



Granskning av bemötande

Revisionsrapport

Landstinget i Värmland

KPMG AB

2018-09-05

Antal sidor 17



Landstinget i Värmland
Granskning av bemötande
KPMG AB
2018-09-05

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	1
1.1	Rekommendationer	2
2	Inledning/bakgrund	2
2.1	Revisionsfrågor	3
2.2	Avgränsning	3
2.3	Revisionskriterier	4
2.4	Metod och utgångspunkter	4
2.5	Projektorganisation/granskningsansvarig	4
3	Resultat av granskningen	4
3.1	Krav, styrsignaler och mål	4
	Granskningskriterier	4
3.1.1	Vad säger patientlagen om bemötande?	4
3.1.2	Vilka andra övergripande krav finns?	5
3.1.3	Vilka mål finns kring bemötande inom Landstinget i Värmland?	6
3.1.4	Kommentarer och bedömningar	9
3.2	Landstingets arbete med bemötande i hälso- och sjukvården	9
	Granskningskriterier	9
3.2.1	Ledningssystem, processer och rutiner för ett gott bemötande	9
	Kommentarer och bedömningar	11
3.2.2	Uppföljning av tillämpningen av rutiner	11
3.2.3	Rutiner för att fånga upp synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga	11
	Kommentarer och bedömningar	12
3.2.4	Uppföljning av effekterna av arbetet med att förbättra bemötandet	12
3.2.5	Kommentarer och bedömningar	15
4	Svar på revisionsfrågor	16
	Bilaga 1 Metod och utgångspunkter	
	Bilaga 2 KPMGs exempel på hur bemötande kan konkretiseras	



Landstinget i Värmland
Granskning av bemötande
KPMG AB
2018-09-05

1 Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av revisorerna i Landstinget i Värmland granskat landstingets arbete med bemötande i hälso- och sjukvården. Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över arbetet med bemötandefrågor i hälso- och sjukvården.

Efter genomförd granskning är vår bedömning att detta endast till viss del är säkerställt. Styrningen på landstingsnivå är ändamålsenlig men det är inte säkerställt att styrsignaler påverkar arbetet närmast patienterna. Säkring och uppföljning på verksamhetsnivå behöver utvecklas liksom landstingsstyrelsens uppföljning av detta. Landstingsstyrelsen har vidtagit relevanta åtgärder för att säkerställa uppföljning av fullmäktiges mål på landstingsnivå.

Landstinget har genom beslut på högsta politiska nivå under flera år haft som ett mål att vården ska utmärkas av respektfulla möten. Målet har ytterligare skärpts i Landstingsplan 2018 då det anges att en förbättring ska ske: *"Delaktigheten för och mötet med patienter och närstående förbättras"* samt *"Information till patienter och närstående förbättras"*.

Landstingets tjänstemannaledning har säkerställt att målet tas omhand enligt landstingets styrmodell där det för varje område och verksamhetsområde och enhet ska utarbetas handlingsplaner. I handlingsplanerna berörs de uppställda målen och aktiviteter finns kopplade till målen.

Uppföljningen på landstingsnivå av bemötande kommer delvis att ske genom att följa utfallet i den nationella patientenkäten (NPE) och specifikt för det index som landstinget tagit fram för att spegla respekt och bemötande. I denna del anser vi att landstinget på övergripande nivå har ett ändamålsenligt instrument för att följa upp målet. Däremot är vår bedömning att arbetet på verksamhetsnivå behöver stödjas och utvecklas. Idag saknas heltäckande rutiner för att säkerställa att patienter bemöts med delaktighet och respekt. För vissa delar (t.ex. när tvångsåtgärder används) finns rutiner men i övrigt är detta ovanligt bland de enheter som vi har besökt. Vi ser framför oss att ledningssystemet i detta avseende behöver utvecklas. Ambitionen bör vara att inom varje enhet identifiera situationer då bemötandet ställs på sin spets för att skapa delaktighet och för att säkerställa respektfulla möten med patienter. Rutiner behöver finnas för att säkra att arbetssätten är kända, att de används samt för att de blir föremål för utvärdering.

Vi har både till enhetspersonal och till verksamhetschefer ställt frågan: *"Hur vet ni att dagens arbetssätt leder till delaktighet och respektfullhet?"* Svaret har nästan genomgående varit att man inte vet det.

Om ledningssystemet innehåller rutiner för bemötande i kritiska situationer har verksamheten verktyg för att gå vidare ifall utfallet kring bemötande inte är tillfredsställande. Först kan enheten ställa sig frågan: tillämpar vi de arbetssätt vi kommit överens om? Om svaret är nej på frågan blir åtgärden uppenbar, dvs. säkerställ att alla använder arbetssätten. Om svaret är ja, behöver enheten hämta hem bättre kunskap och omsätta den i förbättrade arbetssätt. Observera att frånvaro av

rutiner och säkring kring bemötandefrågor innebär att enheten riskerar att inte veta vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra utfallet.

Flera verksamheter har vissa rutiner eller arbetssätt som bidrar till ett gott bemötande. Ett exempel är att viss personal får handledning och den kan handla om att få stöd i sitt bemötande mot patienter för att komma vidare i behandlingen.

Landstinget har tillgång till data från NPE på enhetsnivå (dock ej inom psykiatri). Denna information bör användas för att differentiera kraven på olika enheters förbättringar med avseende på bemötande. Idag riktas kravet på förbättring lika till alla och ur resurssynpunkt skulle landstinget sannolikt nå större effekt för detta mål om kraven på förbättring gällde främst de som har behov av förbättring.

