

Upprättare: Magnus J Moberg

Fastställare:

Kommunikationsrapport

Synpunkter framförda till Patientnämnden gällande kommunikation

Patientnämndens förvaltning, Region Gävleborg

Magnus Moberg, Handläggare

Innehåll

Inledning	1
Syfte.....	2
Metod och material.....	2
Beskrivning av koder	3
Resultat och analys	3
Koder	5
Reflektion	11

Inledning

Patientlagen (2014:821) som trädde i kraft 1 januari 2015 har som syfte att stärka och tydliggöra patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Hälso- och sjukvården har genom lagen bland annat fått en utvidgad och förtydligad informationsplikt gentemot patienten. Detta har även poängterats ytterligare från regionen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i arbetet med **God och nära vård** där patienten som medskapare till sin vård ofta betonas¹. För att det ska vara en framgångsfaktor behöver patienten känna sig respektfullt bemött, lyssnad på och informerad på ett sätt som hen förstår. Enligt Socialstyrelsens kunskapsguide är ett gott bemötande av vikt för att nå önskade medicinska resultat.² Brister i kommunikation kan även leda till att nya tider till vården behöver bokas och arbete läggas ner med anledning av diverse missförstånd. God kommunikation är därför en grundförutsättning för att effektivt ta till vara på vårdens resurser.³ Om det inträffar att patient/närstående upplever brister i kommunikation kan patient/närstående förmedla sina synpunkter direkt till berörd verksamhet eller till regionens patientnämnd. Patientnämndens syfte är att hjälpa och stödja patient/närstående i sin kontakt med vården. Patientnämnden ska också ge patient/närstående den information som behövs för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården. Alla synpunkter som kommer in till patientnämnden registreras i ett diariesystem, vilket gör att det

¹ [Från mottagare till medskapare \(vardanalys.se\)](https://vardanalys.se/fran-mottagare-till-medskapare)

² [Start - Kunskapsguiden](#)

³ SOU 2016: Effektiv vård. [Effektiv vård SOU 2016:2 \(gov.se\)](#)

finns ett strukturerat material att tillgå gällande patient/närståendes upplevelser gällande brister i kommunikation i kontakten med hälso- och sjukvården.

Syfte

Syftet med rapporten är att beskriva vilka synpunkter gällande kommunikation som patient/närstående kontaktat patientnämnden för och vad de står för. Denna analys är också en jämförelse med den analys som gjordes 2017 för perioden 2016-09-01- 2017-02-28. Några saker har dock förändrats sedan dess. Vårdens organisation har förändrats varför en rak jämförelse mellan verksamheter blir svår, även patientnämndens kategorisering har reviderats sen dess. Jämförelsen blir därför på totalen och inte ner på verksamhetsnivå eller ner på delproblem.

Metod och material

Granskningen baseras på alla synpunkter som kommit in till Patientnämnden i Region Gävleborg under perioden 2021-09-01 till 2022-02-28. De ärendebeskrivningar som ligger till grund för denna rapport är 203 stycken som kategoriserats under kategori **Kommunikation** och 33 ärenden som fått #kommunikation men där huvudproblemet bedömts som något annat. 54 ärenden föll bort på grund av att beskrivningen var för kortfattad för att kunna dra några säkra slutsatser om vad kärnan var eller att kommunikationsdelen var för ospecifik i de ärenden som fått #, ex; ”läkaren var dessutom otrevlig”. Kvar efter exkludering var 182 ärenden (173+9) Totalt var det 867 ärenden under denna tidsperiod. Således handlar drygt vart fjärde ärende (27 %) till patientnämnden om kommunikation under denna period vilket är en liten ökning från den tidigare mätperioden då det var 25 %. Antalet ärenden totalt ökade med drygt 20 % sedan förra analysen 2017.

Patienternas berättelser gällande brister i kommunikation varierar, det kan vara korta berättelser och vissa längre händelsebeskrivningar. Det skiljer sig också gällande hur patient/närstående har formulerat sig och hur allvarlighetsgraden varit. Det är viktigt att ha i åtanke att det är patient/närståendes beskrivning av händelsen, berörd vårdpersonal skulle kunna ge en annan bild av händelsen. Synpunkterna kategoriseras i patientnämndens diariesystem under huvudproblem och delproblem. Huvudproblem som används i denna rapport är **kommunikation** och delproblemen är **information, delaktighet, samtycke och bemötande**. Det kommer dock inte redovisas ner till delproblem. Alla ärenden är avidentifierade.

