivit illa bemött.

En undersökning genomförd av IVO själva (2018) visar att anmälarna tenderar vara missnöjda med utfallet om IVO inte riktar kritik. Anmälarna uppger även att myndigheten upplevs ta vårdgivarens sida i ärendet. Skålén m.fl. (2016) anger att det finns en bristande tillfredsställelse gällande utfall. Enbart en tredjedel av de som anmälde till Patientnämnden var nöjda med hanteringen av sitt klagomål, vilket kan få konsekvenser avseende tilliten till den offentliga sektorn. Wessel m.fl. (2011) lyfter fram att det finns en stark korrelation mellan negativa upplevelser och tilliten till hälso- och sjukvården. På samma sätt finns det en positiv korrelation mellan goda erfarenheter av vården och hög tillit.

Det finns ett stort mörkertal gällande antalet klagomål. Wessel m.fl. (2011) visar att en stor majoritet av de som har legitima skäl att anmäla inte gör det. De vanligaste orsakerna till att anmälningar inte genomförs är bristande kunskap och osäkerhet. Samtidigt finns det individer som klagar mer frekvent (Stier, 2012).

### **Ansvarsutkrävande**

Ma (2012) lyfter fram att begreppet och mekanismerna kring socialt ansvarsutkrävande har fått genomslag i Kina, då det sociala ansvarsutkrävandet möjliggör en kanal för medborgarna till större delaktighet och involvering i politiska processer. Författaren problematiserar ansvarsutkrävandet eftersom Kina saknar fria val, vilket försvårar framväxten av socialt ansvarsutkrävande eftersom det inte uppmuntras av statsmakten.

Enligt Lodenstein m.fl. (2016) kan socialt ansvarsutkrävande användas i syfte att förbättra kvaliteten på hälso- och sjukvården. Det medborgarledda ansvarsutkrävandet är en form av mjukt tryck som oftast handlar om att framkalla känslor och vädja till de etiska och moraliska värderingarna. Vidare menar författarna att formerna för socialt ansvarsutkrävande genom dialog oftast ses som en svaghet. Det saknar hotet från sanktioner, vilket kan göra det svårt att upprätthålla det sociala ansvarsutkrävandet i längden. Hamal m.fl. (2018) antyder att socialt ansvarsutkrävande har en positiv påverkan på kvaliteten och tillgängligheten i hälso- och sjukvården. I författarnas kontext studerades mödravården i Indien. Studien visar att socialt ansvarsutkrävande från civilsamhället hade positiv påverkan på mödravården, kvinnors status i samhället och tillgänglighet. Mekanismerna för socialt ansvarsutkrävande skapade möjlighet för de särskilt utsatta kvinnorna i samhället att skapa dialog och förändring inom mödravården.

Sammanfattningsvis tyder tidigare forskning på att många klagomål handlar om brister i patientens delaktighet i sin vård, långsam administration vilket medför långa väntetider för patienten samt felaktigt ställda diagnoser. Dåligt bemötande är en annan återkommande orsak till många klagomål. Vidare har tidigare forskning visat att det finns ett större missnöje när inte utfallet går patientens väg vilket leder till bristande tillit. Dessutom är det många som avstår att anmäla då det råder en okunskap och osäkerhet kring anmälningsförfarandet. Tidigare forskning tyder även på att socialt ansvarsutkrävande har en positiv påverkan på hälso- och sjukvården men också civilsamhället i stort. Socialt ansvarsutkrävande har dessutom visat sig ha positiva effekter på tillgängligheten i vården.

---

## **Teori**

*I avsnittet teori presenteras de för studien relevanta teoretiska referensramarna med utgångspunkt i ansvarsutkrävande. Teorier från Bovens, Gagne, Fox och Mulgan utvecklas. Studien tar sin utgångspunkt i Bovens teori om socialt ansvarsutkrävande som presenteras i avsnittet. Vidare förklaras och problematiseras sanktioner och olika perspektiv på ansvarsutkrävande.*

---

## **Ansvarsutkrävande**

Enligt Hanberger (2008) och Karlsson (2003) kan ansvarsutkrävandet delas in i två delar. Det demokratiska ansvarsutkrävandet riktar sig mot politiker och ger sitt uttryck i de politiska valen och blir mer av ett kollektivt ansvarsutkrävande. Det individuella ansvarsutkrävandet berör den enskilde och dennes rättigheter och riktas framförallt mot myndigheter. Både Bovens (2007) och Gagne (1996) anger att det individuella ansvarsutkrävandet saknar reellt stöd i lag. Däremot menar de att även om det saknas en formell mekanism för det individuella ansvarsutkrävandet anser ändå de offentliga tjänstemännen att det föreligger ett ansvar gentemot medborgarna. I realiteten går det dock urskilja vissa former av ansvarsutkrävande. Dels genom dömande för tjänstefel där legitimationer kan dras in men också genom skadestånd som kan betalas ut till enskild.

Gagne (1996) beskriver koncist att ansvarsutkrävande handlar om att stå till svars för sina handlingar och även möjligheten att belönas eller bestraffas av dess konsekvenser.

Författaren menar dessutom att ansvarsutkrävande kan ses som en relation, där det krävs någorlunda samma syn på resultat och förväntningar för att det ska vara så effektivt som möjligt. Mulgan (2000) är inne på samma grundtanke men argumenterar för att begreppet ansvarsutkrävande har blivit mer frekvent återkommande i vardagliga sammanhang och dessutom används i situationer som ligger utanför huvudsyftet.

## **Socialt ansvarsutkrävande**

Bovens (2007) beskriver ansvarsutkrävande som en relation mellan en *aktör och ett forum*.

Beroende på hur relationen ser ut kan aktören utgöras av exempelvis en enskild anställd inom



den offentliga sektorn, eller en hel organisation. Forumet kan i sin tur vara en minister, journalist eller överordnad, men också regering eller riksdag. Teorin går att ses som en form av socialt ansvarsutkrävande. Fox (2015) beskriver socialt ansvarsutkrävande som en strategi i syfte att förbättra kvalitén på de offentliga tjänsterna. Det sociala ansvarsutkrävandet ger även medborgarna en möjlighet och uppmuntran att uttrycka åsikter.

Bovens (2007) kategoriserar effekterna av ansvarsutkrävandet i tre delar. Det demokratiska, det konstitutionella och det lärande perspektivet. Det förstnämnda perspektivet kan härledas till ansvarsutkrävandet som sker genom de demokratiska valen. Den valda regeringen utser ministrar som blir ansvariga över sina departement med tillhörande myndigheter som i sin tur ansvarar över verkställande av de politiska besluten. Det konstitutionella perspektivet handlar om att ansvarsutkrävandet ska fungera som ett verktyg för att undvika framväxten av tyranni och diktatoriska ledare, samt för att undvika korruption. Det lärande perspektivet handlar i sin tur om att fler tar lärdom av varandra och strävar åt samma håll. Genom sanktioner och ansvarsutkrävande av kunder och intressenter kan det fungera kollektivt för hela organisationer eller liknande verksamheter. Man lär sig av andras misstag och ser till att förbättringar görs på fler håll än bara i det aktuella fallet.