1.1 Rekommendationer

Mot bakgrund av genomförd granskning rekommenderar vi landstingsstyrelsen att:

- Tillse att målet om förbättring av bemötande mellan verksamheter differentieras. Idag riktas kraven lika till alla. Landstingets resurser kan sannolikt användas effektivare om krav på förbättring riktas främst till de verksamheter som har behov av förbättring.
- Tillse att det tas fram en enhetlig och övergripande landstingsrutin för att fånga synpunkter och klagomål som lämnas direkt till verksamheter. Rutinen bör syfta till att inkomna synpunkter och klagomål av verksamheterna hanteras systematiskt och på ett ändamålsenligt sätt.
- Tillse att samtliga datakällor används när information om patientnämndsärenden, avvikelser och synpunkter/klagomål sammanställs och analyseras. När detta inte sker finns risk att systemmässiga brister inte uppmärksammas.
- Tillse att landstingets ledningssystem utvecklas för att stärka arbetet med bemötande på verksamhetsnivå. Rutiner för bemötande behöver finnas för de kritiska situationer som vanligen uppkommer i mötet mellan patienter och personal. Frånvaro av sådana rutiner innebär att enheten riskerar att inte veta vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra ett utfall som inte är tillräckligt bra.

2 Inledning/bakgrund

Hälso- och sjukvårdsarbetet handlar till stor del om kommunikation och bemötande, där bemötande handlar om människors samspel och inställning gentemot varandra. Hur ett bemötande uppfattas kan bero på flera faktorer så som tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck och tonfall. Det krävs kunskap och förmåga att möta olika människor så som sjuka patienter, anhöriga i kris, äldre, personer med funktionshinder kring tal och/eller personer med ett annat modersmål.

Enligt Socialstyrelsen är ett gott bemötande en av de främsta faktorerna för att få en mer jämlik hälsa, vård och omsorg. Från den 1 januari 2015 finns det genom Patientlagen 2014:841 ett krav på att arbeta med bemötande inom vården. Detta

genom att informera och stärka patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet. I rapporten "Lag utan genomslag", utgiven av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, konstateras det däremot att lagen inte har fyllt sitt syfte då patienternas faktiska ställning inte har förbättrats. Inom områdena information och delaktighet har patienternas faktiska ställning istället försvagats.

Ett gott bemötande innebär dels att informera och inkludera patient och närstående dels att motta och besvara synpunkter, klagomål eller liknande från dessa. Välinformerade, medvetna och aktiva patienter är viktiga förutsättningar för en välfungerande vård.

Med bemötande i vården som prioriterad fråga av landstingsfullmäktige är det av vikt att säkerställa att landstingsstyrelsen har en systematik i sitt arbete och uppföljning gentemot de satta målen inom området. Vidare är det också av betydelse att säkerställa att rådande lagstiftning efterlevs. Mot denna bakgrund har revisorerna beslutat att göra en granskning av bemötande i vården och KPMG har fått i uppdrag att genomföra den. Granskningen ingår i "Revisionsplan 2018".

2.1 Revisionsfrågor

Det övergripande syftet med granskningen har varit att bedöma om landstingsstyrelsen har en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över arbetet med bemötandefrågor i hälso- och sjukvården.

Granskningen besvarar följande revisionsfrågor:

- Har landstingsstyrelsen, utifrån lagstiftning och föreskrifter, säkerställt att patienterna får ett bra bemötande?
- Har landstingsstyrelsen fastställt styrdokument för patientbemötande och överensstämmer dessa med kraven i föreskrifter och lagstiftning?
- Är riktlinjerna implementerade ute i verksamheten?
- Hur säkerställer landstingsstyrelsen att verksamheterna arbetar systematiskt med bemötandefrågor?
- Finns rutiner ute i verksamheterna för att fånga upp patient/anhörigs klagomål på bemötande?
- Hur följer landstingsstyrelsen upp effekterna av arbetet med bemötande i verksamheterna?
- Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

2.2 Avgränsning

Granskningen har avgränsats till bemötande inom hälso- och sjukvården i Landstinget i Värmland.

2.3 Revisionskriterier

Granskningen utgår övergripande ifrån följande revisionskriterier:

- Hälsa- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- Patientlagen (2014:841)
- Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Lag om stöd vid klagomål mot hälso-och sjukvården (2017:372)
- Landstingets mål, riktlinjer och styrdokument
- Landstingsplan 2018 för Landstingets i Värmland och styr- och måldokument inom granskningsområdet
- Landstingets policy/riktlinjer för intern kontroll och styrning
- Våra utgångspunkter, beskrivna i bilaga 2

2.4 Metod och utgångspunkter

Använd metod och utgångspunkter beskrivs i bilaga 1.

2.5 Projektorganisation/granskningsansvarig

Uppdraget har utförts av Andreas Endredi, projektledare, och Sofie Wiessner – granskare. Kvalitetsgranskning av rapporten har David Bäcker, seniorkonsult inom KPMG utfört.

Samtliga intervjuade har erbjudits möjlighet att faktagranska rapporten.

3 Resultat av granskningen

3.1 Krav, styrsignaler och mål

Granskningskriterier

Vi söker här efter den "röda tråden". Ett kriterium är om landstingets mål tas om hand och vid behov genomgår nödvändig precisering och konkretisering på vägen ut till vårdens personal. Ytterligare ett granskningskriterium är att målen får en tydlig faktisk påverkan på mötet mellan patient och vårdpersonal.

3.1.1 Vad säger patientlagen om bemötande?

I patientlagen 2014:821 finns krav på att arbeta med bemötande i vården. Detta genom att informera och stärka patientens ställning, integritet, självbestämmande och delaktighet.

Enligt lagens 3 kap 1§ har patienten rätt till information om bland annat sitt hälsotillstånd, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt vid vilken tidpunkt patienten kan förvänta sig att få vård. Informationen ska enligt lagen även anpassas till mottagarens ålder, mognad, språkliga bakgrund och övriga individuella förutsättningar. I patientlagens 5 kap 1§ finns krav om att hälso- och sjukvården ska, så långt som möjligt, utformas och genomföras i samråd med patienten. Enligt patientlagen 6 kap 1§ ska även patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet tillgodoses.

I enlighet med patientlagens 11 kap 1§ ska patientnämnderna:

- hjälpa patienter och deras närstående att föra fram klagomål och att få svar av vårdgivaren i enlighet med 3 kap. 8 b § patientsäkerhetslagen (2010:659).
- tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården och hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, och
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.

