Så mycket mer än ett tack och en ursäkt!

Analys av yttranden från vården i Halland

Skriven av Anna Persson Handläggare Patientnämnden Halland

PATIENTNÄMNDEN HALLAND

Din kommun i samarbete med Region Halland

Innehållsförteckning

Sammanfattning **1**

Bakgrund **2**

Syfte **3**

Metod och urval **3**

Resultat **5**

Åtgärder som vidtagits med fokus på utveckling av vården och patientsäkerheten 6

Åtgärder som vidtagits med fokus på specifika åtgärder för den enskilda patienten 17

Ett tack och en ursäkt 20

Diskussion **21**

Sammanfattning

Patienters och närståendes synpunkter och klagomål på vården leder till att verksamheter vidtar åtgärder för utveckling av vården och patientsäkerheten. Berättelserna kan bidra till uppmärksammande på risk för vårdskada eller uppmärksammande av att en vårdskada har skett, vilket kan ge verksamheten möjlighet att vidta adekvata åtgärder.

Analysen grundar sig på 175 ärenden där verksamheter visat på åtgärder som vidtagits efter det att patientens synpunkter och klagomål framförts via Patientnämnden.

I analysen framkommer det att verksamheter till exempel sett över att det finns adekvata rutiner, gått igenom befintliga rutiner samt säkerställt att de rutiner som finns är kända för samtliga medarbetare och att de följs. Patientberättelserna har även lett till utbildningsinsatser för personalgrupper samt dialoger i grupp eller med enskild medarbetare. Vissa patientberättelser har lett till utveckling av samverkan mellan olika vårdgivare. Synpunkterna har även funnits med som ett underlag inför kommande lokalöversyn och vissa berättelser har bidragit till att man sett ett behov av att ta fram ny eller revidera nuvarande patientinformation.

Utöver att Patientberättelserna påverkat vården på ett mer övergripande plan har ärendena lett till specifika åtgärder för den enskilda patienten så som individuellt anpassad information, justering i journal, byte av vårdpersonal, vidareremittering, second opinion och justering av patientkostnader. Vissa vårdgivare har gett konkreta tips och råd till patienter på åtgärder som de själva kan vidta.

Vi hoppas att analysen kan leda till reflektion kring den egna kulturen vad det gäller synpunkter och klagomål.

Vi hoppas också att de förbättringar och vidtagna åtgärder som patienterfarenheterna resulterat i sprids mellan olika verksamheter så fler får ta del av dem.

För den enskilda patienten kan även de svar som ”endast lämnar en förklaring” utan ytterligare vidtagen åtgärd vara av stor vikt. Att få en förklaring kan leda till att patienten kan få en ökad förståelse och då lättare kan acceptera situationen och gå vidare. Vårdgivaren bör kunna dra viss nytta av även dessa ärenden.

Glöm inte att ett tack och ett förlåt kan ha stor betydelse för den enskilda patienten.

Bakgrund

Patientnämndens huvudsakliga uppgift är att på ett lämpligt sätt hjälpa patienter att föra fram klagomål och synpunkter på vården till vårdgivare och säkerställa att klagomålen besvaras av vårdgivaren. [1] I svaret ska det framgå vilka eventuella åtgärder som verksamheten kommer vidta eller har vidtagit.[2]
Patientnämnden ska bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar bland annat genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regionen eller kommunen på riskområden och hinder för utveckling av vården. [3]
Regionerna och kommunerna ska organisera sin verksamhet så att slutsatser av de analyser som Patientnämnderna gör tas om hand och bidrar till hälso- och sjukvårdens utveckling. [4]
Utifrån denna bakgrund har Patientnämnden valt att analysera 175 ärenden där det framkommer att verksamheten har vidtagit någon form av åtgärd utifrån patientberättelser som är framförda via Patientnämnden. Vi vill med denna analys visa på hur patienternas upplevelser och berättelser kan vara en viktig bidragande faktor för vårdens utveckling och ökad patientsäkerhet. Vi hoppas att analysen kan bidra till en ökad förståelse för att patienternas berättelser har ett stort värde för vården.

Patientnämnden har även som uppgift att främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal. [5]
Vissa patienter upplever att de inte blir lyssnade till i vården och vänder sig till Patientnämnden för att få hjälp och stöd i att få vårdgivaren att förstå situationen från patientens perspektiv. Det är inte alltid så lätt att som patient få fram det man vill få sagt. Vi vill med analysen även visa på hur vissa patientberättelser kan leda till konkreta förändringar i den enskilda patientens vård.

---

[1] 2 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

[2] Rutin Patientklagomål Region Halland 2024-05-20

[3] 3 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

[4] 6 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

[5] 2 § lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

Syfte

Syftet är att belysa på vilket sätt patienternas synpunkter har bidragit till vårdens utveckling och till en ökad patientsäkerhet samt på vilket sätt synpunkterna har lett till en åtgärd för den enskilda patienten.

Metod och urval

Avgränsning

I analysen har vi valt att granska de patientärenden där verksamheten vidtagit någon form av åtgärd efter att de fått ta del av patientens berättelse genom Patientnämndens skrivelse ”Begäran om yttrande”. Vi har valt att inte granska de ärenden där patienten ”endast” fått en förklaring. Vissa ärenden är ställda från närstående, men vi kommer inte att skilja på dessa i analysen, utan hänvisar till patienten.

Sökning i databas

Samtliga ärenden Patientnämnden Halland tar emot registreras och dokumenteras i databasen Platina. För att få fram relevanta ärenden för analysen gjordes en sökning på de ärenden som under tidsperioden 2023-07-01 till och med 2023-12-31 registrerats som ärenden med svar, det vill säga ärenden som ställts till verksamheten med begäran om yttrande. Resultatet blev 529 ärenden.

Sökningen i platina har gått till enligt följande:

Diarium: Patientnämnden Halland
Datum: 2023-07-01 t.o.m. 2023-12-31
Typ av patientärende: Ärende med svar
} 529st.

Under sista halvåret av 2023 har Patientnämndens handläggare markerat ärenden där det framkommit att någon form av åtgärd vidtagits från verksamheten utifrån patientens berättelse. Åtgärd har inkluderat allt som på ett eller annat sätt lett till en förändring för patienten/närstående, personalen eller vården. I samtliga av ärendena har patienten fått någon form av förklaring. De ärenden som ”endast” gett patienten en förklaring har inte markerats med ”åtgärd”.

