



2025-02-25

Patientnämndens rapport

Patientklagomål på Sjukhusen i väster
2024

Datum: 2025-02-25

Dokumentnamn: Patientklagomål på Sjukhusen i väster 2024

Diarienummer: PNV 2025-00007

Beslutad av: Anne-Kathrin Schneider, enhetschef, patientnämndernas kansli

Kontaktperson: Rebecca Ganelius, utredare, patientnämndernas kansli

Inledning

Under 2024 inkom totalt 5272 klagomål till patientnämnderna i Västra Götalandsregionen (VGR). Av dessa rörde 2929 klagomål den offentligt bedrivna sjukhusvården.

I patientnämnd västra registrerades 264 klagomål på Sjukhusen i Väster under 2024. Av dessa klagomål önskade 119 personer hjälp av patientnämnden för att få sina frågor besvarade av vårdgivaren. I 53 % av dessa fall fick anmälaren svar inom 4 veckor, vilket är en förbättring jämfört med 2023 då 45 % fick svar inom samma tidsram.

Under 2024 ökade antalet klagomål något jämfört med föregående år. Majoriteten av klagomålen rörde verksamheterna Kirurgi och ortopedi, Psykiatri, Akutsjukvård och Medicin, där nästan 90 % av klagomålen registrerades. Den största ökningen av klagomål per verksamhet sågs inom Psykiatri.

Den största gruppen av klagomål rörde vård och behandling, där patienter främst klagade på att bedömningar eller undersökningar upplevdes som felaktiga eller uteblev, vilket i flera fall ledde till upprepade vårdbesök och försenad diagnos eller behandling.

Många som lämnar klagomål och synpunkter berättar också om positiva upplevelser av vården.

Ofta lämnas klagomål för att hjälpa andra och bidra till förbättringar, så att ingen annan behöver uppleva samma problem.

Denna rapport baseras på de klagomål som lämnats till patientnämnden under 2024. Dessa ger inte en fullständig bild av hur hälso- och sjukvården fungerar i sin helhet, men det ger insikter om patienter och närståendes upplevelser när de är missnöjda. Deras berättelser kan vägleda hur sjukvården kan förbättras och anpassas efter människors behov.

I denna rapport ges en övergripande sammanfattning av mottagna klagomål för Sjukhusen i Väster, med fokus på synpunkter kring kommunikation, tillgänglighet samt vårdansvar och organisation.

I bilaga 1 och 2 redovisar patientnämnd Västra hur klagomålen på Sjukhusen i väster fördelas på olika problem- och verksamhetsområden. I bilaga 3 presenteras vårdgivarens svarstider för klagomål under år 2024.

Innehållsförteckning

Inledning	3
Kommunikation	5
Upplevda brister i information från vårdgivare	5
Delaktighet	6
Bemötande	7
Tillgänglighet	9
Väntetider i vården	9
Tillgänglighet till vården	11
Vårdansvar och organisation	12
Tydlig information efterfrågas	12
Resursbrist	13
Vårdens ansvar och organisation	14
Avslutande reflektioner	16
Bilaga 1.....	17
Bilaga 2.....	18
Bilaga 3.....	19

Kommunikation

Upplevda brister i information från vårdgivare

Flera klagomål handlade om att patienter och anmälare saknade eller upplevde brister i den information som gavs av vårdgivaren. Det kunde till exempel gälla information om behandling, diagnos eller om vårdgarantin. Patienter upplevde ibland att informationen inför en operation var otillräcklig, och först efter operationen insåg de riskerna för komplikationer och vad rehabiliteringen skulle innebära. I vissa fall gavs information om diagnos och operation först vid operationstillfället.

Det fanns också klagomål om att informationen om hur ett läkemedel skulle tas eller hur ett hjälpmedel skulle användas var otydlig. Patienter fick inte alltid information om sin skada och hur en fördröjd operation kunde påverka resultatet. Tydlig information om ingrepp som planerades påverkade hur patienten hanterade behandlingen. Om informationen var otydlig kunde patienten känna rädsla och oro.

Det förekom även klagomål där patienter inte informerades om sin diagnos och först långt senare fick veta vad diagnosen innebar och vilken behandling som behövdes. I ett fall missförstod en patient läkaren och trodde att hen inte kunde bli gravid, vilket ledde till en oönskad graviditet.

