



Patientnämndernas kansli  
2026-02-18

# **Patientnämndens sammanställning av patienternas klagomål gällande somatisk vård på Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Datum: 2026-02-18

Dokumentnamn: Patientnämndens sammanställning av patienternas klagomål på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2025

Diarienummer: PNG 2025-00082

Beslutad av: Susanne Tedsjö, förvaltningschef

Kontaktperson: Terese Linder, Ina Wennerberg, Patientnämndernas kansli

# Sammanfattning

Denna rapport redovisar de klagomål som under 2025 kom in till patientnämnden och som rörde den somatiska vården på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Dessa gav en inblick i patienternas upplevelser av vården, med särskilt fokus på kommunikation, samordning, tillgänglighet och administrativa processer.

När det gällde klagomål på kommunikation beskrev patienter att de hade fått otydliga eller motstridiga besked, samt saknat återkoppling om vårdplaner och behandlingar. Det förekom också att besked förmedlades digitalt utan personlig kontakt, vilket i vissa fall upplevdes som otillräckligt. Vissa patienter uppgav att deras symtom inte hade tagits på allvar, och det fanns klagomål kring bemötandet vid akutmottagningar och bedömningen av vårdbehov.

I fråga om samordning framkom det att några patienter hade upplevt svårigheter med övergångar mellan olika vårdenheter, remisshantering och ansvarsfördelning. Detta ledde i vissa fall till att patienter upplevde att de själva behövde samordna sin vård.

Tillgängligheten beskrevs i vissa klagomål som ett problem, med långa väntetider, inställda tider och svårigheter att nå vården via telefon eller digitala kanaler. Administrativa processer, såsom hantering av sjukintyg, recept och fakturor, lyftes också och innebar i vissa fall en belastning eller oro för patienten.

Rapporten ger en översikt av de klagomål som patientnämnden tagit emot och ger värdefull information om patienternas perspektiv. Samtidigt kan vårdgivaren inte dra generella slutsatser om förekomsten eller omfattningen av strukturella problem i verksamheten utifrån detta underlag.

# Innehållsförteckning

Inledning .....	5
1. Kommunikation, återkoppling och personcentrerat bemötande .....	5
1.1 Risk- och behandlingsinformation före och efter ingrepp .....	5
1.2 Otydliga eller uteblivna besked om provsvar, röntgen och planering .....	6
1.3 Allvarliga besked når patienter via 1177 .....	7
1.4 Motstridig eller otydlig skriftlig kommunikation .....	8
1.5 Upplevelsen av att inte bli lyssnad på .....	8
1.6 Begränsad delaktighet i beslut .....	9
1.7 Brister i integritet och sekretess .....	9
2. Samordning, vårdansvar och övergångar i vårdkedjan .....	10
2.1 Patienten behöver själv driva och koordinera sin vård .....	10
2.2 Remisskedjor och oklara ansvarsfördelningar .....	10
2.3 För tidig utskrivning och återinläggningar .....	11
3. Tillgänglighet, väntetider och inställda kontakter .....	12
3.1 Långa väntetider till bedömning och operation .....	12
3.2 Avbokningar utan ny tid och utebliven återkoppling .....	12
3.3 Svårt att nå mottagning via telefon och digitala system .....	13
4. Administrativa flöden .....	14
4.1 Intyg och sjukskrivningar .....	14
4.2 Hantering av recept .....	15
4.3 Fakturor och avgifter kopplade till upplevd utebliven vård .....	15
Sammanfattande slutsats .....	17
Bilaga 1 – statistik kring fördelning av klagomål .....	18
Bilaga 2 – svarstider och skickade ärenden till vårdgivaren .....	19

# Inledning

Denna rapport redogör för och analyserar de patientklagomål som patientnämnden tog emot under 2025 och som rörde Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Rapporten bygger på patienternas klagomål och ger en bild av hur patienter upplevde vården, särskilt vad gäller kommunikation, samordning, tillgänglighet och administrativa flöden.

Klagomålen avsåg både enskilda händelser och återkommande teman i patienternas erfarenheter. De visar att brister i information, bemötande eller administration i vissa fall kunde få stora konsekvenser för patienterna. Det framgår också att problemen inte alltid var isolerade till enskilda enheter, utan i vissa fall påverkade hela vårdkedjan genom återkommande brister i överlämningar, otydliga ansvarsområden och otillräcklig återkoppling mellan olika yrkesgrupper och verksamheter.