På grund en utveckling av Platina har det under året funnits tre olika sätt att digitalt markera dessa ärenden. Det har därför gjorts tre olika sökningar för att finna alla aktuella ärenden. Dessa sökningar har gjorts utifrån de ovan nämnda 529 ärendena.

Ärenden markerade med ”åtgärd” gav följande utfall:

Kategori - Märkning: 52st.
Åtgärd – Patientens önskemål om åtgärd: 21st.
Kategori - Komplettering till kategori: 112st.

} 185st.

Ovanstående sökningar gav sammanlagt 185 träffar.

Vid genomgång av ärendena visade det sig att tio av dessa ärenden hade märkning på två olika ställen, vilket resulterade i 175 (185-10) enskilda ärenden.

Det är dessa 175 ärenden som ligger till grund för analysen.

Då vissa ärenden som registrerats under 2023 ännu inte är avslutade, vilket innebär att ändringar kan göras i dessa ärenden gjordes bedömningen att ingen ytterligare sökning inför analysen skulle göras efter datumet 2024-08-26. Analysen är således gjord utifrån den statistik som fanns vid detta datum.

Genomläsning av ärenden

Samtliga yttranden har lästs vid ett flertal tillfällen. För att få en bättre bild av vad ärendet handlar om har det ofta funnits ett behov av att även läsa skrivelsen ”Begäran om yttrande”.

Genomläsningen har resulterat i en kategorisering som redovisas i resultatet.



Resultat

Vid genomgång av yttrandena har det framkommit flertalet åtgärder som verksamheten vidtagit. På ett tydligt sätt kan vi se att patienternas berättelser gjort skillnad för utvecklingen av vården och patientsäkerheten, men även att de bidragit till konkreta förändringar för den enskilda patienten.

I analysen följer en redogörelse för de vanligaste åtgärderna som vidtagits. Åtgärderna har kategoriserats för att ge en bättre överblick. Det tre huvudkategorierna är:

”Åtgärder som vidtagits med fokus på utveckling av vården och patientsäkerheten.”

”Åtgärder som vidtagits med fokus på specifika åtgärder för den enskilda patienten.”

”Ett tack och en ursäkt.”

Vissa åtgärder som vidtagits kan tyckas viktigare och större än andra, men inte att förglömma att processen snurrar sämre om så även det minsta ”kugghjulet kärvar”. Det är också så att för den enskilda patienten kan varje åtgärd, om än den kan tyckas vara liten, vara nog så viktig, inte minst för att man som patient ska känna sig lyssnad till och tagen på allvar.

Vid genomläsning av ärendena framkom att många vårdgivare var tacksamma för att patienterna hade hört av sig och många av vårdgivarna bad om ursäkt för det inträffade.



Åtgärder som vidtagits med fokus på utveckling av vården och patientsäkerheten

Flertalet av ärendena visade på åtgärder som hade vidtagits på ett övergripande plan, för att driva en utveckling av vården och sträva mot en förbättrad patientsäkerhet.

Översyn av rutiner

En översyn av rutiner har inneburit att man i vissa fall har funnit behov av att dessa behövde revideras, att nya rutiner behövde upprättas eller att det fanns ett behov av att ha en genomgång av specifika befintliga rutiner för att säkerställa att de är väl kända hos personalen och att de följs.

Nedanstående exempel visar på hur en vårdcentral utifrån en patientberättelse gjort en förändring i ett befintligt arbetssätt gällande bedömning relaterade till rörelseorganen. Patienten i detta ärende hade varit på besök hos sjukgymnast under flera månader och på grund av osäkerhet hade läkare konsulterats, men dock inte träffat patienten.

I yttrandet kan man läsa följande:

”Första bedömningen görs på vår direktmottagning av sjukgymnast vid besvär som är relaterade till rörelseorganen. Det vi kan ta till oss och förändra är att vid osäkerhet och läkarkonsultation alltid se till att läkaren kommer in i rummet och bedömmer dig som patient. Detta kommer tas upp på kommande sjukgymnast- och läkarmöte.”

I följande exempel har man uppmärksammat att rutiner fanns, men att de inte har varit kända eller följts och man har vidtagit åtgärder för att situationen inte ska inträffa igen. Berättelsen gällde en patient som var dement och skrevs ut sent på kvällen med kvarvarande venkateter och EKG elektroder. Detta ledde till oro och kraftig blödning då patienten stod på blodförtunnande.

I yttrandet från verksamheten kan man läsa att rutiner frångåtts och att diskussion kommer tas med medarbetarna för att säkerställa att rutinen är välkänd och följs.

”Vi förstår att detta skapat oro och besvär för er och det är absolut inte acceptabelt för oss. Vi har frångått rutinen då både venkateter och EKG-elektroder ska avlägsnas innan hemgång. Vi kommer lyfta rutinen med medarbetarna för att säkerställa att liknande situation inte upprepas.”

I vissa fall har man funnit behov av att ta fram helt nya rutiner så som i nedanstående exempel där en patient gått med ett bensår under flera års tid och man inte uppmärksammat att det var cancer. Patientens berättelse har här bidragit till upprättandet av en ny rutin för att öka patientsäkerheten.

Verksamheten uttrycker sig enligt förljande:

”Vi beklagar det långdragna förloppet och att det har orsakat dig långvariga besvär. Vi har nu tittat på ditt ärende tillsammans med våra läkare och vår medicinskt ansvariga läkare på vad vi skulle kunna gjort annorlunda. Resultatet av våra diskussioner har blivit att vi upprättat en rutin som både sköterskor och läkare kan hålla sig till när någon av våra patienter behöver en sådan handläggning där man behöver väga in många olika aspekter.”

I ett annat ärende hade inte kommunikationen gällande omhändertagande och medicinering fungerat som det borde och i yttrandet kunde man läsa att flera åtgärder vidtagits. Man har informerat personal för att säkerställa kompetens, uppmärksammat personal på de riktlinjer som finns samt infört en ny rutin gällande motläsning av muntliga ordinationer.