”För en månad sedan fick patienten ett brev med information om möjlighet att delta i en forskningsstudie för personer som har PCOS. Patienten blev ställd eftersom hon inte visste att hon hade den diagnosen. Hon ställer sig frågande till att mottagningen inte har informerat om hennes diagnos, vad det innebär att ha den diagnosen, vidare undersökning, uppföljning och behandling. Hon kontaktade berörd mottagningen för att fråga om detta och har fått en tid för ett läkarsamtal via telefon.”

Det framkom också att vårdpersonal ibland missuppfattade information som sedan förmedlades vidare till annan vårdpersonal och skrevs in i journalen. Patienter uppgav att information och motivering till olika beslut kunde upplevas som otillräckliga, till exempel varför en operation inte skulle

genomföras eller varför patienten skulle skrivas ut från mottagningen. Information som gavs över telefon eller via brev kunde upplevas som opersonlig eller otydlig, vilket ökade oro och frågor hos patienten.

Det fanns även klagomål om att information om vårdgarantin uteblivit, och att patienter själva fick kontakta vårdgivaren för att få information om väntetider. Patienter upplevde att ansvaret att hitta en annan vårdgivare lades på dem.

Kort tid till möten med läkare, svårigheter att nå mottagningarna via telefon eller 1177, och stressad vårdpersonal uppgavs som hinder för att få och kunna ta till sig tillräcklig information.

”Efter fyra månader kontaktade patienten mottagningen och frågade när hon skulle kallas och informerades då om att det skulle dröja många månader. Patienten undrar varför sjukhuset inte kontaktade henne och informerade om att vårdgarantin inte skulle uppfyllas och varför hon inte fått hjälp att finna andra alternativ utan hänvisats att själv leta efter andra vårdgivare.”

Delaktighet

En annan källa till att klagomål framfördes från patienter och närstående var när det upplevdes att vården och beslut som togs inte utgick från patientens önskemål eller upplevda behov. Det kunde exempelvis handla om att det var insyn i undersökningsrummet från fönster och öppna dörrar, att hänsyn inte togs till önskemål om specifik vårdpersonal vid gynekologisk undersökning. Det kunde även handla om att patienten upplevde att vårdgivaren inte tog patientens symtom på allvar och att utredning eller behandling uteblev till följd av detta. Det kunde också handla om att det tog lång tid för beslut om utredning eller behandling eller att information inte gavs till patienten. En känsla av att inte bli lyssnad på uppstod i flera fall när patienten upplevde svårigheter att få kontakt med vårdpersonal och/eller att vårdpersonal inte besvarade patientens kontaktförsök via telefon eller 1177.

”När läkaren kom in i rummet kunde patienten varken se läkaren ordentligt eller hälsa eftersom hon låg ner. Läkaren presenterade sig och sin kollega, informerade att svar på undersökningen inte skulle ges

samma dag. Därefter övergick läkaren till att prata med kollegan om undersökningen och vilka fynd de letade efter, ordet cancer kom flertalet gånger. Under undersökningen visades inga bilder för patienten. Läkaren bedömde bifyndet som ett hemangiom men förklarade aldrig vad det var. Nästa steg blev infart och kontrastultraljud. Under tiden satt läkarna i angränsande rum med öppen dörr och diskuterade patienten samt andra patienter, ingen sekretess. Efter undersökningen gick patienten hem med en avsmak kring hur hon blivit behandlad, hon kände sig objektifierad, var inte delaktig eller involverad och blev inte respekterad med integritet eller värdighet”

”Patienten berättar att hon hade en telefontid med sin läkare för några dagar sedan då hon behövde prata om sitt mående och förlänga sin sjukskrivning som gick ut för flera veckor sedan. Läkaren ringde inte. Två veckor tidigare hade patienten varit på mottagningen och väntade utan att läkaren kom. Efter 30 minuter gick hon hem då ingen personal fanns i receptionen. Patienterna är i stort behov av att prata och har suicidtankar. Hon upplever att ingen bryr sig.”

Bemötande

I klagomål där patienter eller närstående upplevde ett bristfälligt bemötande handlade berättelserna flera gånger om att patienten inte känt sig lyssnad till eller att deras symtom inte togs på allvar.