Bovens (2007) presenterar sju punkter över det han benämner som socialt ansvarsutkrävande:

*“A relationship qualifies as a case of accountability when:*

- 1. there is a relationship between an actor and a forum*
- 2. in which the actor is obliged*
- 3. to explain and justify*
- 4. his conduct;*
- 5. the forum can pose questions;*
- 6. pass judgement;*
- 7. and the actor may face consequences.”* (Bovens, 2007, s.452).

Bovens (2007) lyfter fram att en relation mellan forum och aktör uppstår när aktören har en skyldighet att informera forumet om sitt agerande. Vidare ska det finnas möjlighet för forumet att förhöra och ifrågasätta aktören. Avslutningsvis ska även forumet ha möjlighet att döma aktörens beteende. Utifrån Bovens teori om rollfördelningen mellan aktör och forum

kan aktörsrollen tilldelas antingen IVO eller vårdgivare beroende på vem som har rollen som forum. Forumsrollen i sin tur kan antingen den enskilde som anmälare eller IVO inneha.

### **Tre utgångspunkter för analys**

Utifrån Bovens (2007) teori om ansvarsutkrävande och rollerna som aktör och forum kan tre utgångspunkter urskiljas som ligger till grund för studiens analys:

#### **IVO:s skyldighet att informera enskild om sitt agerande**

Aktören har en skyldighet att informera forumet om sitt agerande, vilket innebär att i relationen mellan enskild och IVO bör IVO informera enskild om sitt agerande. I den andra relationen mellan IVO och vårdgivare bör vårdgivaren uttala sig till IVO.

#### **Den enskildes möjlighet att ifrågasätta och förhöra IVO**

Forumet ska ges möjlighet att ifrågasätta och förhöra aktörens agerande. I den aktuella kontexten bör den enskilda därmed erbjudas möjlighet att ifrågasätta IVO. På samma sätt bör IVO erbjudas tillfälle att ifrågasätta vårdgivarens agerande.

#### **Den enskildes möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande**

Forumet ska ges möjlighet att döma aktörens agerande vilket i teorin bör ge den enskilde möjlighet att döma IVO:s beslut och dela ut sanktioner. IVO ska även ges möjlighet att döma vårdgivarens agerande och därmed dela ut sanktioner.

### **Sanktioner**

Bovens (2007) menar att ansvarsskyldigheten skiljer sig åt beroende på om det finns sanktioner att utdela eller inte. Det blir en annan karaktär på ansvarsskyldigheten när vetskapen om sanktioner finns. I de fall man utkräver ansvar utan sanktioner rör det sig mer om ett förtroendeskapande ansvarsutkrävande som kan fungera mer utvecklande än bestraffande. Sanktionerna förväntas även påverka aktörernas inställning. I teorin blir aktörerna mer behjälpliga om det inte finns sanktioner och tvärtom. I den aktuella kontexten bör avsaknaden av sanktioner göra att vårdgivare eller IVO blir mer behjälpliga vid brister och noggrannare vid granskning. I situationer där det i teorin föreligger sanktioner finns det en risk att vårdgivare eller IVO blir mer restriktiva i sitt arbete av ovilja att möta sanktioner.

Sammanfattningsvis går ansvarsutkrävande att dela in i två delar, det demokratiska och individuella, även om det individuella ansvarsutkrävandet saknar reellt stöd i lag. För studien har fokus riktats mot det individuella ansvarsutkrävandet och mer bestämt det sociala ansvarsutkrävandet. Bovens teori om socialt ansvarsutkrävande i relation mellan aktör och forum har översatts i syfte att passa in i den aktuella kontexten. För att ta reda på hur möjligheten för ansvarsutkrävandet ser ut har tre utgångspunkter tagits fram. IVO:s skyldighet att informera enskild om sitt agerande, den enskildes möjlighet att ifrågasätta och förhöra IVO samt den enskildes möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande. Teorin tar även upp sanktioner och dess roll i förhållandet mellan parterna, vilket gör teorin relevant och lättapplicerad i studiens kontext.

---

## Metod

*I avsnittet metod presenteras de metodologiska tillvägagångssätt och ställningstaganden som gjordes vid insamling, bearbetning och analys av empirin. Handlingarna som analyserades bestod primärt av avslutade ärenden där IVO inte riktat någon kritik och vidare utredda ärenden där IVO kritiserat hela eller delar av fallet. Teorin av Bovens applicerades till den aktuella kontexten.*

---

### Metod för insamling av empirin

Empiriskt underlag för studien utgörs av klagomål inhämtade från IVO. Handlingarna ger en inblick och möjlighet att analysera ansvarsutkrävandet mellan IVO och ansvarig vårdgivare, men även mellan anmälare och IVO. Sekundärdata anses vara en fördel i kontexten eftersom syftet är att analysera större mängder data. Ett alternativt tillvägagångssätt hade varit att tillämpa intervjuer eller enkäter, men eftersom kontakten med hälso- och sjukvården i vissa fall kan vara känslig anses det inte vara den mest lämpliga metoden för studien.

Dokumentationsstudie möjliggör dessutom båda parternas synpunkter och perspektiv, vilket passar i kontexten.

Eftersom IVO behandlar ärenden som rör hela hälso- och sjukvården gjordes en begränsning till den psykiatriska vården. Till en början begärdes tio handlingar ut från region sydväst, fem avslutade ärenden och fem som utretts vidare. Urvalet gjordes i syfte att studera eventuella mönster i klagomålen som utretts vidare. Eftersom IVO inte utreder anmälningar rörande bemötande ansågs det vara intressant att även inkludera ärenden som inte utretts vidare. För att få ytterligare data till studien begärdes fler handlingar ut. Tio vardera från region nord och öst i samma fördelning som för region sydväst (ovan). Handlingarna från öst och nord dröjde flera veckor vilket föranledde beslutet om att enbart studera klagomålen från region sydväst. Därmed begärdes ytterligare tjugo handlingar ut enligt tidigare önskemål från region sydväst. Det är inte en fullständig representation av samhället men eftersom tidsbrist är ett faktum för studien fick avgränsningen styras till det. I enlighet med Tryckfrihetsförordningen (SFS 1949:105) 2 kap. 15 § har man rätt att begära ut en allmän handling. I Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) återfinns mer specifika bestämmelser kring vilka handlingar som omfattas av sekretess samt hanteringen av offentliga handlingar. IVO fick fria händer att välja

ut handlingar efter önskemålen, då ingen tidsangivelse eller specifikt ärende uppgavs. Fördelen med ett sådant slumpmässigt urval kan vara ett mer trovärdigt resultat, men det går också kritiskt ifrågasätta huruvida handlingarna valts ut för att ge ett gynnsamt resultat för IVO själva.

### **Metod för bearbetning**

Av etiska skäl anonymiserades handlingarna i syfte att förhindra identifikation av ursprunglig anmälare. Anmälarna tilldelades en slumpmässigt utvald siffra med avsikt att tydligt och översiktligt redovisa resultatet i en tabell.