I yttrandet kan man läsa följande:

” Händelsen har diskuterats med berörd personal, som tagit händelsen med stort allvar, och därefter lyfts i samtliga yrkesgrupper med syftet att det inte ska hända igen. Sjuksköterskorna har informerats om det potentiellt hastiga och allvarliga förloppet vid neutropen feber, påmints om gällande generella direktiv samt vikten av att säkerställa samsyn kring ordinationer. Motläsning av muntliga ordinationer har införts.”

Även i följande exempel har man sett ett behov att ta fram en ny rutin/nytt arbetssätt. I denna berättelse kan man läsa om en patient som var uppsatt för operation, men där detta beslut sedan ändrades på operationsdagen.

I yttrandet kan man läsa följande:

”På grund av det inträffade har vi lyft en diskussion på kliniken om att alla läkare som träffar denna typ av patienter med (…) och anmäler dem för operation ska diskutera med någon av oss på (…) teamet innan.”

Analysmaterialet visar på allt ifrån små justeringar som gjorts i rutiner och säkerställande av att befintliga rutiner följts till att nya rutiner upprättats utifrån allvarliga händelser som skett eller där man sett att en allvarlig händelse skulle kunna ske.

Utbildningsinsatser

Patienternas berättelser har även lett till utökade utbildningsinsatser av olika slag. Detta för att säkerställa kompetensen hos personalen.

I ett patientärende kunde man läsa om en patient som drabbats av en fraktur på en halskota och att halskragen där suttit fel.

I yttrandet kan man läsa följande:

”Jag har tagit del av dina synpunkter/ klagomål via Patientnämnden gällande omvårdnaden av (…) och kan bara beklaga att halskragen inte har suttit rätt och att det inte skötts på ett bra sätt. Troligtvis en kunskapsbrist, men något som inte får hända.

Vi har redan inskolningsrutiner för detta men uppenbarligen har det brustit. Därför har vi startat upp repetitionsutbildningar avseende fraktur i rygg, nacke och behandling av dessa.”

Patientberättelsen har här bidragit till vidareutbildning för personalen.

I en berättelse belystes att en patient som var mycket svårt sjuk inte varit optimalt smärtlindrad. Verksamheten uttryckte sig enligt följande i sitt yttrande:

”Givetvis är det beklagligt att smärtlindringen av (…) inte var optimal under vårdtiden. Efter påpekandet i brevet från (…) så har vår avdelningschef haft ett samtal med de personer som var inblandade i vården och man har initierat ytterligare utbildning vad det gäller smärtlindring för personer på vårdavdelningen.”

Personalen har således i och med patientberättelsen fått ytterligare kunskap om smärtlindring.

Följande exempel visar på vikten av en god introduktion och av att vårdpersonal ges tid och möjighet att läsa på inför ett besök samt har rimlig tid till förfogande för patienten. Vikten av en lugn arbetsmiljö framhålls.

I ärendet beskrev närstående till en dement patient att läkaren var försenad, kom in utan att hälsa och sa otåligt till patienten att sätta sig på britsen. När närstående som var med vid besöket påtalade patientens tillstånd uppgav läkaren att hen inte visste, trots att information givits samt att det framkom i journalen. Patienten kände tydligt av läkarens otålighet och det låste då sig helt för hen och hen förstod inte läkarens instruktion.

Vidare beskrev närstående hur läkaren snabbt förlorade tålamodet, sa att hen var försenad och att patienten kunde komma en annan dag när hen var bättre.

Den närstående kände sig oerhört ledsen och besviken och upplevde att läkaren helt saknade förståelse och empati för en dement person och upplevde bemötandet som ovärdigt.

Verksamheten gav följande yttrande:

”Som chef får jag ta på mig ansvaret för att vi inte planerat och avsatt tid för en ordentlig introduktion, med genomgång av system, utrustning och rutiner.

Jag har gått igenom ärnedet med hen och hen uppger att hen var mycket stressad över att komma till ett nytt sjukhus och upptäcka att hen hade fullbokad mottagning. Hen vill också framföra sina ursäkter.

Vi kommer nu att lägga fokus på att göra bättre planering för introduktion. Vi kommer också att aktivt arbeta med bemötandefrågor, bland annat med koppling till kultur och funktionsvariation.”

Närståendes berättelse har således bidragit till att ge personal bättre förutsättningar vid introduktion, vilket inte bara gynnar patienterna utan även personalen som får en lugnare och tryggare arbetsmiljö. Berättelsen har även bidragit till kompetensutveckling.



Dialog i personalgrupp

Utöver större utbildningsinsatser har det framkommit att många av ärendena har lett till dialog i personalgrupper. Man har till exempel visat på att man planerar att lyfta eller redan har lyft ärendet med till exempel sjuksköterske- eller läkargrupper eller på en arbetsplatsträff, detta med ett lärande syfte. Vi kan i dessa ärenden se att patienternas berättelse har lett till en möjlighet för personal att diskutera händelser där allt inte gått som det ska och tillsammans getts möjlighet att ta lärdom och finna arbetssätt som förhindrar att detta ska inträffa igen.

En berättelse handlade om infektion hos ett barn där man sett en vinning i att lyfta ärendet i personalgruppen.

I yttrandet kunde man läsa följande:

”På mottagningen har vi noga gått igenom de kriterier som gäller vid infektion hos barn och särskilt de bedömningskriterier som gäller för att misstänka allvarlig infektion. Detta har gjorts i den samlade personalgruppen med såväl sjuksköterskor som läkare.”

I ett annat ärende kunde man läsa om att det skrevs en remiss till vårdcentralen där man bad vårdcentralen att kalla patienten till ett läkarbesök p.g.a. lågt blodvärde. Vårdcentralen i sin tur returnerade remissen p.g.a. att de menade på att remitternade verksamhet enligt rutin ska be patienten själv kontakta vårdcentralen för att boka en tid. Ingen meddelade dock patienten som i sin tur väntade en månad på att få en kallelse till mottagningen. Kallelsen fick hen först efter att hen själv hört av sig. Den långa väntetiden skapade stor oro för patienten.

I yttrandet kunde man läsa hur detta lyfts i läkargruppen för att samma misstag inte ska hända igen.

”Jag har tagit upp din anmälan med vår läkarchef som kommer informera läkargruppen om att alltid be patienten själv att boka tid på vårdcentralen för att undvika liknande händelser igen.”

Ibland är det små missar som kan få stora konsevenser för patienten.

I en berättesle kan man läsa om att man från vården missat att patienten hade en stor mängd vätska i ena lungan.