Innehållsanalysen: Hela patientberättelsen läses igenom för att få en känsla för helheten. Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant markeras med fet text och färgas utifrån sin kod. Omgivande text är kvar så sammanhanget kvarstår. I innehållsanalysen har koder använts för att återspegla budskapet i berättelsen. När det uppstår brister i kommunikation kan det leda till en uppfattning/känsla hos patient/närstående, utifrån det har koderna valts ut. Sex olika koder togs fram **otrygg, ovilja, skepsis, värdering, underordnad, privat**. Efter kodningen koncentrerades analysen på dessa ärenden rörande innehåll, likheter och olikheter.

Beskrivning av koder

Otrygg - att som patient inte ha kontroll över situationen, vården skapar mer oro än lugnar

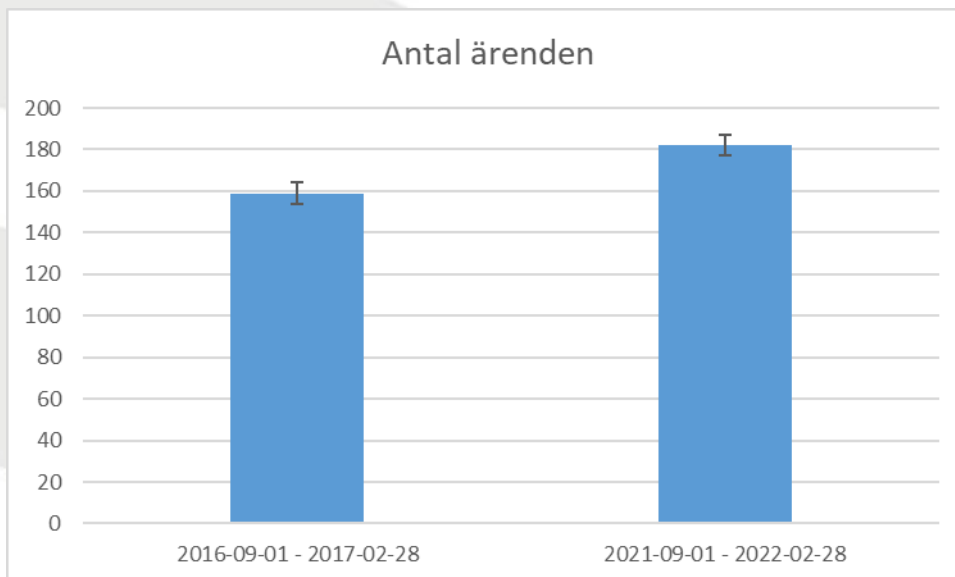
Ovilja- patienten känner ingen hjälpsamhet

Skepsis – patienten känner sig inte trodd, ej lyssnad på

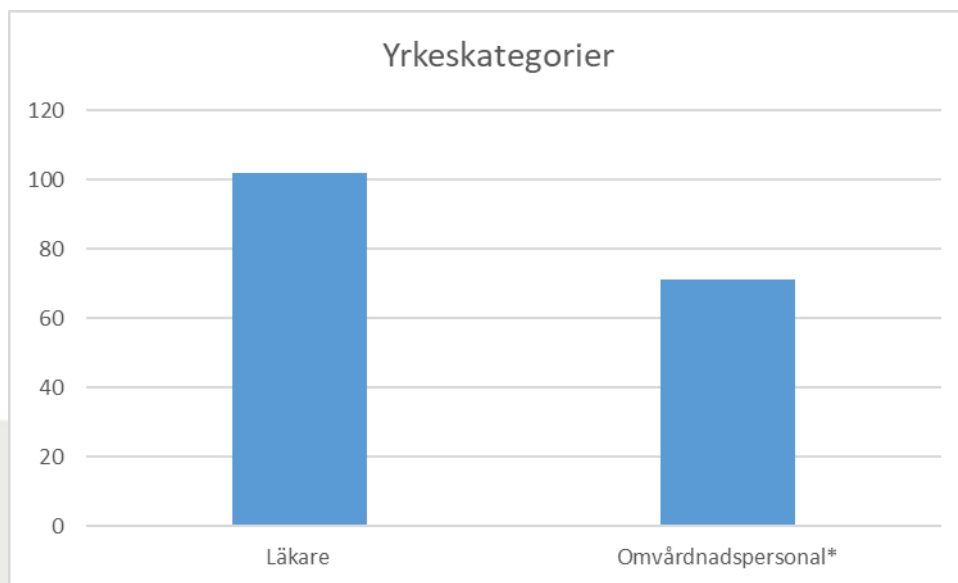
Värdering- patienten känner ett fördomsfullt uppträdande

