

Synpunkter och klagomål

som avser remisser och information mellan vårdgivare eller vårdenheter

Version: 1

Synpunkter och klagomål

som avser remisser och information mellan vårdgivare eller
vårdenheter

Per-Erik Fransson och Elisabeth Berglund

2017-08-21
Dnr: 17PN573

Innehåll

1.	Inledning	4
1.1	Bakgrund.....	4
1.2	Syfte.....	4
2.	Avgränsning	5
3.	Metod	6
4.	Resultatredovisning	6
4.1	Remisser	7
4.2	Bristande informationsöverföring eller samverkan inom eller mellan vårdenheter eller vårdgivare	9
4.3	Bollad	9
4.4	Patienten drabbas när läkare är oeniga	10
4.5	Övrigt som noterats.....	11
4.6	Förbättringsförslag från patienter/närstående	12
4.7	Vårdens svar	12
5.	Diskussion och reflektioner	13

1. Inledning

Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående på hälso- och sjukvården och Folktandvården i Region Örebro län, hälso- och sjukvård i länets kommuner samt privat hälso- och sjukvård, som utförs enligt avtal med Region Örebro län eller länets kommuner¹.

I verksamhetsplanen för 2017 har Patientnämnden gett Patientnämndens kansli i uppdrag att i rapportform redogöra för problemområden som kan identifieras utifrån synpunkter och klagomål avseende remisser och informationsöverföring mellan olika vårdgivare eller vårdenheter.

1.1 Bakgrund

Brister i informationsöverföring mellan olika vårdenheter eller vårdgivare kan uppkomma var som helst i vårdkedjan, mellan öppenvård och slutenvård, mellan olika personalkategorier, mellan personal och patient/anhöriga och mellan företrädare för olika specialiteter, avdelningar eller huvudmän. Bristerna utgör ibland stora risker för patientsäkerheten. Detta konstaterades i en rapport från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) från 2014 där man granskat ett urval av 22 tillsynsärenden. I rapporten noteras att det ofta är i övergången mellan olika team eller vårdenheter som brister i informationsöverföringen konstateras². I en artikel på internet, som refererar till en rapport från patientnämnden i Västernorrland, konstateras att patienter bOLLAS mellan vårdområden och kan på grund av detta så att säga ”falla mellan stolarna”³. Detta utgör också en patientsäkerhetsrisk då vård och behandling kan fördröjas eller helt utebli.

1.2 Syfte

Det övergripande syftet med rapporten är att dess innehåll ska kunna utgöra ett bidrag till hälso- och sjukvårdens utvecklings- och kvalitetsarbete genom att visa vilka synpunkter, frågor eller klagomål som har förts fram av patienter och/eller närstående till patienter.

¹ Patientnämnden i Region Örebro län har avtal med regionens samtliga kommuner gällande att ta emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående.

² Kommunikationsbrister i vården, s.4, IVO 2014

³ <http://www.allehanda.se/patienter-bollas-fram-och-tillbaka-i-varden>

2. Avgränsning

Underlaget till rapporten utgörs av ärenden hos patientnämnden, som innehåller patienters eller närståendes synpunkter på hälso- och sjukvården. Alla ärenden hos patientnämnden registreras i ärende- och dokumenthanteringsystemet Platina. Ärendena registreras bland annat med uppgift om vilken verksamhet som berörs, och utifrån innehållet i patienternas synpunkter eller klagomål kategoriseras ärendena i åtta så kallade huvudproblem⁴. För varje huvudproblem anges även så kallade delproblem som ytterligare klargör vad synpunkterna eller klagomålen avser. Huvudproblemen med tillhörande delproblem är gemensamma för samtliga patientnämnder i landet⁵.

Som nämnts i inledningen är uppdraget från verksamhetsplanen att redovisa problemområden som identifieras utifrån synpunkter och klagomål avseende remisser och informationsöverföring mellan olika vårdgivare eller vårdenheter.

I arbetet med ärendemängden har vi inkluderat ytterligare ett problemområde som har nära anknytning till ovan nämnda brister. I rapporten benämns detta problemområde ”bollad”, och handlar om att patienten hänvisas mellan två eller flera vårdenheter. En närmare beskrivning av vad som menas med att patienten har bollats ges under rubriken 4.3.