I yttrandet kunde man läsa följande:

”Jag har tagit del av din journalanteckning och kan se att vi inte har hanterat ditt ärende på ett optimalt sätt. En tolkning av mig är att man utgått från din uppgift om revbensfraktur och handlagt ärendet utifrån den rutinen och kunskapen och detta visade sig ju vara helt fel.

Vi kan tyvärr inte göra det gjorda ogjort, men vi kan absolut lära oss av din sjukhistoria. Jag kommer att ta med mig din berättelse till en arbetsplatsträff så vi kan diskutera handläggande, tidsförskjutning och slutdiagnos och på så sätt lära oss utav det som nu blev fel, så vi framledes kan hantera liknande fall på ett bättre sätt.”

Vårdgivaren visar här på hur personalgruppen kan lära sig av det inträffade.

Nedan följer ytterligare ett exempel där en patientberättelse lett till dialog och lärande i personalgrupp. Berättelsen ledde här till att vårdgivaren utredde ärendet och bedömde att det hade tagit för många besök tills dess att diagnos ställdes och man kunde se att det fanns lärdomar att dra.

”Vi kommer följa upp handläggningen här på (…) noggrant då kunskapen om etmoidit är viktig och detta är tillstånd som förekommer hos barn i dessa åldrar. Handläggningen och bedömningen av detta tillstånd kräver att barn skickas akut så tidigt som möjligt om man misstänker detta. Genomgång av sjukdomen och handläggningen av denna patient kommer vi att informera hela vår läkargrupp och sjuksköterskegrupp om för att på ett bättre sätt handlägga behandling och undersökning. På våra gemensamma arebtsplatsmöten diskuterar vi dessa ärenden.”



Samverkan mellan olika verksamheter

Flera ärenden visade på brister som berörde samverkan mellan olika verksamheter. I yttranden framkom att dialoger i vissa fall hade förts mellan verksamheterna för att finna en gemensam lösning där man sätter patienten i fokus. Detta innebar att man involverat andra verksamheter i det inträffade. Ett patientärende som ställts till en specifik verksamhet kan alltså ge ringar på vattnet så att fler verksamheter kan dra nytta av det direkt.

Nedanstående är ett exempel på samverkan mellan olika verksamheter in om regionen och en av de halländska kommunerna där man försöker finna förbättringar för att barn inte ska ”ramla mellan stolarna”.

”Vi har på mottagningen tillsammans diskuterat detta (…) fall efter att ha avidentifierat journalen. Rutiner och riktlinjer gällande såväl remissförfaranden som rådgivning och utredningar har gåtts igenom. Vi kommer också att diskutera handläggningen och remisshanteringen i (…) samverkansgrupp (…) för att tillsammans minska risken för att bl.a. barn och unga inte skall ”ramla mellan stolarna” i utredningarna.”

Patientberättelsen har i detta fall bidragit till ökad samverkan som förhoppningsvis kommer gynna flertalet barn och unga.

För många patienter är det flera vårdverksamheter som är involverade i deras vård. Ett gott samarbete kan här vara väldigt viktigt.

Ett patientärende visade på vikten av att lyssna till patienten och säkerställa rätt diagnos. Verksamheten har här vidtagit flertalet åtgärder utifrån det inträffade och även involverat andra kliniker.

Patienten hade cancer som behandlades med syftet att bota. Hen fick senare bland annat domningar i benen och ryggsmärtor. Patienten sökte vid flertalet tillfällen vård, men upplevde sig inte bli lyssnad till och man uppmärksammade inte den riktiga orsaken till hens besvär. Utredning visade senare på fraktur på grund av misstänkt metastas.

I yttrandet gällande detta ärende framkom att man har gjort en intern utredning och man skriver bland annat följande:

”Jag ska försöka besvara de frågor ni har och redogöra för de diskussioner vi haft inom kliniken och vilka lärdomar vi har dragit.

Vi bedömer att det finns en otillräcklig kunskap generellt om förlopp och varningstecken vid ryggmärgspåverkan från metastaser. Detta tillsammans med att man vill spara patienten från obehag vid undersökning, riskerar alltså att man missar allvarliga varningstecken.

Kontakt är tagen med (…) kliniken för att genomföra undervisningstillfällen för genomgång av symtombild och undersökningsfynd vid svår akut ryggsmärta hos patient med misstänkt spridd cancer.

Vi har även haft dialoger med (…) klinik avseende det faktum att patienten var inneliggande flera dagar (…).

Vi vet att det finns en risk att man vid nya undersökningar förlitar sig på tidigare bedömningar. Även här ser vi att vi återkommande behöver påminna oss om och diskutera vikten av att alltid väga tillsammans patientens symtom med de uppgifter man fått från undersökningar, antingen vid besök, eller i samband med till exempel röntgen."

Patientens berättelse har här lett till utökade utbildningsinsatser där man tagit hjälp av andra kliniker. Även diskussioner med personal har utökats för att något liknande inte ska hända igen och vårdpersonal har fått möjlighet till ytterligare reflektion kring bedömningar.

I ett yttrande kunde man läsa följande:

"Vi har kommunicerat kring fallet och överlagt kring vad som kunde gjorts annorlunda. Vi måste alltid utveckla vårt samarbete kring denna typ av fall. Undertecknad har dragit lärdom kring vikten av tydlig kommunikation med ansvarig läkare på (…)."

Patientberättelsen har här lett till uppmärksammande av vikten av tydlig information mellan läkare på olika kliniker i situation där olika kliniker är involverade i patientens vård.



Dialog med enskild personal

I flertalet av ärendena framkom att det har förts en dialog med den personal som varit involverad i händelsen. I vissa av ärendena har denna dialog förts innan yttrandet har skrivits. Man kan då se att vederbörande har varit delaktig i yttrandet på ett eller annat sätt. Antingen har vederbörande själv skrivit en del av yttrandet, hela yttrandet eller så har dialog förts med vederbörande och därefter har yttrandet skrivits av till exempel verksamhetschef eller den person som fått uppdraget att sammanställa yttrandet. Det har till exempel förts dialog gällande de bedömningar som gjort för att få klarhet i hur det blev som det blev eller gällande att patient/närstående upplevt ett otrevligt bemötande.

