



Patienters och närståendes upplevelser av bemötande i vården.

- En kartläggning utifrån synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden i Landstinget Sörmland under året 2016.

Sammanfattning

Introduktion: Till patientnämnden kan patienter och närstående vända sig för att framföra synpunkter och klagomål på vården. Genom att tillvarata inkomna synpunkter, och eventuella förslag till förbättringar, så medverkar patientnämnden till en ökad patientsäkerhet och kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården.

Syfte: Utifrån inkomna synpunkter och klagomål, från patienter och närstående, gällande upplevelser av bemötande i vården, analysera och kartlägga upplevelsernas innehåll. Syftet är också att resultatet ska kunna användas av hälso- och sjukvården i ett lärande syfte, där patient och närståendes upplevelser tas tillvara i kvalitetsförbättringsarbetet.

Metod: Kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Granskär och Höglund- Niensens beskrivning av metoden.

Resultat: Patient och närstående har beskrivit att de upplevt brister i bemötande i vården då de känt sig diskriminerade och då vårdpersonal agerat stressat och uppvisat en makt och en attityd gentemot dem. Att uppleva brister i bemötande har, för dessa individer, lett till negativa känslor såsom att känna sig kränkt, missförstådd, ledsen och ovälkommen. Vården beklagar, i sina svar, de negativa upplevelser som patient och närstående varit med om och berörd vårdpersonal vidtalas.

Slutsats: Resultatet som framkommit i denna rapport kan inte anses vara något som är unikt för Landstinget Sörmland, då det har många likheter med andra resultat gällande patient och närståendes upplevelser av hur de blivit bristfälligt bemötta i den svenska hälso- och sjukvården. Att öka kunskapen kring vilken roll vårdpersonals värdegrund, normer, förutfattade meningar och omedvetna beteenden har, kan vara av vikt i arbetet med bemötandefrågor i vården samt för att öka kunskapen kring bemötandets betydelse i vård och behandling.

Nyckelord: bemötande, upplevelse, synpunkter, klagomål

Innehållsförteckning

1. Introduktion.....	1
1.1 Inledning.....	1
1.2 Bakgrund.....	1
1.2.1 Patientlagen.....	1
1.2.2 Patient- och personcentrerad vård.....	2
2. Syfte.....	3
3. Metod.....	3
3.1 Urval och datainsamling.....	4
3.2 Analys.....	4
3.3 Etiska överväganden.....	4
4. Resultat.....	5
4.1 Diskriminering.....	6
4.2 Makt och attityd.....	7
4.3 Stressad vårdmiljö.....	7
4.4 Konsekvenser av brister i bemötande.....	8
4.5 Vårdens svar.....	9
4.6 Förbättringsförslag.....	9
5. Resultatdiskussion.....	9
6. Slutsats.....	12
7. Referenser.....	13
Bilaga 1. Översikt över huvudproblem samt delproblem vid registrering och kategorisering av synpunkter/klagomål	
Bilaga 2. Förenklad bild av ärendeprocessen	
Bilaga 3. Rapportens tillämpning av kvalitativ textanalys enligt Granskär och Höglund-Nielsen	

1. Introduktion

1.1 Inledning

Patientnämnden i Sörmland är gemensam för lanstinget och länets nio kommuner. Till patientnämnden kan patienter och närstående vända sig för att framföra synpunkter och klagomål på vården. Genom att tillvarata inkomna synpunkter, och eventuella förslag till förbättringar, så medverkar patientnämnden till en ökad patientsäkerhet och kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården. Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål som gäller:

- All offentligt finansierad vård; landstingets och kommunens hälso- och sjukvård.
- Privata vårdgivare som har avtal med landstinget eller en kommun.
- Folk tandvården och den tandvård som landstinget finansierar.

Patientnämndens uppdrag är reglerat i *lagen om patientnämndsverksamhet* (SFS1998:1656). Förutom att tillvarata inkomna synpunkter och klagomål så ska nämnden tillhandahålla, eller hjälpa, patienter att få den information som de behöver för att kunna ta tillvara sina intressen i hälso- och sjukvården. I lagen tydliggörs också att nämnden ska uppmärksamma och rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter (SFS1998:1656). I *patientsäkerhetslagen* framgår att vårdgivaren, i sin tur, ska ge patienter och deras närstående möjlighet att delta i patientsäkerhetsarbetet (SFS 2010:659).

Svensk- och internationell forskning visar att de vanligaste drivkrafterna, för patienter och närstående, att klaga på hälso- och sjukvården är: att få en ursäkt, att få en förklaring av vad som hänt, att liknande händelser förebyggs och att någon ska ta ansvar (SOU 2015:14, 30). Det vanligaste skälet till att patienter i Sverige väljer att framföra synpunkter- och klagomål, till en patientnämnd, är för att det de har upplevt inte ska behöva upplevas av någon annan (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys [Vårdanalys], 2015)

För att på bästa sätt tillvarata de synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden, så har patientnämnden i Sörmlands landsting beslutat att, två gånger per år, ge ut en rapport. Rapporterna ska, utifrån, av nämnden valda aktuella områden inom hälso- och sjukvården, ge en djupare beskrivning av vad patient och närstående haft för synpunkter och klagomål på vården. Rapporterna och dess slutsatser, ska sedan delges berörda verksamheter i syfte att kunna bidra till ett lärande och en utveckling av hälso- och sjukvården. Patientnämnden har beslutat att den första rapporten för år 2017 ska belysa patient och närståendes upplevelser av hur de blivit bemötta i sina kontakter med vården.

1.2 Bakgrund

1.2.1 Patientlagen

Den 1 januari 2015 trädde en ny lag i kraft, *patientlagen*. Målet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (SFS 2014:821).

I likhet med tidigare lagstiftning så innehåller patientlagen bestämmelser om bl.a. vårdgaranti, fast vårdkontakt, fast läkarkontakt, individuell planering och val av behandlingsalternativ och hjälpmedel. De nya krav som, i och med patientlagen, ställs har regeringen sammanfattat i följande punkter (prop. 2013/14:106, 1):

- Den nuvarande informationsplikten gentemot patienten utvidgas och förtydligas.

- Det klargörs att hälso- och sjukvård som huvudregel inte får ges utan patientens samtycke.
- Möjligheten för en patient att få en ny medicinsk bedömning utvidgas.
- Patienten ska ges möjlighet att välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet.
- När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

En stor del av patientlagen syftar till att stärka patientens ställning i vården, genom en ökad delaktighet i den egna behandlingen. Patientens ökade delaktighet i den egna vården och behandlingen, förknippas ofta med begreppen patient- och personcentrerad vård (Vårdanalys, 2016).

1.2.2 Patient- och personcentrerad vård

Trots att det än så länge inte finns någon internationellt erkänd standard eller modell för att beskriva och mäta graden av patientcentrering så har Vårdanalys, efter en sammanställning av de nio mest framstående modellerna som beskriver begreppet, valt att använda följande fem dimensioner för att beskriva patientcentrerad vård (Vårdanalys, 2012, 10).