Vidare ställer patientlagen (11 kap, §2) krav på att patient som drabbats av en vårdskada får information om bl.a. åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att en liknande händelse inte ska inträffa igen, möjligheten att anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg och begära ersättning enligt patientskadlagen (1996:799) eller från läkemedelsförsäkringen (2017: 379). Enligt 11 kap §2a ska vårdgivaren så snabbt som möjligt besvara klagomål från patienter och deras närstående. Klagomålen ska besvaras på lämpligt sätt och med hänsyn till klagomålets art och den enskildes förmåga att tillgodogöra sig information. I enlighet med 11 kap §4 ska patienten och hans närstående få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete.

3.1.2 Vilka andra övergripande krav finns?

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 5 kap 1§) ställer krav på att all hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att kraven på en god vård uppfylls. Följaktligen ska vården vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen samt vara lätt tillgänglig.

Vidare finns patientsäkerhetslagen som syftar till att främja en hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården. I lagens 4 kap ställs krav på att vårdgivaren ska bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete. Hälso- och sjukvårdspersonal har, i enlighet med 6 kap, en allmän skyldighet att visa patienten omtanke och respekt.

Patientnämndernas arbete berörs i Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372). Patientnämnden ska enligt lagen bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter. Mot bakgrund av analysen ska patientnämnden uppmärksamma

landstinget eller kommunen på eventuella riskområden och hinder för utveckling av hälso- och sjukvården. Landsting och kommuner ska organisera sin verksamhet så patientnämndens analys kan tas om hand och bidra till vårdens utveckling.

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem¹ för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ställer ytterligare krav på vårdgivaren. Kap 3 1-3§ berör ansvar för och användning av ledningssystem. Vårdgivaren ansvarar för att verksamheten har ett ledningssystem och att detta används för att systematiskt och kontinuerligt utveckla och säkra en god kvalitet. Ledningssystemet ska även användas för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Kap 5 behandlar föreskrifter och allmänna råd kring förbättringsarbete och ställer krav på att vårdgivaren arbetar systematiskt med riskanalyser och egenkontroll. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd kan olika informationskällor användas som underlag i egenkontrollen, ett exempel är rapporter från patientnämnder.

Vidare ska vårdgivaren ta emot och utreda klagomål och synpunkter från olika aktörer och rapportera enligt patientsäkerhetslagens bestämmelser. I utredningen ska vårdgivaren sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter för att kunna identifiera brister i verksamhetens kvalitet. Om brister påvisas ska verksamheten vidta åtgärder samt förbättra befintliga processer och rutiner.

I handboken "Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig" ger Socialstyrelsen en samlad beskrivning av de lagar, föreskrifter och allmänna råd som berör patienters ställning och rättigheter. Handboken riktar sig till hälso- och sjukvårdspersonal, vårdgivare och verksamhetschefer. Tanken är att handboken ska stödja både ledningens arbete med att styra, planera och följa upp verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen i det dagliga arbetet. I handboken finns ett separat avsnitt som berör bemötande som beskriver viktiga förutsättningar för att skapa ett bra patientmöte. Framförallt handlar det om att öka patientens delaktighet i vården och säkerhetsställa att patienten är välinformerad under hela vårdförloppet. För att lyckas med detta krävs både teoretisk och praktisk kunskap samt träning. En annan viktig del är att ta tid att reflektera över och diskutera förhållningssätt och hur olika situationer kan hanteras.

3.1.3 Vilka mål finns kring bemötande inom Landstinget i Värmland?

I landstingsplanen för 2018 samt slutenvårdens och öppenvårdens områdesplaner för 2018, återges landstingets vision, mål och värdegrund. För att nå upp till landstingets vision om en livskvalitet i världsklass ska landstingets verksamheter arbeta mot effektmålen: *god folkhälsa, trygg befolkning och nöjda patienter*. För att kunna mäta hur väl verksamheterna arbetar mot dessa mål finns resultat- och kvalitetsmålen: inga vårdskador², bäst vårdkvalitet, vård utan köer samt respektfulla möten. Arbetet med dessa ska ske inom ramen för perspektivmålen: hållbart arbetsliv, minskat miljövtryck och ekonomi i balans.

¹ Med ledningssystem avses system för att fastställa principer för ledning av verksamheten

² Enligt patientsäkerhetslagen är en vårdskada: lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

VISION, MÅL OCH VÄRDEGRUND



Nullt vårdskador

Bästa vårdkvalitet

Vård utan köer

Respektfulla möten

Enligt landstingsplanen för 2018 ska alla patienter, närstående och medarbetare kunna förvänta sig ett bra bemötande som bygger på förtroende och tillit genom dialog med välgrundad och anpassad information.

I landstingsplanen för 2018 finns två mål kopplade till landstingets resultat- och kvalitetsmål "respektfulla möten":

- Delaktigheten för och mötet med patienter och närstående ska förbättras.
- Information till patienter och närstående ska förbättras.

I Landstingsfullmäktiges mätplan 2018 finns tre indikatorer som berör öppenvården:

- Andel patienter som anser att delaktigheten var god eller mycket god i primärvården
- Andelen patienter som anser att bemötandet var gott eller mycket gott i primärvården
- Andelen patienter som anser att informationen var god eller mycket god i primärvården.

Redovisning sker i årsredovisningen och information om utvecklingen hämtas från utfallet i den nationella patientenkäten.

Utifrån målet om respektfulla möten finns i områdesplanen för slutenvården 2018 två prioriterade aktiviteter:

- Utveckla interna kommunikationssystem,
- Fortsatt arbete för våra gemensamma värderingar inom område slutenvård.

I slutenvårdens områdesplan för 2018 återges även Landstinget i Värmlands värdegrund: "Alla människor har lika värde och ska mötas med respekt". Värdegrunden har utgångspunkt i bl.a. patientlagen och innebär att landstinget arbetar efter en humanistisk grundsyn där alla människors lika värde respekteras och där jämlikhet och

jämställdhet betonas. Detta innebär även att alla patienter och deras anhöriga ska uppleva ett respektfullt bemötande från landstingets företrädare samt att deras synpunkter beaktas.

