



2025-02-13

# Patientnämndens rapport

Patientklagomål på Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
2024

Datum: 2025-02-13

Dokumentnamn: Patientklagomål på Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2024

Diarienummer: PNG 2025-00007

Beslutad av: Anne-Kathrin Schneider, enhetschef, patientnämnden

Kontaktperson: Claudia Hach, Anne-Kathrin Schneider, patientnämndernas kansli

# Sammanfattning

Patientnämnd Göteborg har registrerat 2146 klagomål år 2024 varav 1230 berör verksamheter inom Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Klagomålen på verksamheter inom SU har minskat med sex procent jämfört med år 2023.

Ett större antal av klagomål rapporteras för verksamheter inom Neurosjukvård och Neuropsykiatri.

I 640 av de mottagna klagomålen som gällde SU önskade anmälaren hjälp av patientnämnden att få sina frågor besvarade av vårdgivaren.

De flesta klagomål handlade om upplevda brister i undersökning och bedömning av hälsotillståndet. Patientnämnden analyserade klagomålen och publicerade en rapport om undersökning och bedömning vid akuta besök i november 2024.

I bilaga 1 och 2 redovisar patientnämnd Göteborg hur klagomålen på Sahlgrenska Universitetssjukhus fördelas på olika problem- och verksamhetsområden. I bilaga 3 presenteras vårdgivarens svarstider för klagomål under år 2024.

Rapporten fokuserar på klagomål som rör långa väntetider på behandlingar och operationer samt upplevelser av brister i kommunikation, information och vårdansvar. Patientnämndens årsredovisning 2024 innehåller ytterligare iakttagelser om klagomål på verksamheter inom SU.

Underlaget till rapporten består av synpunkter och klagomål som inkom till patientnämnden under 2024. Begreppet 'ärende' används som synonym för synpunkter och klagomål.

Att i en rapport utgå från anmälningar till patientnämnden innebär att analysera synpunkter och klagomål. Det ger inte en bild av hur hälso- och sjukvården i sin helhet fungerar men reflektera upplevelser av vården när patienter och närstående inte är nöjda. Deras berättelser ger en vägledning i på vilket sätt sjukvården kan förbättras och anpassas efter människors behov.

# Innehåll

Kommunikation, information, bemötande och delaktighet .....	4
Information .....	4
Bristande information om diagnoser och behandlingar .....	4
Bristande information vid operationer .....	5
Bristande information vid akuta bedömningar .....	6
Bristande återkoppling och uppföljning .....	6
Bemötande och delaktighet .....	7
Bemötande .....	7
Vårdansvar - Brister i kommunikation mellan olika vårdgivare och patient .....	10
Långa väntetider.....	12
Ortopedi .....	12
Neurosjukvård.....	12
Barn- och ungdomspsykiatri (BUP).....	13
Akutsjukvård .....	14
Kirurgi .....	14
Specialistmedicin .....	15
Avslutande reflektioner .....	15
Bilaga 1.....	17
Bilaga 2 .....	18
Bilaga 3 .....	19

# Kommunikation, information, bemötande och delaktighet

Tydlig och anpassad information till patienten påverkar deras upplevelse av vården och är en viktig faktor för hög patientsäkerhet. Många klagomål handlade om brister i kommunikationen med vårdgivaren. Dessa brister inkluderade otydlig, utebliven eller icke-anpassad information till patientens förutsättningar. Det säkerställdes inte heller att patienten hade förstått informationen. Bristerna berörde även kommunikationen mellan olika verksamheter och vårdgivare. Dessutom kände sig patienter ofta dåligt bemötta och inte lyssnade på när kommunikationen inte fungerade bra.

## Information

De vanligaste informationsbristerna som patienterna upplevde var relaterade till följande vårdssituationer:

### Bristande information om diagnoser och behandlingar

Inom **Psykiatri Psykos** uttryckte patienter att de saknade information om vad som låg till grund för deras diagnoser och upplevde att diagnoser sattes på lösa grunder. Inom slutenvården fanns också klagomål om bristande information gällande vårdåtgärder och tvångsåtgärder enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Många patienter inom **ögonsjukvården** upplevde att det var otydligt hur vårdgivaren prioriterade deras vårdbehov eller hur planeringen såg ut för deras fortsatta vård och behandling. Flera klagomål gällde injektionsbehandlingar som flyttades fram utan att vårdgivaren meddelade patienten anledningen och eventuella konsekvenser. Besök, telefonsamtal eller uppföljningar ställdes in eller sköts upp. Patienter som försökte komma i kontakt med mottagningen för att få förtydliganden kunde inte nå mottagningen.