- Patienter som medaktörer i vården genom information och utbildning.
- Respekt för patienters individuella behov, preferenser och värderingar.
- Samordning och kontinuitet såväl inom som mellan vård och omsorg.
- Helhetssyn på patienter som människor med både medicinska och ickemedicinska behov.
- Involvering av familj och närstående i vården enligt patientens önskemål.

Det finns fler och fler exempel på att en patientcentrerad hälso- och sjukvård ger bättre hälsoresultat och nöjdare patienter. Patientcentrerad vård har, grundat på detta, ett värde i sig, men den kan samtidigt bidra till besparingar i hälso- och sjukvårdssystemet och samhället i stort, genom att patienterna i högre grad följer ordinerade behandlingar och snabbare kommer tillbaka i arbete. Det pågår dock en debatt om begreppet patientcentrering är korrekt. Vissa föredrar istället begreppet personcentrering, i en ambition att undvika att sätta onödigt mycket fokus på de medicinska aspekterna av en persons förhållande till vården (Vårdanalys, 2012).

Att patientcentrerad vård är högst aktuell framkommer i den proposition som regeringen överlämnat till riksdagen, *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården* (prop 2016/17:122). Propositionen ger förslag på en ny lag som är tänkt att träda i kraft 1 januari 2018. Lagförslaget, som grundar sig på delbetänkandet *Sedd hörd och respekterad – Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården* (SOU 2015:14) samt slutbetänkandet *Fråga patienten, Nya perspektiv i klagomål och tillsyn* (SOU 2015:102), beskriver hur dagens hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården ska bli enklare, mer ändamålsenlig och effektivare. Lagförslaget innebär bl.a. att patientnämnderna ska få en förstärkt och förtydligad roll, bl.a. genom att årligen analysera inkomna synpunkter och klagomål och uppmärksamma landstinget eller kommunen på riskområden och hinder för en säker och patientcentrerad vård. Inspektionen för vård och omsorg föreslås även genomföra en s.k. patientcentrerad tillsyn, vilket bl.a. innebär att en del av tillsynen ska grundas på patientens erfarenheter, kunskap och iakttagelser. Lagförslaget menar att en del av dessa uppgifter ska inhämtas från de klagomål som inkommer till patientnämnderna (prop 2016/17:122).

I slutbetänkandet konstateras att det krävs en kulturförändring inom vården för att klagomålssystemet ska bli mer ändamålsenligt. Detta då det krävs att hälso- och sjukvården blir mer patientcentrerad. Bl.a. måste synpunkter och klagomål i större utsträckning användas som en kunskapskälla och drivkraft i verksamheten (SOU 2015:102). Även Vårdanalys drar i sin rapport, *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård* (2012), slutsatsen att utvecklingen mot en mer patient- och personcentrerad vård kommer kräva förändringar i såväl vårdpersonalens som den administrativa personalens attityder och förväntningar, liksom i patienternas. Vårdpersonalen kommer ombes att sätta patienten i centrum för besluten, medan patienterna kommer att uppmanas ta en mer aktiv roll i sin egen hälso- och sjukvård (Vårdanalys, 2012, 17).

Landstinget Sörmland använder begreppet personcentrerad vård. Följande definition tog patienter och brukare i en referensgrupp i Landstinget Sörmland fram, i och med projektet, *Pilotprojekt för personcentrerad vård* som pågick mellan åren 2013-2016, som ett förbättringsområde för att nå visionen Sveriges friskaste län 2025 (Lundstedt, 2015, 6).

”Jag vill att vården ser och respekterar mig som person och inte som min sjukdom. Utgångspunkten för vården är att den intar mitt perspektiv som person och utgår från mina förutsättningar, resurser och hinder. Jag vill vara delaktig i utformningen av min vård och mötas som en jämlik partner”

Landstingsstyrelsen beslutade i december 2016 att den personcentrerade vården mellan 2017-2019, inte längre ska vara ett enskilt projekt, utan utgöra en tydlig del i all verksamhetsutveckling. Genomförandet av personcentrerad vård har sin utgångspunkt i patientlagen (Landstinget Sörmland, 2016).

2. Syfte

Syftet med denna rapport är att utifrån, till patientnämnden inkomna synpunkter och klagomål från patienter och närstående gällande upplevelser av bemötande i vården, analysera och kartlägga upplevelsernas innehåll. Syftet är också att resultatet ska kunna användas av hälso- och sjukvården i ett lärande syfte, där patient och närståendes upplevelser tas tillvara i kvalitetsförbättringsarbetet.

3. Metod

Materialet i rapporten har utgjorts av ärenden som inkommit till patientnämnden i Landstinget Sörmland. Ett ärende på patientnämnden skapas då en patient eller närstående, tar kontakt med patientnämndens kansli och, till en utredningssekreterare där, framför synpunkter och klagomål på vården. Synpunkterna/klagomålen registreras och kategoriseras av utredningssekreteraren i datasystemet *Vårdsynpunkter*, med hjälp av huvud- och delproblem. Huvudproblemet ska beskriva kärnan i synpunkterna/klagomålet och delproblemet ytterligare precisera dess innehåll. Det finns åtta olika huvudproblem, med tillhörande delproblem, att registrera under. För en översikt över registrering och kategorisering av synpunkter/klagomål se bilaga 1.

Den första kontakten tas oftast via telefon. I telefonkontakten erbjuds personen även att inkomma med ett skriftligt klagomål, en patientberättelse, som om den inkommer, skickas till berörd verksamhetschef med en begäran om yttrande. Verksamheten har sedan normalt fyra veckor på sig att svara. Svaret ska ge en förklaring till det inträffade. Svaret skickas till patientnämndens kansli som sedan vidarebefordrar det till personen det gäller. Personen får, tillsammans med vårdens svar, ett slutsvar där han/hon ges möjlighet att lämna förslag på förbättringsåtgärder, för att undvika att liknande händelser inträffar igen. För att ett skriftligt klagomål, gällande en person som är myndig, ska kunna skickas vidare till vården för ett svar krävs ett medgivande från den person som klagomålet gäller. I de fall som personen är avliden skickas klagomålet på uppdrag av den anhörige. För en förenklad bild av ärendeprocessen se bilaga 2.

3.1 Urval och datainsamling

Rapporten baseras på de ärenden som inkommit till patientnämnden under år 2016 och som handlat om upplevda brister av bemötande i vården. För att få fram dessa ärenden gjordes specifika sökningar i datasystemet *Vårdsynpunkter*. Sökningen infattar alla ärenden som inkommit till patientnämnden under år 2016 och som registretats på huvudproblemet *kommunikation*, och delproblemet *bemötande*. Totalt gav detta 161 ärenden. Ärendena numrerades från 1-161. De 161 ärenden som ingått i analysen har bestått av såväl besvarade ärenden, dvs. ärenden där patient/närstående inkommit med en skrivelse och vården bemött denna med ett skriftligt svar, samt ärenden som endast inkommit via telefon. Således har inte alla ärenden bemötts skriftligt av vården.