Analysen i rapporten är uppdelad i fyra teman som tillsammans ger en samlad bild av de områden där riskerna för patientens trygghet och säkerhet framträdde tydligast. Dessa teman återkom i klagomålen oavsett vårdspecialitet eller nivå. Syftet med rapporten är att beskriva patienternas erfarenheter och ge underlag för utveckling, förbättrade rutiner och ett mer sammanhållet och personcentrerat arbetssätt.

## 1. Kommunikation, återkoppling och personcentrerat bemötande

Kommunikation är avgörande för att vården ska kännas trygg och säker. I klagomålen framgår att patienter upplever brister i hur de får information, hur svar och besked ges och hur de blir bemötta av vårdpersonalen. Otydlighet, motstridiga uppgifter och brist på personlig kontakt gör att patienterna känner sig osäkra och utsatta.

När patienter upplever brister i komplexa vårdsituationer, till exempel vid förflyttning mellan avdelningar och vid komplicerade behandlingar, kan det få flera konsekvenser. Patienten riskerar att inte förstå sitt sjukdomsläge när man inte vet vad som händer och kan uppleva att man inte är delaktig i sin egen vård. Det påverkar inte bara hur vården upplevs, utan kan också innebära en risk för patientsäkerheten.

### 1.1 Risk- och behandlingsinformation före och efter ingrepp

Flera klagomål visade att patienter fick otillräcklig information inför operationer och behandlingar, särskilt när det gällde risker och möjliga

komplikationer. Vissa patienter upplevde att sådana risker tonades ner eller inte nämndes alls, vilket gjorde det svårt att få en realistisk bild av vad ingreppet faktiskt innebar. Det förekom att patienter i efterhand sa att de inte hade samtyckt till en operation om riskerna hade förklarats tydligare. Exempel på klagomål:

*...Efter operationen har patienten dock fått ökade besvär och beskriver sig som skadad. Bland annat har patienten fått svåra smärtor och känsel- och funktionsbortfall i flera fingrar med påverkan på hela handen och i armen. Vid senare undersökning med MR har det också visat sig att tumörer har spridit sig till nerver i underarmen. Patienten är vänsterhänt och då det är den vänstra handen som berörs så har patienten idag stora svårigheter att utföra aktiviteter i dagliga livet och sina arbetsuppgifter, hen är också delvis sjukskriven...Patienten uppger att hen aldrig hade tackat ja till operationen om hen hade informerats om riskerna...*

Även när komplikationer uppstod kunde kommunikationen vara bristfällig, då patienten fick höra att operationen hade gått bra trots att besvären med smärta, försämrad funktion eller behovet av ytterligare behandlingar kvarstod. Denna brist på tydlighet ledde till osäkerhet kring den egna situationen och minskad tillit till vårdens bedömningar. Exempel på klagomål:

*Patienten fick sköldkörteln bortopererad och i samband med detta blev det en skada på stämbandsnerven. För patienten har styrkan, uthålligheten och omfånget av rösten påverkats, och förändringen är kvar efter att nu sex månader passerat sedan operationen utfördes. Patienten har fått veta att det är en känd men ovanlig komplikation. Hon upplever att informationen innan operationen var bristfällig angående att skadan kan bli så omfattande, snarare upplever hon att riskerna att drabbas är större än vad som sagts och att konsekvenserna tonades ner, med information om att det postoperativt kunde uppkomma heshet...*

Om risker och behandlingsalternativ inte förklarades på ett begripligt sätt minskade patientens möjlighet att fatta informerade beslut. Bristande återkoppling från vårdgivaren om uppkomna komplikationer ledde till fler frågor hos patienten och föranledde därmed fler vårdkontakter. Patienter behövde veta vad som var normalt eller avvikande att uppleva efter en behandling.