Underordnad- patienten känner sig underlägsen

Privat- patienten känner gränslöshet

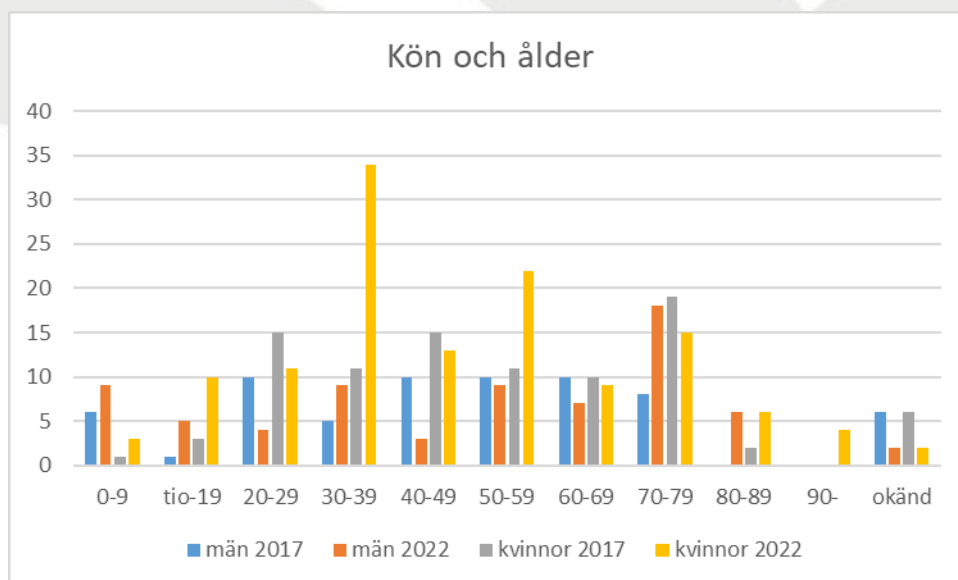
Resultat och analys

Antal ärenden som analyserats och kodats efter exkludering.

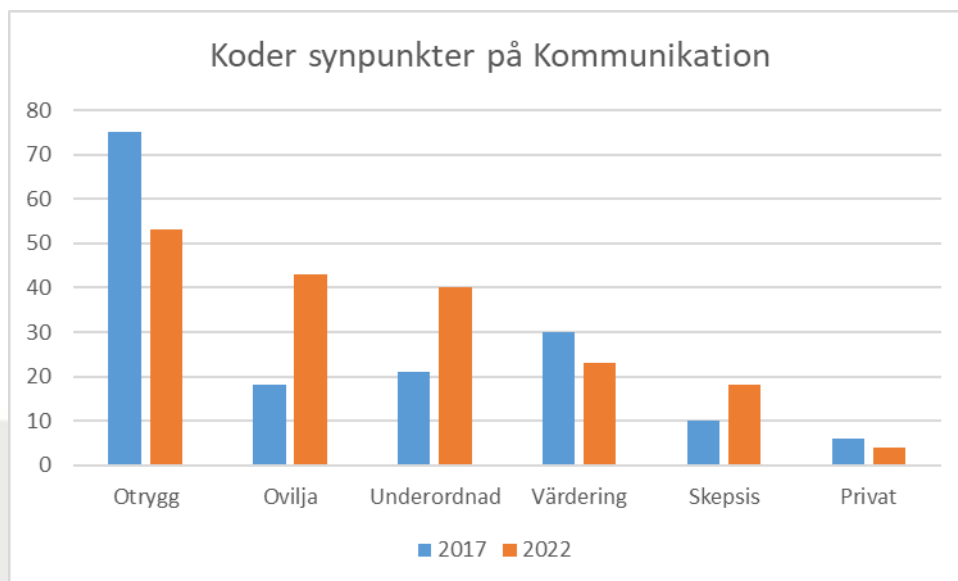


*Inkluderat alla yrkeskategorier som inte är läkare dvs. sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, psykologer etc.