Patienter inom **neurosjukvården** saknade information om möjliga komplikationer inför behandlingar. Närstående till patienter som plötsligt gick bort rapporterade om bristande information, vilket förvärrade deras sorg. Patienter inom olika verksamheter, till exempel **onkologi**, klagade på bristande information om vårdåtgärder och behandlingar.

*Patienten uppger att cancerprov som tagits inte blev skickat på analys förrän efter andra gången hon tagit kontakt och efterfrågat svar. Hela förfarandet ledde till att vården fördröjdes vilket skapat en stor oro. Patienten fick sedan information om att cellgiftsbehandling rekommenderades och att starten skulle ske redan efter några dagar. Tidigare besked hade varit att cellgiftsbehandling troligtvis inte vara nödvändigt på grund av att tumören var liten, långsamtväxande och att ingen spridning förelåg och patienten blev så chockad att hon bad att få skjuta något på behandlingsstarten. Läkaren berättade att hon utifrån patientens reaktion gick tillbaka och kontrollerade provresultatet en extra gång. Det visade sig att provet var analyserat enligt en metod, men att tolkningen av resultatet grundade sig på annan metod med andra referensvärden. Läkaren kunde se att utifrån analysmetoden och värdet var inte cellgift en rekommenderad behandling. Utifrån det inträffade upplever patienten att det borde finnas kontrollsystem så att liknande inte händer. Om patienten inte efterfrågat svar på provet skulle det dröjt ytterligare innan det skickades på analys. Om hon själv inte bett om uppskjuten behandlingsstart hade hon påbörjat en cellgiftsbehandling som inte var nödvändig.*

## Bristande information vid operationer

Inom flera verksamheter, såsom **handkirurgi, ortopedi, kirurgi och plastikkirurgi** klagade patienter på bristfällig information om behandlingsplan och vårdgaranti. Klagomål framfördes också på otillräcklig information om eventuella komplikationer inför en operation och att vårdgivaren inte informerade om komplikationer som hade uppstått efter en operation.

*Klagomål på komplikationer efter magbråcksoperation. Patienten genomgick en operation och fick därefter svårigheter med sin andning som hon inte kopplade samman med operationen. När hon sökte vård uppdagades att man under bukkirurgin kommit åt diafragmanerven vilket ledde till att patienten nu har en kroniskt nedsatt lungkapacitet i ena lungan. Patientens hela liv påverkas av det inträffade - hon sover med andningshjälp och har nedsatt aktivitetsförmåga. Patienten fick ingen information före operationen om eventuella negativa konsekvenser av ingreppet och säger att hon aldrig hade genomgått operationen om hon vetat att detta skulle kunnat ske.*

## Bristande information vid akuta bedömningar

Det framkom att en del patienter som skickats hem från **akutsjukvården** inte visste vart de skulle vända sig vid försämring och om remiss för vidare utredning hade skickats. Flera klagomål kom från patienter som inte upplevde sig lyssnade på och där personalen inte förstod eller ville lyssna på deras beskrivning av symtom när de sökte hjälp på akutmottagningen

*Patienten uppsökte sin vårdcentral med anledning av halsont. Prov på streptokocker togs som visade negativt. Under natten blev patienten sämre. Hon uppsökte akutmottagningen där CRP togs som visade 120, läkaren skrev ut antibiotika mot streptokocker. Läkaren sa till patienten att om hon blev sämre eller fick svårt att svälja antibiotikan så skulle hon komma tillbaka. Tre timmar senare förvärrades patientens tillstånd. Hon kunde inte svälja alls. Hon uppsökte åter akutmottagningen och samma sjuksköterska mötte patienten. Han frågade vad patienten gjorde där. Patienten hade svårt att prata och fick bara fram att hon inte kunde svälja. Hon fick inte fram att läkaren sagt att patienten skulle komma tillbaka om hon blev värre. Sjuksköterskan sa till patienten att patienten skall försöka tvinga i sig antibiotikan. Patienten fick inte träffa någon läkare. Patienten kände sig ledsen, förminskad och framför allt dum. Patienten åkte hem med svåra smärtor. Efter flera dygn utan mat eller dryck och utan att kunna svälja kontaktade hennes sambo en nätdoktor. Patienten uppmanades att åka in akut igen. Hon bestämde sig för att göra det trots att hon inte fått vård vid tidigare tillfällen. Denna gång följde patientens sambo med eftersom patienten inte kunde prata alls. Nu togs patienten på större allvar då pulsen var hög och CRP-värde hade ökat från 120 till 220. Det visade sig att patienten hade en halsböld. Patienten vill klaga på sjuksköterskan som skickade henne hem och inte bad en läkare undersöka hennes hals igen.*

## Bristande återkoppling och uppföljning

Klagomål på utebliven återkoppling av provsvar och svårigheter att få information om röntgenresultat och behandlingar samt bristande information om medicinska beslut gällde flera olika verksamheter.