## **1.2 Otydliga eller uteblivna besked om provsvar, röntgen och planering**

I klagomålen uppgav flera patienter att de fick provsvar och röntgensvar utan tydliga förklaringar, och i vissa fall saknade fynden koppling till patienternas dåvarande symtom. Det hände att olika läkare gav motstridiga utlåtanden om

samma undersökningsresultat, vilket skapade förvirring och oro. Exempel på klagomål:

*Patienten hade ramlat och uppsökte akutmottagningen där röntgen av höften utfördes och patienten bedömdes ha en fraktur. Några dagar senare var patienten på mottagningen och gjorde en röntgen till, som enligt en annan läkare inte påvisade någon fraktur. Detta finner patienten bristande då hen fått olika besked från två olika läkare. Det är svårt för patienten att avgöra vilken bedömning som är korrekt.*

I klagomålen framkommer att återkoppling om provsvar och den fortsatta vårdplanen i flera fall dröjde. Detta innebar att patienterna själva behövde ta kontakt med vården för att få klarhet i nästa steg. Detta uppmärksammades särskilt i cancerutredningar, där besked från behandlingskonferenser i vissa fall uteblev. Bristen på tydlig och samstämmig återkoppling ledde till osäkerhet, förseningar i diagnostik och ökade risken för att patienter missade att söka hjälp i rätt tid. Exempel på klagomål:

*Enligt journal togs ärendet upp på en behandlingskonferens men återigen fick patienten ingen information om vad som sagts. Knömlarna växer, patienten har ont och ovissheten ökar oron. Patientens har fått driva på i kontakten med verksamheten för att föra ärendet framåt.*

## **1.3 Allvarliga besked når patienter via 1177**

Besked om allvarliga diagnoser kunde ibland nå patienten via 1177 i stället för att förmedlas genom personlig kontakt med vårdpersonal. Detta upplevdes som överväldigande och ledde till oro, särskilt då patienten var ensam och saknade stöd när beskedet mottogs.

I klagomålen framkommer att patienter efterfrågade personlig kontakt med vårdpersonal när besked om allvarliga diagnoser förmedlades, för att kunna ställa frågor, undvika missförstånd och få tillgång till det stöd som fanns att erbjuda. Exempel på klagomål:

*Patienten väntade på besked om cancer och kontaktade mottagningen när återkopplingen dröjde. Hen uttryckte önskemål om att läkaren personligen skulle ringa och ge beskedet. Några dagar senare fick patienten ett meddelande via 1177, där det framgick att hen hade en aggressiv cancer vilket ledde till att hen drabbades av chock och panik. Vid tillfället var patienten ensam hemma med sina små barn. När den första chocken lagt sig behövde hen ringa runt i tre och en halv timme för att få en förklaring av vad diagnosen innebar.*

## 1.4 Motstridig eller otydlig skriftlig kommunikation

I klagomålen framkommer att patienter i vissa fall fick otydliga eller motstridiga brev, kallelser och journalanteckningar. Detta kunde leda till missförstånd och osäkerhet kring vad som gällde inför vårdkontakter. Exempel på klagomål:

*Patienten har fått ett brev hem angående ett läkarsamtal. I brevet stod det ett datum och en tid när läkaren skulle höra av sig. När inget samtal kom kontaktade patienten mottagningen och fick veta att det fanns dubbla budskap i brevet/kallelsen. I brevet stod datum och tid i stor skrift, men även finstilt att patienten skulle bortse från ovanstående tid då hen skulle bli uppringd under dagen.*

Det framkom även att felaktiga journalanteckningar i vissa fall gav intryck av att patienten hade avböjt behandling trots att detta inte stämde. Sådana brister kunde påverka den fortsatta vården och minska patientens möjlighet att förbereda sig inför vårdkontakter eller vara delaktig i sin vård.

## 1.5 Upplevelsen av att inte bli lyssnad på

I klagomålen framkommer att patienter i vissa fall inte kände sig tagna på allvar. Symtom och oro kunde avfärdas och under vårdkontakter upplevde patienter att vårdpersonalen förminskade deras upplevelser. Detta gällde både vuxna och barn och ledde i flera fall till att diagnoser fördröjdes.