Rapporten avgränsas således till att behandla ärenden med synpunkter och klagomål från patienter som

- har upplevt brister avseende remisshantering,
- har upplevt brister i informationsöverföring eller samverkan inom vårdenheter,
- har upplevt brister i informationsöverföring mellan vårdgivare, eller
- har hänvisats, ”bollats” mellan två eller flera enheter inom vården.

Rapporten avser ärenden som inkom under perioden 1 september 2016–30 april 2017. Under den angivna perioden inkom 129 ärenden som vid sökning överensstämmer med den avgränsning som har beskrivits ovan. I genomgången av ärendemängden har vi sett att ett antal ärenden måste tas bort, bland annat beroende på felregistreringar och på grund av att den information som lämnats i ärendet är så knapphändig att det är svårt att utläsa vad synpunkterna eller klagomålen består i. Bortfallet utgörs av 32 ärenden, och kvar är således 97 ärenden som bildar underlag för denna rapport.

⁴ Huvudproblemen är: 1. Vård och behandling, 2. Omvårdnad, 3. Kommunikation, 4. Patientjournal och sekretess, 5. Ekonomi, 6. Organisation och tillgänglighet, 7. Vårdansvar samt 8. Administrativ hantering.

⁵ Handbok för Patientnämndernas kanslier i Sverige (giltig fr.o.m. 1 januari 2014).

Bortfallet i denna rapport är relativt stort i jämförelse med bortfallet i andra rapporter från Patientnämndens kansli. En orsak till det stora bortfallet kan vara att ärenden har registrerats med sökordet ”bollad”, där personal har hänvisat patienten till en annan, och mer korrekt, enhet än den hen först sökte till. Denna typ av ärenden har tagits bort ur underlaget, och i rapporten har endast medtagits ärenden där patienten har hänvisats korsvis mellan två eller flera vårdenheter och där ingen av enheterna visar vilja att ta sig an patienten.

3. Metod

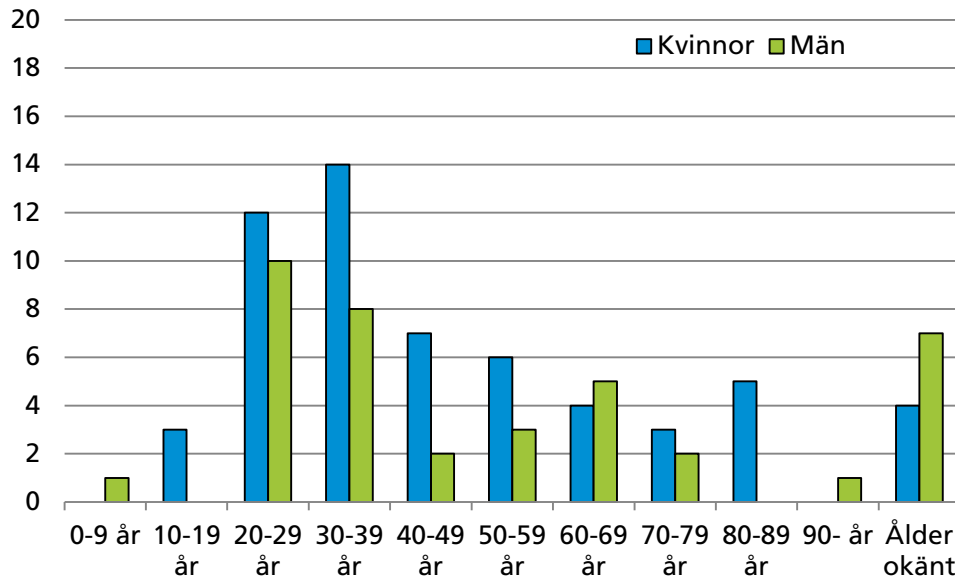
De ärenden, som ingick i urvalet har granskats i syfte att försöka hitta det eller de områden som utgör ”kärnan” eller fokus i de framförda synpunkterna i varje enskilt ärende.

Vid genomläsning kunde ett antal problemområden identifieras. Därefter gjordes en samlad genomgång av det som noterats som ”kärnan” eller fokus i samtliga ärenden och utifrån dessa kunde samband eller mönster urskiljas. Det är detta som sen ligger till grund för de problemområden som presenteras närmare i denna rapport.