Somatisk specialistvård står för ca hälften av den totala ärendemängden. Psykiatrisk specialistvård har en ökad ärendemängd med mer än 50 % under kategorin **kommunikation** sedan föregående analys. Inom primärvård har regiondrivna hälsocentraler marginellt fler ärenden än privat drivna verksamheter.



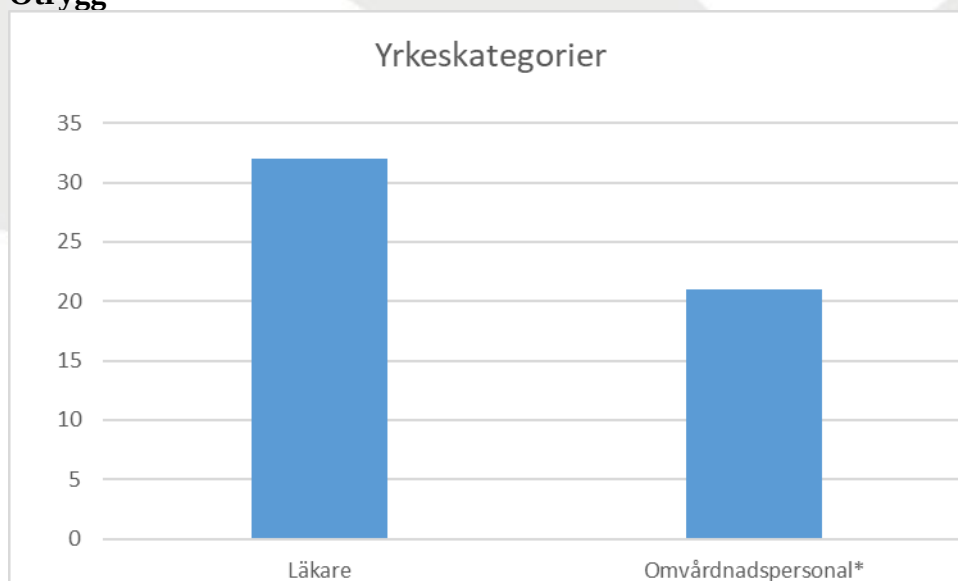
Kvinnorna är överrepresenterade i åldersspannen 20-60 år. Männen har ökat markant i åldern 70-79 år sedan föregående analys.



Koden otrygg har minskat signifikant sedan föregående analys medan ovilja och underordnad ökat. Otrygg är dock fortsatt den vanligaste koden.

Koder

Otrygg



*Inkluderat alla yrkeskategorier som inte är läkare dvs. sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, psykologer etc.

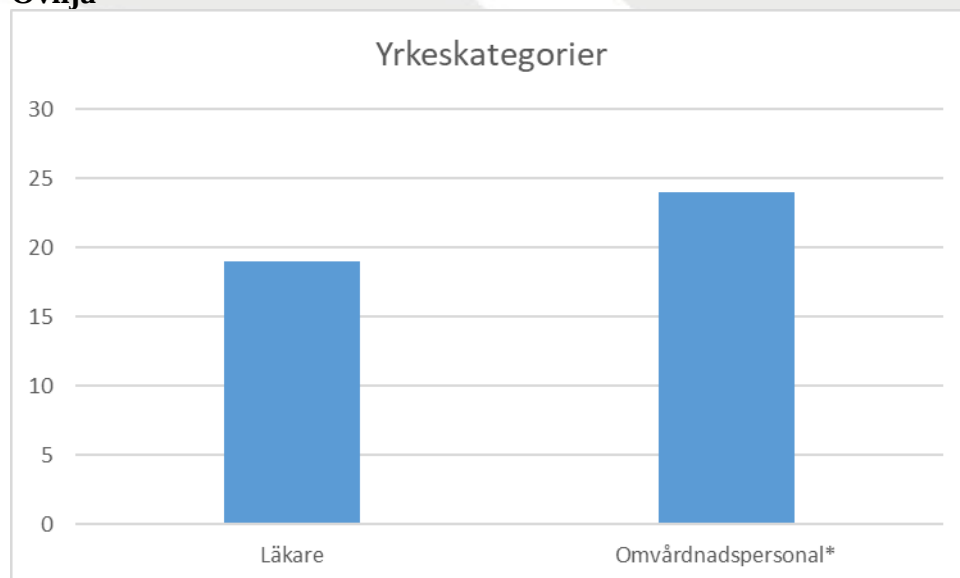
Ärenden som kodats som upplevd **otrygghet** handlar oftast om bristande information eller att vården inte hållit vad den lovat, oftast uppföljningar per telefon etc. som inte blir av. I många ärenden kan det uppfattas att patienten upplever bristande kontinuitet och att en vårdkontakt lovar saker som någon annan ska infria. Ser även en del ärenden som visar att vården inte tänker på att patienten kan läsa sin journal via 1177.se och därför får information därifrån vilket kan skapa otrygghet och frustration. Dels chockartat att läsa om en allvarlig