”Upplevelsen vid detta besök är att sjuksköterskan som ropade in patienten för provtagning hade ett otrevligt bemötande, både mot närstående som var med men också mot patienten. Upplevelsen var att sjuksköterskan förlöjligade patienten som hade med sig sin mamma fastän hon var myndig, men också för att de sökt akut vård för patientens diagnos. Sjuksköterskan uttryckte vid upprepade tillfällen att patienten inte skulle tas emot av dem då hon inte var tillräckligt dålig. Det konstaterades senare att läget var allvarligt och patienten skickades till annat sjukhus för vidare vård på intensivvårdsavdelning”

I flera fall upplevdes läkaren som oengagerad om hen inte hade läst på patientens journal innan besöket eller gav uttryck för att det var jobbigt att ta fram och gå igenom alla journalhandlingar. Att vårdpersonal inte presenterade

sig eller pratade med patienten som att hen hade en nedsatt kognitiv förmåga påverkade upplevelsen av bemötandet negativt. I flera klagomål togs det upp hur vårdpersonalen talade med patienten

”Patienten har tidigare upplevt att hon inte har blivit hörd eller hjälpt och ställde därför flera frågor i och med sitt tvivel. Läkaren höjde rösten och frågade vad patienten ville att läkaren skulle göra. Patienten chockades av bemötandet, tog illa vid sig, blev obekvämt, upprörd och började gråta. Läkaren frågade varför patienten grät och patienten svarade att hon inte uppskattade hans bemötande. Då kom en sköterska in i rummet och tonen blev trevligare.”

Tillgänglighet

Väntetider i vården

Synpunkter från patienter som upplevde långa väntetider till besök, undersökningar eller behandlingar lämnades främst på verksamheterna Kirurgi och ortopedi och Psykiatri. I berättelserna framförs att väntetider kunde uppstå på flera månader upp till över ett år. Konsekvensen som upplevdes var till exempel att patienter fick gå långa perioder med smärta och rörelseinskränkning, att skadan eller sjukdomen förvärrades eller att den inte kunde behandlas. Det kunde även innebära att undersökningar blivit för gamla och behövde göras om vilket förlängde väntetiderna ytterligare.

”Patienten ska följas upp med läkarbesök var sjätte månad för justering av medicinering, men detta har inte följts med anledning av brist på läkare. Den sista tiden har patienten förvärrats kraftigt med både fysiskt och mental försämring, varför hon försökt få en tid för honom. Varje gång hon kontaktat mottagningen har hon fått som svar att de inte har några tider på grund av läkarbrist så det dröjde över ett år innan han fick en tid till mottagningen. Det konstaterades vid läkarbesöket för ett par veckor sedan att patienten blivit mycket försämrad i sin Parkinson och att det hade kunnat förhindrats om han kommit till mottagningen tidigare”

Av klagomålen som rörde psykiatrin på Sjukhusen i väster, handlade nästan hälften om BUP. De flesta av dessa klagomål gällde väntetider för utredning och behandling av ADHD. Många beskrev de negativa konsekvenser som dessa väntetider hade på patienternas skolsituation och liv i stort.

”Anmälaren berättar att patienten remitterades till en privat vårdgivare med avtal för utredning efter att ha väntat ett år på mottagningen. Patienten diagnostiserades med ADHD och väntar nu på läkarbesök för bedömning av eventuell behandling. Vid kontakt med mottagningen informerades anmälaren om att väntetiden för läkarbesök är cirka ett år. Anmälaren anser att

väntetiden är orimligt lång, både för utredning och behandling, och beskriver att detta får negativa konsekvenser för patientens mående och skolgång.”

Ibland hänvisades patienten att själv söka annan mottagning för att få hjälp. I ett fall hade patienten själv tagit kontakt med en annan vårdgivare som bedömde att patienten var i behov av operation, för detta behövde patienten en betalningsförbindelse men för att få det behövde patienten få en bedömning från ortoped på Alingsås lasarett och väntetiden för detta uppgavs vara över 10 månader. När vårdgarantin inte kunde hållas och väntetiden drog ut på tiden efterfrågade patienterna information. Om det då var svårt att nå mottagningar kunde detta upplevas oseriöst och som att vården inte tog patientens situation på allvar.

Vid akutmottagning berättades om långa väntetider där patienter lämnades flera timmar utan tillsyn vilket upplevdes otryggt. Det förtäljdes även om tillfällen där patienter eller närstående själva upplevde att de behövde efterfråga information under väntetiderna. Förväntningarna på tillsyn, information och omhändertagande hade inte mötts vid dessa tillfällen.