I ett ärende kunde man läsa om att brister i remissförfarande ledde till försenad vård. I yttrandet står följande:

”När vi skickar remiss så ska ansvarig läkare diktera remissen så att en medicinsk sekreterare sedan kan skriva ut och skicka remissen enligt rutin som vi har så ska läkaren markera detta diktat som akut för att medicinsk sekreterare ska uppmärksamma diktatet. I ditt fall så har läkaren inte markerat diktatet som akut och därav så har det dröjt innan remissen skickades. Jag kommer att ta en dialog med berörd läkare för att säkerställa så att rutinen följs.”

Dialog har här tagits med berörd personal för att säkerställa att rutinen är känd och följs.

I ett annat ärende kunde man läsa om en patient som har upplevt ett väldigt otrevligt och respektlöst bemötande och i svaret kan man läsa följande:

”När man som patient kommer till (…) mottagningen ska man bli lyssnad på och behandlas med respekt, utifrån din beskrivning har vi brustit i detta. Jag ser allvarligt på detta och kommer att ha enskilda samtal med både sjuksköterska och läkaren du träffade.”

Här upplystes personalen om patientens upplevelse, vilket gav en möjlighet till reflektion och förändring för den enskilde.



I vissa ärenden framkom tydligt att specifik personal tagit till sig av synpunkterna på en personlig nivå och själv reflekterat över det som inträffat samt uppmärksammat att man själv kan göra en förbättring för att något liknande inte ska inträffa igen. Nedan följer ett par exempel på detta.

”I fortsättningen kommer jag berätta för patienten vad som hänt om det är något som verkar avvikande även om inget fel uppmärksammas vid kontroll. Detta för att patienter inte ska behöva gå hem och vara oroliga och undra vad som skett.”

”Jag har funderat flera gånger efter vårt samtal på (…) kring hur det hade kunnat göras bättre under de omständigheter som förelåg. Jag är tacksam för att du hört av dig och återkopplat att det inte blivit bra, och tar till mig detta och fortsätter försöka göra på bästa sätt möjliga nästa gång jag befinner mig i ett liknande sammanhang.

Vill du diskutera vidare eller har frågor eller funderingar kring ovanstående så är du varmt välkommen att höra av dig, antingen via patientnämnden eller direkt till mig.”

I vissa av yttrandena framkom att ansvarig chef planerade att ha en dialog med involverad personal för att informera om det som inträffat. Detta för att vederbörande ska bli medveten om patientens synpunkter/det som inträffat samt för att som enskild person ges möjlighet att ta lärdom av det som inträffat. Vederbörande hade i dessa fall inte varit delaktig i yttrandet.

Nedan följer ett par exempel på detta.

”Jag fäster stor vikt på att ta lärdom och utvecklas av de tillfällen det inte går som vi vill eller det är tänkt. Jag är därför extra tacksam över att du har hört av dig till mig. Jag kommer, genom personalens närmaste chef, ha samtal med berörd personal där vi går igenom omhändertagandet av dig. Syftet med det samtalet är att reflektera kring de konsekvenser våra patienter kan lida när riktlinjer inte följs och jag förväntar mig att personalen tar lärdom och utvecklas av det inträffade. Jag vill än en gång beklaga din upplevelse, men också tacka för att du hjälper oss att utvecklas.”

”Jag har varit inne och läst den anteckning som sjuksköterskan har gjort och utifrån den är min bedömning att du utifrån ett medicinskt perspektiv inte behövde göra fler undersökningar eller träffa läkare. Sjuksköterskan som du träffade borde på ett bättre sätt försökt få dig trygg med det beslutet. Utifrån din berättelse har vi inte lyckats med detta. Jag kommer att ta en dialog med berörd medarbetare kring vikten av att lyssna på patienten och hantera den oro som kan finnas.”

Lokalöversyn

Det har även kommit in synpunkter som man tagit med i fortsatt arbete av översyn av lokaler. I nedanstående fall gällde ärendet ett barn som inkommit med blindtarmsinflammation där man hade en del olika synpunkter gällande vården. Ett utdrag ur yttrandet lyder enligt följande:

”En översyn av (…) lokaler pågår och de synpunkter ni framför kommer att tas i beaktande i denna planering för att om möjligt skapa en lugnare miljö för barn som skall eller har opererats.”

En patient hade synpunkter på en synbar bältessäng i ett väntrum. I yttrandet kan man läsa att verksamheten ska se över vad de kan göra åt situationen.

”Du frågar också kring en tidigare händelse där du kommit in till (…) och fått vänta på bedömning sittandes i en bältessäng. Det stämmer att vi har en sådan säng i vårt akutrum (…). Jag kan absolut förstå att det kan upplevas olustigt, och vi ska se över om det på något sätt går att dölja denna bältesanordning då den inte används.

Information till patienter

Flera berättelser har lett till förbättrade informationsinsatser för patienterna, vilket är av stor vikt för att man som patient ska kunna känna sig lugn och trygg.

Nedanstående berättelse gällde en patient som upplevt bristande information gällande specifik analys.

”Dina synpounkter har föranlett att vi på mottagningen kommer se över vilken skriftlig information vi behöver och försöka inskaffa eller göra egen samt hur vi säkerställer att patienten har uppfattat information så att det minimerar risken för otydlighet.”

Detta ärende har således lett till förbättrat informationsmaterial, men även uppmärksammat verksamheten på vikten av att patienten har förstått den information som ges.

En annan patient upplevde bristande information inför och under en undersökning.

I yttrandet kan man läsa följande:

”Vi kommer ta med hens synpunkter och försöka förbättra patientinformationen och omhändertagandet framöver.”

Åtgärder som vidtagits med fokus på specifika åtgärder för den enskilda patienten

Utöver åtgärder som vidtagits med fokus på utveckling av vården och patientsäkerheten har det även framkommit att flertalet av ärendena visat på åtgärder som varit konkreta och direkt förändrat vården för den enskilda patienten.

Dokumentation i journal

Många patienter läser idag sina journaler, antingen via 1177 eller begär ut dem i pappersform. En god journalföring är av stor vikt för att säkerställa god och säker vård.

I en berättelse kunde man läsa om en patient som hade upplevt allvarliga biverkningar av ett läkemedel, man hade sedan säkerställt att detta tydliggörs i journalen för att patienten inte ska riskera att drabbas igen. I yttrandet kunde man läsa följande:

”Sedan händelsen finns det nu dokumenterat under OBS-knappen att undvika (…) på grund av biverkningar för att du ska slippa uppleva detta igen.”