Ett vanligt problem var att patienter inte fick återkoppling efter att ha kontaktat vårdgivaren. Detta skapade frustration och osäkerhet om den fortsatta vården. Det fanns flera exempel på att tider avbokades utan att patienterna informerades, eller att remisser inte skickades i tid, vilket fördröjde vårdprocessen.

*Patienten var på undersökning på mottagningen och informerades om att hon skulle behöva få injektioner två gånger per år för att stärka skelettet och att detta skulle skötas av vårdcentralen. När patienten inte blivit kallad efter två år kontaktade hon vårdcentralen och det framkom då att mottagningen missat att skicka remiss till vårdcentralen. Mottagningen har förklarat det hela med att det hänt på grund av den mänskliga faktorn.*

Flera klagomål beskrev svårigheter att få kontakt med mottagningarna via telefon eller 1177, vilket försvårade kommunikationen och planeringen av vården för patienterna.

*Patienten framför klagomål på att hon inte fått återkoppling när hon försökt nå reumatologmottagningen. Patienten är försämrad i sin sjukdom och har därför framfört önskemål om läkarkontakt. Det har nu gått två månader utan att något har hänt, informationen i hennes meddelanden har enbart dokumenterats sparsamt i hennes journal.*

*Patienten har sänt meddelande via 1177 då han inte kommer fram per telefon. 18 dagar senare får han svar att ärendet är avslutat. Dagen efter sänder han nytt meddelande och frågar om andra saker och det får han inget svar på alls. Vid besök på mottagningen får patienten besked om att sjuksköterska sänt hans meddelande till läkare och några dagar senare blir han kontaktad av en undersköterska som meddelar att ett telefonsamtal är bokat med läkaren.*

Inom **Psykiatri Affektiva** klagade patienter på att de inte fick svar när de behövde förnya sina läkemedel. Detta ledde till stress och att de måste kontakta vården flera gånger. Patienter upplevde också att de inte fick uppföljning eller information om sin medicinering.

## **Bemötande och delaktighet**

Bemötande och delaktighet var två andra viktiga områden där många patienter upplevde brister.

### **Bemötande**

Flera klagomål kom in om bemötandet inom olika vårdområden. Inom **Psykiatri Affektiva** beskrev patienter och deras närstående kränkande och oprofessionellt bemötande från läkare. En läkare sa till en patient att hon var en börda för samhället. Läkare visade också bristande empati vid bedömningar av patienter med förhöjd suicidrisk, vilket gjorde att patienter kände sig nedvärderade och otrygga. Detta påverkade patienternas

upplevelse av vården negativt och fick dem att känna sig marginaliserade och oviktiga. Närstående till en suicidal patient upplevde att de blev utskälda av en överläkare när de sökte information efter ett nytt suicidförsök.

*Patienten skrevs ut efter att LPT avskrivits efter ett suicidförsök. Omedelbart därefter gjorde hen ett nytt suicidförsök. En närstående ringde då till överläkaren för att få veta vad som hade hänt på avdelningen, men upplevde att hen blev utskälld. Enligt den närstående ansåg läkaren att det inte var rimligt att avdelningen 'skulle ta hand om alla självmordsbenägna som kom'.*

Inom andra vårdområden, som **ortopedi, kirurgi och plastikkirurgi**, kände patienter att de inte blev lyssnade på och upplevde att deras besvär och oro inte togs på allvar när de misstänkte komplikationer eller återfall av cancer.

Många patienter kände sig otrevligt bemötta och ifrågasatta, vilket ytterligare bidrog till en känsla av otrygghet och bristande förtroende för vården

*Patienten framför ett klagomål på brister i bemötande, delaktighet och information. Patienten skadade korsbandet för ett par månader sedan. Hon sökte akut vård och fick träffa en fysioterapeut och även en läkare på Mölndals Sjukhus. Efter att man hade tagit röntgenbilder förskrev läkaren henne en ortos. För drygt en vecka sedan hade hon ett nytt läkarbesök hos en annan läkare. Under detta besök kände patienten sig dåligt bemött och inte lyssnad på. Hon fick inte den information hon hade behövt och är förvirrad angående behandlingsplanen för hennes knä. Patienten beskriver att hon upplevde läkaren som mycket otrevlig. Patienten fick inte komma till tals. Läkaren misskrediterade hennes fysioterapeut genom att påstå att den inte var kompetent och bara ville tjäna pengar.*

Patienter uttryckte en önskan om mer empati och förståelse från vårdpersonalen. Många klagomål handlade om bemötandet från personal inom **ambulans- och prehospitalet akutsjukvård**. Ambulanspersonalen upplevdes ibland som ointresserade eller aggressiva. Patienter beskrev ett samband mellan att inte bli lyssnade på och bristande bedömningar.