3.2 Analys

Kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Granskär och Höglund- Nielsens (2015) beskrivning av metoden, har använts i analysen. Metoden lämpade sig väl då dess fokus är att, genom tolkning och granskning, identifiera skillnader och likheter i en texts innehåll. Fokus för analysen var patienters och närståendes egna berättelser och inte primärt vad vården svarat. Samtliga ärenden lästes till en början förutsättningslöst igenom av fyra utredningssekreterare på patientnämnden. Varje ärende analyserades genom att meningar, ord och stycken, som upplevdes vara centrala i klagomålet, noterades och markerades, vilket skapade meningsbärande delar. När alla utredningssekreterare, på egen hand, läst igenom och analyserat samtliga ärenden samlades de för att jämföra sina data. De meningsbärande delarna sammanställdes och gavs namn, koder, vilka kort beskrev innehållet i de meningsbärande delarna. Koderna granskades i sin tur för att se om vissa handlade om samma sak och därför kunde tas bort, eller om de kompletterade varandra. Koderna genererade sedan övergripande kategorier, huvudkategorier, vilka kunde kopplas till varandra och härledas till de meningsbärande delarna. För rapportens tillämpning av metoden se bilaga 3.

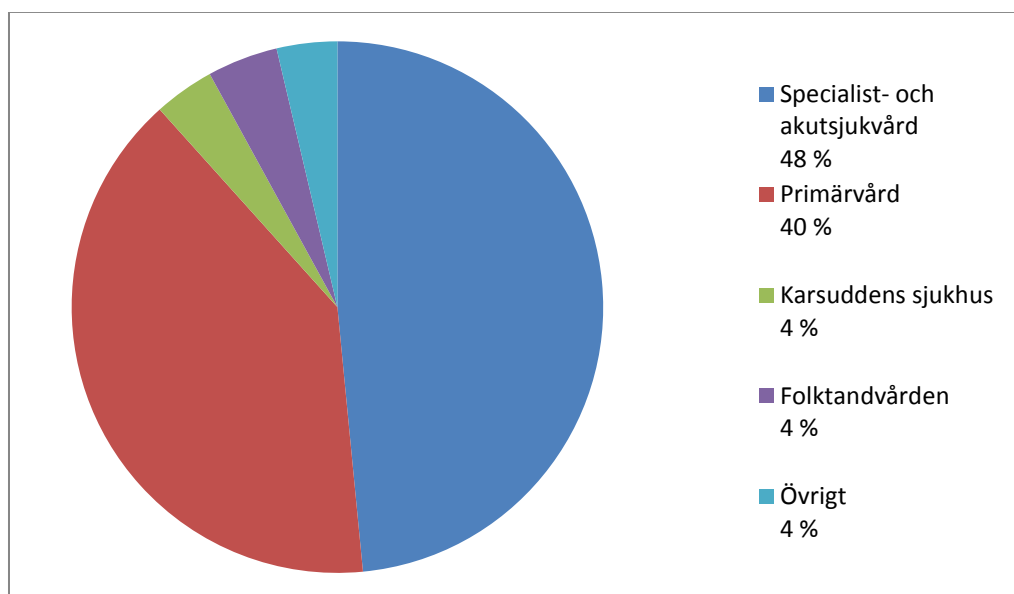
3.3 Etiska överväganden

Alla ärenden som inkommer till patientnämnden omfattas av sekretess. Resultaten som redovisas innehåller inga personuppgifter. Främst redovisas dessutom resultaten på gruppnivå, men i de fall som citat används avslöjas ingen ingående information om den person som inkommit med uppgifterna. Detta säkerställer, enligt oss, frågan gällande sekretess.

4. Resultat

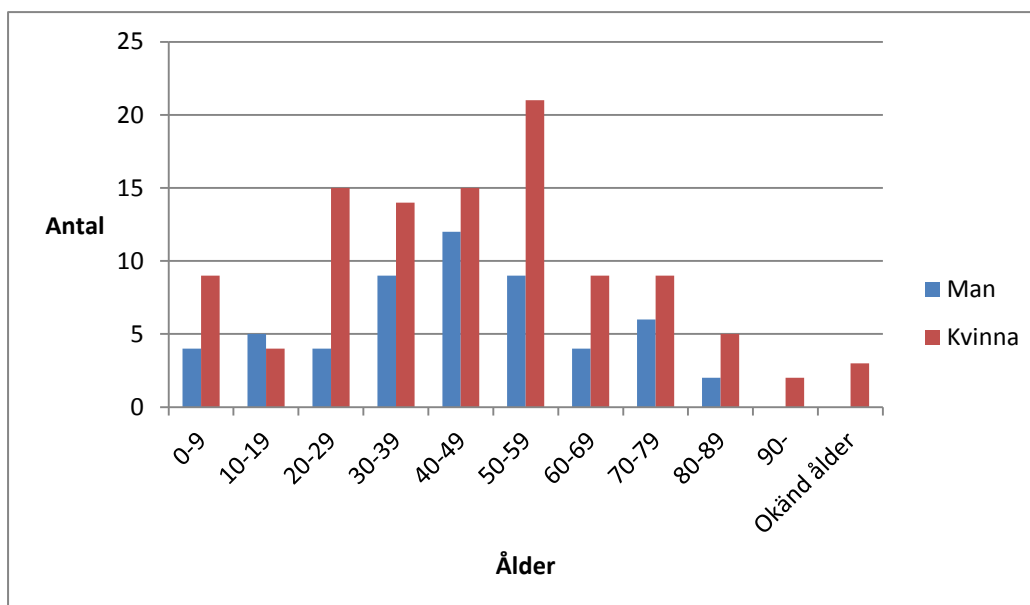
Totalt analyserades 161 ärenden, vilket utgör ca 13 % av det totala antalet ärenden som inkom till patientnämnden under år 2016 (1268 ärenden/1418 huvudproblem). Av de analyserade 161 ärendena så har det förekommit 163 huvudproblem, då ett ärende kan bestå av klagomål (huvudproblem) som är riktade till flera olika kliniker/verksamhetsområden.

Fördelningen av vilken typ av vårdnivå som huvudproblemen berört ser ut enligt följande. Av de 48 % som handlat om specialist- och akutsjukvård, så utgörs 12 % av vård som getts på någon av landstingets tre akutmottagningar. I kategorin övrigt ingår 1177, sjukresor, kommunal verksamhet samt privata vårdgivare som har avtal med landstinget. Privata vårdcentraler som har avtal med landstinget ingår i kategorin primärvård.



Figur 1. Huvudproblem per verksamhetsområde.