I resultatredovisningen presenteras de problemområden och mönster som har framstått som tydligast. Detta utifrån antagandet att rapporten blir ett mer värdefullt bidrag för hälso- och sjukvårdens arbete med kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet om de problemområden som presenteras är konkreta och distinkt formulerade. Det innebär att de problemområden som presenteras i denna rapport inte representerar samtliga ärenden som ingår i urvalet.

4. Resultatredovisning

Som framgår av diagrammet på nästa sida är patienten oftast en kvinna, och av de granskade ärendena är patienten i de flesta fall yngre, under 40 år. De problemområden och mönster som kan urskiljas efter genomgång av ärendemängden presenteras nedan, och vi kan konstatera att de flesta ärenden har kunnat sorteras in under de tre första underrubrikerna (4.1, 4.2 och 4.3).



De flesta ärendena finns i åldergrupperna 20–29 år och 30–39 år. Fördelningen mellan kvinnor och män är 58 respektive 39 (omräknat i procent 60–40).

4.1 Remisser

Under denna rubrik redogörs för patienters och närståendes framförda synpunkter som gäller remisser. Remisserna kan vara glömda, försvunna, bristfälligt utformade eller försenade, men det framförs även synpunkter på att patienten har nekats få remiss till vidare undersökning.

Gemensamt för de ärenden som sorterats in under denna rubrik är att patienten förväntar sig att ”något mera” ska hända i kontakterna med vården, till exempel att en mer omfattande undersökning ska göras inom en annan vårdenhets eller att en särskild behandling ska påbörjas. Ofta är det också underförstått att patienten har närt en förhoppning om att aktuella problem ska kunna lösas, eller i alla fall reduceras, i och med att remissen blir avsänd och undersökning eller behandling förbereds på en annan vårdenhets.

Om remissen av olika anledningar inte når fram till mottagaren medför det framför allt förlängd väntetid för patienten, ofta även osäkerhet och oro. I flera ärenden påtalas att väntetiden också har medfört andra negativa konsekvenser, som närmare beskrivs nedan.

Vi har försökt göra en karaktäristik av de olika brister som har påpekats i ärenden som avser remisser:

Glömda remisser – ofta orsakade av den ”mänskliga faktorn” – får negativa konsekvenser för patienten som förväntar sig kontakt eller kallelse från den enhet där vidare undersökning ska göras. I vissa fall kan den extra långa väntetiden på vidare undersökning eller åtgärd innebära att sjukdomen eller problemet hos patienten förvärras under väntetiden. Flera av patienterna påtalar också att väntetiden får betydande negativa konsekvenser för deras ekonomi eller sociala liv.

Särskilt allvarligt blir läget när patienten är allvarligt sjuk, som i ett ärende där kliniken glömde att sända remiss till sjukhus i andra landsting rörande utredning av potentiella donatorer för njurtransplantation.

Försvunna remisser – liknar glömda remisser, men orsaken till att remissen inte kommit fram till mottagaren kan vara brister i system, postgång eller andra administrativa rutiner. Konsekvenserna för patienten blir desamma som för glömda remisser, dvs. längre väntan på åtgärd för problemen, plus negativa följder avseende ekonomi och social situation.

Bristfälligt utformade remisser – ärenden där remisser har skrivits och nått mottagaren, men där mottagaren på grund av oklara formuleringar i remisstexten inte kan ta ställning till om patienten ska kallas till vidare undersökning eller inte. Vissa ärenden beskriver att patienten inte vet vad som har hänt: om remissen har skrivits och skickats, om den har kommit fram till mottagaren, om man i så fall har övervägt åtgärder, eller om remissen har sänts tillbaka till remittenten utan åtgärd. Ovissheten medför oro och ängslan.

Försenade remisser – ärenden där remissen har blivit försenad, ibland kraftigt försenad, och där man med facit i hand, ser att remissen borde ha skrivits tidigare. Det finns även exempel där patienten vid ett flertal tillfällen efterfrågat om inte remiss borde skickas till specialist, men där de har fått nöja sig med beskedet att man ska avvakta med att skriva remiss.