När patientens berättelse inte gavs tillräcklig vikt riskerade viktiga diagnostiska ledtrådar att missas, vilket kunde bidra till ökad risk för allvarliga vårdskador. Det framkom även att patienter i dessa situationer kunde förlora förtroendet för vården och tveka att söka hjälp vid nya symtom. Exempel på klagomål:

*Patienten uppsökte akutmottagningen på grund av smärta i bröstet som strålade mot arm och rygg. Det togs blodtryck och sedan uppfattade patienten, som också led av ångest, att personalen uttryckte att de inte ville ha sådana som hen där. Patienten valde själv att åka till psykakuten men blev där hänvisad till akutmottagning då EKG behövdes. När patienten kom till akutmottagningen svimmade hen och drabbades av hjärtstopp.*

I flera klagomål framgick även att patienter avvisades från akutmottagningen eller skickades vidare utan att ha fått förväntad vård. Bedömningar upplevdes ha gjorts snabbt och ibland utan provtagning eller undersökning. Patienter hänvisades till andra vårdnivåer trots remiss eller allvarliga symtom som i efterhand visade sig kräva akut behandling.

Vissa patienter fick inte information om varför akutmottagningen inte tog ansvar för fortsatt utredning, vilket ökade både osäkerheten och känslan av att

inte bli lyssnad på. Det förekom även att patienter lämnade akutmottagningen utan information om provsvar eller varför ytterligare undersökningar inte genomfördes. Bristande kommunikation och otydliga besked om vårdnivå gjorde att hänvisningen i flera fall uppfattades som ett avvisande beslut snarare än ett medicinskt grundat ställningstagande. Exempel på klagomål:

*...Patienten upplevde att läkaren var stressad och inte tog patientens besvär på allvar. Patienten lämnade blodprov men skickades hem utan information...*

## **1.6 Begränsad delaktighet i beslut**

Flera patienter beskrev att beslut om behandling, förändringar av läkemedel eller vårdplaner fattades utan att de informerades eller gavs möjlighet att ställa frågor. Detta gällde även mycket känsliga beslut, såsom dokumentation av beslut om att avstå hjärt-/lungräddning, i vissa fall utan att anhöriga hade informerats.

Att inte ha varit involverad i beslut om den egna vården ledde till en känsla av maktlöshet och bristande förståelse för vårdprocessen. Exempel på klagomål:

*Patienten ådrog sig skador i samband med en olycka och blev kallad till operation. Inför ingreppet ställde hen via 1177 en fråga vad som skulle göras under operationen men fick inget svar. På operationsdagen träffade hen operatören, som berättade vad som skulle göras men patienten hade velat få veta det tidigare.*

## **1.7 Brister i integritet och sekretess**

I klagomålen framkommer att integritetsbrister förekom genom att känslig information ropades ut i väntrum eller lämnades i miljöer där andra kunde lyssna. Detta berörde exempelvis patienter med skyddad identitet eller känsliga sjukdomstillstånd. Sådana brister i sekretessen kunde utsätta patienter för direkt fara och bidra till minskad tillit till vården. Exempel på klagomål:

*Patienten har skyddad identitet och var på besök på mottagningen. Hen satt tillsammans med sin anhörig och andra patienter i väntrummet. När det var patientens tur ropade personalen ut i väntrummet "Finns det någon här med skyddad identitet?" Patientens anhörig anser att det var mycket olämpligt att göra så och att det borde finnas tydliga rutiner för hur man ska hantera en sådan situation. Den anhörige uppmärksammade vårdpersonalen på detta men upplevde att hen inte fick gehör.*

## 2. Samordning, vårdansvar och övergångar i vårdkedjan

Samordning mellan olika vårdenheter är avgörande för kontinuitet och trygghet. I klagomålen framkommer att vissa patienter upplevde vården som fragmenterad, med oklara gränser mellan verksamheter och svårigheter att få en sammanhållen vårdprocess. När ingen vårdgivare tog ett samlat ansvar riskerade patienten att falla mellan stolarna. Detta ledde till riskfyllda glapp i vården, särskilt för multisjuka patienter.

### 2.1 Patienten behöver själv driva och koordinera sin vård

Vissa patienter fick själva hålla ihop vårdkedjan och var tvungna att undersöka varför tider hade avbokats utan att någon ny tid bokats in, varför remisser hade försvunnit och varför uppföljning uteblivit. Detta innebar en extra belastning för patienter som redan befann sig i en utsatt situation och resulterade i att de själva behövde ringa runt, jaga besked och efterfråga nästa steg. Särskilt multisjuka patienter och patienter i långdragna utredningar beskrev en betydande börda av att själva behöva sköta samordningen.