I 55 av ärendena (34 %) var patienten en man och i de resterande 106 (66 %) var patienten en kvinna. Utifrån det totala antalet ärenden som inkom till patientnämndens kansli under år 2016, där kön är registrerat, så handlade 43 % om en manlig patient och 57 % om en kvinnlig patient. Utifrån det totala antalet besök som gjordes i Landstinget Sörmland under år 2016 (ca 1,6 miljoner) så är fördelningen mellan män och kvinnor densamma, då 57 % av besöken berörde en kvinnlig patient och 43 % en manlig patient. Majoriteten av de ärenden som inkommit, gällande upplevda brister av bemötande i vården, har under 2016 berört en kvinnlig patient i åldern 50-59 år.



Figur 2. Antal klagomål per ålder och kön.

I analysen av ärendena går det att utläsa olika faktorer inom vården som patient och närstående upplever ha bidragit till deras upplevelser av att ha blivit bristfälligt bemötta. Faktorerna som beskrivs tar upp olika förhållanden som patient och närstående upplever har påverkat vårdpersonalens syn på, och förhållande till dem, och som i sin tur påverkar deras bemötande gentemot dem. I ärendena framkommer även vilka konsekvenser som ett bristande bemötande lett till för den enskilda individen.

Analysen mynnade ut i fyra huvudkategorier vilka beskriver de centrala delarna av innehållet i de klagomål som inkommit till patientnämnden i Sörmland, gällande patient och närståendes upplevelser av bemötande i vården. Huvudkategorierna som framträdde var; *diskriminering, makt och attityd, stressad vårdmiljö och konsekvenser av brister i bemötande*.

De tre första huvudkategorierna beskriver således omständigheter som bidragit till patient och närståendes upplevelser av att ha blivit bristfälligt bemötta medan den sista kategorin beskriver vilka konsekvenser som detta bemötande lett till för dessa personer.

4.1 Diskriminering

Att som person bli bedömd och bemött utifrån sitt yttre, ålder, sjukdomshistoria, ursprung eller sexuella läggning, är omständigheter som bidragit till upplevelsen av att ha fått ett sämre bemötande. Upplevelsen hos dessa personer har varit att deras personliga egenskaper påverkat hur vårdpersonal bemött dem, och att bemötandet pga. personalens fördomar blivit sämre.

En man besöker en läkare på sin vårdcentral och upplever att han, pga. sin vikt, inte blir bra bemött.

”[...] kränkte mig om min övervikt till den grad jag inte tycker man gör mot en annan människa. Självklart kan hon nämna det då jag uppenbarligen vet det, men att säga det flera gånger att det beror på det, vara otrevlig och syrlig när man söker hjälp tycker jag ingen läkare har rätt att göra” (ärende 81).

Cirka 14 procent av ärendena har berört ett barn, dvs. en person som är under 18 år. Synpunkter har i dessa fall övervägande framförts av barnets föräldrar. Föräldrarna anser att barnet inte har blivit bra bemött då vårdpersonal pratat över huvudet på barnet, använt ironi som barnet inte förstår, inte låtit barnet komma till tals samt agerat hårt och bryskt gentemot barnet då det inte medverkat vid olika undersökningar.

Även patienter som har, eller har haft, en psykisk ohälsa har framfört att de upplever sig bli bristfälligt bemötta av vårdpersonal främst inom den somatiska vården. De beskriver att den psykiska ohälsan, och kontakterna med psykiatrin, har gett dem en ”stämpel” som är svår att bli av med. Även om dessa personer söker vård pga. somatiska åkommor upplever de att deras psykiska ohälsa tas upp och att den påverkar det bemötande som de får och ibland även den diagnos som läkaren ställer. Patienter som använder narkotikaklassade läkemedel har framfört att vården, pga. deras medicinering, bedömer och behandlar dem som missbrukare.

En kvinna upplever sig bli sämre bemött på akuten sedan en remiss skrevs till psykiatrin.

Under tidigare perioder av smärtgenombrott togs [...] emot på akuten som en prioriterad patient och fick snabbt hjälp med smärtlindring. Sedan remissen skrevs till [...] har attityden från akutpersonalen försämrats avsevärt. [...] upplever sig nonchalerad, misstrodd och bortprioriterad (ärende 10).

4.2 Makt och attityd

Att som patient, eller närstående, hamna i en situation där man upplever en maktobalans gentemot vårdpersonalen och i och med det hamna i ett underläge bidrar till känslan av att ha blivit bristfälligt bemött. Extra tydligt blir det i relationen läkare-patient, då läkaren utifrån hur han/hon bemöter patienten och dennes närstående, kan upplevas inneha en makt och ett övertag över situationen. Patienter och närstående upplever att de i sådana situationer inte görs delaktiga, inte blir tagna på allvar och inte blir lyssnade till utan att läkaren ofta redan verkar ha bestämt sig för vad patienten har för problem.

Det framkommer även att personalens ”sunda förnuft” har en stor betydelse för hur patienter och närstående upplever bemötandet. I de synpunkter och klagomål som framförts framkommer att ett ”sunt förnuft” bl.a. karaktäriseras av att ta i hand, presentera sig, titta på personen när man pratar med honom/henne och att säga hejdå när besöket är slut. I de fall då vårdpersonal brustit i dessa grundläggande förhållningssätt upplever patient och närstående att de har blivit illa och nonchalant bemötta. Även att använda sig av hot och straff för att få patienten att göra som han/hon vill, eller att tilltala och behandla patient och närstående på ett nedvärderande sätt lyfts fram som orsaker till ett bristfälligt bemötande.

En man genomgår en undersökning och upplever att läkaren är nonchalant och bemöter honom dåligt.

Vid detta tillfälle hade han inte presenterat sig [...]. Då läkaren var på väg att gå ifrån mig utan att säga något, ropade jag på honom, men han muttrade något och fortsatte att gå. Jag ropade igen [...]. Jag fick ett korthugget, enstavigt svar nej, fortfarande med ryggen vänt mot mig! [...]. Detta förhållningssätt som läkaren uppvisade, upplevde jag i högsta grad som nonchalant, ej passande inom sjukvårdens bemötande av patienter. Jag ifrågasätter både läkaren kompetens [...] och bristande information/kommunikation och dåligt bemötande (ärende 30).

Något som också framkommit i de analyserade ärendena är att patient och närstående upplever brister i bemötandet då de möts av frågan ”vad gör du här”, när de söker vård. Tydligast framkommer detta i de fall då en person sökt akuten efter att ha varit i kontakt med 1177. Det handlar då om att 1177 rekommenderat personen i fråga att åka till akuten men att personalen sedan på akuten ifrågasatt vad patienten egentligen gör där. Att ifrågasätta en patients vårdbehov, och att som vårdpersonal ifrågasätta någon annans medicinska bedömning, upplever patienter och närstående som negativt för bemötandet.

En kvinna uppsöker akuten efter inrådan av 1177 och får träffa en sjuksköterska som hon upplever bemöter henne dåligt.

Jag måste fråga dig vad gör du här? Vad har du tänkt att vi ska hjälpa dig med? Vem har skickat hit dig? [...] Jag upplevde mig väldigt liten och tillintetgjord dom timmar jag var på akuten. Tycker jag är värd ett bättre bemötande av en sköterska (ärende 109).