diagnos som man kanske inte väntat sig samt att om man får informationen på det sättet har patienten inte möjlighet att ställa följdfrågor som hen hade haft vid en muntlig kontakt. Somatisk specialistvård står för merparten av ärendena inom denna kod följt av psykiatrisk specialistvård. Det är fortsatt den kod med flest antal ärenden men betydligt färre än vid föregående analys.

Exempel

- Lång operationstid och abrupt byte av läkare under operation utan förklaring. Besvärligt efteråt och har inte fått information om vad som hände under ingreppet.
- Fick inte information att patienten hade skelettmetastaser innan påbörjad behandling mot bröstcancer.
- Ingen information angående vårdplan. Väntat på bedömning av psykosocialt team (PST). Läser i journalen att läkaren pratat med PST och att ärendet är avslutat. Läkaren skriver till Försäkringskassan att det finns en plan. Patienten har inte fått någon information.
- Inte fått utlovad återkoppling av undersökningsresultat. Magbesvär och gjort diverse undersökningar som patienten skulle få återkoppling på av läkare. Har inte blivit kontaktad. Mår allt sämre.
- Saknat information om diagnos, lett till mer oro och rädsla efter att diagnos ställts. Hade önskat ett bemötande som skulle gjort hen trygg.
- Läkaren har inte informerat patienten om hälsotillståndet utan patienten har läst journal på 1177.se "tumör med spridning", "patienten är inte informerad". Patienten antar att läkaren inte förstått att hen kan läsa sin journal på nätet.

Ovilja



*Inkluderat alla yrkeskategorier som inte är läkare dvs. sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, psykologer etc.

Ärenden som kodats som **ovilja** handlar oftast om rent bemötande. Patient och/eller närstående upplever den personal man har kontakt med som avvisande och utstrålar att hen inte vill hjälpa patienten eller inkludera närstående. Det är den enda koden där omvårdnadspersonal är mer representerade än läkare och framträdande främst inom akutverksamhet men även inom psykiatrisk specialistvård och kvinnosjukvård. Antalet ärenden gällande denna kod har ökat sedan föregående analys.

Exempel

- Kan inte utföra det hälsocentralen efterfrågar för att erhålla inkontinensskydd. Har MS och haft inkontinensskydd i 25 år. Nu ombedd att fylla i urinmängd under dag som natt, vilket hen anser sig inte kunna, känner inte när hen kissar på sig.
- Upplever att distriktssköterskan på hälsocentralen inte lyssnar samt nekar snabb bedömning/provtagning. Uppmanar att åka till akutmottagningen istället.
- Upplevt bristande information och delaktighet i samband med vård på psykiatrisk avdelning. Upplevde personalen som ointresserad av patienten och inte villig att involvera anhöriga i vården.
- Kände sig illa bemött av personalen. Skickades från rehabavdelningen till akutmottagningen där patienten blev liggande flera timmar utan larm.
- Personal i receptionen visade inget intresse eller frågade om hon kunde hjälpa till trots att uppmärksamhet påkallades. Då de till slut pratade med personal fick de till svar "vi har annat att göra".
- Hade magsmärtor och tillkallade ambulans. Fick rådet av ambulanspersonal att beställa taxi till akutmottagningen. På akuten tyckte patienten att personalen inte tog hand om hen.