Patienten nekas få remiss – liknar försenade remisser, men med den skillnaden att patienten nekas remiss helt och hållet. I en del ärenden har det senare visat sig att remiss borde ha skickats i ett tidigare skede, då patienten har en allvarlig sjukdom och vården blir fördröjd.

En del ärenden som har sorterats in under denna rubrik avser patienter som vill träffa läkare för att få remiss till specialist, men nekas få läkartid för detta.

4.2 Bristande informationsöverföring eller samverkan inom eller mellan vårdenheter eller vårdgivare

Under denna rubrik redogörs för inkomna synpunkter avseende bristande informationsöverföring eller samverkan, och vilka konsekvenser sådana brister kan få för patienten.

I ärendemängden finns exempel på patienter som fått ta på sig rollen som budbärare av information från vårdpersonal på en vårdenhet till personal på annan vårdenhet avseende eventuella åtgärder. Informationsöverföringen kan även gälla mellan personal inom en och samma vårdenhet. För patienten upplevs det otryggt att behöva vara budbärare mellan vårdenheter, och det skapar också irritation över att behöva ta ansvar för fortsatta vårdkontakter så att inte patienten riskerar att hamna ”mellan stolarna”.

Ytterligare exempel är då äldre patienter skrivs ut från sjukhusen utan att kommunikationen till kommunen har fungerat. Ofta behöver tryggheten i hemmet säkras för äldre personer som skrivs ut till hemmet, men anpassningen av bostaden har inte gjorts trots att beslut har fattats innan utskrivning.

Också IVO konstaterar ovanstående problem, och skriver att *”Överrapportering mellan olika huvudmän, landsting och kommun, är ett känt riskområde.”* IVO noterar att det finns exempel på att patienter *”skrivits ut utan att boende eller kommunal sjukvård informerats...”*⁶

Ibland finns brister i informationsöverföring inom en och samma vårdenhet; bland annat i form av att information inte når rätt personal. Ett exempel på en sådan situation är att sjukintyg inte förnyas i tid därför att ansvarig läkare inte fått information om behovet av förnyat sjukintyg. För patienten blir konsekvensen att de under en period står utan inkomst.

Ytterligare ett exempel på bristfällig informationsöverföring inom en vårdenhet är då en läkare sätter ut ett läkemedel utan att först ha rådgjort med den läkare som ordinerade det, vilket visade sig bli ödesdigert för patienten.

4.3 Bollad

Under denna rubrik samlas ärenden där patient eller närstående till patienten upplevt sig ha blivit hänvisade mellan två eller flera enheter inom vården eller mellan vårdgivare.

⁶ Kommunikationsbrister i vården, s. 21 IVO 2014

Exempel finns då patienter bollats mellan två enheter inom vården, där en enhet hänvisar till någon annan enhet som ska förnya recept, skriva ut läkemedel eller skriva sjukintyg. När patienten vänder sig till den ena enheten hänvisas patienten tillbaka till den första enheten.

Det finns också exempel på där bollandet involverar flera vårdenheter som hänvisar patienten mellan sig. Detta upplevs av patienten som att ingen av enheterna vill ta ansvar för det vårdbehov som finns hos patienten. I ett av ärendena beskrivs det som att patienten befinner sig i ett "ingenmansland" i vården.

Ovanstående exempel är relativt vanliga när patienten har en historia av missbruk eller tidigare har haft kontakt med psykiatri. Dessa patienter kan uppleva att de blir felaktigt hänvisade till beroende- och missbruksvård eller till psykiatri när de söker hjälp för somatiska problem.

Även patienter med ospecificerad sjukdomsbild med diffusa symtom som söker vård kan också bli hänvisade till psykiatri och där det senare visar sig att det rör sig om en somatisk sjukdom.

Ytterligare exempel på att ha blivit bollad är att då remiss har skickats till en vårdenhet så släpper remittenten allt ansvar för patienten. När patienten vänder sig till den första vårdenheten för att få information hänvisar man till den vårdenhet som remissen skickats till, trots att patienten ännu inte blivit kallad dit. Patienten vet då inte vilken vårdenhet som är ansvarig eller vart hen bör vända sig.