En första kategorisering gjordes genom att ärenden som renderat i kritik skiljdes från ärenden som inte resulterat i något påtalande från myndighetens sida. Syftet var att jämföra och analysera klagomålen utifrån teorin om ansvarsutkrävande. Uppbyggnaden av anmälningarna skiljde sig åt mellan de två kategorierna. De avslutade ärendena bestod av klagomålsblanketter utformade av IVO där patientens redogörelse av händelseförloppet återfanns. Även patientens åsikter om konsekvenser samt hur händelsen skulle förhindras inkluderades. I klagomålet kunde man utläsa om anmälaren är patient eller närstående samt om ärendet först gått till ansvarig verksamhet eller patientnämnd. Ärendena som utretts vidare bestod av beslut från IVO där man konstaterat en eller flera brister. Vidare i ärendet gick skälen för beslutet att utläsa, där det även återfanns tillhörande förklaring och lagstöd. En uppmaning till berörd vårdgivare kunde utläsas där IVO förklarade att ärendet avslutats men kan komma att följas upp. Anmälarens klagomål var integrerat genom hela ärendet och i slutet återfanns även den berördas synpunkter på förslag till utfall. Avslutningsvis fanns det en redogörelse över vilket material som har legat till grund för beslutet. En skillnad mellan de handlingar som utretts vidare och de som avslutats var att i de fall där IVO utrett vidare var inte anmälarens beskrivning av situationen med. Istället utgjorde handlingen en sammanfattning genomförd av IVO. En begäran för att ta del av de ursprungliga anmälningarna hade varit möjligt att göras men då det inte ansågs väsentligt för studiens helhet gjordes ett aktivt val att inte begära ut dem. IVO:s sammanfattning bedömdes vara tillräckligt utförlig för att användas i studiens syfte.

Vid bearbetning av klagomålen sammanfattades innehållet i handlingarna och sju kategorier utformades utifrån ärendenas karaktär. Det var frekvent återkommande klagomål i flertalet

ärenden som föranledde kategoriseringen. Kategorierna benämns i studien som långa väntetider och avsaknad av kontinuitet, avsaknad av trygghet i vården, delaktighet, rutiner, journalhantering, bemötande och övrigt. Kategorierna ansågs lämpliga eftersom möjligheterna till ansvarsutkrävande såg olika ut bland ärendena. Därefter valdes citat ut i syfte att stärka argumenten och teorin med stöd i empirin. Kategoriseringen möjliggjorde att fallen kunde analyseras på ett mer lättöverskådligt sätt, vilket även underlättade vid analys och diskussion. Åtta handlingar kunde inte analyseras till följd av otillräcklig information eftersom stora delar hade sekretessmarkerats, vilket föranledde att ingen kategorisering eller bedömning av ansvarsutkrävande kunde göras.

### **Metod för analys**

Bovens (2007) teori om aktör och forum översattes till den aktuella kontexten i syfte att urskilja ansvarsutkrävandets uttryck i handlingarna. Därmed har grunden för analysen gjorts utifrån teorin om det finns en relation mellan aktören och forumet där aktören är skyldig att förklara och rättfärdiga sitt agerande och dessutom kunna ta emot konsekvenserna av sitt agerande. Dessutom ska det finnas en möjlighet för forumet att ifrågasätta och döma aktören. I sammanhanget kunde två relationer av aktör-forum identifieras. En där anmälaren är forumet och IVO är aktör, samt en där ansvarig vårdgivare som profession är aktör i förhållande till IVO som forum. I klagomålen har därför utgångspunkten varit att lokalisera Bovens kriterier för socialt ansvarsutkrävande för att göra bedömningen om det föreligger ett socialt ansvarsutkrävande mellan de enskilda patienterna och IVO. Ansvarsutkrävandet inom hälso- och sjukvården ses som en tvåstegsprocess där den enskilde utkräver ansvar av IVO och IVO utkräver ansvar av vårdgivare. Även om den enskilde i praktiken inte utkräver ansvar från IVO beskrivs det i analysen enligt denna princip i syfte att tydligt synliggöra och analysera eventuella samband. Ur Bovens kriterier urskildes tre utgångspunkter som legat till grund för analysarbetet i den förevarande studien. IVO:s skyldighet att informera enskild om sitt agerande, den enskildes möjlighet att ifrågasätta och förhöra IVO samt den enskildes möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande.

### **En reflektion avseende validitet, reliabilitet och generaliserbarhet**

Studien har en relativt låg validitet eftersom det i många fall handlar om ord mot ord. Det kan därför vara svårt att mäta hur väl ansvarsutkrävande fungerar genom att enbart studera dokumentation. I dokumentationen saknas relevant information rörande omkringliggande

orsaker som kan påverka utfallet, bland annat sinnestillstånd hos både utredare, vårdgivare och patienter. I studien utgörs empirin av 30 handlingar inkomna mellan 2017-2021. Oförutsedda händelser har resulterat i att handlingarna enbart består av data från IVO sydväst och innebär att IVO:s beslut kan ha fattats av samma utredare flera gånger. Den initiala tanken var att ta del av handlingar från fler delar av landet där IVO:s beslut då hade fattats ur ett bredare perspektiv, vilket bör tas i beaktning i bedömningen av reliabiliteten. Eftersom den svenska förvaltningen präglas av komplexitet och unicitet är det relativt svårt att generalisera utanför den svenska kontexten. Det kan vara tänkbart att länder med en liknande förvaltning kan få snarlika resultat, men det kan ändå tänkas skilja sig åt mellan olika länder.

---

## Resultat

*I avsnittet resultat presenteras det empiriska materialet på ett organiserat sätt. Utifrån handlingarna kunde primärt sju huvudgrupper urskiljas. De benämns som långa väntetider och avsaknad av kontinuitet, avsaknad av trygghet i vården, delaktighet, rutiner, journalhantering, bemötande och övrigt. Anmälarens namn har anonymiserats och ett urval av relevanta citat presenteras. Namn och datum är ersatt med \*\*\*\*.*

---

Under bearbetningen av empirin uppmärksammades att flertalet ärenden bestod av liknande klagomål, vilket föranledde konstruktionen av sju kategorier. Eftersom möjligheterna till ansvarsutkrävande ser olika ut är kategorierna lämpliga för studien. Flera av anmälningarna kunde placeras i flera kategorier, vilket resulterat i att handlingarna inledningsvis presenteras i en tabell med hjälp av ett unikt anonymiserat nummer. Varje nummer representerar en handling och vilken/vilka kategorier den återkommer i.

Tabell 1: Översikt över antalet anmälningar, siffror i fetstil har inte renderat i kritik.

Kategori:	Antalet anmälningar
Långa väntetider och avsaknad av kontinuitet	Nr: 1, 11, 25, 15
Avsaknad av trygghet i vården	Nr: 16, 17, 21, 25, 27, <b>2</b>
Delaktighet	Nr: 1, 5, 15, 17, 25, 27
Rutiner	Nr: 5, 7, 16, 17, <b>18</b> , 25, 26, <b>29</b>
Journalhantering	Nr: 1, 9, 8, 26
Bemötande	Nr: <b>2</b> , <b>3</b> , <b>6</b> , 16, <b>28</b> , <b>30</b>
Övrigt	Nr: <b>4</b> , <b>14</b> , 21
Handlingar som är för maskade	Nr: <b>10</b> , <b>12</b> , <b>13</b> , <b>19</b> , <b>20</b> , <b>22</b> , <b>23</b> , <b>24</b> ,



## **Långa väntetider och avsaknad av kontinuitet i vården**

I fyra av handlingarna kan långa väntetider och avsaknad av kontinuitet urskiljas. Anmälarna uppger att de fått vänta länge på behandling, diagnos och läkarbesök. Orsakerna är bland annat bristfällig samordning samt underbemanning, vilket i flera fall har resulterat i avsaknad av kontinuitet i vården. I en av handlingarna går följande att utläsa:

*“Vårdgivaren har inte bemannat verksamheten adekvat vilket ledde till att patienten inte fick träffa läkare på nio månader som medförde ekonomiska konsekvenser för patienten.”*

I en annan anmälan återfinns följande citat:

*“Ansvarig läkare hade således inte tagit del av vad som framkommit vid patientens föregående besök vid mottagningen.”*

Ansvarig vårdgivare svarar IVO:

*“Verksamhetschefen uppger i yttrandet till IVO att vårdgivarens ambition är att den teambaserade vården vid mottagningen ska flyta sömlöst och att man som patient inte ska behöva upprepa sin historia gång på gång. All behörig personal har tillgång till patientjournalerna och kan därmed läsa varandras anteckningar”*

Utifrån handlingarna som rör långa väntetider och avsaknad av kontinuitet i vården framgår att det är av stor vikt för patienterna att inom rimlig tid få träffa en behörig läkare. Dessutom ska en kontinuerlig vårdkontakt ske i syfte att bibehålla patientsäkerheten. I de anmälningar som inkommit till IVO har myndigheten granskat händelserna och sett att vårdgivaren i flera fall inte har bemannat vårdenheten tillräckligt eller att patienten av olika anledningar har fått vänta oskäligt länge. Den ansvariga vårdgivaren har även erbjudits möjlighet att förklara och rättfärdiga situationen, vilket i majoriteten av fallen gjorts genom att just påpeka att det inte är deras intention. Vårdgivarna har i de flesta fall istället medgett att vården på ett eller annat sätt brustit.

## **Avsaknad av trygghet i vården**

Klagomål som rör avsaknad av trygghet inom vården går att urskilja i sex av handlingarna. Brist i trygghet kan ta uttryck på flera olika sätt. I handlingarna handlar det bland annat om

stöd till patient, säkerhet för patienten och möjlighet till en fast vårdkontakt. Följande citat är ett exempel på när trygghet till patienten har brutit.

*“Patienten efterfrågade vid flera tillfällen stöd avseende nedtrappning av läkemedel. Det framgår inte av patientjournalen att patienten erhöll något stöd eller fick någon återkoppling på sin begäran i den delen.”*

Ett exempel på när tryggheten har brutit är när vårdpersonal har kontaktat anhöriga mot patientens vilja.

*“IVO har tidigare konstaterat att det inte var förenligt med bestämmelserna i OSL att patientens föräldrar kontaktades. Enligt \*\*\*\* har den interna kommunikationen brutit och hon menar att orsaken var den stressiga situation som rådde på grund av mottagningens svåra brister i läkarbemanningen vid den aktuella tidpunkten.”*

Utifrån handlingarna som rör avsaknad av trygghet i vården framgår det att det är viktigt med dokumentation. I det ena citatet lyfts det fram att en person efterfrågat stöd vid nedtrappning av medicin men inte erhållit det. Eftersom IVO inte finner dokumentation på att stöd erbjudits bedöms att en brist i trygghet har uppstått. Vidare handlar det om en situation där föräldrarna har kontaktats på felaktiga grunder vilket strider mot offentlighets- och sekretesslagen. Vårdgivaren förklarar att det råder en avsaknad av trygghet till följd av en stressig dag och att den interna kommunikationen har brutit.

### **Brister i delaktighet**

Under brister i delaktighet har sex handlingar kategoriserats. Handlingarna handlar övergripande om brister i möjligheten för patienten att vara delaktig i vården, vilket går att urskilja i följande citat från två olika ärenden.

*“Av patientjournalen framgår att en vårdplan registrerades den \*\*\*\*. Det framgår dock inte på vilket sätt patienten gjordes delaktig vid upprättande av vårdplanen. IVO påpekar vikten av att den enskilde känner sig delaktig i vårdens planering och de beslut som fattas. Om möjligt ska även anhöriga göras delaktiga i vården (med beaktande av bestämmelser om sekretess).”*

*“IVO bedömer att vårdgivaren har brustit i att göra patienten delaktig och säkerställa att patienten har fått tydlig information. Av patientens klagomål och patientjournalen framgår att patienten vid upprepade tillfällen har hört av sig till mottagningen med olika frågor. Dessa har oftast tagits emot av kurator på mottagningen, som vid flera tillfällen vidarebefordrat frågorna till vårdöverläkare och enhetschef. Det framgår dock inte av journalen att patienten alltid fått återkoppling och svar på sina frågor.”*

Utifrån handlingarna som rör avsaknad av delaktighet i vården framgår det att den enskilde ska erbjudas möjlighet att vara involverad i sin egna vård. Empirin påvisar ännu en gång vikten av dokumentation. I det ena fallet saknas dokumentation kring patientens delaktighet i vårdplanen. I ett annat ärende har anmälaren upprepade gånger kontaktat vårdgivaren med frågor men det framgår inte av dokumentationen huruvida patienten fått svar på sina frågor.

### **Brist i rutiner**

Åtta av handlingarna antyder någon form av brist i rutiner. Brist i kommunikation mellan personal, brist i tillsyn samt brist i bedömning är några av orsakerna som identifierats.

*“Av patientjournalen framgår att patienten under eftermiddagen dagen därpå påträffades död. Patienten hade tagit sitt liv. Enligt patientjournalen hade patienten då tillsyn var 30:e minut. Av patientjournalen framgår dock inte att någon ny läkarbedömning av patientens tillsynsgrad gjordes efter att jourläkare, kvällen innan, ordinerat ständig tillsyn.”*

*“IVO anser att det fanns stora brister i patientens läkemedelsbehandling både vad gäller ordinationer och uppföljning av effekt och biverkningar. Hade personalen vid verksamheten uppmärksammat tidigare anteckningar i journalen borde de uppmärksammat patientens droganvändning. Det saknades drogscreening trots att både närstående och externa samarbetspartners informerades om patientens situation.”*

I tre av fallen handlar ärendena om brister gällande verifiering av drogtester.

*“IVO bedömer att det var en underlåtenhet att inte verifiera provsvar som föranledde vårdgivaren att skriva ut patienten. THC (det huvudsakliga aktiva ämnet i cannabis) kan ge*

*positivt utfall flera veckor efter det senaste intaget varför urinprover bör verifieras på laboratorium. (...) IVO menar vidare att vårdgivaren inte skulle ha skrivit ut patienten utan att först gjort en förnyad bedömning av självmordsrisk.”*

Utifrån handlingarna som rör brister i rutiner framgår vikten av att vårdpersonal kommunicerar och följer de rutiner som finns. I tre av fallen har bristerna resulterat i förödande konsekvenser. Återigen har dokumentationen visat sig ha en viktig roll, men i två av fallen handlar det om vårdgivarens skyldighet att ta del av journalanteckningar i syfte att erbjuda en korrekt vård.

### **Brister i journalhantering**

Tre av anmälningarna handlade om brister i journalhantering såsom dokumentation samt begäran om utlämnande av journalhandlingar.