Underordnad



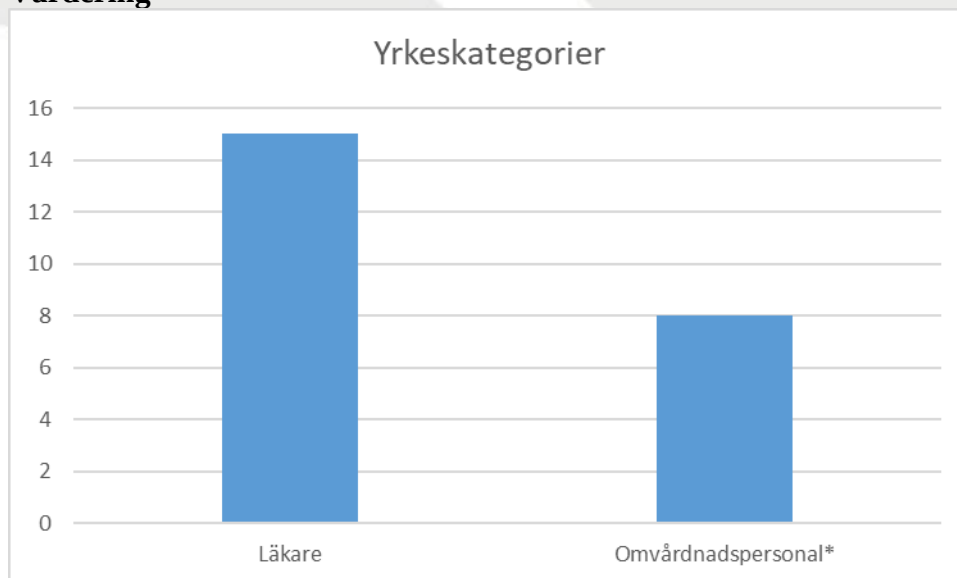
*Inkluderat alla yrkeskategorier som inte är läkare dvs. sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, psykologer etc.

Ärenden som kodats som upplevelse av att vara **underordnad** är synpunkter som genomsyras av en känsla av att patient/närstående inte är viktig för personalen. Önskemål eller synpunkter som framförts från patient/närstående som inte tas hänsyn till eller bemöts på respektfullt sätt. Verksamheter inom specialistvården har merparten av ärenden som kodats till underordnad. Antalet ärenden med denna kod har ökat markant sedan föregående analys.

Exempel

- Läkaren sa att närstående kunde "googla" på pulsåderbräck. Anmälaren ville ha skriftlig info. Har inte fått detta trots att flera månader gått.
- Anhöriga gjordes inte delaktiga i vården i livets slutskede när alla insatser avslutades.
- Läggs in på avdelning, väcks efter några timmars sömn för att infinna sig till läkarsamtal, vilket patienten protesterar mot. Samtalet får sedan avbrytas, vakt tillkallas, blir avvisad från avd.
- Känner sig hela tiden ifrågasatt och att patienten inte bemöts på ett respektfullt sätt.
- Fick en "utskällning" av läkaren då patienten uttryckt ett önskemål kring sin behandling och omvårdnad.
- Anser att information om vad patienten avled av har varit bristfällig. Multisjuk som avled på avdelningen. Närstående tycker att svaren från vården varit svävande. Besviken över att inte ha fått ta avsked på avdelningen utan i ett avskedsrum.

Värdering



*Inkluderat alla yrkeskategorier som inte är läkare dvs. sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, psykologer etc.

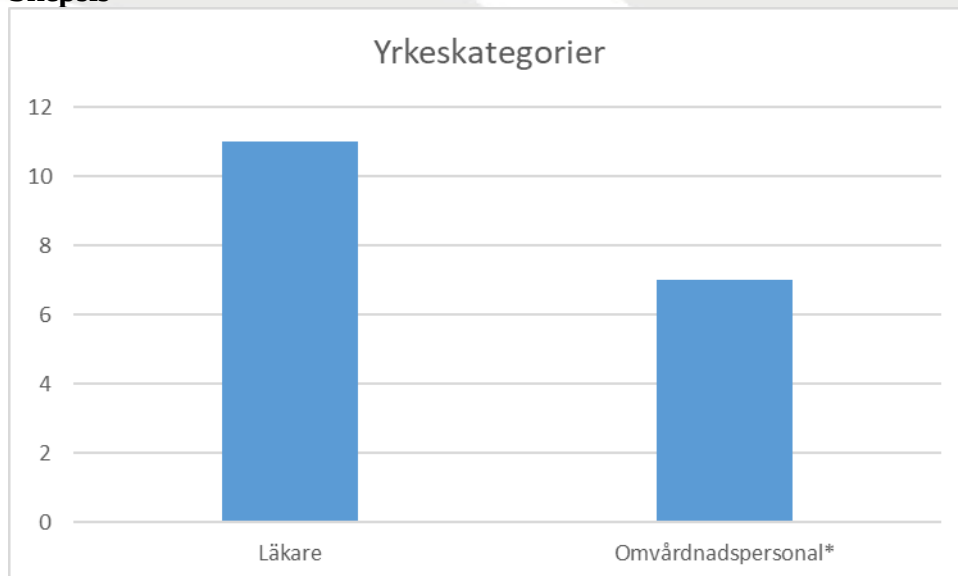
Under denna kod sorteras ärenden där anmälaren gett uttryck för att bli **värderad** utifrån egenskaper som inte primärt har med varför hen sökt vård att göra.