Som nämnts under rubriken 2. Avgränsning har det också noterats i vårt material att patienter kan uppleva att de har blivit "bollade" då en vårdenhet hänvisar till annan vårdenhet på grund av att patienten vänt sig till fel vårdnivå. Enligt vår definition har patienterna då egentligen inte blivit bollade, utan hänvisningen de har fått har varit korrekt. I sådana fall kan det i stället vara informationen till patienten som brister. Det kan också bero på att vårdens organisation kan vara svår att förstå sig på och patienten är övertygad om att de vänt sig rätt från början.

4.4 Patienten drabbas när läkare är oeniga

Det förekommer ibland att läkare är oeniga om vilken diagnos, behandling, medicinering eller annan åtgärd som ska ges patienten. Detta är i sig inte märkligt, eftersom läkare, som alla andra yrkesgrupper, kan ha olika mening om vad som är den bästa åtgärden. Det blir dock olyckligt när patienten är den som får lida för oenigheten mellan läkarna, i stället för att läkarna sinsemellan diskuterar åtgärderna.

Vid genomgång av materialet upptäcktes några ärenden där oenighet eller ovilja att kommunicera sinsemellan mellan läkare har fått negativa konsekvenser för patienten. Som tidigare nämnts får patienten ibland ansvara för att förmedla information mellan två vårdgivare, men i ett ärende tillkom ytterligare ett problem, då läkarna vid berörda enheter inte var överens om hur patienten skulle behandlas. Patientens känsla var att ansvaret för samordning och förmedling av information mellan vårdgivarna övervältrades på patienten själv.

I ett annat ärende hänvisades patienten från en läkare till en annan för att få viss medicinering, och när patienten framförde sitt önskemål till aktuell läkare nekade denne att förskriva någon medicin. Följden blev att patienten inte fick lindring för sin smärtproblematik.

I ett tredje ärende fick behandlande läkare information och rekommendation från primärvårdsläkare om lämplig behandling av patienten, men valde att inte följa rekommendationerna. Detta medförde att patienten fick uppsöka vården vid ytterligare några tillfällen innan hen fick adekvat hjälp för sina problem.

4.5 Övrigt som noterats

Under denna rubrik har det samlats synpunkter och klagomål på händelser som inte direkt har kunnat sorteras in under rubrikerna ovan, men som ändå är värda att notera, då händelserna har haft negativ konsekvens för patienterna. Synpunkterna som framförs i dessa ärenden rör remisshantering eller andra typer av överföring av information inom eller mellan vårdenheter, men händelserna är ensamma i sitt slag.

Ett ärende handlar om att patienten fått ett felaktigt besked från vården rörande behandling. Patienten fick av en läkare besked om att behandlingen inte kunde utföras, men hade sedan på egen hand inhämtat information om att behandlingen kunde utföras, även om den inte utfördes inom Region Örebro län. Patienten hade nu fått remiss för att genomföra behandlingen hos annan vårdgivare. Det första, och felaktiga, beskedet var av avgörande betydelse för patienten, som undrade varför inte korrekt information hade lämnats om behandlingen och varför inte remiss hade skrivits till annan vårdgivare i ett tidigare skede.

I ett par ärenden ställs frågor om det är patienten själv som har ansvaret för att förmedla journalhandlingar från en vårdgivare till en annan, eller om vårdgivarna kan förmedla journalhandlingar mellan sig efter att patienten har gett sitt tillstånd. Oklarheter beträffande ansvar för överföring av journaluppgifter kan medföra att behandling och uppföljning av patienter försenas.

I ett ärende sökte patienten till sin vårdcentral med önskemålet att få en remiss för vidare undersökning av en specialist. Patienten nekades få en remiss och läkaren ägnade en stor del av tiden vid besöket åt att klaga över politikernas besparingar. Patienten skrev sedan en egen vårdbegäran och fick komma till en specialist, men ställde sig mycket frågande till läkarens bemötande och vad som fokuserades vid besöket.

Exemplen ovan visar på negativa följder av felaktig information och betydelsen av informationsinhämtande och samverkan mellan vårdenheter eller vårdgivare, samt en professionell hållning i kontakten med patienter.