*“Anmälaren uppger att han vid upprepade tillfällen försökt att få ett skriftligt utlåtande av resultatet av genomförd neuropsykiatrisk utredning (...) vid tidpunkten för anmälan hade han fortfarande inte fått utlåtandet.”*

Ansvarig vårdgivare svarar IVO:

*“Läkaren \*\*\*\* \* uppger i sitt yttrande att det är självklart att patienterna ska få sina journalkopior i rimlig tid. Vidare uppger han att patientens uppgifter inte stämmer. Enligt läkaren har utlåtandet skickats till patienten för flera månader sedan.”*

*“Av anmälarens klagomål framgår att han läst i sin patientjournal men fortfarande inte riktigt förstår vad som gjorts och vad hans diagnoser innebär. IVO kan inte heller med patientjournalens hjälp få en klar bild av på vilken grund diagnoserna ställdes under den initiala delen av vårdförloppet och hur det bedömdes yttra sig för patientens del.”*

Utifrån handlingarna som rör brister i journalhantering identifieras ytterligare en gång vikten av korrekt journalhantering. Det handlar om patienter som trots begäran inte kan ta del av sina journaler eller inte förstår det som antecknats i journalen. IVO poängterar vikten av att föra en tydlig och för patienten förståelig dokumentation. Transparens och öppenhet är en

viktig del för ett fungerande ansvarsutkrävande och kan därför ses som extra problematiskt när en patient inte får ta del av sin egna journal.

### **Bemötande**

Sex av handlingarna handlar om brister i bemötande. Situationer där patienter anser att de har blivit kränkta, diskriminerade eller inte lyssnade på. Några exempel är följande:

*“Således träffade jag underläkare \*\*\*\* \* där jag upplevde ett bemötande som var undermåligt.”*

*“Att jag diskriminerats där men blev inte lyssnad på.”*

*“Läkarna använder härskartaktiker, sadism och lögner mot mig som patient.”*

Utifrån handlingarna som rör bemötande är de ärenden som inte resulterat i kritik från IVO överrepresenterade, vilken kan förklaras med att det ligger utanför IVO:s utredningsskyldighet. Det anses dock fortfarande vara intressant att analysera och problematisera utifrån teorin kring ansvarsutkrävande. Handlingarna handlar om att patienten eller närstående i olika möten med vårdgivare upplevt kränkningar, diskriminering och brister i bemötandet. Eftersom bemötande är en upplevelse finns det inga anteckningar eller starka bevis för att ett missförhållande kan ha skett.

### **Övrigt**

Två av handlingarna ligger utanför IVO:s jurisdiktion. I det ena fallet har IVO inte utrett klagomålet om tvångsvård då det kan överklagas i domstol och därmed inte ingår i IVO:s uppdrag. Det andra ärendet handlar om trakasserier av en medpatient vilket är en polisiär fråga.

En annan handling går inte att bedöma av IVO, eftersom det är patientens ord mot vårdgivarens.

*“Anmälaren anger att hon hölls kvar på mottagningen mot sin vilja. IVO har inte funnit något i underlaget som vare sig bekräftar eller dementerar påståendet. IVO kan därför inte uttala sig om detta.”*

Utifrån handlingarna som placerats under kategorin övrigt har ärenden inte ingått i IVO:s jurisdiktion. Enbart ett konstaterande görs att ansvarsutkrävande utifrån studiens syfte inte är möjligt att studera. Handlingarna kan ändå ses som relevanta utifrån perspektivet att enskilda även lämnar in klagomål på händelser som inte ingår i IVO:s uppdrag.

Sammanfattningsvis påvisar resultatet brister gällande behovet av en kontinuerlig vårdkontakt. Samordning och underbemanning visar sig vara en frekvent bakomliggande orsak till brister inom hälso- och sjukvården. Vidare framgår att kommunikation mellan vårdpersonal är en viktig del för tryggheten och säkerheten. Empirin påvisar vikten av dokumentation och vid flertalet fall lyfts olika problem rörande dokumentation fram. Det behövs en korrekt dokumentation i syfte att stärka patientens påståenden men även en tydlig och förståelig dokumentation för att främja transparens och delaktighet i vården. Vårdgivarens skyldighet att ta del av tidigare journalanteckningar är ytterligare en viktig del för patienten som påvisas i handlingarna. Bemötande visade sig vara frekvent återkommande i klagomålen men eftersom det inte ingår i IVO:s utredningsskyldighet har klagomålen inte utretts vidare.

---

## **Analys**

*I avsnittet analys kopplas resultaten och teorin samman i syfte att synliggöra och diskutera eventuella samband. Den övergripande analysen görs utifrån de tre utgångspunkter som tagits fram ur Bovens teori om socialt ansvarsutkrävande.*

---

### **Analys utifrån studiens tre utgångspunkter**

Utifrån Bovens (2007) teori om socialt ansvarsutkrävande används tre utgångspunkter i syfte att analysera och urskilja hur effektivt ansvarsutkrävandet fungerar inom hälso- och sjukvården samt hur möjligheterna till ansvarsutkrävande för den enskilde ser ut. De tre utgångspunkterna som studeras är huruvida IVO har en skyldighet att informera enskild om sitt agerande, om den enskilde har möjlighet att ifrågasätta och förhåra IVO samt om den enskilde har möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande. Relationen mellan aktör och forum kan ses som en tvåstegsprocess där rollerna förändras beroende på vem som innehar rollen som forum. När den enskilde har rollen som forum intar IVO rollen som aktör och i de fall som IVO innehar rollen som forum är det istället vårdgivaren som är aktör. När rollerna ses ur det perspektivet ges möjligheten till en mer långtgående analys.

### **IVO:s skyldighet att informera enskild om sitt agerande**

Skyldigheten att informera om sitt agerande kan ses ur två perspektiv. IVO:s skyldighet att informera enskild om sitt agerande eller vårdgivarens skyldighet att informera IVO om sitt agerande. I handlingarna ses en uppdelning när IVO informerat enskild om sitt agerande. I de fall som IVO går vidare med en utredning får anmälaren samt berörd vårdgivare komma med synpunkter och förslag till beslut innan ett beslut fattas av IVO, vilket också regleras i Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 7 kap. 18 §. Även om både enskild och vårdgivare har kommit med förslag till beslut har inte IVO ändrat inställning eller beslut i något av de klagomål som analyserats i studien. Däremot går det tolka utifrån teorin om aktörens skyldighet att informera forumet om sitt agerande att ansvarsutkrävandet ändå fungerar i de fall som IVO bestämmer att ett ärende ska utredas.

I ärenden som avslutats utan någon kritik riktad mot vårdgivare finns ingen dokumentation över om enskild eller vårdgivare blivit informerade. Det kan antas att ingen information tilldelats eftersom lagen inte anger att IVO har någon underrättelseskyldighet när ärenden inte

utreds. Därmed fungerar inte ansvarsutkrävandet enligt teorin när IVO bestämmer att ett ärende inte kan eller ska utredas vidare.