Landstinget har i patientsäkerhetsstrategin formulerat ett antal mål och följande har direkt koppling till bemötande i vården:

- Patienter/närstående involveras i patientsäkerhetsarbetet
- Klagomål och synpunkter på vården fångas systematiskt in och utreds
- Vården präglas av respektfulla möten och dialog om möjligheter till vård och behandling.

Vidare finns ett antal mål för arbetet med hantering av avvikelser, kompetensutveckling samt ledning och styrning.

Utifrån landstingsplanen har verksamheterna utarbetat egna handlingsplaner. Hälso- och sjukvårdschefen samt områdeschefen för slutenvård uppger i intervjun att kravet från hälso- och sjukvårdsledningen är att verksamheternas handlingsplaner ska innehålla mål och prioriterade aktiviteter utifrån landstingets mål om respektfulla möten. Verksamheterna har lämnat redovisning om detta efter tertial 1.

I handlingsplanen för läns gemensam psykiatri 2017 finns som ett av verksamhetens mål att förtroendet för verksamheterna inom område öppenvård ska tillhöra de tio bästa i Sverige. Verksamhetens prioriterade aktivitet utifrån målet är att bemöta alla på ett respektfullt sätt. I handlingsplanen för 2018 finns även följande mål med koppling till landstingets "respektfulla möten":

- Delaktighet och information med patienter ska utvecklas
- Alla bemöter varandra med respekt.

För att nå målen ska verksamheten bland annat prioritera att arbeta med vårdplaner, samordnad individuell plan (SIP), närstående- och patientutbildning samt systematiskt arbetsmiljöarbete. Vidare ska verksamheten prioritera värdegrundsarbete genom att föra en dialog kring värdegrundsfrågor på arbetsplatsträffar (APT).

I handlingsplanen för kvinnosjukvården 2018 finns utifrån landstingets mål om respektfulla möten, mål om bl.a. kontinuitet, nöjda patienter och trygg befolkning. För att nå målen ska verksamheterna arbeta med exempelvis arbetsväxling och delta i gemensamma mätningar av kvalitet och patientsäkerhet.

I intervjun med representanter från vårdcentralen i Forshaga framkommer att landstinget har informerat enhetschefer om de nya målen som berör respektfulla möten. Enhetschefen på vårdcentralen i Forshaga uppger i intervjun att informationen har förts vidare till vårdpersonal på APT. I våra intervjuer framkommer dock att tillkomsten av målet om respektfulla möten inte haft ett märkbar inverkan på det dagliga arbetet i vården.

Målen om att förbättringar ska ske av bemötande, gäller lika för alla verksamheter.

I landstingets personalstrategi 2016-2018 återges hur arbetet kring personalfrågor ska ske utifrån landstingets kvalitets- och effektmål. Delar av strategin berör bemötande i

vården och beskriver bl.a. ledares ansvar att kommunicera klara och tydliga mål som stödjer landstingets vision och värdegrund. Vidare återges vikten av ständig utveckling av det dagliga arbetet för att säkerhetsställa ett aktivt medarbetarskap med patienten i fokus.

Landstingsfullmäktige har i reglementet för patientnämnden fastställt bestämmelser avseende patientnämndens verksamhet. Utöver kraven som återges i patientlagen ska patientnämndens ordförande vid föredragning av ärenden vid nämndens sammanträden lägga särskild vikt vid ärenden av övergripande karaktär. Särskilt fokus ska även ges ärenden som påvisar tendenser som kan påverka kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

3.1.4 Kommentarer och bedömningar

Det finns omfattande lagenliga och andra krav som berör bemötande av patienter i hälso- och sjukvården. Inom landstinget har målet om respektfulla möten skärpts genom att det sedan innevarande år även finns krav på förbättringar avseende delaktighet och information.

Genomgången av mål på olika nivåer visar att målen tas om hand och preciseras och det utarbetas handlingsplaner inom alla besökta verksamheter. Trots det tycks målen och skärpningen av dem, bara i viss mån ha inneburit att nya åtgärder och arbetssätt tillkommit i det faktiska arbetet där patienter möter vårdens personal.

Idag gäller målen om förbättringar avseende delaktighet och information, lika för alla verksamheter. I syfte att erhålla en större effekt kan landstinget överväga att differentiera kravet på förbättring med hänsyn till tidigare utfall.

3.2 Landstingets arbete med bemötande i hälso- och sjukvården

Granskningskriterier

Lagliga krav från t.ex. Hälso- och sjukvårdslag, Patientlag och Patientsäkerhetslag utgör granskningskriterier. Vi ser också att socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete är högst relevant som granskningskriterium. Med utgångspunkt härifrån undersöker vi om verksamheterna har rutiner för bemötande, hur det säkerställs att dessa är kända av medarbetarna och används samt hur uppföljning sker för att ta redan på hur verksamheten lyckas i sitt arbete med bemötande. Ett annat granskningskriterium är att informationen som kommer som klagomål och synpunkter från patienter, systematiseras och omhändertas på bästa sätt för att förbättra vården.

3.2.1 Ledningssystem, processer och rutiner för ett gott bemötande

Landstingsstyrelsen har för hälso- och sjukvården samt tandvården fastställt ett vårdgivardirektiv avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Hälso- och sjukvårdschef, divisionschef, sjukhuschef och verksamhetschef har ett gemensamt

ansvar att identifiera, beskriva och fastställa processer och rutiner som krävs för att säkerhetsställa verksamhetens kvalitet.

Ansvar för det systematiska kvalitetsarbetet inom ett specifikt verksamhetsområde och för att verksamhetens personal arbetar efter de processer och rutiner som finns i ledningssystemet åligger respektive verksamhetschef.

I våra intervjuer framkommer att verksamheterna generellt sett saknar dokumenterade rutiner som säkerställer att patienter får ett respektfullt bemötande. Dock framkommer att det för vissa situationer finns sådana rutiner. Ett exempel är när tvångsåtgärder används eller hur personalen ska bemöta utåtagerande patienter. För dessa saknas dock metoder som säkerställer att rutinerna används.