Kommentarer om utseende vid patientmötet eller i journaltexten sorteras till denna kod. Verksamheter inom primärvården har flest ärenden inom denna kod och det är både regiondrivna verksamheter och privata. Ärenden med denna kod har ökat sedan föregående analys.

Exempel

- Förälder upplever sig illa behandlad på avdelningen. Upplever personalen "elak", pratade inte med förälder och kom inte när förälder larmade. Ger kommentarer om förälders övervikt.
- Läser i sin journal efter besöket att läkaren skrivit direkta felaktigheter samt kommenterat patientens utseende på ett subjektivt sätt.
- Föräldrar, personal vid behandlingshem och familjebehandlare har ifrågasatt diagnos och behandling utan gehör från barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Har inte känt sig lyssnad på, känt att BUP skuldbelägger patient och föräldrar.
- Läkaren upplevdes irriterad och otrevlig. Utan att ha sett eller bedömt patienten uttalade läkaren att patienten ska ändra livsstil samt att denne kunde läsa mer på nätet.
- Läkaren var ointresserad och skyllde alla symtom på patientens övervikt. Skrev sedan ett undermåligt sjukintyg som inte handlar någonting om det patienten sökte för och som Försäkringskassan inte godtar.
- Patient som ska flyttas över från barn- och ungdomssjukvården till gastromottagningen. Läkaren uppfattades som "hård" och ifrågasatte varför patienten hade förälder med sig vid besöket. Lyssnade inte heller på patienten.

Skepsis



*Inkluderat alla yrkeskategorier som inte är läkare dvs. sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, psykologer etc.

Känslan av att den vårdpersonal man har kontakt med inte lyssnar kan vara jobbig nog. Under **skepsis** sorteras även synpunkter som handlar om att vårdpersonalens beteende antyder att de helt enkelt inte tror på att patienten har de besvär som denne uppger. Under denna kod är det primärvård och psykiatrisk specialistvård som har ärenden, somatisk specialistvård förekommer i stort sett inte.

Exempel

- Komplikationer efter galloperation och upplevt att patienten inte blev lyssnad på varför smärtlindringen inte blev tillräcklig.
- Lyssnar inte på patienten, anhöriga eller boendestöd utan vill istället skriva ut patienten och avsluta sjukskrivning.
- Sjuksköterska sa att det inte var akut. Ser att journalnotat inte stämmer överens med vad patienten informerade om. Undrar varför sjuksköterskan inte lyssnade och hur hon kunde bedöma att det inte var akut.
- Dåligt bemötande från överläkaren på avdelningen. Har autism. Vid samtal inför utskrivning säger läkaren att patienten inte mår så dåligt som denne uppger. När patienten protesterar säger han "Se, du kan ju prata!". Påpekar också att patienten tar upp plats och resurser och att patienten ska ut från avdelningen.
- Kände sig ifrågasatt då patienten kontaktade hälsocentralen för att ta bort kateter. Hade informerats att kateter skulle tas bort efter en vecka. När patienten kontaktar hälsocentralen ifrågasätter sjuksköterskan detta och säger "du kanske ljuger, vi har inte fått några papper".
- Inte upplevt sig lyssnad på då hen sökt akutmottagningen med bröstsmärtor, nu bedömts som problem med övre magmun. Fick höra flera gånger att "det var psykiskt".

Privat

Samtliga fyra ärenden gällde läkare.

Under denna kod sorteras ärenden där läkaren uppfattats vara i obalans eller att denne varit mer fokuserad på sig själv än patienten och till viss del uppträtt på ett sätt som uppfattas som oseriöst. Psykiatrisk specialistvård och primärvård har flera ärenden som sorterats under denna kod. Ärenden av denna art är mindre förekommande, endast 2 % av totalen avser denna kod, något färre än vid föregående analys.