När patienter kände sig tvungna att agera som sina egna vårdkoordinatorer ökade risken för att kritiska steg inte genomfördes i tid, att symtom förvärrades och att diagnoser fördröjdes. Risken för vårdskador ökade, särskilt när patienterna saknade förutsättningar att navigera i komplexa vårdstrukturer. Exempel på patientklagomål:

*Patienten är multisjuk, har kontakt med flera verksamheter och upplever att hen är den som själv måste navigera i vården och samordna sina kontakter. Hen tycker att det både är belastande och resursineffektivt då hen ofta hamnar på fel ställe.*

### 2.2 Remisskedjor och oklara ansvarsfördelningar

Remisser som skickades fram och tillbaka mellan enheter utan tydlig ansvarsfördelning var ett återkommande problem i klagomålen. Patienter beskrev hur remisser återremitterades på grund av administrativa kriterier utan att någon tog ansvar för att driva ärendet vidare.

Oklara ansvarsfördelningar skapade risk för att viktiga bedömningar aldrig kom att genomföras. Detta ledde i flera fall till fördröjd diagnostik, försenad behandling och ökad risk för att allvarliga tillstånd utvecklades utan uppföljning. Exempel på klagomål:

*Patienten har vid flera tillfällen berättat om smärta i handled, armbåge, axel och skulderblad. Röntgen visade inget och patienten fick information om att det är normalt att ha ont. Efter månader av värk beställde läkaren röntgen av handled som visade ligamentskador. Remiss skickades till en vårdgivare i Halmstad som bedömde att åtgärd behövdes. Eftersom patienten hade för högt BMI skickades remissen och svaret tillbaka till ortopederna, som gjorde ny remiss till handkirurgen. Patienten har inte hört något mer.*

## **2.3 För tidig utskrivning och återinläggningar**

I klagomålen framgick att patienter ibland skrevs ut trots att deras tillstånd inte hade stabiliserats. Detta gällde både allvarligt sjuka patienter och äldre personer med komplexa behov. I flera fall blev patienterna snabbt sämre efter utskrivningen och tvingades återkomma akut. För tidig utskrivning ledde till ökad risk för akut försämring, återinläggning och i vissa fall livshotande tillstånd, vilket påverkade både patientens hälsa och belastningen på vården.

Några klagomål rörde utskrivning av äldre patienter utan att anhöriga eller boendet hade informerats. Konsekvensen blev att kommunal personal saknade kunskap om hur eftervården skulle ges, vilket riskerade patientens säkerhet. I ett klagomål framgick att personal inom den kommunala omsorgen hade meddelat att man saknade kompetens för att sondmata patienten, men trots detta skickades patienten till boendet utan tydliga instruktioner.

Exempel på klagomål:

*Patienten skickades hem till demensboendet utan att anhöriga eller boendet hade fått information... När patienten kom till boendet fick anmälan ett samtal om att patienten var i dåligt skick.*

## 3. Tillgänglighet, väntetider och inställda kontakter

Tillgängligheten till vården påverkar hela vårdprocessen — från hur snabbt en patient får hjälp till hur väl symtom följs upp. I klagomålen framträder problem med långa väntetider, inställda tider utan ny planering och svårigheter att nå vården.

### 3.1 Långa väntetider till bedömning och operation

Patienter vittnade om att de fick vänta mycket länge, ibland över ett år, på att få en bedömning eller genomgå en operation. Under väntetiden var det vanligt att patienter besvärades av svår smärta och att deras funktionsförmåga försämrades märkbart.

Långa väntetider kunde leda till fördröjda diagnoser och behandlingar, vilket ökade risken för bestående skador, försämrade symtom och sämre prognos. Dessutom blev det svårare för patienterna att hantera vardagen och upprätthålla sin arbetsförmåga. I vissa klagomål framkom att väntetiderna på röntgenundersökningar kunde vara långa trots standardiserade vårdförlopp. Exempel på klagomål:

*Patienten framför klagomål på bristande information samt att han inte fått återbesök enligt överenskommelse. Han berättar att han remitterades till mottagningen med misstänkt glaukom och var på ett besök för ungefär ett år sedan. Vid besöket informerades han om att han skulle få en återbesökstid inom kort och när det gått ett par månader utan att han hört något kontaktade han mottagningen. Han fick då veta att han skulle kallas inom sex månader, men nu har det gått ett år och han har fortfarande inte fått en tid, vilket han finner bristande. Patienten upplever att hans utredning och eventuella behandling blir fördröjd och är orolig för att detta kan påverka hans syn negativt.*

### 3.2 Avbokningar utan ny tid och utebliven återkoppling

Flera patienter framförde att deras bokade tider ställdes in utan att en ny tid erbjöds, vilket skapade osäkerhet kring den fortsatta vården. När en tid avbokades saknades ofta en tydlig plan för hur uppföljningen skulle ske, vilket gjorde att patienter riskerade att hamna utanför vårdprocessen. Allvarliga symtom kunde då förvärras och möjligheten att påverka sjukdomsförloppet försämrades. Exempel på klagomål:

*Patienten lämnar klagomål på bristande tillgänglighet och beskriver att flera besökstider blivit avbokade, nu senast utan att få en ny tid. Hen har behövt ligga på själv för att få tider överhuvudtaget.*

### **3.3 Svårt att nå mottagning via telefon och digitala system**

Vissa patienter som kontaktade vårdgivaren via 1177 upplevde att kommunikationen var ineffektiv. Ärenden kunde avslutas utan förklaring och svar uteblev, trots upprepade påminnelser. Denna brist på återkoppling ökade patientens oro och ledde till och en känsla av att bli ignorerad och att fler kontakter togs vilket i sin tur gav mer administration för vårdgivaren. Exempel på klagomål:

*Patienten har framfört sitt ärende upprepade gånger via 1177. Svar har givits av sjuksköterska att det tagits emot, men att läkarna inte är bra på att öppna meddelanden som kommer via 1177.*

## 4. Administrativa flöden

Administrativa flöden omfattar bland annat handläggning av sjukskrivningar och förlängning av läkarintyg, samt hantering av fakturor och recept. Brister inom dessa flöden leder ofta till att patienter känner oro för sin hälsa och privatekonomi, särskilt vid försenade sjukintyg.

### 4.1 Intyg och sjukskrivningar

I klagomålen beskrevs problem i hanteringen av läkarintyg, där patienter i flera fall upplevde att intyg försenades eller uteblev trots att de hade kontaktat vården i god tid. Brister i intygens kvalitet och ofullständiga kompletteringar ledde till att Försäkringskassan i vissa fall kunde avslå eller pausa sjukpenning, vilket orsakade ekonomisk stress och oro. Exempel på klagomål:

*Patienten bedömdes inte kunna utföra sina uppgifter på arbetet och ombads efterhöra med arbetsgivaren om möjligheten att få andra arbetsuppgifter. Hen uppmanades att återkomma till mottagningen om läkarintyg behövdes, vilket gjordes. Patienten har nu väntat på läkarintyget i mer än en månad och hinner inte få pengar från Försäkringskassan vilket gjort att hen varken kunnat betala hyra eller räkningar.*

Otydligt ansvar mellan primärvård och specialistvård innebar att patienter ibland skickades mellan vårdgivare utan att någon tog ansvar för att utfärda intyg, vilket riskerade deras ekonomi och anställning. Bristande tillgänglighet och återkoppling från vården försvårade ytterligare processen då patienter inte fick tydlig information om när intyg kunde förväntas vara klara. Exempel på klagomål:

*Vid förfrågan om förlängd sjukskrivning hänvisade specialistvården patienten tillbaka till vårdcentralen, som i sin tur åter hänvisade till specialistvården.*

Konsekvenserna för patienterna var både ekonomiska och psykiska, såsom försenad eller utebliven sjukpenning, risk för inkasso och i vissa fall förlorad anställning. Därtill förvärrades psykisk ohälsa och praktiska problem uppstod, exempelvis svårigheter gentemot arbetsgivare när intyg saknades. Sammantaget ledde dessa brister till ett minskat förtroende för vården och en känsla av att ha blivit bortglömd eller bollad mellan olika instanser.