4.3 Stressad vårdmiljö

Att möta en vårdpersonal som agerar stressat och forcerat upplevs som en negativ faktor för ett gott vårdmöte. I en stressad vårdsituation beskriver patient och närstående att de inte ges möjlighet till att ställa sina frågor och att de även upplever att de är till besvär. Det förekommer, i dessa stressade möten, även brister i information då vårdpersonalen inte upplevs engagera sig i patientens situation utan under mötet verkar ointresserade. Ett exempel på detta är när vårdpersonal inte upplevs vara pålästa på patientens situation och

journal inför ett besök. En stressad vårdssituation bidrar även till att patient och närstående upplever att vårdpersonalen har en bristande empati och förståelse för patientens och den närståendes situation.

En man beskriver hur han som närstående, tillsammans med sin hustru, fick information från en läkare om att hans hustru var döende.

Han var absolut inte rätt man på rätt plats. Visade ingen som helst empati vid meddelandet och var dessutom väldigt stressad (ärende 57).

Att vårdpersonal upplevs vara stressad beskrivs av patient och närstående på olika sätt. Det kan handla om kroppsspråk, att mötet och konversationen upplevs vara forcerad, att vårdpersonalen tittar på klockan eller aktivt uttalar att han/hon har mycket att göra, att arbetsuppgifter gällande andra patienter utförs under mötet samt att patient och närstående inte tillåts ställa sina frågor och att de blir avbrutna.

En kvinna besöker sin vårdcentral och får träffa en läkare som hon upplever är stressad.

Under besöket kände jag mig ovälkommen, eftersom läkaren inte ens kollat på mig under samtalet, hade bråttom, tittade på klockan och sa att han har mycket att göra och är redan en timme försenad (ärende 52).

4.4 Konsekvenser av brister i bemötande

Patient och närstående har i sina kontakter med patientnämnden beskrivit olika känslor som upplevelsen av brister i bemötande lett till för dem. Att ha upplevt ett bristfälligt bemötande, uppger patient och närstående, bl.a. har skapat känslor av att bli ifrågasatt, inte bli lyssnad till och att inte bli tagen på allvar. Man känner sig även kränkt, missförstådd, ledsen, ovälkommen, förnedrad och ibland även anklagad.

I ärendena framkommer att patient och närstående förväntar sig att bli bra bemötta då de besöker vården, att det är något som ses som en självklarhet. Förutom att ett bristfälligt bemötande genererar negativa känslor hos den enskilda individen så har det även lett till en sämre kommunikation mellan patient, närstående och vårdpersonal. Patient och närstående upplever t.ex. att de inte getts möjlighet att ställa sina frågor och vårdpersonalen upplevs ha brustit i sin information. Även förtroendet för sjukvården beskrivs ha fått sig en törn av att ha blivit dåligt bemött.

En kvinna beskriver hur hon upplever tiden efter sitt läkarbesök på vårdcentralen, då läkaren inte lyssnade till henne och redan hade bestämt sig för vad som var felet.

Känner mig verkligen överkörd, felbehandlad och nonchalerad, min tro på att läkare ska hjälpa människor har verkligen fått en törn, hur ska jag kunna lita på en läkare nu? (ärende 28).

Det framkommer att upplevelsen av att ha blivit bristfälligt bemött kan påverka en person länge och på ett väldigt starkt sätt. Sömnbesvär och att känna oro, en lång tid efter att händelsen inträffat, lyfts även det fram som en konsekvens.

4.5 Vårdens svar

Berörd verksamhetschef beklagar i majoriteten av ärendena den upplevelse som patient och närstående varit med om. Den berörda personalen inkommer ibland med ett eget yttrande där han/hon ger sin bild av situationen. Även i majoriteten av dessa svar beklagas upplevelsen, och den berörda personen uppger att det inte var menat att uppfattas som otrevlig, men det förekommer även att personalen inte håller med om att de skulle ha bemött patienten på ett bristfälligt sätt. Det råder således en viss diskrepans mellan hur patient och närstående upplevt situationen och hur vården har upplevt samma situation. En förklaring som anges av berörd personal, om varför de agerat på ett visst sätt, är att det varit stressigt på jobbet. Trots att patienterna upplevt ett dåligt bemötande så omnämns ofta att den medicinska behandlingen ändå varit korrekt.

Det framkommer i några ärenden (sex stycken) att aktuell personal, pga. ett olämpligt beteende, inte längre arbetar kvar i verksamheten.

4.6 Förbättringsförslag

Patient och närstående har, i sina förbättringsförslag, framfört att de anser att vårdpersonal, genom kurser, borde upprätthålla sina kunskaper i bemötande.

5. Resultatdiskussion

I arbetet med denna rapport har det utkristalliserats vad patient och närstående haft för upplevelser i sina kontakter med sjukvården i Sörmland gällande hur de blivit bemötta. Viktigt är dock att poängtera att rapportens resultat endast är en beskrivning av vad de personer som aktivt valt att framföra sina synpunkter och klagomål till patientnämnden upplevt. Resultatet kan därmed inte anses vara tillämpningsbart generellt för hur patient och närstående upplever bemötandet i sjukvården i Sörmland, eller någon måttstock på hur vården faktiskt är. Dessutom är det övervägande de patienter och närstående som har haft en negativ upplevelse av sin vård som hör av sig till patientnämnden, och inte de som är nöjda och positiva. Underlaget på totalt 161 berörda patienter, anser vi vara för litet för att kunna dra några definitiva slutsatser. Dock anser vi att rapportens resultat utgör en viktig del i arbetet med patientsäkerhet och kvalitetsförbättring i hälso- och sjukvården, samt för att främja den patient- och personcentrerade vården. Vår förhoppning är därför att det resultat som framkommit, ska kunna användas av hälso- och sjukvården i ett lärande syfte, där patient och närståendes upplevelser tillvaratas i kvalitetsförbättringsarbetet.

Vi kan se att de ärenden som ingått i denna rapport, övervägande har berört en kvinnlig patient i åldern 50-59 år. Inspektionen för vård och omsorg [IVO], gör årligen en sammanställning över de klagomål som inkommit till landets samtliga patientnämnder. I den sammanställning som gjorts för år 2016, konstaterar IVO att den enskilt största gruppen som klagomålen rör är just kvinnor i åldern 50-59 år samt att det är fler kvinnor än män som upplever ett dåligt bemötande av vårdpersonalen (IVO, 2017). Även Sveriges kommuner och Landsting [SKL] konstaterar i sin rapport (*O*) *jämställdhet i hälsa och vård*, att majoriteten av klagomål på vården gäller kvinnliga patienter och att kvinnor betydligt oftare än män uppger att de blivit kränkta i vården (SKL, 2014). Vad kvinnors överrepresentation gällande klagomål beror på är, enligt den kartläggning som gjorts i samband med klagomålsutredningens delbetänkande, oklart (SOU 2015:14). Utifrån detta ser vi att det kan

finnas ett framtida intresse och behov av att analysera varför fler framförda klagomål gäller kvinnor än män.