### **Den enskildes möjlighet att ifrågasätta och förhöra IVO**

Möjligheten att ifrågasätta och förhöra aktören sker på två sätt. Dels genom IVO:s möjlighet att ifrågasätta och förhöra vårdgivare samt genom den enskildes möjlighet att ifrågasätta och förhöra IVO. I praktiken sker inte ifrågasättandet direkt mellan enskild och IVO utan ifrågasättningen sker mellan den enskilde och vårdgivaren med hjälp av IVO. Den enskilde ifrågasätter vårdgivaren genom att lämna in klagomål till IVO och i de fall som IVO väljer att utreda ärendet vidare kan det ses som att det sker på uppdrag av enskild. I enlighet med Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 7 kap. 20 § ska vårdgivaren vara behjälplig med relevant material i IVO:s tillsyn. Vidare erbjuds vårdgivaren en möjlighet att försvara och förklara sig. Även IVO erbjuds möjlighet att försvara och förklara sig gentemot enskild, vilket görs i de fall där de återkommer med beslut i ärendet. Eftersom den enskilde alltid har möjlighet att lämna in ett klagomål mot vården kan det ses, utifrån teorin om forumets möjlighet till ifrågasättande av aktören, som att den enskildes ansvarsutkrävande fungerar. Det anges dock i avsnittet bakgrund att om ansvarsutkrävandet ska fungera tillfredsställande ska också klagomålen få gehör (SFS 2010:659). För de ärenden där IVO anser att klagomålet saknar relevans för vidare utredning har därmed den enskilde ingen möjlighet till ifrågasättande av varken IVO eller vårdgivare och därmed fungerar inte ansvarsutkrävandet fullt ut.

I kategorin långa väntetider och avsaknad av kontinuitet går det att med hjälp av sista citatet att urskilja ett exempel på när enskild har möjlighet att ifrågasätta IVO och vårdgivare ges möjlighet att rättfärdiga sitt agerande. I kategorin brister i bemötande och övrigt tas inte klagomålen upp av IVO eftersom det inte ingår i deras utredningsskyldighet. För ansvarsutkrävandet blir det problematiskt ur två perspektiv. Dels eftersom den enskilde inte får möjlighet att ifrågasätta men dessutom för den ansvarige vårdgivaren som inte har möjlighet att försvara sig.

### **Den enskildes möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande**

Möjligheten till att döma agerandet genom sanktionsmöjligheter kan även det ses i två led. Den enskildes möjlighet att utdela sanktioner mot IVO:s agerande eller IVO:s möjlighet att utdela sanktioner mot vårdgivarens agerande. Enligt teorin bör det finnas möjligheter att



utdela sanktioner vilket den enskilde inte har befogenheter till. En enskild saknar dessutom reella möjligheter att överklaga beslut från IVO, vilket framgår av samtliga ärenden i studien där beslut tagits. I Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) 10 kap. 13 § framgår även att enskild i regel inte kan överklaga. Därmed saknas möjligheterna till ett tillfredsställande ansvarsutkrävande från enskild gentemot IVO och därmed också mot hälso- och sjukvården.

IVO:s möjlighet att utkräva ansvar från vårdgivare är mer komplext. Det ska enligt lag finnas möjlighet till vite men det är inget som förekommer i något av de ärenden som behandlas i studien. IVO har i de ärenden som beslut tagits uppmanat vårdgivaren till att beakta beslutet och ha det i åtanke i det fortsatta systematiska förbättringsarbetet. Vidare anger IVO att uppföljning av den uppkomna bristen kan komma att ske i framtiden, vilket är det närmaste ett kontrollverktyg som kan ses i studien. Teorin anger att forumet ska ges möjlighet att utdela sanktioner mot aktören för att ansvarsutkrävandet ska fungera, men för den aktuella studien finns inga sanktioner mellan IVO och vårdgivare. Därmed ger studien uttryck för att ansvarsutkrävandet inte fungerar effektivt.

### **Övergripande analys**

I linje med Wessel m.fl. (2009) samt Lindgren och Rozental (2021) tyder studien på att bemötande är en frekvent återkommande orsak till klagomål. Huruvida bemötande bör vara något som ska utredas av IVO går att problematisera och diskutera vidare. Utredning av bemötande kan ses som en legitimerande och förtroendeskapande process, vilket styrks av det Björngren Cuadra (2012) menar med att tillit mellan vårdgivare och vårdtagare är en viktig förutsättning för en korrekt behandling och bedömning av patienten. Precis som Wessel m.fl. (2009) lyfter fram blir bemötande svårt för IVO att bedöma eftersom det saknas bevis på att en brist uppstått. Dessutom blir det problematiskt för vårdgivaren att försvara sitt agerande. I slutändan handlar oftast sådana situationer om ord mot ord vilket kan bli ovisst mot alla parter involverade. Avslutningsvis är bemötande något väldigt individuellt, vilket gör att det kan bli komplicerat med gränsdragning.

Den aktuella studien har visat att det tydligt handlar om ett mer förtroendeskapande och lärande ansvarsutkrävande än ett kontrollerande, vilket går i linje med hur Bovens (2007) beskriver situationer som saknar sanktionsmöjligheter. Lodenstein m.fl. (2016) problematiserar det förtroendeskapande ansvarsutkrävandet och menar att det inte är effektivt

i längden. Den aktuella studien motsätter sig delvis det argument författaren lyfter fram. I de ärenden som IVO har utrett vidare och riktat kritik mot vårdgivare är ansvarsutkrävandet relativt fungerande. Det går även att urskilja en relativ stabilitet över tid. Handlingarna i studien kommer från fem år bakåt i tiden och processen har inte förändrats. Vilka effekter och vilken lärdom vårdgivare tagit av IVO:s kritik har dock inte undersökts i studien.

Gagne (1996) beskriver att ansvarsutkrävandet är effektivt om båda parterna har relativt liknande syn på resultat och förväntningar. I kontexten görs antagandet att IVO och anmälaren inte har samma syn och förväntningar. IVO vill verka för att främja patientsäkerheten i stort samtidigt som den enskilde troligtvis vill ha upprättelse.

Sammanfattningsvis utgår teorin från de tre utgångspunkterna från Bovens (2007) teori om relationen mellan aktören och forumet. Analysen visar att ansvarsutkrävandet fungerar enligt teorin i de fall där IVO bestämmer att ärendet ska utredas vidare. I motsats visar det sig att ansvarsutkrävandet är relativt svagt när ärendena inte utreds, vilket sker när klagomålen handlar om bemötande men också när det saknas tillräckligt med dokumentation som bevismaterial. Genom den enskildes rätt att lämna klagomål på hälso- och sjukvården finns en väg fram för det individuella ansvarsutkrävandet men eftersom det saknas reella möjligheter till att utdela sanktioner går det inte utnyttja ansvarsutkrävandet fullt ut.

---

## **Avslutande diskussion och slutsats**

*I avsnittet presenteras en diskussion och slutsats kring studiens ämne och de två inledande forskningsfrågorna besvaras. I slutet på avsnittet presenteras även ett antal förslag till vidare forskning som uppkommit under studiens gång.*

---

### **Diskussion**

En iakttagelse i studien är att dokumentation utgör en vital del för ansvarsutkrävandet inom hälso- och sjukvården, eftersom det utgör en grund för IVO:s tillsyn mot vårdgivare. Lika viktigt är även att ansvarig vårdgivare tar del av journalen för att undvika missförhållanden inom hälso- och sjukvården. Studerandet av inkomna handlingar visar att bristen på dokumentation har i några av fallen slutat i förödande konsekvenser, både svårt drogmissbruk och självmord. Dessutom gör bristen på dokumentation det svårt för den enskilde att utkräva ansvar från hälso- och sjukvården. I händelser där dokumentation saknas uppstår ett läge där ord står mot ord, och det är inte den enskilde som går vinnande ur en sådan situation. Det anses därmed omöjligt för den enskilde att utkräva ansvar om inte tydlig dokumentation finns att tillgå. Det blir tydligt i fallen ovan att den enskilde intar rollen som underlägsen när den dels saknar kontroll över vad som anges i journalen och samtidigt förlorar sin möjlighet till ansvarsutkrävande.