I intervjun med representanter för vårdcentralen Gripen framkommer att det finns skriftliga rutiner om hur personalen ska bemöta personer i vålds- eller hotfulla situationer. Rutinerna är framförallt till för säkerställa personalens egen säkerhet.

I verksamhetsintervjuerna framkommer att vårdpersonalen på olika sätt arbetar med bemötandefrågor. Exempelvis har personalen inom vissa verksamheter möjlighet att få handledning. Tillsammans med sin handledare kan personalen bl.a. diskutera alternativa arbetssätt för att komma vidare i behandlingen av en patient. Handledningen är delvis till för att stödja personalen i bemötandefrågor. Intervjuerna ger även vid handen att bemötandet varierar beroende på vem i personalgruppen som träffar patienter. På frågan hur verksamheten vet att de bemöter patienter på ett bra sätt, svarar nästan alla att man inte vet det.

Flera verksamheter har även arbetat med kompetenshöjande insatser kring bemötandefrågor. På vårdcentralen i Forshaga har den administrativa personalen fått utbildning i hur de ska bemöta patienter. Inom andra verksamheter har personalen i samband med verksamhetens hbtq-certifiering fått utbildning i hur de ska bemöta patienter oberoende av deras sexuella läggning.

På centrum för ätstörningar framkommer i intervjun att personalen arbetar med att systematisera vårdbesöken för att säkra ett bra bemötande. I möte med patienten utgår personalen från en grundmall med information om vad varje besök bör innehålla och individualiserar besöket efter patientens behov.

Representanter från gynekologiska onkologimottagningen uppger att alla cancerpatienter tilldelas en kontaktsjuksköterska. Samtliga cancerpatienter har även en skriftlig Min vårdplan som bl.a. innehåller kontaktuppgifter samt tider för undersökningar och behandlingar. Under vårdbesöket låter personalen även patienterna återupprepa viktig information för att checka av att de har förstått.

Intervjuerna har givit vid handen att flera verksamheter på olika sätt arbetar med värdegrundsfrågor, exempelvis har beroendecentrum en skriftlig policy som lyfter gemensamma värdegrunder.

APT och andra personalträffar är enligt intervjuerna tillfällen då bemötandefrågor diskuteras. Vissa verksamheter arbetar även med flera av de delar som exemplifierar hur bemötandefrågor kan konkretiseras (se bilaga 2). Exempelvis har flera vårdcentraler infört ett nytt telefonsystem med tidsbestämd återuppringning. Biträdande

områdeschefen för öppenvården uppger i intervjun att det även pågår ett utvecklingsarbete för att förbättra tidbokningen via webben och mina vårdkontakter.

Flera verksamhetsrepresentanter uppger att en generell styrka i sammanhanget är att vårdpersonalen i grunden genom sin utbildning har ett åtagande att bemöta patienter på ett bra sätt.

Kommentarer och bedömningar

Sammanfattningsvis kan vi här konstatera att bemötandefrågor är uppe till diskussion hos alla besökta verksamheter. Det framkommer också att använda arbetssätt varierar beroende på vem i personalen som träffar patienten. Vår uppfattning är att systematiken i arbetet är svag och kan utvecklas för att säkerställa ett gott bemötande.

För t.ex. tvångsåtgärder finns rutiner. Här är patienten på alla sätt i händerna på personalen och patientens utsatthet ställer särskilda krav på personalens agerande och bemötande. Inom alla verksamheter bör det gå att identifiera situationer där patienter på olika sätt är eller kan hamna i en utsatt situation, bli osäkra, eller på annat sätt behöva ett särskilt genomtänkt bemötande. Vår bedömning är att alla de verksamheter vi besökt kan utveckla sina arbetssätt genom att identifiera ett antal sådana kritiska situationer. En idé kan vara att ta hjälp av patienter för att hitta rätt. Kopplat till dessa situationer bör sedan skriftliga rutiner / arbetssätt tas fram vilka ska fungera som ett stöd till personalen när sådana situationer uppkommer. Rutinerna lämpar sig också väl att regelbundet ta upp till diskussion: Använder vi rutinen? Hur fungerar den? Bör den ändras?

3.2.2 Uppföljning av tillämpningen av rutiner

Som vi beskrivit ovan är vår bedömning att systematiken i arbetet på enhetsnivå behöver utvecklas. Det finns få dokumenterade rutiner kring bemötande och för de som finns saknas systematisk uppföljning.

3.2.3 Rutiner för att fånga upp synpunkter och klagomål från patienter och anhöriga

I landstinget finns en riktlinje avseende avvikelshantering. För att säkerhetsställa att hantering och uppföljning av avvikelser sker systematiskt ska alla avvikelser rapporteras i landstingets avvikelssystem AHA. I riktlinjen finns rutiner för varje del i processen formulerad. Delarna illustreras i bilden nedan:



Samtliga medarbetare i verksamheten är enligt lag skyldiga att rapportera observerade avvikelser. Ansvar för avvikelshantering inom respektive verksamhetsområde åligger verksamhetschefen. Alla chefer har, inom sitt verksamhetsområde, ansvar för analys, sammanställning, uppföljning samt att vidta åtgärder vid avvikelser. Alla

medarbetare har möjlighet att rapportera avvikelser i AHA. Uppföljning av avvikelser sker i samband med periodrapportering då såväl avvikelser som åtgärder rapporteras. Sammanställning och analys av avvikelser är även en del i landstingets patientsäkerhetsberättelse.

På landstingets webbsida samt via mina vårdkontakter 1177.se finns en blankett för att lämna synpunkter och klagomål till patientnämnden. I våra intervjuer framkommer att personal inom vissa verksamheter har kännedom om att en sådan blankett finns.

Patienter som har synpunkter eller vill framföra klagomål direkt kan kontakta patientnämnden via telefon eller mail. Anhöriga kan framföra synpunkter och klagomål på vården men i dessa fall krävs en fullmakt från patienten.