Att som patient inte bli lyssnad till, nonchalerad, tilltalad på ett otrevligt sätt eller att bli felaktigt anklagad, är enligt IVO (2017) faktorer som bidragit till upplevelsen av att ha blivit bristfälligt bemött. Detta stämmer således mycket väl överens med denna rapports resultat. Likheter med denna rapports resultat har även återfunnits på andra håll, bl.a. i två studier utförda i Stockholm där det framkommit att tidsbrist hos personal, och att bli diskriminerad pga. kön, etnicitet, sexuell läggning, psykiatriska diagnoser och ålder bidragit till upplevelsen av att ha blivit bristfälligt bemött (Wessel, Helgesson, Lynöe 2009, Wessel et al 2014.). Även att inte bli lyssnad till och tagen på allvar och att personal uppvisar ett otrevligt beteende, som att vara arrogant, snorkig, högdragen och nedlåtande har visat sig bidra till en negativ vårdupplevelse (Wessel et al. 2014).

Det finns många regler och föreskrifter som framhåller att vård ska ges på lika villkor och att ingen ska diskrimineras. Detta går bl.a. att läsa i *hälso- och sjukvårdslagen* som tydliggör att målet med hälso- och sjukvården, är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet (SFS 2017:30). Landstinget Sörmland (2017) ska, enligt *Mål och budget 2017-2019*, bedriva ett aktivt arbete för att motverka diskriminering pga. individens sexuella läggning, könstillhörighet och könsuppfattning. År 2010 beslutade Landstingsfullmäktige om en HBT-policy som sedan dess, på olika sätt, gett avtryck i landstingets verksamheter. Arbetet har bl.a. resulterat i att många av Landstingets verksamheter idag är hbtq certifierade, alternativt diplomerade, vilket innefattar ca 1100 medarbetare. Det finns även en webbaserad utbildning inom området, som är tillgänglig för samtliga medarbetare (Landstinget Sörmland, u.å). I Landstinget Sörmland finns det även ett etiskt program, som utgör en gemensam etisk värdegrund för landstingets olika verksamheter. I programmet betonas vardagsetiken, i form av bemötandefrågor och förhållningssätt inom hälso- och sjukvården och det tydliggörs att alla patienter ska bemötas på samma sätt, med respekt och empati och att fördomar aldrig accepteras. Det konstateras även att patienter förväntar sig ett vänligt, engagerat och korrekt bemötande samt att upplevelsen av att ha blivit gott bemött, i flertalet studier, har visat sig gynna tillfrisknandet hos patienten (Landstinget Sörmland, 2014). Gustafsson, Gustafsson och Snellman (2015), likställer ett dåligt bemötande med en bristande patientsäkerhet, då det kan leda till att ordinationer och rekommendationer inte följs samt att man som patient eller närstående tvivlar på sina egna resurser. En mer patient- och personcentrerad vård, där patienten möts med respekt och som en jämlik partner, har därtill visat sig ge bättre hälsoresultat och nöjdare patienter (Vårdanalys, 2012).

Något vi reagerat på i denna rapport är andelen klagomål som berört ett barn (14 %). Landstinget Sörmland har antagit en riktlinje och en handlingsplan för att arbeta med barns rättigheter. I dokumenten, som bl.a. utgår från FN:s konvention om barnets rättigheter, beskrivs t.ex. att beslutsfattare och anställda ska ha kunskap om barns rättigheter, samt att de ska beakta barnperspektivet och omsätta rättigheterna inom alla beslut och uppdrag och i det dagliga arbetet. Landstinget ska också verka för att barnets fysiska och psykiska värdighet och integritet respekteras och skyddas i alla sammanhang inom ramen för sina uppdrag. (Landstinget Sörmland, 2013). Såväl i *patientlagen* som i *hälso- och sjukvårdslagen* tydliggörs att barnets bästa särskilt ska beaktas då hälso- och sjukvård ges till barn (SFS 2014:821, SFS 2017:30). Utifrån de klagomål som framförts av, i de flesta fall, barnets föräldrar verkar dock detta arbetssätt inte ha fungerat till fullo. Dock är vi medvetna om att det framförallt är föräldrarnas bild av händelsen som förmedlats och inte hur barnet upplevt

situationen. I Landstinget Sörmland utbildas anställda i barns rättigheter för att bli så kallade barnrättspiloter. Barnrättspiloternas uppdrag är sedan att, tillsammans med chefen, sprida kunskapen vidare till sin verksamhet i syfte att förbättra arbetet utifrån barnens rättigheter (Landstinget Sörmland, 2013). Vi tror att detta pågående arbete är oerhört viktigt för att fortsatt belysa barnperspektivet och barnens rättigheter i vården.

Vi tycker, utifrån ovanstående, att det är glädjande att det bedrivs så mycket bra förbättringsarbete inom landstinget där frågor om allas lika värde och vikten av ett gott bemötande lyfts fram. Vi tycker också att det är viktigt att betona och uppmärksamma alla dessa goda exempel, samt alla de goda möten som sker i vården. Att också lära av det som är bra, i arbetet med att göra hälso- och sjukvården mer personcentrerad och patientsäker, tycker vi, i kombination med de synpunkter och klagomål som framförs till oss på patientnämnden, är mycket viktigt.

Vårdanalys har i sin rapport *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*, gjort en analys av vad som kan orsaka skillnader i vården och vilka åtgärder som kan vidtas för att nå en mer jämlik vård. Analysen mynnar ut i fyra slutsatser som beskriver möjliga förklaringar till omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande. En av dessa slutsatser är att vårdmötet, mellan patient och vårdpersonal, är en viktig faktor bakom omotiverade skillnader mellan befolkningsgrupper (t.ex. mellan män och kvinnor eller mellan utbildningsgrupper). Vårdanalys menar att relationen mellan patient och vårdpersonal kan leda till omotiverade skillnader då vårdpersonal omedvetet, med grund i normer och värderingar, behandlar patienter olika t.ex. utifrån kön. Dock kan det vara svårt att skilja på vad som är underliggande och omedvetna normer och värderingar och vad som är mer medvetna generaliseringar och fördommar (Vårdanalys, 2014).

I denna rapport har det framkommit att patienter och närstående upplevt sig bli bristfälligt bemötta och särbehandlade då de känt sig diskriminerade. Vi kan inte dra några slutsatser om huruvida detta lett till en ojämlig vård för dessa individer eller inte, men att vårdmötet kan påverkas negativt utifrån vårdpersonals attityder framkommer i Vårdanalys rapport, liksom i de ärenden som ingått i denna rapport.