Syftet med IVO och deras tillsyn beskrivs vara att upprätthålla en säker vård och omsorg, med god kvalitet och i enlighet med lagar och föreskrifter. Samtidigt ska ett patient- och brukarperspektiv genomsyra hela tillsynen. Studien visar att den enskilde inte kan utkräva ansvar i de situationer de känner sig illa bemötta i vården. Bemötande ingår inte i IVO:s utredningsskyldighet vilket nämns åtskilliga gånger i studien, men ändå är det relevant att stanna upp och reflektera över. Antalet klagomål om dåligt bemötande återkommer flertalet gånger trots att det inte kommer utredas. Det tyder på att anmälarna saknar kunskap kring IVO:s uppdrag men framförallt att behovet är stort hos patienterna att förmedla hur de upplever vården. Av det som framkommer i studien dras därmed en slutsats att ett gott bemötande är oerhört viktigt för patienterna men att utkräva ansvar när man som patient känner sig dåligt bemött är i princip omöjligt.

Behovet av sanktioner är ett annat ämne som kan problematiseras. IVO anger själva en önskan om större möjligheter för att utdela sanktioner mot hälso- och sjukvården. Frågan är huruvida det skulle främja ansvarsutkrävandet eftersom det kan resultera i att vårdgivaren inte blir lika hjälpsam med information om det föreligger en risk för sanktioner eller bestraffning. Istället bör man möjligen fokusera på det Bovens (2007) beskriver som det lärande perspektivet och ta lärdom av bristerna. Samtidigt går det problematisera konsekvenserna och möjligheterna för den enskildes möjlighet att utkräva ansvar fullt ut. Huruvida sanktioner är bra eller dåligt för ett effektivt ansvarsutkrävande förtäljer inte studien men utifrån teorin görs ändå antaganden om att det är bristfälligt eftersom inte sanktioner kan delas ut av varken enskild eller IVO.

### **Slutsats**

Det potentiella problemet som studien tar sin utgångspunkt i är huruvida det i realiteten finns institutionaliserade former för ansvarsutkrävande och om det rådande systemet kan anses ändamålsenligt. Syftet med IVO:s verksamhet är att hjälpa den enskilde som många gånger saknar nödvändig kunskap för att utkräva ansvar. Studien ger ett intryck av att ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården inte är lika enkelt i realiteten som i teorin. För att som enskild ha möjlighet att utkräva ansvar gäller det att den händelse patienten vill klagga på passar in i en förutbestämd checklista. Förutom formaliteter som att anmälan först ska ha gått till ansvarig vårdgivare eller patientnämnd, gäller det även att vårdgivaren som klagomålet avser ska ha fört en god dokumentation över sina brister. När så är fallet och IVO väljer att ta sig an ärendet ser möjligheterna för ansvarsutkrävande mer positivt ut. Avsaknad av sanktioner gör i sin tur att ansvarsutkrävandet i realiteten inte är lika effektivt som i teorin. Här bygger ansvarsutkrävandet istället till större del på förtroende. Eftersom det inte finns något reellt lagstöd för den enskildes ansvarsutkrävande kan möjligheten till att lämna in sina klagomål till IVO ändå ses som en förmån.

Frågeställningen som ligger till grund för studien besvaras därmed:

*Vilka möjligheter till ansvarsutkrävande har man som enskild inom hälso- och sjukvården?*

Sammantaget påverkas den enskildes möjlighet till ansvarsutkrävande av två saker. Dels om IVO: anser sig besitta tillräcklig information för att bedöma om brister skett samt om det berör något som är inom IVO:s jurisdiktion. När man som enskild kommer med ett klagomål

där tydlig dokumentation förts samt om händelsen brister i patientsäkerhet finns det relativt goda möjligheter för ansvarsutkrävande. Däremot om man som enskild är missnöjd med hur man blivit bemött eller om en vårdgivare inte dokumenterat korrekt är möjligheterna för det enskilda ansvarsutkrävandet mycket små.

#### *Hur effektivt fungerar ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården?*

Den enskilde har möjlighet att ifrågasätta IVO och IVO har möjlighet att ifrågasätta ansvarig vårdgivare. Vårdgivaren erbjuds också möjlighet att förklara och rättfärdiga sitt agerande, vilket är i enlighet med teorin om aktör och forum. Det finns flertalet hinder som begränsar den enskildes möjlighet att ifrågasätta, döma och utdela sanktioner mot IVO och vårdgivare. Effektiviteten i ansvarsutkrävandet kan enbart urskiljas i de fall där klagomålen uppfyller de krav för att IVO ska utreda ärendet. Studien visar att i situationer där dokumentationen är fullständig blir ansvarsutkrävandet mer effektivt. Övergripande finns dock en avsaknad av sanktioner vilket kan ha negativ påverkan på effektiviteten. Ansvarsutkrävandet är därmed inte lika effektivt i realiteten som i teorin.

Det går därför att dra slutsatsen att det finns institutionaliserade former för ansvarsutkrävande samt att det rådande systemet kan anses relativt ändamålsenligt. IVO har dock en avgörande roll i huruvida ansvar går att utkrävas.

#### **Förslag till framtida forskning**

När det gäller möjligheter till ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården finns det flera intressanta aspekter att forska vidare på. Det finns en potential att problematisera och studera bristen på ansvarsutkrävande gällande bemötande. Eftersom det kan vara en legitimitets- och förtroendeskapande process hade det varit av intresse att utvärdera och undersöka möjligheterna för IVO att utreda bemötande.

Mot bakgrund att inga sanktioner utdelas utan fokus ligger på utveckling går det samtidigt att problematisera konsekvenserna och möjligheten till att utkräva ansvar när sanktionsmöjligheter saknas. En intressant frågeställning skulle därmed vara hur ansvarig vårdgivare förhåller sig mot vetskapen om att sanktioner inte är aktuella samt om det gör någon skillnad för hur vårdgivarna väljer att implementera den kritik som följer från IVO:s

beslut. En annan intressant infallsvinkel i samma spår är hur frekvent IVO genomför uppföljningar på den kritik som riktats mot vårdgivarna.

Dokumentation lyfts genomgående upp som en vital del för möjligheterna till ansvarsutkrävande inom hälso- och sjukvården. Det hade därför varit av relevans att vidare studera vilka konsekvenser, för både vårdgivare och enskild, som bristfällig dokumentation vid upprepade tillfällen kan resultera i.