Patienter har även möjlighet att lämna synpunkter och klagomål direkt till verksamheten och i våra intervjuer framkommer att enhetschefer hanterar inkomna ärenden. Ansvariga har utvecklat egna rutiner för att dokumentera och följa upp enskilda ärenden. Exempelvis har enhetschefen på Forshaga Vårdcentral tagit fram en mall för dokumentation av inkomna ärenden. Verksamheten har även en rutin om att återkoppling till patienten ska ske inom åtta dagar.

Verksamhetschefen för Öppenvård Södra uppger i intervjun att om flera patientnämndsärenden återkommer tas frågan upp i ledningsgrupp där även lämpliga åtgärder diskuteras. Enligt verksamhetschefen för Läns-gemensam Psykiatri tas patientnämndsärenden upp som stående punkt på ledningsgruppsmöten och åtgärder diskuteras. Därefter tas det upp på APT på berörd enhet.

Av våra intervjuer framkommer att verksamheterna inte gör någon sammanställning av inkomna klagomål och synpunkter som lämnats direkt till verksamheten. Inkomna klagomålsärenden diskuteras inom vissa verksamheter i arbetsgruppen eller på APT.

Kommentarer och bedömningar

Vår bedömning är att rutiner finns och används när det gäller avvikelser och patientnämndsärenden.

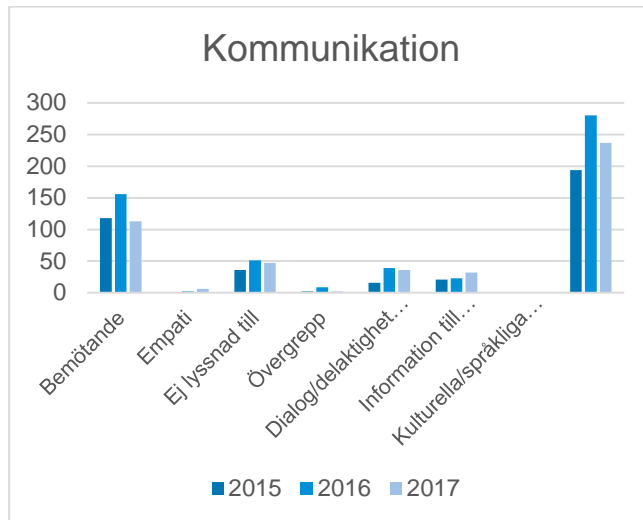
Beträffande hanteringen av synpunkter och klagomål som kommer direkt till verksamheter saknas en gemensam landstingsrutin och vår bedömning är att det finns risk för att synpunkter och klagomål inte tas tillvara.

3.2.4 Uppföljning av effekterna av arbetet med att förbättra bemötandet

I patientnämndens årsredovisning för 2017 beskrivs rutiner för återrapportering av och redogörelse för patientärenden. Tendenser eller problemområden ska diskuteras i möte med berörd verksamhetsföreträdare. Vidare skickar patientnämnden ut statistik till de enheter som haft ärenden hos nämnden under det senaste tertialet. Patientnämnden lämnar i sin årsredovisning en sammanställning av inkomna ärenden av olika slag. Den senaste årsredovisningen har inte särskilt lyft fram ärenden om bemötande.

Patientnämndsärenden kategoriseras under nio huvudrubriker. Bemötande återfinns under huvudrubriken "Kommunikation". Enligt årsredovisningen har antalet ärenden

inom Kommunikation minskat till 2017. Den största minskningen avser den delen som avser Bemötande, se diagrammet nedan som är hämtat från årsredovisningen.



Landstingsstyrelsen har inte begärt någon specifik uppföljning kopplad till bemötande i vården.

Utifrån granskningen av ärenden i patientnämnden (2017) finns anledning att förbättra samverkan mellan landstingets olika funktioner med uppdrag att utveckla kvalitet och patientsäkerhet. Följaktligen har ett samverkansarbete inletts med syfte att bl.a.:

- ge förslag till en landstingsövergripande riktlinje för behandling av patientnämndsärenden som en del i det övergripande patientsäkerhetsarbetet.
- skapa struktur och systematik i uppföljningsarbetet av inkomna synpunkter och klagomål.
- skapa arbetssätt och en kultur där synpunkter och klagomål till vårdverksamheten och patientnämnden blir en integrerad del i landstingets uppföljning.

För att lyckas med detta ska patientsäkerhetscentrum och patientnämnden gemensamt upprätta en landstingsövergripande rutin avseende hantering av synpunkter och klagomål. Patientsäkerhetscentrum och patientnämnden ska även starta mötesformer för att genomföra övergripande analyser av inkomna synpunkter och klagomål. I intervjun med patientnämndens ordförande framkommer att det saknas en tydlig roll- och ansvarsfördelning för samarbetet.

I våra intervjuer framkommer att uppföljning av effekterna av arbetet med bemötande på landstingsnivå framförallt sker genom den nationella patientenkäten (NPE). Enkäten delas in i sju olika dimensioner:

- Helhetsintryck
- Emotionellt stöd
- Delaktighet och involvering

Landstinget i Värmland

Granskning av bemötande

KPMG AB

2018-09-05

- Respekt och bemötande
- Kontinuitet och koordinering
- Information och kunskap
- Tillgänglighet

Totalt sett består enkäten av ca. 50 frågor för att täcka in dessa sju dimensioner. I intervjun med projektledaren för avvikelsesystemet framkommer att Landstinget i Värmland har tagit fram ett särskilt index där andelen positiva svar beräknas för ett urval frågor som sammanfattas under rubriken "Respekt och bemötande". År 2017 var primärvårdens utfall 88,9 (max är 100). Den tidigare mätningen skedde år 2015, då var utfallet 87,7.

Landstinget har tillgång till resultatet i NPE som även kan brytas ned på enhetsnivå. I våra intervjuer framkommer att svarsfrekvensen inom vissa verksamheter (främst psykiatri) varit för låg för att kunna få säkra resultat. Biträdande områdeschef för öppenvården uppger i intervjun att öppenvården genomför en övergripande analys av resultatet och vidtar åtgärder om brister påvisas.