”Patienten väntade hela eftermiddagen och kvällen på en bedömning utan att tillsyn, provtagning eller bedömning gjordes. Närstående kände stor oro för patienten. Närstående påkallade uppmärksamhet från personal flera gånger en sjuksköterska som sa att det enligt journalen framgick att patienten inte var prioriterad och att hemoglobinvärdet var bra. Närstående berättade för sjuksköterska att ingen tillsyn skett och att inget prov tagits. Sjuksköterskan uppges ha varit otrevlig i sitt bemötande. Närstående ställer sig frågande till varifrån sjuksköterskan hade läst att prov tagits. Närstående uppges att det inte kändes tryggt att patienten inte fick någon tillsyn eller bedömning under de timmarna de väntade på akutmottagningen. De valde att lämna akutmottagningen utan bedömning”

Tillgänglighet till vården

Klagomål där anmälare berättade om svårigheter att komma i kontakt med vårdgivaren handlade främst om att det var svårt att ringa in till mottagningen och komma fram, ibland möttes patienter av att telefontiderna var slut, det kunde även handla om att patienterna fått information om att kontakt från till exempel läkare skulle ske men att ingen ringde upp på avtalad tid. I ett fall ringde läkaren från dolt nummer vilket patientens telefon inte visade och ledde till att kommunikationen mellan patient och vårdgivare drog ut på tiden.

”Patienten hade drabbats av komplikationer efter en operation. Han försökte komma i kontakt med mottagningen men fick inte hjälp. Sjuksköterskan hänvisade honom att ringa dagen därpå men när han ringde klockan 07.04 sa en telefonsvarare att telefonkön var full den dagen. Han rekommenderas att återkomma. Patienten ställer sig frågande till mottagningens rutiner som han inte tycker "fångar in" akuta problem som kan uppstå. Han undrar hur en sjuksköterska kan hänvisa en nyopererad patienten med smärta och blödning till att återkomma dagen därpå i stället för att boka in en tid för uppföljning.”

Vårdansvar och organisation

Tydlig information efterfrågas

I ett antal ärendet framfördes synpunkter mot hur utskrivningen från en avdelning hanterats. Det kunde till exempel röra sig om att patienten hänvisats till att ta kontakt med en mottagning vid försämring eller symtom men att det senare upplevdes svårt att få kontakt med mottagningen trots flera kontaktförsök, det kunde även handla om att patienten inte fick någon information alls om vart hen skulle vända sig vid försämring. Klagomål framfördes även på att det upplevdes brister i vårdplaneringen som skedde innan utskrivning och att det trots planering saknades information till närstående eller en tydlig ansvarsfördelning mellan sjukhus och kommun om vart ansvaret för vården låg. Det kunde även handla om att ingen vårdplanering genomfördes alls och patienten själv fick ombesörja kontakt med kommun för att få hjälp.

”Patienten som är ensamboende, önskade stanna på avdelningen och utskrivningen flyttades fram en dag. I efterhand undrar patienten varför ingen vårdplanering gjordes, detta ordnade hon själv med första vardagen efter påskhelgen eftersom hon var i behov av hemtjänst. Patienten kände sig inte tagen på allvar.”

I ett par ärenden framfördes att patienten hänvisats till sin vårdcentral eller annan mottagning för fortsatt vård men att information om detta missats att skicka till både vårdgivaren och patienten. Det kunde även handla om att det var otydligt vem som hade vårdansvaret för patienten som kunde uppleva sig bollad fram och tillbaka.

”Enligt journal återremitterades patienten till Kungälvssjukhus för övervägande av remittering för vidare utredning. Månader passerade och patienten hörde inget så hon kontaktade mottagningen och efterfrågade remissbekräftelse och uppföljning. Hon fick brevsvaret från läkaren som menar att det är vårdcentralen som får utfärda liknande remiss och att information skulle förmedlas. Patienten beskriver att hon som patient har behövt ligga på i kontakten med sjukvården och ta ett

stort ansvar vilket hon inte anser att hon ska behöva. Hon förstår inte hur hon eller hennes vårdcentral skulle känna till det i och med att de inte har fått någon information från sjukhuset. Patienten menar att läkaren har agerat nonchalant och frånsäger sig ansvaret.”