Exempel

- Kände sig illa till mods och kränkt efter läkarbesök. Upplevde att läkaren inte lyssnade, var nedvärderande och pratade om sig själv.
- Läkaren hade aggressiv ton och godtog inte barnets svar på frågorna. "Är du inte mobbad i skolan ändå?" "Sätter du fingrarna i halsen?" Läkaren har sedan varit på förälderns arbete flera gånger och uppträtt aggressivt och agiterande gällande vacciner och propagerat för viss typ av kosttillskott. Anmälaren är rädd för honom.

- Läkaren säger att patienten ser ut att "ha koll" och att det enda patienten behöver göra är att lyssna på meditation på Youtube och Spotify.
- Läkaren undrade hur länge patienten hade tänkt leva när denne frågade hur prognosen såg ut. Äldre patient som avslutat strålbehandling frågade läkaren hur prognosen såg ut. Läkaren svarade "du är xx år, hur länge hade du tänkt leva då?"

Reflektion

Syftet med denna analys är att genom att beskriva de ärenden som inkommit till patientnämnden gällande kommunikation kunna bidra till vårdens förbättringsarbete. Väldigt många verksamheter är representerade i materialet men det som sticker ut är psykiatrisk specialistvård som ökat med drygt 50 % sedan föregående analys. Ärendena har kodats relativt jämnt fördelat med liten tonvikt på koden **otrygg**. Akutverksamheten har också många ärenden men är svårt att jämföra med föregående analys utifrån förändrad organisation inom regionen. De ärendena hamnade främst i koderna **otrygg** och **ovilja**.

Vad det gäller ålder- och könsfördelning så visar statistiken samma som tidigare sammanställningar och analyser som patientnämnden producerat, att kvinnor är överrepresenterade rent generellt och att det framför allt gäller i de yngre åldersspannen. I denna analys ses en överrepresentation av kvinnor i åldersspannen unga vuxna upp till pensionsålder. Om det är ett faktum som även speglas i antal besök inom vården kan vi inte uttala oss om.

Den metod som valts vid analys av ärendena är samma som användes 2017, dvs. att koda berättelserna utifrån sex känslor; **otrygghet**, **ovilja**, **underordnad**, **värdering**, **skepsis** och **privat**. Synpunkterna har även denna gång konkretiserats utifrån den känsla som väckts hos anmälaren vid kontakten med vården. Koden **otrygg** är vanligast förekommande, vilket det även var 2017. Många typer av synpunkter gällande kommunikation leder till en känsla av otrygghet och att man som patient inte har kontroll. Att man inte får eller förstår information kring sin vård eller om man upplever brister i bemötande och att vården inte lyssnar på det man som patient eller närstående har att säga. **ovilja** och **underordnad** är ungefär lika vanligt nu och båda har ökat lika mycket sedan föregående analys. **ovilja** är enda koden där omvårdnadspersonal är mer representerad än läkare. Många ärenden handlar om omvårdnadssituationer men även vid telefonsamtal och i väntrum där anmälaren tolkat bemötandet som att personalen inte har en hjälpsam inställning. **Underordnad** speglas ofta i synpunkter som att personal ger ett intryck av patient/närstående inte är viktig och att man vet bättre än patient/närstående, man känner sig inte respekterad. Koden **värdering** handlar oftast om att patient/närstående upplever att hens egenskaper som inte nödvändigtvis har med varför hen sökt vård att göra kommenteras vid mötet eller ibland i journalen. Det kan handla om övervikt eller utseende i största allmänhet och om huruvida patienten har anhörig med sig vid besöket. Ofta ger det även en känsla av att känna sig förminskad och kan vara svår att skilja från koden underordnad. **Skepsis** och **privat** är de koder med minst antal ärenden. **Skepsis**

handlar ofta om känslan av att vårdpersonal ger sken av att tro att patienten överdriver sina symtom. Inte att förväxla med att inte bli lyssnad på vilket oftast kodas som ovilja eller otrygg.

Förhoppningen är att denna analys ska kunna ge vården verktyg att jobba med kring kommunikation. Kommunikation med patienter och närstående har alltid varit viktigt men i dagens och framtidens vård kommer det bli allt viktigare. För att få en patient att bli "medskapare" till sin vård underlättar det om patienten är välinformerad på ett sätt som hen förstår, upplever att vården håller vad de lovar, känner sig respektfullt bemött och tagen på allvar. En otrygg, underordnad patient som känner sig (ned)värderad eller upplever vårdpersonalen som ohjälpsam och skeptisk till mig och mina symtom kommer sannolikt inte vara en speciellt följsam patient.