I ett annat ärende hade en patient påpekat att det saknades en journalanteckning i samband med blodtrycksfall. I yttrandet kunde man läsa följande:

”Tack för påpekandet angående journalföring. Jag har nu infört en anteckning angående detta.”

Patientkostnader

Ibland debiteras patienter på ett felaktigt sätt. I en berättelse uppger patienten att hen inte har medgivit sitt samtycke till specifik behandling som hen sedan debiterats för. Verksamheten har här uppmärksammat den felaktiga debiteringen och rättat till misstaget.

Ett utdrag av yttrandet från verksamheten följer nedan:

” (…) synpunkter på kostnaden har mottagits och en rättelse har gjorts från (…).

Motivering: Patienten skall ges möjlighet att ge sitt samtycke eller tacka nej till en åtgärd som 311 som är en kostnad för undervisning. Inget kostnadsförslag lämnades till patienten innan behandlingen påbörjades så kritiken är befogad på ovan åtgärd.”

Vidareremittering/second opinion

Ibland upplever patienter att de inte blir lyssnade till eller trodda på, alternativt att de inte känner sig trygga med den bedömning som gjorts. Ibland önskar då patienten få remitteras vidare för ytterligare utredning eller för ny bedömning.

En patient beskrev att hen upplevde att det efter lång tid av problem inte fanns någon vilja från aktuell verksamhet att hjälpa hen, utan att hen hänvisades till vårdcentralen. Hen önskar en ny genomgång av sitt ärende. Nedan följer ett utdrag ur yttrandet.

”Orsaken till din förändrade smärtbild är oklar och man kan inte säkert se någonting på bildmaterialet. Det är nog någonting som talar för att det inte går att göra något ytterligare kirurgiskt men eftersom du önskar vidareremittering så kommer jag att skriva remiss till (…) kliniken Malmö för bedömning där.”

En patient beskrev att hen kände en total hopplöshet över att inte bli tagen på allvar och att hen blev nekad ordentlig utredning trots sin svåra och omfattande symtombild. Patienten kände att hen inte orkade kämpa för att bli trodd mer och bad om att få bli ordentligt utredd och få den hjälp hen behöver för annars var hen rädd att hen inte skulle överleva. Hen har vänt sig till Patientnämnden för att bland annat få svar på varför hen nekas fortsatt utredning trots sitt svåra tillstånd. Patienten hade själv misstanke om specifik diagnos.

” Enligt granskning av befintliga journalanteckningar hos oss finns inga uppgifter som talar för artrit eller inflammatorisk systemsjukdom men vi förstår din oro och erbjuder en second opinion hos annan erfaren specialist som kan göra en förnyad bedömning. Du kommer att kallas snarast till detta besök.”

Vid dessa fall har läkare efter att patienten framfört sina synpunkter gjort bedömningen att det kan finna en vinst med att remittera vidare patienten alternativt erbjuda en förnyad bedömning.



Byte av vårdpersonal

Att ha förtroende för sin vårdpersonal kan vara av stor vikt för en patient. Nedanstående ärendet gällde en patient som drabbats av ett handhavandefel hos personal och som efter skrivelsen erbjudits byta vårdpersonal. I yttrandet kunde man bland annat läsa följande:

”Vi erbjuder dig också att byta sjuksköterska om du önskar det.”

Förhoppningsvis kan detta leda till en fortsatt god vårdrelation med vårdgivaren.



Individuellt anpassad information

Nedanstående exempel visade på åtgärder som vidtagits för att säkerställa individuell information till specifik patient.

”Du har under vårdtiden träffat läkare för bedömning vid ett tiotal tillfällen. Du har vid upprepade tillfällen fått information om de läkemedel som ordinerats. Vi beklagar att Du trots detta upplever informationen som bristfällig och tar till oss av detta. För att förbättra informationen kommer vi erbjuda såväl muntlig som skriftlig information kring Din behandling.”

Förslag och tips

I vissa fall har verksamheten gett konkreta förslag eller tips till patienten för att visa på hur situationen skulle kunna underlättas för den enskilde.

Ett exempel på detta följer nedan:

”En lösning för att ändra på din upplevelse av väntrummet kan vara att du i förväg ringer och pratar med personalenen på (…) mottagningen och bokar in dig på ett klockslag som du kommer. På så vis kan de förhoppningvis ta hand om dig snabbare, alternativt hämta upp dig i entréhallen vilket minskar tiden du behöver vistas i väntrummet. Hoppas att detta kan leda till att din upplevelse förbättras.”

Ett tack och en ursäkt

Att få ett tack och en ursäkt kan vara mycket värt.

I drygt 30% av ärenden framför verksamheten ett uttryckligt tack till patienten/närstående för att de har framfört sina synpunkter och på så sätt gett verksamheten en möjlighet att utveckla vården mot en tryggare och säkrare vård.

”Tack för dina synpunkter som är viktiga i vårt förbättringsarbete av vården och vi uppskattar när vi får återkoppling.”

”Jag ser ett stort värde i den återkoppling vi får av de vi är till för, våra patienter, och vill därför rikta ett tack till dig, (…) för att du har hört av dig till oss.”

I drygt 60% av ärendena ber verksamheten om ursäkt för det inträffade.

”Vi strävar alltid efter att erbjuda högkvalitativ vård och kommunikation till våra patienter och deras familjer. Tyvärr har vi inte levt upp till dessa förväntningar i det här fallet och vi beklagar djupt detta.”



Diskussion

Utifrån genomgång av utvalda ärenden för analysen vågar vi påstå att patienternas berättelser kan göra skillnad för den enskilda patienten, för verksamheten och patientsäkerheten, men även leda till reflektionsmöjlighet för den enskilda medarbetaren och visa på arbetsförhållanden som skulle kunna bli bättre.

”Jag vill inte att någon annan ska drabbas av något liknande”

Flertalet patientberättelser bidrar till ökad patientsäkerhet och det finns flera exempel på hur vårdgivaren och den enskilde medarbetaren har tagit till sig det patienterna framfört, utrett händelsen och visat på vidtagna och kommande åtgärder för att något liknande inte ska hända igen. Flera berättelser har även lett till egenreflektion hos medarbetare.