I vår rapport har det också framkommit att patienter med en psykisk ohälsa i botten upplevt att de fått en stämpel som är svår att bli av med och att de pga. sin sjukhistoria inom psykiatri upplever att de fått ett sämre bemötande inom den somatiska vården. Detta fenomen har även återfunnits i andra studier (Wessel, Helgesson, Lynöe 2009, Wessel et al 2014.). Vårdanalys (2014) lyfter fram psykiskt sjuka som en grupp som riskerar att underbehandlas i den somatiska vården och att underbehandlingen främst beror på en otillräcklig kompetens i den somatiska vården om psykiskt sjuka patienters tillstånd, behov och förutsättningar. Det finns även studier som visat på utbredda negativa attityder i samhället gentemot psykiskt sjuka (Vårdanalys, 2014).

Orsaker som påverkar vårdmötet menar Vårdanalys (2014) indirekt skulle kunna vara faktorer som organisation och resurser, då vårdpersonalen, för att kunna ha möjlighet att agera jämlikt, måste ha förutsättningar för det. Det kan t.ex. handla om att vårdpersonal måste ha tillräckligt med tid i själva patientmötet, stöd att genomföra förändringar, eller tid till att reflektera över behandlingsbeslut och jämliket. Detta ser vi som intressanta aspekter då en stressad vårdpersonal, utifrån de synpunkter och klagomål som ingått i denna rapport, bl.a. lyfts upp som en bidragande orsak till upplevelsen av att ha fått ett bristfälligt bemötande. Studier har även visat på att tidsbrist kan minska förmågan att vara hjälpsam och empatisk (Darley, Batson 1973).

Patient och närstående uppger att brister i bemötande, har lett till många negativa och starka känslor. Om detta påverkat vården för dessa individer vågar vi inte uttala oss om. Dock visar studier på att patienter och närstående som varit med om ett kränkande bemötande i vården kan skapa ett undvikande beteende där han/hon aktivt väljer att inte ha kontakt med sjukvården trots att kanske behov av det finns (SKL, 2014). Som tidigare nämnts, kan även upplevelsen av ett dåligt bemötande leda till ett sämre tillfrisknande (Landstinget Sörmland, 2014).

Vad som, enligt patienter och närstående, bidragit till upplevelsen av att ha blivit bristfällig bemött i vården tycks vara likartad oavsett var i landet som vården givits (IVO, 2017). Det resultat som framkommit i denna rapport, kan därför inte bedömmas som något som är unikt för Landstinget Sörmland utan istället spegla en mer generell bild av hur brister i bemötande upplevs i den svenska hälso- och sjukvården. Grundat på detta, instämmer vi i Vårdanalys (2014) förslag på åtgärd, att det inom den svenska hälso- och sjukvården, och därmed även inom Lanstinget Sörmland, kan finnas behov av att öka kunskapen kring vad som händer i mötet mellan patient och vårdpersonal. Bl.a. genom en ökad kunskap kring vilken roll vårdpersonals värdegrund, normer, förutfattade meningar och omedvetna beteenden har i vårdmötet, samt hur dessa faktorer påverkar patientens vård och behandling (Vårdanalys, 2014).

6. Slutsats

Genom att analysera och kartlägga de synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden i Landstinget Sörmland, gällande upplevelser av bemötande i vården, så har en fördjupad kunskap erhållits kring klagomålets innehåll. De patienter och närstående som valt att framföra sina synpunkter och klagomål till patientnämnden, har upplevt ett bristfälligt bemötande då de känt sig diskriminerade och då vårdpersonal agerat stressat och uppvisat en makt och en attityd gentemot dem. Att uppleva brister i bemötande har, för dessa individer, lett till negativa känslor såsom att känna sig kränkt, missförstådd, ledsen och ovälkommen. Det bedrivs mycket bra förbättringsarbete inom Landstinget Sörmland, där frågor om allas lika värde och vikten av ett gott bemötande lyfts fram, vilket vi tycker är glädjande och viktigt att belysa.

Resultatet som framkommit i denna rapport, kan inte anses vara något som är unikt för Landstinget Sörmland då det har många likheter med andra resultat gällande patient och närståendes upplevelser av hur de blivit bristfälligt bemötta i den svenska hälso- och sjukvården (IVO, 2017, Wessel, Helgesson, Lynöe 2009, Wessel et al 2014). Resultatet kan därför tänkas avspegla en mer generell bild av hur brister i bemötande upplevs i den svenska hälso- och sjukvården.

Att öka kunskapen kring vilken roll vårdpersonals värdegrund, normer, förutfattade meningar och omedvetna beteenden har kan vara av vikt för att aktivt kunna arbeta med bemötandefrågor i vården samt för att öka kunskapen kring bemötandets betydelse i vård och behandling (Vårdanalys, 2014). Rapportens resultat tror och hoppas vi därför, utifrån detta, skulle kunna bidra med kunskap inom området. Vidare anser vi att de synpunkter och klagomål som inkommer till patientnämnden utgör en viktig del i arbetet med att göra vården mer patient- och personcentrerad. Om vården tar del av patienters och närståendes upplevelser och berättelser, så är vi övertygade om att det också kommer bidra till en kvalitetsförbättring och ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.

7. Referenser

- Darley JM, Batson CD. From Jerusalem to Jericho. A study of situational and dispositional variables in helping behavior. 1973. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol 27 (1) s 100-108.
- Granskär Monica, Höglund-Nielsen Birgitta. 2015. *Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl. Lund: Studentlitteratur AB.
- Gustafsson Christine, Gustafsson Lena-Karin, Snellman Ingrid. 2015. *Betydelsefulla möten i vården. Du kan göra skillnad*. Östertälje tryckeri.
- Inspektionen för vård och omsorg. 2017. *Hur upplever patienter och närstående vården? Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under 2016*.
- Landstinget Sörmland 2013. *Landstinget Sörmlands riktlinje för arbete med FN:s konvention om barnets rättigheter 2013-2017 samt handlingsplan kopplad till "Riktlinje för arbetet med FN:s konvention om barnets rättigheter 2013-2017"*, Diarienummer: LS-LED 12-419 samt LS-LED13-025.
- Landstinget Sörmland. 2014. *Etiskt program för landstinget Sörmland*. Diarienummer: LS-LED14-477
- Landstinget Sörmland. 2016. §238/16 Beslut om inriktning för personcentrerad vård 2017-2019. Diarienummer: LS-LED15-1422
- Landstinget Sörmland. 2017. *Mål och budget 2017-2019*.
- Landstinget Sörmland. (u.å) *Landstinget Sörmlands arbete inom hbtq-området 2010-2017* [Broschyr].
- Lundstedt, Hanna. 2015. *Slutrapport. Pilotprojekt för personcentrerad vård*. Landstinget Sörmland.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2012. *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård. En extern utvärdering och sex rekommendationer för förbättring*. Rapport 2012:5
- Myndigheten för vård – och omsorgsanalys. 2014. *En mer jämlik vård är möjlig. Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2015. *Patientlagen i praktiken, en baslinjemätning*. Rapport 2015:1.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016. *Hinder och möjligheter för att öka patientlagens genomslag*. Rapport 2016:1.
- Proposition 2013/14:106. Patientlag.