”Patienten uppger att hon varit aktuell på mottagningen och haft en fast läkarkontakt. Sedan drygt 3 månader tillbaka har patienten vid flera tillfällen ringt in till mottagningen för att efterfråga ett läkarbesök och då blivit informerad om att hennes tidigare läkare har slutat. Patienten har en sjukskrivning som behöver förlängas och även påbörjat en behandling som hon inte tål och behöver föra en dialog med läkare om det finns annan behandling som kan vara aktuell för henne. Patienten har under dessa månader inte fått några tydliga besked och vem som är hennes nya läkare eller blivit erbjuden en läkartid. När patienten åter tar kontakt med mottagning får hon information om att någon (ett par månader tidigare) har skrivit ut henne från mottagningen och att hon nu ska tillhöra en mottagning på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i stället. Information om detta har inte vidarebefordrats till mottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som inte har kännedom om patienten. Patienten är kritiskt till att hon har skrivits ut från mottagningen utan att det har säkerställts att en mottagande enhet finns och att hon själv inte informerats om händelsen.”

”Klagomål på att patienten hänvisas mellan primärvård och BUP. Anmälaren är vårdnadshavare till patienten. Anmälaren beskriver att patienten under en tid fått vård via Ungas psykiska hälsa (UPH) och att en remiss nu är skickad till BUP. Efter ett första möte på BUP önskade patienten påbörja en läkemedelsbehandling som hon tidigare blivit erbjuden via sin vårdcentral. Patienten blev då hänvisad till vårdcentralen för detta men i kontakt med dem hänvisas patienten till BUP. Detta har skett vid flertalet tillfällen och anmälaren får inga tydliga besked om vem som har vårdansvaret. Resultatet är att patienten står utan behandling med ökad oro och dåligt mående till följd av detta.”

Resursbrist

I ett antal klagomål från patienter framförs bland annat att de upplevt personalbrist och att miljön till följd av detta känts stressfull eller att väntetider uppstått och/eller att uppföljning inte skett enligt medicinsk bedömning. I flera svar från vårdgivarna framförs att händelser eller situationen uppstått till följd av bristande resurser. En patient skulle följas

vert tredje år med undersökning på hjärtmottagningen, när kallelse för uppföljning uteblev kontaktade patienten mottagningen och rekommenderades då att söka på en annan mottagning då de hade långa väntetider. En annan patient fick information om att det skulle ta åtta månader innan en läkare kunde förmedla svaret på en röntgenundersökning. Inom BUP fick en patient tre läkarbesök på raden inställda vilket fördröjde hjälpen till patienten med flera veckor. I vårdgivarens svar i detta ärende uppgavs att besöken ställdes in då ordinarie läkare var sjuk och det inte fanns kapacitet att sätta in någon annan. På akutmottagningen rapporterades flera fall av långa väntetider där patienterna kände sig otrygga eftersom de inte fick någon information eller tillsyn.

”Patienten tog kontakt med mottagningen för att efterfråga resultat efter en röntgenundersökning. Hon fick då kontakt och informerades om att det skulle ta åtta till nio månader innan en läkare kunde förmedla svaret på röntgen. Den långa väntetiden berodde på bristande resurser.”

”Röntgen genomfördes efter fyrtiofem minuter och därefter väntade hon i ett väntrum i sju timmar innan hon sökte upp en sjuksköterska i korridoren som kunde informera att det inte var någon spricka. Sjuksköterskan meddelade att det kunde dröja några timmar till på att få träffa läkare. Patienter väntade ytterligare två timmar men valde därefter att åka hem utan bedömning av läkare trots oro över att det kunde vara något allvarligt.”

Vårdens ansvar och organisation

I ett par klagomål var patienter kritiska till att rutiner inte verkade finnas eller var bristfälliga vid förändringar i organisationen. Det kunde till exempel handla om att rutiner brustit för vem som skulle ta över ansvaret för patienten om läkare slutade eller var frånvarande en längre period. Det kunde även handla om att patienter fallit mellan stolarna och tappats bort när omorganisation skett eller mottagning fått ett nytt uppdrag.

”Patienten uppger att hon under flera år kallats till Frölunda gynekologimottagning för uppföljning. Då kallelse uteblev kontaktade patienten mottagningen och fick då till svar att

mottagningen fått ett annat uppdrag och att patienten skulle ha kallats till en annan mottagning men att detta verkar ha fallit mellan stolarna. Patienten kunde då välja om hon ville ha en tid omgående till Angered närsjukhus eller vänta och bli kallad till Högsbo gynekologimottagning. Patienten valde att vänta på kallelse till Högsbo men när denna kallelse uteblev tog hon kontakt med dem. Patienten fick då information om att även denna mottagning inte tog emot henne och patienten hänvisades att skicka egen remiss till ett annat sjukhus. Patienten är kritisk till att hon inte fick rätt information från början och att det inte ordnades inom sjukvården att hennes ärende skickades till det sjukhus som ansvarar för uppföljning av hennes besvär.”