Hälso- och sjukvårdsschefen och områdeschefen för slutenvård uppger i intervjun att NPE är en viktig källa för att kunna mäta utfallet i landstingets mål om respektfulla möten. Vidare framkommer att instrumentet tidigare har använts för att med utgångspunkt i utfallet genomföra särskilda insatser kring bemötande vid akutmottagningen.

Flera representanter från verksamheterna uppger dock i intervju att det finns problem med att använda den nationella patientenkäten som värdeomätare för bemötande i vården. Detta kan exempelvis handla om patienter som inte får sin sjukskrivning förlängd och där deras missnöje uttrycks på detta sätt även om vården agerat korrekt såväl utifrån bemötande som rent medicinskt.

Verksamhetschefen för Öppenvård Södra uppger i intervjun att förståelse för orsaken till ett utfall i NPE kräver att dokumenterade rutiner finns samt kunskap om dessa tillämpas. Saknas detta finns en risk att verksamheten inte vet vilka åtgärder som bör vidtas vid ett dåligt utfall i NPE.

Eftersom resultatet i NPE inte går att bryta ned på enhetsnivå för psykiatri genomför vissa verksamheter egna enkätundersökningar där bemötandefrågor ingår. Ett exempel är på beroendecentrum inom psykiatri där patienter som genomgått behandling får utvärdera vårdtiden via en skriftlig enkätundersökning. Vidare uppger representanter från gynekologiska onkologimottagningen att samtliga cancerpatienter har möjlighet att svara på patientenkäter avseende vården (PROM³ och PREM⁴). Svarsfrekvensen på dessa har dock varit låg.

³ Patient Reported Outcome Measures (patientrapporterade utfallsmått), PROM, är ett mått på hur patienterna själva upplever sin sjukdom och hälsa efter behandling eller annan intervention.

⁴ Patient Reported Experience, PREM, är mått på patientens upplevelse/nöjdhet av vården.

I våra intervjuer framkommer att verksamheter diskuterar utfallet i undersökningar på APT och inom arbetsgrupperna. Dock gör verksamheterna ingen övergripande analys av resultatet.

Uppföljning från avvikelssystemet

Med stöd av projektledaren för avvikelssystemet har vi granskat avvikelser i AHA som berör bemötande, delaktighet och respekt. Syftet har varit att söka fram antalet avvikelser som berör bemötande, vilka beslut som fattats om åtgärder, om åtgärder har genomförts och slutligen om uppföljning skett av om genomförda åtgärder har lett till varaktiga förbättringar.

I tabellen sammanfattas det som framkommit.

Kategori	Ärenden tot 2017	Antal analyserade	Antal med effektiv åtgärd	Antal där ingen åtgärd ansetts nödvändig	Rest
Bemötande	20	20	7	13	0
Delaktighet	0	0	0	0	0
Respekt	3	3	3	0	0

Totalt rapporterades 20 avvikelser som avsåg bemötande under 2017. För 7 av dessa har åtgärd vidtagits som bedömts som effektiv. De 13 övriga avvikelserna har avslutats efter en analys och det framgår att bedömningen är att ingen åtgärd är nödvändig. Tre avvikelser avsåg ”respekt”, för alla dessa finns åtgärd vidtagen som bedömts som effektiv. Inga avvikelser som berörde delaktighet rapporterades under 2017.

3.2.5 Kommentarer och bedömningar

Utvecklingsarbete har identifierats och pågår för att säkerställa att all viktig information som finns utifrån patientnämndsärenden tas tillvara i förbättringsarbetet. Detta är angeläget. Vi ser att det kan finnas en potential i att på landstingsnivå lägga samman den information som finns från patientnämnden med den som kommer från avvikelssystemet och den som kommer via klagomål och synpunkter direkt till verksamheterna.

Landstinget har tagit fram ett index som utgör en delmängd av frågorna i NPE och fokuserar på bemötande. Härigenom finns en baslinjemätning såväl som ett övergripande sätt att regelbundet följa utvecklingen i de mål som fullmäktige beslutat. Detta är angeläget och relevant.

Ett område som redan berörts men som är värt att kommentera även i detta avsnitt handlar om kvalitetssäkring på verksamhetsnivå. Om ledningssystemet innehåller rutiner för bemötande i kritiska situationer har verksamheten verktyg för att gå vidare ifall utfallet kring bemötande vid en enhet inte är tillfredsställande. Först kan enheten ställa sig frågan: tillämpar vi de arbetssätt vi kommit överens om? Om svaret är nej på frågan blir åtgärden uppenbar, dvs. säkerställ att alla använder arbetssätten. Om svaret är ja, behöver enheten hämta hem bättre kunskap och omsätta den i förbättrade arbetssätt. Frånvaro av dokumenterade rutiner och säkring kring bemötandefrågor innebär att enheten riskerar att inte veta vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra utfallet. Granskningen visar att intervjuade verksamheter saknar den systematik som vi här söker efter. Följaktligen finns risk att verksamheter med sämre utfall i NPE kommer ha svårt att ringa in vilka åtgärder som leder rätt.

4 Svar på revisionsfrågor

Har landstingsstyrelsen, utifrån lagstiftning och föreskrifter, säkerställt att patienterna får ett bra bemötande?

Delvis. Det finns mål som berör det som tas upp i lagar och föreskrifter, däremot behöver landstingets ledningssystem utvecklas för att säkerställa ett bra bemötande.

Har landstingsstyrelsen fastställt styrdokument för patientbemötande och överensstämmer dessa med kraven i föreskrifter och lagstiftning?

Styrdokument i form av mål i landstingsplan finns. Målen berör det som tas upp i föreskrifter och lagar. Dessutom finns tydliga riktlinjer för alla verksamheter att utifrån detta utarbeta handlingsplaner. Vi besvarar utifrån detta revisionsfrågan med: Ja.

Är riktlinjerna implementerade ute i verksamheten?

Om riktlinjer i detta avseende är det som avses i frågan ovan så ja. Men om frågan avser riktlinjer för att säkra bra bemötande så nej.