## 4.2 Hantering av recept

I klagomålen framkom brister i hanteringen av recept, vilket i flera fall ledde till oro för patienterna och till extra vårdkontakter. Bristerna påverkade patienternas förtroende för vården och innebar i vissa fall risker för patientsäkerheten. Exempel på klagomål:

*Patienten lämnar klagomål på felaktig behandling och att behandlingen orsakat en stroke. Patienten har sedan flera år fått läkemedel förskrivet via mottagningen mot förmaksflimmer. Patienten fick nyligen en stroke och i eftervården av denna sattes läkemedlet ut och patienten informerades om att behandlingen sannolikt låg bakom att patienten fått en stroke. I efterhand har patienten fått kännedom om att hen borde fått blodförtunnande läkemedel ihop med läkemedlet mot förmaksflimmer samt att det inte ska tas av personer som har låg puls, vilket patienten har.*

I ett annat klagomål framgick att en patient sökte akut för en fraktur och informerades om att smärtlindring och sjukskrivning skulle ordinerats. Detta genomfördes dock inte. Fem dagar senare framkom att patienten fortfarande saknade både recept och läkarintyg, vilket innebar utebliven behandling och ökade besvär.

Sammantaget ledde brister i recepthanteringen till risk för felbehandling, ökad oro hos patienterna och minskad tillit till vården, särskilt när felet upptäcktes av patienterna själva.

## 4.3 Fakturor och avgifter kopplade till upplevd utebliven vård

Fakturahanteringen präglades i flera fall av brister som fick konsekvenser för patienterna. I flera fall fick patienter felaktiga fakturor trots tidigare besked om att dessa skulle makuleras. Detta innebar att patienter behövde ta egna initiativ för att få administrativa misstag rättade, vilket skapade frustration och oro.

Det framkom även att patienter fakturerades för besök som de inte mottagit kallelse till, vilket i vissa fall berodde på bristande kontroll av folkbokföringsuppgifter. Exempel på klagomål:

*Patienten fick en faktura gällande ett besök som han uteblivit från, något som hen ställer sig frågande till, då hen aldrig mottagit kallelsen till besöket och därför inte kunnat avboka besöket...mottagningen borde ha bättre koll på om patienten faktiskt är skriven i Sverige...*

Patienter ifrågasatte även fakturor för akuta besök när de upplevde att de inte fått vård eller hade hänvisats vidare utan att träffa läkare. I vissa fall hade endast triage genomförts, eller så hade väntetiden varit lång utan att någon

åtgärd vidtogs innan vidare hänvisning. Därtill framkom att vissa patienter behövde betala dubbla avgifter, först vid akutmottagningen och därefter vid den enhet där de faktiskt fick behandling. Exempel på klagomål:

*...Sjuksköterskan som triagerade hänvisade patienten tillbaka till vårdcentralen utan att ens titta på benet...*

När journalanteckningar saknades eller inte överensstämde med patienternas upplevelser av den vård som faktiskt hade getts, förstärktes känslan av att avgifterna var omotiverade. Sammantaget ledde dessa brister till ökad administration, stress och minskad tillit till vårdgivaren. För vissa patienter innebar detta även risk för inkasso eller betalningsanmärkningar om felen inte rättades i tid.

# Sammanfattande slutsats

Analysen av patienternas synpunkter visade att bristerna i vården inte var isolerade till enstaka händelser eller enheter, utan bildade ett återkommande och sammanhängande mönster. Fyra centrala teman – kommunikation, samordning, tillgänglighet och administration – kunde urskiljas i patienternas berättelser. Ett klagomål berörde ofta flera teman, vilket i vissa fall påverkade både patientsäkerheten och patientens upplevelse av vården.

Bristande kommunikation var ett genomgående inslag i många klagomål. När risker inför ingrepp inte förklarades, när besked om provsvar dröjde eller när allvarliga diagnoser förmedlades via digitala system utan personlig kontakt, beskrev patienter att tryggheten i vården minskade. När kommunikationen och samordningen brast behövde patienter i flera fall själva ta kontakt med vården för att förstå vad som skulle hända härnäst. Många uppgav också att de tvingades koordinera sin egen vård.

Klagomålen visade även att tillgängligheten till vården i flera fall var begränsad. Patienter beskrev svårigheter att nå vården via telefon, ärenden i digitala system som avslutades utan svar samt bokade tider som avbokades utan att någon ny tid erbjöds. Brister i kommunikation och administrativa flöden ledde inte bara till försenade intyg, uteblivna recept och felaktiga fakturor, utan också till att hanteringen upplevdes som bristfällig eller orättvis.