*Patienten lämnar klagomål på dåligt bemötande, att inte ha blivit trodd på och på felaktig medicinsk bedömning. Efter att patienten fått en stor*

vaginal blödning som höll på i en och en halv timme med svårigheter att kunna stå upp med anledning av yrsel och illamående, bestämde patienten sig för att ringa efter en ambulans. Patienten blev lovad ambulans men efter 10 minuter ringde en sjuksköterska upp patienten och sa att det inte blev någon ambulans. Sjuksköterskan meddelade patienten att man bara kommer att ta patientens blodvärde, vilket patienten inte behövde åka ambulans för. Efter att patienten meddelat att hon duschat sa sjuksköterskan att då patienten klarat av att stå upp i duschen utan att svimma var det ingen fara. Sjuksköterskan gick därefter ändå med på att boka en taxi till patienten. Patientens blödande tilltog. Väl framme vid Östra sjukhuset fick patienten hjälp att lägga sig vid entrén och personal kom. Hon fick då information om att hon var på fel sjukhus, då sjuksköterskan hade bokat taxin till Östra sjukhuset i stället för Akutmottagning gynekologi, Sahlgrenska. Men patienten var i ett för dåligt skick för att åka vidare och tio minuter senare fick hon en akut operation med blodtransfusion. Konsekvenserna av det inträffade har inneburit ett mindre trauma för patienten. Sjuksköterskan förminskade patienten, patientens åkommor och felbedömde situationen grovt enligt patienten.

## **Delaktighet**

I flera klagomål beskrev patienter bristande delaktighet. Inom **Psykiatri Affektiva** kände vissa patienter att de inte fick vara med och bestämma när behandlingar eller vård skulle avslutas. Det kom också klagomål på brister i samarbetet mellan specialistvård och primärvård.

Inom **flera verksamheter** upplevde patienter bristande delaktighet i vårdplaneringen och beslut om fortsatt behandling, vilket påverkade deras förtroende för vården negativt.

*Patienten fick en knäprotes för tre år sedan. Hon har inte blivit helt bra efter insättandet, trots att hon varit följsam till sin rehabiliteringsträning. Hon kan inte längre utföra vissa vardagliga aktiviteter och fick på grund av knäbesvären problem med sin hälsena vilket krävde operation. Postoperativ uppföljning med återbesök hos opererande läkare gjordes tre och sex månader efter protesoperationen. Vid besöken uppmärksammade patienten läkaren på sina besvär kopplat till knät men kände sig inte lyssnad till. Läkaren menade att inskränkningen av rörligheten i knät kunde tränas bort. Patienten fortsatte med rehab men då hon inte blev bättre skickade hon en egen vårdbegäran till ortopedin. Ett och ett halvt år senare fick hon ett besök där knät röntgades. Det konstaterades att ena delen av protesen var för stor. Läkaren upplyste om risker med en*

*reoperation och har i patientens journal noterat att patienten accepterat att ingen ny operation ska göras. Patienten hade önskat att också få veta vilka eventuella positiva effekter som en ny operation hade kunnat medföra och uppger att hon inte har gjorts delaktig i frågan om reoperation. Patienten lämnar synpunkter på att hon inte blev tagen på allvar vid återbesöken och att ingen röntgen eller vidare undersökning gjordes.*

Flera kvinnor upplevde bristande delaktighet vid sina förlossningar, där de inte upplevt sig tagna på allvar eller lyssnade till. I flera ärenden framkom synpunkter på att beslut om kejsarsnitt togs i ett sent skede, vilket i vissa fall ledde till konsekvenser för både barnet och den födande. Flera kvinnor berättade att de kände rädsla och oro för att eventuellt bli gravida igen efter traumatiska och svåra förlossningar.

*”Klagomål på läkares bemötande under förlossning samt att inte få vara delaktig i beslut. Patienten hade en långdragen förlossning som varade i cirka 72 timmar och var på slutet mycket medtagen och hade feber. Sex personer kom in på rummet, patienten kände igen barnmorskan och en student vilka tidigare presenterat sig men läkaren och de övriga presenterade sig inte. Läkaren undersökte patienten utan att förklara vad hon gjorde och patienten som upplevde undersökningen som hårdhänt hade önskat information om vad läkaren gjorde. Läkaren talade inte till patienten utan över huvudet på henne till övrig vårdpersonal på rummet. Patienten framförde önskemål om att barnet skulle förlösas med kejsarsnitt men upplevde att läkaren fattat beslut om vaginal förlossning redan innan hon kom in till patienten. Efter diskussion mellan medverkande närstående och läkaren lämnade läkaren rummet men kom sedan åter och informerade om att beslut om kejsarsnitt var taget.*