---

## Referenslista

- Asplund, I. (2021). *Den enskildes rättssäkerhet i individnära tillsyn*. (Skrifter från Juridiska institutionen vid Umeå universitet, 45) [Avhandling, Umeå universitet]. Digitala Vetenskapliga Arkivet. <http://umu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1514017/FULLTEXT01.pdf>
- Bengtsson, M., & Ek, E. (2013). Tillsyn. I V. Johansson, L. Lindgren (Red.), *Uppdrag offentlig granskning* (s.49-67). Studentlitteratur.
- Berglund, H., & Sima, L. (2022, 21 april). De har drabbats av missar i primärvården. *SVT nyheter*. <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/patienter-drabbas-av-en-pressad-primarvard>
- Björngren Cuadra, C. (2012). Sjuksköterskors tilläggsarbete - om professionsetik och patienter som revisorer. I C. Björngren Cuadra, O. Fransson (Red.), *Tillit och förtroende, ständiga utmaningar för professionella* (s.67- 90). Gleerups.
- Bovens, M. (2007). Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework. *European Law Journal : Review of European Law in Context*, 13(4), 447-468. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0386.2007.00378.x>
- Erlingsson, G.Ó., & Wittberg, E. (2020). Respekterar kommunala bolag offentlighetsprincipen?. I G.Ó. Erlingsson, A. Thomasson (Red.), *Kommunala bolag* (s. 111-125). Studentlitteratur.
- Fox, J. (2015). Social Accountability: What Does the Evidence Really Say? *World Development*, 72, 346-361. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2015.03.011>
- Fransson, O. (2012). Förtroende för professioner. I C. Björngren Cuadra, O. Fransson (Red.), *Tillit och förtroende, ständiga utmaningar för professionella* (s.11- 23). Gleerups.
- Gagne, R. (1996). Accountability and public administration. *Canadian Public Administration*, 39(2), 213-225. <https://doi.org/10.1111/j.1754-7121.1996.tb00127.x>
- Hamal, M., de Cock Buning, T., De Bouwere, V., Bardají, A., & Dieleman, M. (2018). How does social accountability contribute to better maternal health outcomes? A qualitative study on perceived changes with government and civil society actors in Gujarat, India. *BMC Health Service Research*, 18(653), <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3453-7>

- Hanberger, A. (2008). Democratic Accountability in Decentralised Governance. *Scandinavian political studies*, 32 (1), 1-22. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9477.2008.00220.x>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018). *Årsredovisning 2018*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Statistiktabeller för anmälan till IVO hälso- och sjukvård 2020*. <https://www.ivo.se/publicerat-material/statistik/anmalan-till-ivoanmalan-fran-enskilda/>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. (IVO 2021-7).
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022, 18 januari). *Frågor och svar för privatpersoner*. Hämtad 2022-04-13 från <https://www.ivo.se/privatpersoner/fragor-och-svar-for-privatpersoner/#klagomal-halso-sjukvard>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022, 18 januari). *Jag är missnöjd med hälso- och sjukvård*. Hämtad 2022-04-11 från <https://www.ivo.se/privatpersoner/missnojd-med-halso-sjukvard/>
- Johansson, V., & Lindgren, L. (2013). Uppdrag offentlig granskning. I V. Johansson, L. Lindgren (Red.), *Uppdrag offentlig granskning* (s. 13-28). Studentlitteratur.
- Karlsson, L. (2003). *Konflikt eller harmoni? Individuella rättigheter och ansvarsutkrävande i svensk och brittisk sjukvård* (Studier i Politik/Göteborg Studies in Politics, 81) [Doktorsavhandling]. Göteborgs universitet.
- Lindgren, A., & Rozental, A. (2021). Patients' experiences of malpractice in psychotherapy and psychological treatments: a qualitative study of field complaints in Swedish healthcare. *Ethics & Behavior*, 1-15. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/10508422.2021.1948855>
- Lodenstein, E., Dieleman, M., Gerresten, B., & Broerse, J. (2017). Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle- income countries: a realist review. *The journal on health policy and systems research*, 32(1), 125-140. <https://doi.org/10.1093/heapol/czw089>
- Ma, J. (2012). The Rise of Social Accountability in China. *Australian Journal of Public Administration*, 71(2), 111-121. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1467-8500.2012.00770.x>



- Mulgan, R. (2000). 'Accountability': An Ever-Expanding Concept? *Public Administration (London)*, 78(3), 555-573. <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/1467-9299.00218>
- Prop. 2012/13:20. *Inspektionen för vård och omsorg - en ny tillsynsmyndighet för hälso- och sjukvård och socialtjänst.*
- Regeringen. (2018, 5 februari). *Vägledning för statliga myndighetsstyrelser.* Hämtad 2022-04-07 från <https://www.regeringen.se/informationsmaterial/2018/02/vagledning-for-statliga-myndighetsstyrelser/>
- Ridderstedt, M., & Gaunitz, V. (Programledare). (2022, 20 april). Vården visste om Manfreds självmordsplan - mamma hittade honom död [Poddavsnitt]. I *Ekot granskar*. Sveriges Radio. <https://sverigesradio.se/avsnitt/manfred-18-tog-sitt-liv-vi-fick-inte-chansen-att-radda-honom>
- Riska, E. (2011). Hälsoprofessioner: Teoretiska perspektiv och forskningstrender. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4, 268-282.
- Råberus, A., Holmström, I., Galvin, K., & Sundler, A. (2019). The nature of patient complaints: a resource for healthcare improvements. *International journal for quality in health care*, 31(7), 556-562. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy215>
- SCB. (2019). *Nöjdhet med vården, klagomål och kritik.* Hämtad 2022-04-06 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/temaomraden/jamstallldhet/jamstalld-halsa/nojdhet-med-varden-klagomal-och-kritik/#129977>
- SFS 1949:105. *Tryckfrihetsförordningen.* [https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tryckfrihetsforordning-1949105\\_sfs-1949-105](https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/tryckfrihetsforordning-1949105_sfs-1949-105)
- SFS 1974:152. *Regeringsformen.* [https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform\\_sfs-1974-152](https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/kungorelse-1974152-om-beslutad-ny-regeringsform_sfs-1974-152)
- SFS 2009:400. *Offentlighets- och sekretesslag.* [https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400\\_sfs-2009-400](https://riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/offentlighets--och-sekretesslag-2009400_sfs-2009-400)
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag.* [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)

- SFS 2013:176. *Förordning med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg*.  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2013176-med-instruktion-for\\_sfs-2013-176](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2013176-med-instruktion-for_sfs-2013-176)
- Skålen, C., Nordgren, L., & Annerbäck, E. (2016). Patient complaints about healthcare in a Swedish county: Characteristic and satisfaction after handling. *Nursing open*, 3(4), 203-211. <https://doi.org/10.1002/nop2.54>
- Socialstyrelsen. (2011). *Ojämna villkor för hälsa och vård - jämlikhetsperspektivet på hälso- och sjukvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2011-12-30.pdf>
- SOU 2002:14. *Statlig tillsyn - Granskning på medborgarnas uppdrag: Delbetänkande*.
- SOU 2018:48. *En lärande tillsyn - Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg: Delbetänkande*.
- Stier, J. (2012). Misshandel av systemet - Medborgare som inte sätter punkt. *Socialmedicinsk tidskrift*, 89(1), 84-92.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2022, 3 mars). *9 av 10 invånare upplever god tillgång till vården*.  
<https://skr.se/skr/tjanster/press/nyheter/nyhetsarkiv/9av10invanareupplevergodtillgangtillvarden.62039.html>
- Wessel, M., Lynøe, N., Juth, N., & Helgesson, G. (2011). The tip of an iceberg? A cross-sectional study of the general public's experiences of reporting healthcare complaints in Stockholm, Sweden. *BMJ Open*, 2(1), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000489corr1>
- Wessel, M., Helgesson, G., & Lynøe, N. (2009). Experiencing bad treatment: qualitative study of patient complaints concerning their treatment by public health-care practitioners in the County of Stockholm. *Clinical ethics*, 4(4), 195-201.  
<https://doi.org/10.1258/ce.2009.009008>