I dialogen mellan handläggare på Patientnämnden och patient/närstående är det ofta som patienterna tydligt uttrycker att de vill framföra sin berättelse för att minska risken att någon annan ska drabbas av något liknande, så det är väldigt roligt att få ta del av alla exempel som finns och känna att vi kan bekräfta för patienter/närstående att deras berättelser gör skillnad.

Berättelserna visar på att patienter som själva har drabbats av något tråkigt trots det tar sig tid och ork att berätta sin berättelse för att ingen annan ska drabbas.

Sprid lärdomarna!

När man tar del av alla åtgärder som framkommer i yttrandena slås man av en önskan om att dessa erfarenheter och lärdomar inte stannar hos den egna verksamheten då det i många fall handlar om synpunkter som kan vara till glädje och nytta för flera verksamheter.

Med detta sagt så är vår förhoppning att man inom vården tar till sig den här utmaningen att ha gränsöverskridande dialoger gällande förbättringsområden. Genom att man delar med sig av de fynd och åtgärder som vidtas kan patientens berättelse göra skillnad mer än hos den enskilda verksamheten.

”Ingen vill ta ansvar”

I några av yttrandena har flera verksamheter varit involverade i händelsen. I vissa fall har verksamheterna då gått ihop och lämnat ett gemensamt yttrande.

En önskan hade varit att fler verksamheter gör detta för att kunna dra gemensamma lärdomar. Med gemensamma yttranden minimeras även risken för att patienten ska känna att verksamheterna skyller på varandra. Likaså minskar även risken för att patienten upplever att hen bollas mellan de olika verksamheterna och uppleva att ingen vill eller tar ansvar. Ett gemensamt yttrande skulle även kunna visa att man ser och sätter den enskilda patienten i fokus.

I tidigare analyser som Patientnämnden gjort framkommer tydligt upplevelsen av att man som patient bollas mellan verksamheter och att ingen vill ta ansvar och det är ju oerhört olyckligt om man som patient upplever samma sak när man tar del av yttrandet, som man upplevt vid sitt vårdbesök.

Vad händer nu och vad händer sen?

I yttrandena som patienterna, samt vi som handläggare, får ta del av framkommer inte alltid vilka åtgärder som kommer vidtas eller har vidtagits. Det hade varit ett önskemål att åtgärderna i större utsträckning tydliggjordes i yttrandena då vissa patienter saknar denna information.

Vårdgivaren ska ge den klagande en förklaring till vad som har inträffat, och i förekommande fall, en beskrivning av vilka åtgärder som vårdgivaren avser att vidta för att liknande händelse inte ska inträffa igen.[6] I den Regionala rutinen gällande Patientklagomål och synpunkter tydliggörs detta.

Många patienter saknar en återkoppling efter det att åtgärderna vidtagits och de saknar uppföljning gällande vad som hände efter att dessa åtgärder vidtagit. Då denna information idag inte når Patientnämnden kan den inte vidarebefordras genom oss till patienten.

[6] 11 kap. 2a § patientlagen (2014:821)

I ett exempel kan man dock läsa att närstående kommer få uppföljning på sitt ärende. Nedanstående är ett utdrag ur ett yttrande som en verksamhet har svarat ut till Patientnämnden efter att de haft samtal med närstående.

”Undertecknad kommer bekräfta för henne när det vidtagits samtliga åtgärder enligt ovan, det vill säga att vi har för avsikt att ta ytterligare telefonkontakt för uppföljning.”

Det vi på patientnämnden dock kan följa är om liknande ärenden återkommer.

”I ett ärende kunde man läsa att ”Vi ser allvarligt på händelsen och gör en intern utredning och tar fram åtgärder för att detta inte ska hända igen och kommer följa detta noggrant framgent.”

Troligen och förhoppningsvis följer verksamheterna upp vidtagna åtgärder internt vilket kan framkomma i vårdgivarens patientsäkerhetsberättelse.

Vårdgivaren ska varje år ska upprätta en patientsäkerhetsberättelse av vilken det bland annat ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet bedrivits, vilka åtgärder som vidtagits för att öka patientsäkerheten och vilka resultat som har uppnåtts. [7]

Vikten av att som patient bli lyssnad till

Det har framkommit flertalet exempel på hur vården för den enskilde förändrats till det bättre. Ibland behöver patienter hjälp med att formulera vad de menar, anser och vill. Det är inte alltid så lätt och ibland kan det bli missförstånd. I dessa situationer kan vi se att vi som handläggare på Patientnämnden kan göra skillnad. Handläggaren kan ta sig tid och lyssna in patientens berättelse och utifrån det hjälpa hen att bli förstådd.

Kanske har inte vårdpersonalen förstått vad patienten menar och ibland ger man som patient upp, särskilt när man själv inte mår bra och har lite ork utifrån situationen. Personalen kan befinna sig i en stressad situation och kanske inte känner att de har möjlighet eller hinner lyssna in patienten ordentligt. Det kan även finnas andra saker som spelar in.

[7] 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659)

”Endast en förklaring”

Som tidigare nämnts så har vi i denna analys inte tittat på de ärenden/yttranden där patienterna ”endast” fått en förklaring. Att lämna en förklaring är trots allt en vidtagen åtgärd. Verksamheten har ofta gått igenom ärendet, men kanske funnit att det inte begåtts några direkta brister, men vi vågar påstå att det i de flesta ärenden finns något som verksamheten trots allt kan ta lärdom av.

I flertalet av de analyser vi tidigare gjort på Patientnämnden framkommer vikten av information, bemötande och kommunikation och vår förhoppning är att man även i dessa ärenden där patienten ”endast” får en förklaring tar sig tid att fundera på anledningen till att patienten vände sig till Patientnämnden.

Förhoppningen är att dessa ärenden får verksamheten att stanna upp och fundera kring varför patienten alls hörde av sig och om detta hade kunnat undvikas. Kanske hade patienten inte behövt höra av sig om informationen var mer anpassad eller tydligare och om man som vårdgivare säkerställt att hen förstått informationen.

Att få en förklaring kan ibland vara väl så viktigt. Ibland kan det finnas mycket som är oklart för patient och att då få en förklaring kan räta ut dessa frågetecken och öka förståelsen och i bästa fall acceptansen för att det är som det är och blev som det blev även om det inte är och blev så som man kanske hade önskat. Kanske kan det vara detta som behövs för att kunna gå vidare.