Proposition 2016/17:122. Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården.

SFS 1998:1656. Lagen om patientnämndsverksamhet.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen.

SFS 2014:821. Patientlagen.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen.

SOU 2015:102. Fråga patienten. Nya perspektiv i klagomål och tillsyn: slutbetänkande.

SOU 2015:14. Sedd, hörd och respekterad, ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården: delbetänkande.

Sveriges Kommuner och Landsting. 2014. (O) jämställdhet i hälsa och vård.

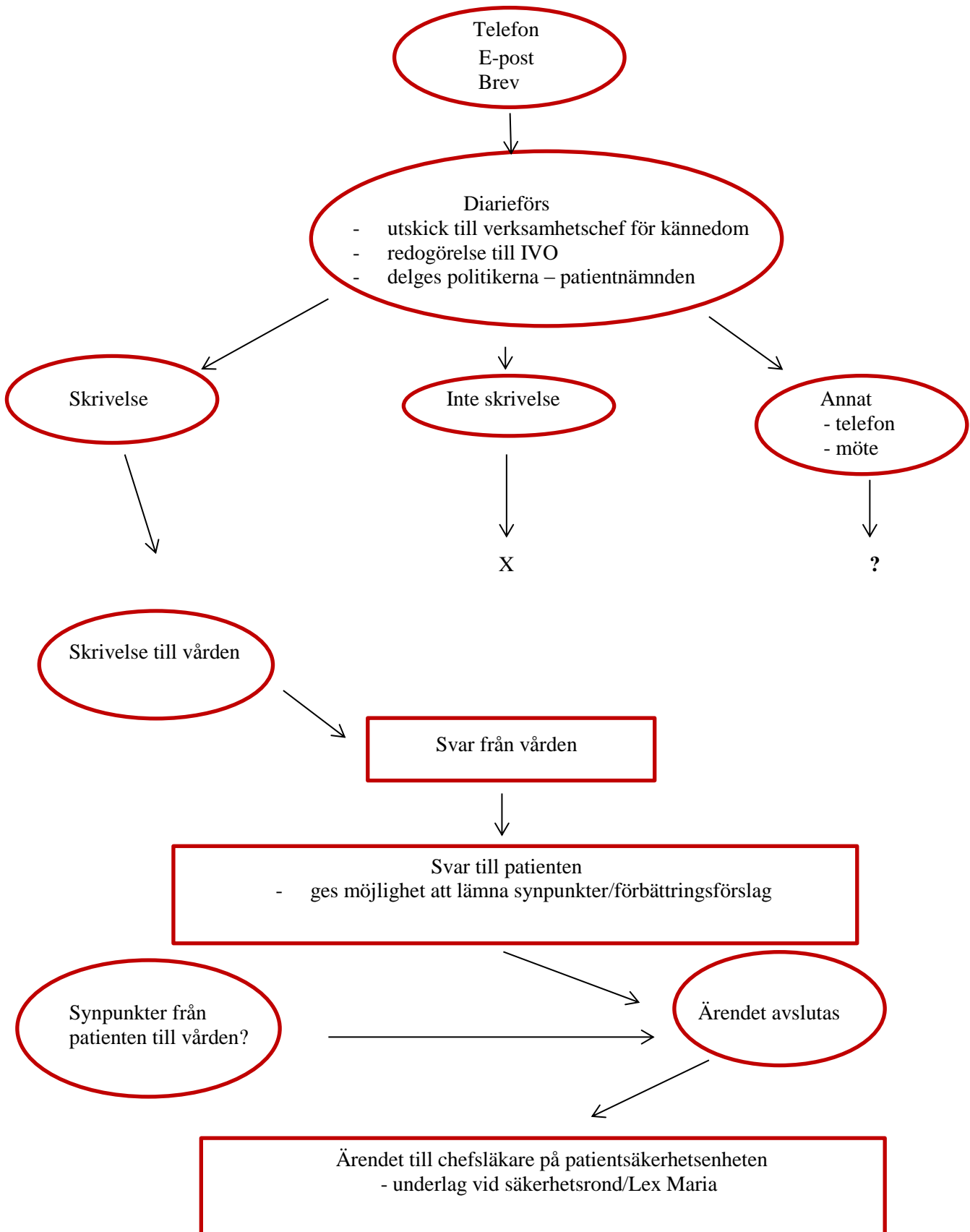
Wessel M, Helgesson G, Lynöe N. Experiencing bad treatment: qualitative study of patient complaints concerning their treatment by public health-care practitioners in the County of Stockholm. 2009. *Clinical Ethics*. Vol 4 s195-201.

Wessel M, Lynöe N, Juth N, Helgesson G. Bad apples or bad barrels? Qualitative study of negative experiences of encounters in healthcare. 2014. *Clinical Ethics*. Vol 9 (2-3) s 77-86.

Bilaga 1. Översikt över huvudproblem samt delproblem vid registrering och kategorisering av synpunkter/klagomål

Huvudproblem	Vård och behandling	Omvårdnad	Kommunikation	Patientjournal och sekretess	Ekonomi	Organisation och tillgänglighet	Vårdansvar	Administrativ hantering
Delproblem	Undersökning/utredning Diagnos Behandling Läkemedel Remiss/vårdbegäran Intyg Second opinion Medicinskteknisk utrustning, hjälpmedel Resultat	Personlig omvårdnad Kost/nutrition Logi/sängplats Hygien/miljö	Bemötande Empati Ej lyssnad till Övergrepp Dialog/delaktighet med patient/närstående Information till patient/närstående Kulturella/språkliga hinder, tolkfrågor	Bruten sekretess/tystnadsplikt Patientjournal/loggar Dataintrång	Patientavgifter/högekostnadsskydd Ersättningsanspråk/garantier Läkemedelskostnader	Tillgänglighet Vårdgaranti Lång väntan på besökstid Lång väntetid i väntrum Valfrihet/fritt vårdsökande Resursbrist/inställda åtgärder	Vårdflöde/processer Fast vårdkontakt Informationsöverföring/samverkan inom eller mellan olika vårdenheter Informationsöverföring/samverkan mellan olika vårdgivare/huvudmän Vårdplanering/vårdplan	Brister i hantering av: kallelser, remisser intyg, prov och provsvar, recept etc. Övrig administrativ hantering

Bilaga 2. Förenklad bild av ärendeprocessen



Bilaga 3. Rapportens tillämpning av kvalitativ textanalys enligt Granskär och Höglund Nielsen

Genomläsning av samtliga ärenden



Meningsbärande meningar och fraser markeras/noteras



Utredningssekreterarna träffas gemensamt och jämför sina data



Utifrån de meningsbärande meningarna och fraserna som hittats skapas koder



Koderna slås ihop eller tas bort. Koderna som blir kvar skapar övergripande kategorier vilka beskriver innehållet i de klagomål/synpunkter som inkommit.