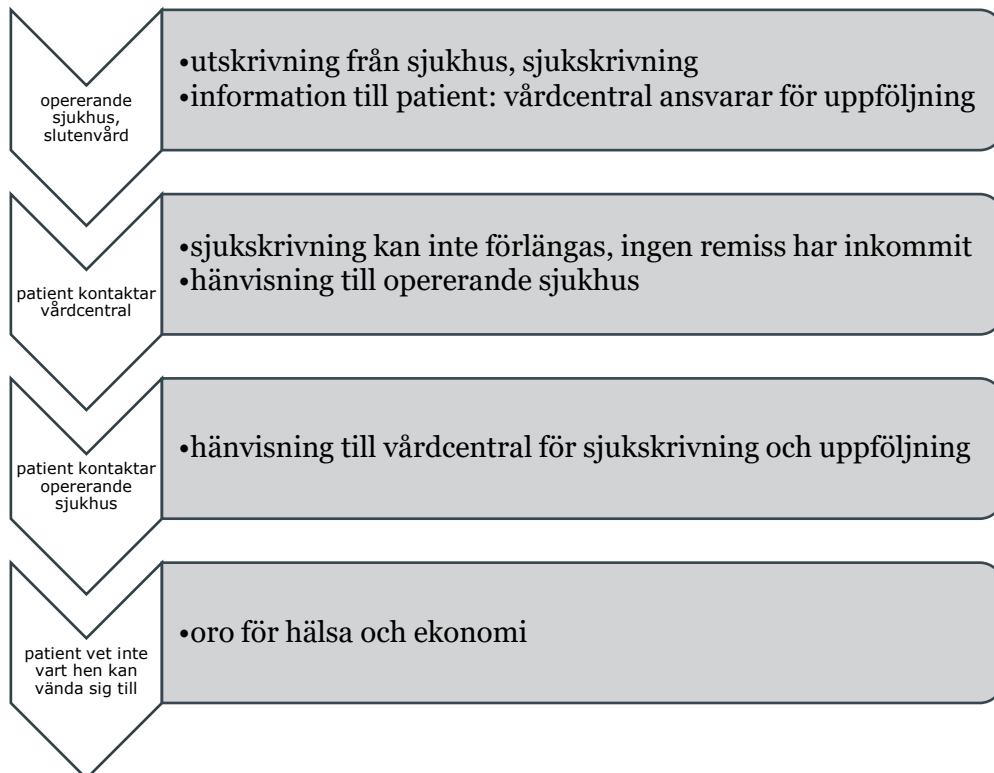
## Vårdansvar - Brister i kommunikation mellan olika vårdgivare och patient

Flera patienter klagade på att det var oklart vem som ansvarade för deras vård, vilket skapade osäkerhet och oro. Detta problem uppstod särskilt när flera vårdgivare var inblandade.

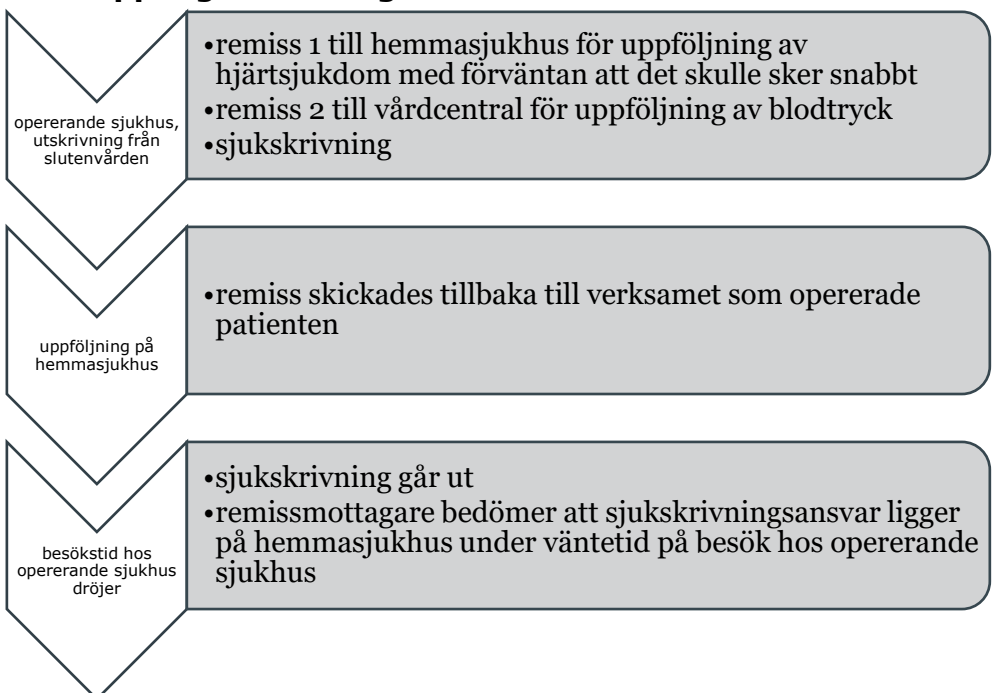
I vissa klagomål berättade patienter att de skickades mellan olika vårdgivare, ofta för att få recept på läkemedel eller förlänga sjukskrivningar. Detta gjorde dem mer oroliga för sin hälsa och ekonomi.