Vi pratar ofta på Patientnämnden om att vi inte utreder utan reder ut och det är ju just vad detta handlar om – att reda ut patientens frågetecken, så man ska inte förringa vikten av att få en förklaring.

Att bli lyssnad till och att få svar på sina frågor kan leda till en ökad förståelse från patientens sida och i och med det till bättre förutsättningar vid framtida vård.

Att kunna gå vidare

Ibland landar patienterna i att de inte håller med verksamheten i deras ställningstaganden, men genom att framföra sina synpunkter kan de trots allt känna att de har gjort det de kan och bara det i sig kan göra att det blir lättare att gå vidare och lämna det som inträffat bakom sig.

Patienterna upplyses även i de fall det är aktuellt om möjligheten att vända sig till Inspektionen om vård och omsorg (IVO) för att framföra sina synpunkter samt till Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF).

Handläggarna på Patientnämnden kan vara patienterna behjälpliga vid dessa anmälningar.

Tack, förlåt och välkommen åter

I denna analys har vi inte närmare fokuserat på hur yttranden skrivs, men som handläggare i våra samtal med patient/närstående upplever vi ofta att hur man som verksamhetens ansvarige uttrycker sig i dialog eller skrift i yttrandena är väldigt viktigt för den enskilde, inte minst för dess kommande förtroende för vården.

Vikten av att be om ursäkt ska inte föraktas. För vissa patienter kan det vara ett stort steg att våga ta kontakten med Patientnämnden och ett ännu större steg om man väljer att vända sig direkt till verksamheten. Ofta har man som patient i vården upplevt att man inte blivit lyssnad till och att då även i en situation när man framför sina synpunkter känna att man inte tas på allvar eller blir lyssnad till är långt ifrån optimalt. Vi får inte så sällan höra från patienterna att ”jag hade bara önskat att de bad om ursäkt”, en ursäkt av upplevelsen om nu verksamhetsansvarig eller berörd personal kanske inte ansett att några misstag begåtts. Någonting har trots allt gjort att patienten upplever en missnöjdsamhet. Det är viktigt att inte glömma att patienten äger sin upplevelse, den kan man aldrig ta ifrån dem.

Vid genomgång av yttrandena blir upplevelsen att de flesta verksamheter är tacksamma för att patienter hör av sig och de tar tacksamt emot synpunkterna och använder de som en del av förbättringsarbetet inom vården. I vissa av ärendena uttrycker verksamheten tydligt i text hur tacksamma de är för att patienter delger sina upplevelser, medan man i vissa ärenden kan läsa ut tacksamheten mellan raderna.

För att inte samma fel ska behöva upprepas vid flera tillfällen, eller för att man i alla fall ska kunna undvika det i största möjliga mån måste bristerna och felen synliggöras. Har verksamheten inte fått kännedom om patienten upplevelser eller den inträffade händelsen blir det svårt att ta lärdom och se till att något liknande inte inträffar igen.

Patienternas berättelser kan ibland vara initiativet till att verksamhetschefen startar en händelseutredning och vi kan se att det finns ärenden som utifrån en patientberättelse lett till en Lex Maria anmälan. Tack vare patienternas berättelser har man alltså kunnat identifiera risk för allvarliga vårdskador eller uppmärksammat allvarliga vårdskador som lett till att vårdgivaren vidtagit åtgärder för att det inträffade inte ska ske igen.

Att man från verksamhetens sida öppnar upp för att patient/närstående gärna får återkomma om de har fler frågor eller funderingar uppskattas av många patienter/närstående, även om många väljer att inte ta en ny kontakt.

En verksamhet skriver bland annat så här till en närstående:

> *Slutligen så hoppas jag att Ni känner att vi har följt upp (…) fall noggrant och omsorgsfullt så att vi kan förbättra omhändertagandet av patienter med detta tillstånd. Om du har ytterligare frågor eller kommentarer så kan du ta kontakt med undertecknad eller verksamhetschef (…).*

Inga ”hard feelings”

I samtal med patienterna upplever vi som handläggare inte sällan att patienterna är oroliga över att vårdgivaren ska bli irriterad på dem om de framför sina synpunkter/klagomål och vissa patienter frågar till och med om de nu kommer få sämre vård. En del patienter väljer att inte framföra sina synpunkter av just den anledningen.

Patienterna upplever ibland att deras oro har varit befogad, vilket är oerhört olyckligt och något som måste arbetas bort.

Ett av Patientnämndens uppdrag är att främja kontakten mellan patienter och vårdpersonal. [8] Som handläggare på Patientnämnden försöker vi föra en dialog med patienterna om vikten av att framföra sina synpunkter/klagomål och trycker tydligt på att det absolut inte får påverka deras vård negativt.

Vårdgivarens syn på synpunkter och klagomål speglas åter till patienten i dialog eller skrift. Förhoppningsvis ser personalen och de ansvariga cheferna patientens synpunkter/klagomål som något positivt med en möjlighet att förbättra sin verksamhet och inte som något tråkigt och jobbigt.

Nedanstående citat är hämtat ut ett yttrande och ord som många patienter skulle behöva höra och framför allt känna när de framför sina synpunkter/klagomål, just för att de ska våga. Detta citat får avsluta diskussionen av denna analys.

Det är absolut inga ”hard feelings” utan man har rätt att uttrycka sina synpunkter och åsikter.

[8] 2 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården

Utifrån analysen har följande frågeställningar identifierats som möjligt diskussionsunderlag i vården.

Hur ser kulturen ut på arbetsplatsen gällande synpunkter och klagomål?

Hur kan man som vårdgivare

- på bästa sätt internt och mellan vårdverksamheter sprida lärdomarna av patienter och närståendes berättelser?
- undvika att patient/närstående känner sig bollad mellan olika verksamheter när de lämnar ett klagomål, antingen direkt till verksamheten eller via Patientnämnden?
- uppmärksamma och följa de förändringar/förbättringar som vidtagits? Kan det i högre utsträckning vara möjligt att återkoppla till patient/närstående?
- underlätta för patient/närstående så att de känner sig lyssnade till i vårdsituationen?
- lära sig något av de synpunkter och klagomål från patienter/närstående där svaret endast blir en förklaring av situationen/det inträffade?
- bli bättre på att säga tack och be om ursäkt?