Avslutande reflektioner

Sammanfattningsvis visar denna rapport att det finns flera områden som kan utvecklas för att bättre möta patienternas behov och förväntningar. Genom att ta vara på patienternas berättelser och erfarenheter kan vården arbeta för att skapa en mer patientcentrerad och trygg vårdmiljö.

I de klagomål som lämnats till patientnämnden ses att det är viktigt att fortsätta arbeta med att säkerställa att patienterna får den information och det stöd de behöver, möta patienters behov av kontakt med vårdgivare och att anpassa rutiner till verksamhetens och patienters behov med mera.

Exempel på utvecklingsområden som ses är:

- **Förbättrad kommunikation:**
 - Utveckla tydligare skriftligt informationsmaterial till patienter.
 - Säkerställa att all vårdpersonal får utbildning i kommunikation och bemötande.
 - Implementera rutiner för att säkerställa att patienter får nödvändig information och uppdateringar om sina ärenden, till exempel om vårdgarantin.
- **Ökad tillgänglighet:**
 - Förbättra och utöka telefon- och digitala kontaktvägar för att minska väntetider.
 - Säkerställa att patienter får snabb återkoppling vid kontaktförsök.
- **Förbättrat vårdansvar och organisation:**
 - Utveckla tydliga rutiner för vårdplanering och utskrivning samt säkerställ en klar ansvarsfördelning.
 - Ge patienten tydlig och korrekt information om vem som ansvarar för patientens vård och vem de kan kontakta vid behov, till exempel vid försämring eller komplikation. Patienten ska inte behöva förmedla eller efterfråga information när ansvarsfördelningen mellan olika vårdgivare och verksamheter är otydlig.
 - Förtydliga rutiner för att undvika att patienter "faller mellan stolarna" vid organisatoriska förändringar; exempelvis när läkare slutar eller verksamheter flyttar

Bilaga 1

Klagomål fördelade efter verksamhet inom Sjukhusen i väster

Verksamhet	2021	2022	2023	2024
Kirurgi och ortopedi	86	115	114	116
Psykiatri	32	34	35	46
Akutsjukvård	45	37	44	42
Medicin	34	29	37	30
Geriatrik, neurologi och rehabilitering	6	7	12	10
Sjukhusen i Väster, sjukhusövergripande	9		4	4
Anestesi, operation och intensivvård	2	5	2	6
Diagnostik och service	6	1	5	6
Barn och unga	9	2	2	3
Vårdadministration				1
Totalt	229	230	255	264

Bilaga 2

Klagomål fördelade på problemområde

Problemområde	2021	2022	2023	2024
Undersökning/bedömning	53	39	49	40
Väntetider i vården	14	27	22	28
Resultat	19	37	30	26
Information	26	18	22	24
Bemötande	13	10	22	21
Delaktig	18	20	19	22
Behandling	19	19	20	15
Brister i hantering	3	5	6	12
Läkemedel	8	6	5	11
Diagnos	12	10	9	10
Patientjournalen	3	4	8	9
Tillgänglighet till vården	8	8	10	8
Fast vårdkontakt/individuell plan	5	1	4	8
Resursbrist/inställd åtgärd	4	3	1	6
Patientavgifter	6	2	5	6
Omvårdnad	3	5	6	4
Vårdflöde/processer	7	7	6	4
Bruten sekretess/dataintrång			3	4
Övrigt		3		1
Intyg	3	2	1	2
Samtycke				1
Ersättningsanspråk/garantier	2	2	3	
Valfrihet/fritt vårdsökande			2	
Hygien/miljö/teknik	3	2	2	
Totalsumma	229	230	255	264

Bilaga 3

Tiden det tog för vårdgivaren att svara på klagomålen

	2021	2022	2023	2024
1–4 veckor	35%	34%	45%	53%
5–8 veckor	28%	41%	34%	29%
9–12 veckor	15%	16%	14%	10%
Mer än 12 veckor	21%	9%	7%	9%

Antal påminnelser om svar som patientnämnden skickade till verksamheter

	2021	2022	2023	2024
Ingen	54	52	73	94
1	24	29	24	15
1, 2	14	17	6	8
1, 2, 3	10	2	8	2
Totalsumma	102	100	111	119
Inget svar	1			