Sammantaget visade klagomålen att brister i kommunikation, samordning, tillgänglighet och administration ofta uppträdde samtidigt ur patienternas perspektiv. Detta gjorde vårdkedjan svår att överblicka och hantera. Konsekvenserna för patienterna kunde bli omfattande, såsom fördröjd diagnostik, ökad risk för vårdskador, psykisk belastning, ekonomiska problem och minskad tillit till vården. I flera klagomål framgick att patienter bar ett ansvar som de förväntade sig att vården skulle ta.

Samtidigt påverkades även vårdgivaren, då den administrativa belastningen ökade när fler patienter behövde ta upprepade kontakter med vården för att få svar på frågor eller rätta till brister. Detta tog tid från andra arbetsuppgifter och försvårade arbetet i en redan ansträngd verksamhet.

Slutsatsen är att förbättringsinsatser inom vården behöver vara långsiktiga och omfatta arbetssätt, organisation, kommunikation och digitala system. Först när vården upplevs som mer sammanhållen, tillgänglig och lyhörd kan patienternas trygghet i mötet med vården stärkas.

# Bilaga 1 – statistik kring fördelning av klagomål

Område SU/år	2023	2024	2025
O1	141	148	170
O2	68	67	83
O3	305	301	290
O4	41	31	54
O5	209	175	185
O6	237	246	261
Sjukhusövergripande	11	6	11
Summa klagomål	<b>1012</b>	<b>974</b>	<b>1054</b>

Tabell 1: Fördelning av klagomål på somatisk vård per område.

Problemområden i anmälarnas klagomål	2023	2024	2025
<b>Vård och behandling</b>	<b>348</b>	<b>357</b>	<b>377</b>
Undersökning/bedömning	186	197	227
Behandling	89	89	84
Diagnos	30	37	21
Läkemedel	27	14	27
Omvårdnad	14	19	16
Ny medicinsk bedömning	2	1	2
<b>Kommunikation</b>	<b>251</b>	<b>258</b>	<b>253</b>
Information	115	97	110
Delaktig	63	91	71
Bemötande	70	68	68
Samtycke	3	2	4
<b>Tillgänglighet</b>	<b>181</b>	<b>134</b>	<b>166</b>
Väntetider i vården	146	107	126
Tillgänglighet till vården	35	27	40
<b>Resultat</b>	<b>92</b>	<b>72</b>	<b>75</b>
<b>Vårdansvar och organisation</b>	<b>49</b>	<b>73</b>	<b>70</b>
Vårdflöde/processer	17	24	24
Fast vårdkontakt/individuell plan	12	23	26
Resursbrist/inställd åtgärd	10	18	9
Hygien/miljö/teknik	6	6	7
Valfrihet/fritt vårdsökande	4	2	4
<b>Administrativ hantering</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>57</b>
Brister i hantering	33	33	43
Intyg	7	7	14
Ekonomi	23	25	16
Patientavgifter	19	21	15
Ersättningsanspråk/garantier	4	4	1
<b>Dokumentation och sekretess</b>	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>20</b>
Patientjournalen	24	7	16
Bruten sekretess/dataintrång	1	6	4
<b>Övrigt</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
Summa klagomål	<b>1012</b>	<b>974</b>	<b>1054</b>

Tabell 2: Fördelning av klagomål på somatisk vård fördelade på problemområde.

## Bilaga 2 – svarstider och skickade ärenden till vårdgivaren

Svarstid för klagomål på somatisk vård	2025
1–4 veckor	49%
5–8 veckor	38%
9–12 veckor	7%
Mer än 12 veckor	6%

Tabell 3: Fördelning av svarstid (svarstiden beräknas från datum patientnämnden skickar anmälarens frågor till vårdgivaren tills svar inkommit).

Svar har inte kommit in i 3 ärenden.

I övriga har påminnelse skickats enligt fördelningen:

Antal skickade påminnelser	2025
påminnelse 1	114
påminnelse 1, 2	25
påminnelse 1, 2, 3	14
<b>Summa påminnelser</b>	<b>153</b>

Tabell 4: Antal skickade påminnelser.