Hur säkerställer landstingsstyrelsen att verksamheterna arbetar systematiskt med bemötandefrågor?

Landstingsstyrelsens säkring i detta avseende består i dels att mål och riktlinjer finns dels i att uppföljning sker av genomförandet av dessa mål samt att en övergripande uppföljning med ett särskilt index tagits fram. Vår bedömning är att detta inte är tillräckligt utan att utvecklingsarbete på verksamhetsnivå behöver ske (och eventuellt stödjas) för att säkra arbetssätt för ett bra bemötande.

Finns rutiner ute i verksamheterna för att fånga upp patient/anhörigs klagomål på bemötande?

Ja, rutinerna är dock inte enhetliga och leder idag inte till att klagomål och synpunkter kan sammanställas och aggregeras för analys m.m.

Hur följer landstingsstyrelsen upp effekterna av arbetet med bemötande i verksamheterna?

Detta sker primärt via NPE, även patientnämndsärenden analyseras systematiskt men det har inte framkommit att även klagomålsärenden och ärenden från



Landstinget i Värmland
Granskning av bemötande
KPMG AB
2018-09-05

avvikelsesystemet ingår i en samlad uppföljning och analys. Vissa verksamheter genomför egna uppföljningar. Den formella verksamhetsrapporteringen (delårs- och årsrapporter) innehåller en uppföljning av om aktiviteter i handlingsplaner har genomförts. Vi har däremot inte förstått det som att det finns krav på att varje verksamhet ska bedöma om deras bemötande har förbättrats.

Övergripande revisionsfråga:

Har landstingsstyrelsen en ändamålsenlig styrning, uppföljning och intern kontroll över arbetet med bemötandefrågor i hälso- och sjukvården

Delvis. Vår samlade bedömning är att styrningen på landstingsnivå är ändamålsenlig men att det inte är säkerställt att styrsignaler påverkar arbetet närmast patienterna. Säkring och uppföljning på verksamhetsnivå behöver utvecklas liksom landstingsstyrelsens uppföljning av detta. Landstingsstyrelsen har vidtagit relevanta åtgärder för att säkerställa uppföljning av fullmäktiges mål på landstingsnivå.

KPMG, dag som ovan

Andreas Endrédi
Projektledare och certifierad revisor

Sofie Wiessner
Granskare

Bilaga 1 Metod och utgångspunkter

Metod

Vår metod består av följande delar

- Intervjuer
- Dokumentgranskning
- Substansgranskning (datauttag ur landstingets avvikelssystem)

Intervjuer har skett med:

- Ordförande Landstingsstyrelsen
- 2:e vice ordförande Landstingsstyrelsen
- Ordförande Patientnämnden
- 2:e vice ordförande Patientnämnden
- Hälso- och sjukvårdschef
- Områdeschef slutenvård
- Biträdande Områdeschef öppenvård
- Enhetschef Patientnämndsenheten
- Handläggare vid Patientnämndsenheten
- Verksamhetschef Läns gemensam psykiatri
- Verksamhetschef Kvinnosjukvården
- Verksamhetschef Öppenvård Södra
- Projektledare avvikelshanteringssystem (AHA)
- Intervju med personalgrupp vid Beroendecentrum
- Intervju med personalgrupp vid Centrum för ätstörningar
- Intervju med personalgrupp vid Forshaga Vårdcentral
- Intervju med personalgrupp vid Gripen Vårdcentral
- Intervju med personalgrupp vid Gynekologiska mottagningen
- Intervju med personalgrupp vid Gynekologiska onkologimottagningen

Följande dokument har granskats:

- Landstingsplan 2018
- Landstingsfullmäktiges mätplan 2018
- Områdesplan slutenvård 2018
- Områdesplan öppenvård 2018
- Riktlinje för avvikelshantering
- Patientsäkerhetsstrategi
- Landstingets personalstrategi 2016-2018
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete



Landstinget i Värmland

Granskning av bemötande

KPMG AB

2018-09-05

- Läns gemensam psykiatri handlingsplan 2017
- Läns gemensam psykiatri handlingsplan 2018
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, Socialstyrelsen (SOSFS 2011:9)
- Kvinnosjukvården i Värmland Handlingsplan 2018
- Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig, Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal, 2015
- Reglemente för patientnämnden
- Patientnämndens årsredovisning 2017
- Patientsäkerhetsberättelse 2017

Bilaga 2 KPMGs exempel på hur bemötande kan konkretiseras

I våra intervjuer med verksamhetsrepresentanter har vi använt tabellen nedan som ett exempel på hur begreppet "bemötande" kan konkretiseras i tre delar. Tabellen har fungerat som ett diskussionsunderlag för att få mer kunskap om verksamheternas arbete med bemötande. Valda värden/mål i tabellen är baserade på våra konsulter erfarenhet av arbete med hälso- och sjukvård. Värdenas betydelse varierar mellan olika situationer och verksamheter.

Tabell 1 Kännetecknen för värdena information, delaktighet samt respektfullt bemötande och integritet.

Värden/mål	Kännetecknen
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter vet vart de kan vända sig • Tillgänglig och fungerande tidsbeställningsrutin – möjlighet att själv boka och välja tid • Patienten får reda på eventuella ändringar / förseningar (byta dag vid läkares sjukdom, förlängd väntetid på VC / ÖV-mottagning) • Information om förhållningsregler som patienten förstår • Systematik i att checka av att patienten har förstått särskilt viktig information
Delaktighet	<ul style="list-style-type: none"> • Diskussion/information om alternativa diagnoser och åtgärder/behandling och information om konsekvenser av olika alternativ • Tydlighet om och stöd till patienten om hens eget bidrag i sin vård.
Respektfullt bemötande & Integritet	<ul style="list-style-type: none"> • Ta sig tid att lyssna • Svara på patientens frågor • Ta patientens upplevelser på allvar • Enbart ställa relevanta frågor och på ett respektfullt sätt • Frånvaro från störande moment • Se hela människan, helhetssyn • Respekt för personlig och kroppslig integritet • Erbjuder sitt och andras stöd vid behov (tex känsligt provsvar)