Vårdgivarens utredning visade ofta att det fanns brister i hur information överfördes mellan olika vårdgivare. I vissa fall, när patienter ville ha svar på sina frågor, visade det sig att vårdgivaren hade en annan uppfattning om vad som hade hänt och vilken information som hade getts till patienten.

## Patientens berättelse



## Återkoppling från vårdgivare



## Långa väntetider

Många klagomål rörande SU handlade om långa väntetider för besök, behandlingar, undersökningar och operationer. Långa väntetider och bristfällig eller otydlig information om när patienter kunde förvänta sig vård påverkade dem på olika sätt. Gemensamt för alla var att de kände ökad oro och önskade tydligare information. Ofta ledde oron till upprepade kontaktförsök med vårdgivaren för att:

- Säkerställa att de inte blivit bortglömda.
- Förmedla att deras hälsotillstånd försämrats.
- Fråga om vård kunde ges snabbare hos en annan vårdgivare.

Dessa kontaktförsök resulterade ofta i ännu större missnöje, då anmälare kände sig hänvisade mellan olika vårdnivåer, dåligt bemötta, besvärliga och inte tagna på allvar.

### Ortopedi

I nästan en tredjedel av alla klagomål på ortopedi upplevde anmälare att väntetiden på bedömning och operation var för långa trots svåra besvär. Majoriteten av patienterna var över 60 år gamla.

De långa väntetiderna ledde till att patienter var sjukskrivna länge, att deras symptom förvärrades och att de kände ovisshet eftersom de inte fick besked om besöks- eller operationstid. Den långvariga smärtan som många patienter berättade om påverkade deras dagliga liv och psykiska hälsa. Flera var oroliga för att den fördröjda behandlingen skulle leda till bestående skador.

*Patienten framför klagomål på långa väntetider för knäoperation. Han har väntat i mer än tre år och har inte fått någon information om operationstid eller väntetid under de senaste två åren. Patienten har tagit egna kontakter med mottagningen och fick då besked om att inga tider för operation kunde lämnas men att hans kontakt noterades. Patienten uppger att den långa väntan påverkar honom negativt och han känner sig deprimerad. Han kan bara gå några få meter utan krycka, sover dåligt på nätterna på grund av ihållande smärta i knät och har även fått smärta i höften då han belastar det andra benet fel.*

### Neurosjukvård

Klagomål på långa väntetider för behandling av normaltryckshydrocefalus (NPH) ökade under förra året. Det var närstående till patienterna, som

tillhör åldersgruppen 80 år plus, som kontaktade patientnämnden med sin oro att de äldres tillstånd hade försämrats under väntetiden.

Balansproblem som är vanlig vid sjukdomen gjorde att patienter till exempel föll och drabbades av frakturer med försvårad rehabilitering. Flera patienter hade fått en försämrad kognition eller hade blivit inkontinenta och behövt använda blöja.

*På grund av multipla besvär, bland annat balanssvårigheter och yrsel, skickades remiss för MR-undersökning. Det tog cirka 10 månader innan undersökningen blev utförd. Det tog sedan ett knappt år innan patienten kom på läkarbesök till neurologen och fick beskedet misstänkt NPH, något familjen sedan innan misstänkt då patientens syster fick behandling för det och en ärftlig komponent för sjukdomen kan finnas. Patienten sattes upp på väntelista för operation och väntetid för operation beräknas vara ett år. Anmälaren menar att väntetiden innebär ett stort lidande både för patient och anhöriga. För ett år sedan klarade patienten sig självständigt och anmälaren upplever att patienten blivit allvarlig försämrad under väntetiden. Att vård för patienten dröjt har också fått andra allvarliga konsekvenser då patienten på grund av balanssvårigheter ramlade och fick en höftfraktur. Rehabiliteringen har försvårats av att patienten känt sig ostadig, hon drabbades även av akut förvirring i samband med skadan. Förvirringen har ännu inte gått tillbaka helt och har bidragit till svårighet att följa instruktioner. Det inträffade har också inneburit en ökad stress och påverkat patientens diabetes.*

Klagomålen handlade även om patienternas oro när väntetid för till exempel uppföljande magnetröntgenundersökning (MR) vid konstaterad MS-diagnos inte genomfördes så som patienten tidigare hade informerats om. Patienterna blev oroliga över vilka konsekvenser de försenade undersökningarna skulle kunna ha för dem.

## Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Klagomål på BUP berörde i stor utsträckning långa väntetider för neuropsykiatrisk utredning, start av läkemedelsbehandling vid bekräftad diagnos och läkarbesök. Det gjorde ibland att andra behandlingar blev försenade. Vårdnadshavare berättade att de långa väntetiderna hade en negativ inverkan på patientens mående.

*Patienten har väntat på utredning i två år. Under tiden har patienten slussats mellan vårdcentral, ungas psykiska hälsa, BUP och skolan. I februari genomförde utredningen visade medelsvår ADHD och en svår ångestproblematik som behöver utredas mer. I juni bedömdes patienten av en psykolog som bedömde att behov av terapi finns men att väntetiden*

är minst tolv månader. Behandling med ADHD-medicin påbörjades men man fick avbryta denna då mottagningen har stängt över sommaren. Konsekvensen är att patienten mår allt sämre.

## Akutsjukvård

Några klagomål handlade om långa väntetider på akutmottagningar. Brist på information om ungefär väntetid och prioritering av patientens skada orsakade en ökad oro hos patienten.

*Patienten kom på remiss från vårdcentralen till akutmottagningen då han skadat tummen. Han blev inskriven kl. 17, men fick information om att han inte skulle bli undersökt samma dag och att han kunde gå hem och återkomma dagen efter. Kl. 8 var han åter på akutmottagningen. Kl. 17 fick han veta att det fortfarande var lång tid till att han skulle få hjälp på grund av prioritering av akuta traumapatienter. Patienten upplevde att han, utifrån sin hälsa, behövde åka hem för att äta och sova. Han fick då veta att han inte fick stå kvar i kön om han lämnade mottagningen igen. Det blev sagt att han redan varit på permission vid ett tillfälle förra natten och skulle han nu avvika skulle han inte få stå kvar i kön. Patienten upplever att han hamnade i en omöjlig situation, att han utifrån skadan hela tiden skulle bli nedprioriterad och vara sist i kön efter nyinkomna traumafall och att det inte fanns någon tidsgräns för hur lång väntan kunde bli. Patienten uppger att konsekvensen av det hela är att han inte får vård och att han kan få bestående men av skadan.*

## Kirurgi

Mest klagade patienter med samsjuklighet, som diabetes eller hjärtsjukdomar, på långa väntetider på kirurgiska ingrepp så som bräck- och stomioperationer.

Några patienter upplevde att de behövde vänta för länge tills de fick återkoppling på undersökningsresultat så som vävnadsprov vid misstanke om cancerrecidiv. De kände ovisshet och rädsla under längre tid än nödvändigt.

*Patienten uppger att hon för cirka ett och ett halvt år sedan opererades för bröstcancer. Ett år efter operationen skulle en uppföljande mammografiundersökning genomföras, men denna blev försenad. I samband med undersökningen upptäcktes en kula i patientens ärrvävnad och ett vävnadsprov togs. Detta medförde stark oro och rädsla hos patienten. Cirka tre och en halv vecka efter provtagningen kontaktade patienten mottagningen för att efterhöra om provsvaren kommit. Hon fick*

*då veta att svaret kommit läkaren till känna nio dagar efter vävnadsprovet utförts. Synpunkter framförs på att mottagningen inte direkt förmedlat provsvaren vidare till patienten utan att det var först när hon själv ringde. Konsekvensen för patienten är att hon gått runt i ovisshet och rädsla under längre tid än nödvändigt.*

*Vårdgivaren beskriver i svar till patienten att diktat inte skrevs ut förrän 14 dagar efter att resultat hade kommit till verksamheten och att det berodde på sekreterarbrist. Verksamheten börjar införa taligenkänning för att undvika liknande i framtiden.*

## Specialistmedicin

Några patienter lämnade synpunkter på långa väntetider för att komma i kontakt med sin mottagning när de ringde. En patient beskrev bland annat:

*En förändring som har skett är att det nu finns ett enda telefonnummer för alla mottagningar inom medicinkliniken. Telefonen är bara öppen en kort stund varje dag, och du kan bara lämna ett meddelande och bli uppringd inom tre dagar. Patienten tycker inte att detta är rimligt eftersom han hade frågor om sin medicinering. Han behövde prata med någon som kände till hans sjukdom och situation. När det gäller diabetes kan ett svar vara livsviktigt och får inte skjutas upp.*

## Avslutande reflektioner

Klagomålen visar att det finns möjligheter till förbättring inom områdena kommunikation, bemötande och delaktighet. Dessa områden påverkar patienternas upplevelse av vården och kan leda till misstro, oro och frustration hos både patienter och deras närstående. Effektiv kommunikation är också avgörande för patientsäkerheten. Patienternas upprepade försök att få information som inte har getts i tid eller är tillräcklig kräver stora resurser som skulle kunna användas bättre i vården.

Baserat på patienternas klagomål till patientnämnden har följande utvecklingsområden identifierats:

### 1. Förbättra kommunikationen

Förtydliga rutiner och ansvar för att ge information till patienter, så att de får den i rätt tid och vid behov skriftligt. På så sätt säkerställer vårdgivaren att patienter får återkoppling inom rimlig tid.

**2. Erbjudna personalen utbildning i empatiskt bemötande**

Säkerställa att personalen har kunskap om respektfullt bemötande.

**3. Öka patienternas delaktighet**

Involvera patienter i beslut om deras vård för att stärka deras förtroende och tillfredsställelse.

**4. Realistisk och tydlig information om väntetider**

Om väntetiden blir längre än vad som informerades om behöver patienten få besked.

**5. Tydlig och korrekt information om vem som har ansvar för patienten och vem den kan vända sig till vid behov (till exempel försämring, komplikation).**

Informera patienten om vem som ansvarar för deras vård och vem de kan vända sig till vid behov, till exempel vid försämring eller komplikation. Patienten ska inte behöva vara budbärare när ansvarsfördelningen mellan olika vårdgivare och verksamheter inte är tydlig för alla.

# Bilaga 1

Klagomål fördelade efter SU område

<b>område</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
område 1	155	146	189	179	184	186
område 2	481	363	352	347	326	287
område 3	305	245	279	277	312	304
område 4	25	22	31	23	34	28
område 5	260	171	210	173	209	173
område 6	235	183	240	258	237	245
Kontaktpunkt	10	5	3	5	1	1
sjukhusövergripande	4	12	9	6	10	6
<b>Total</b>	<b>1475</b>	<b>1147</b>	<b>1313</b>	<b>1268</b>	<b>1313</b>	<b>1230</b>

## Bilaga 2

Klagomål fördelade på problemområde

<b>Problemområde</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Undersökning/bedömning	176	210	191	228	241
Väntetider i vården	80	113	160	172	126
Delaktig	112	115	132	101	120
Information	143	166	132	151	120
Behandling	102	172	125	118	115
Bemötande	70	72	104	91	87
Resultat	80	82	92	95	74
Diagnos	32	49	36	38	47
Brister i hantering	45	27	25	37	40
Läkemedel	43	35	41	48	37
Tillgänglighet till vården	70	50	60	46	33
Fast vårdkontakt/individuell plan	22	29	24	27	31
Vårdflöde/processer	31	42	30	28	31
Patientavgifter	31	29	19	20	21
Resursbrist/inställd åtgärd	6	23	15	11	19
Omvårdnad	13	16	17	17	19
Patientjournalen	32	30	15	35	17
Intyg	19	12	19	23	13
Övrigt	2	3	9	3	12
Bruten sekretess/dataintrång	9	4	6	1	8
Hygien/miljö/teknik	15	11	4	7	6
Ersättningsanspråk/garantier	2	7	4	4	6
Samtycke	7	5	3	6	4
Valfrihet/fritt våldsökande	3	9	4	4	2
Ny medicinsk bedömning	2	2	1	2	1
<b>Total</b>	<b>1147</b>	<b>1313</b>	<b>1268</b>	<b>1313</b>	<b>1230</b>

## Bilaga 3

Tiden klagomålen besvarades av vårdgivaren

	2020	2021	2022	2023	2024
<b>1–4 veckor</b>	48%	42%	36%	41%	45%
<b>5–8 veckor</b>	35%	40%	43%	38%	42%
<b>9–12 veckor</b>	9%	11%	14%	14%	10%
<b>Mer än 12 veckor</b>	7%	8%	7%	6%	3%

Antal påminnelser om svar som patientnämnden skickade till verksamheter

	2021	2022	2023	2024
ingen	438	323	409	380
1	100	128	148	120
1, 2	37	38	48	33
1, 2, 3	25	21	25	19
<b>Totalsumma</b>	<b>600</b>	<b>510</b>	<b>630</b>	<b>552</b>
<b>Inget svar</b>	5	5	8	6