Följderna för patienterna är oftast längre väntetid kopplat till oro och ängslan, men ibland kan det också medföra större negativa konsekvenser, såsom att skadan eller sjukdomen förvärras under väntetiden, eller att väntetiden påverkar patientens sociala eller ekonomiska situation.

4.6 Förbättringsförslag från patienter/närstående

Patienter och/eller närstående har i vissa ärenden lämnat förslag till hur vården skulle kunna förbättras. De flesta förslag är relativt allmänt hållna, men vissa förslag understryker patientens problem och ger konkreta förslag till förändringar:

- Att det finns personer som kan koordinera kontakter och information mellan patient, donator och sjukvård. Patientens uppfattning var att koordinatorena på de olika sjukhusen inte hade kontakt med varandra.
- Att långtidssjukskrivna ska få en fast läkarkontakt.

4.7 Vårdens svar

I några ärenden har svar på patientens synpunkter och frågor lämnats från vården. Svaren innehåller oftast ett beklagande över det inträffade tillsammans med uppgift om vilka åtgärder som planeras för att eliminera eller minska den brist som påtalats. Exempel på åtgärder är:

- Översyn av mottagningsprocesser för att undvika att patienter får vänta onödigt länge.
- Verksamhetscheferna har infört regelbundna träffar med remissgruppen.

- Ärenden tas upp i personalgrupp i syfte att lära sig av dem.
- Organisera sig så att fast vårdkontakt kan erbjudas.

5. Diskussion och reflektioner

Rapporten grundar sig på synpunkter och klagomål som rör brister i remisshantering, brister i informationsöverföring och/eller samverkan inom eller mellan vårdenheter eller vårdgivare samt där patienten upplevt sig ha blivit bollad mellan två eller flera vårdenheter eller vårdgivare.

Det är värt att notera att de flesta ärendena fanns i åldersgrupperna 20–29 år och 30–39 år. I likhet med alla tidigare rapporter från Patientnämnden står kvinnorna för merparten av de inlämnade synpunkterna och klagomålen.

Genomgången av patienternas och närståendes berättelser i granskade ärenden visar att brister i remisshantering eller samverkan mellan vårdenheter kan få betydande konsekvenser för patienterna. Det kan leda till att behandling fördröjs, vilket kan vara ödesdigert för patienten då sjukdomstillstånd förvärras och prognosen för att bli helt återställd försämras.

Förseningar i remisshantering eller informationsöverföring kan också medföra att intyg till patienten blir försenade. Patienten drabbas då också ekonomiskt om de varken har arbetsinkomst eller ersättning från Försäkringskassan. Flera av ärendena visar på den oro patienterna känner för sin ekonomiska situation och att den också påverkar deras sjukdomsupplevelse.

Ju fler vårdenheter eller vårdgivare som patienten skickas mellan, desto större är risken att viktig information om patienten missas. En följd av brister i informationsöverföring eller brister i samverkan mellan vårdenheter/vårdgivare kan bli att patienterna själva får agera för att inte hamna mellan stolarna och de upplever att de är budbärare mellan olika vårdenheter.

IVO har också noterat detta i en sammanställning med data från landets patientnämnder: *”Vi ser också att informationen inte alltid följer patienten mellan olika vårdenheter och vårdgivare – patienten upplever att de ofta får hålla ihop vården själva.”*⁷

⁷ Hur upplever patienter och närstående vården? Sammanställning av klagomål som kommit in till patientnämnderna under 2016. IVO, s. 3

Då det är flera vårdenheter eller vårdgivare inblandade vore det också önskvärt att man sinsemellan kunde fördela uppgifter och ansvar gällande behandling av patienten. Viktigt är också att lämna tydlig information till patienten om vem eller vilken enhet hen ska vända sig till med frågor. Troligen skulle det även underlätta för vården om detta var klarlagt från början.

I de ärenden som bildar underlag för rapporten är det relativt vanligt att patienten vid kontakt med vården har blivit hänvisad någon annanstans, eftersom de vänt sig till fel klinik eller fel person. Vårdens organisation är inte helt lätt att förstå för en utomstående och det är många gånger svårt för patienten att veta vilken enhet de ska vända sig till med sina problem. Än mer obegripligt blir det om de hänvisas mellan två eller flera enheter utan att få hjälp och lämnas med intrycket att ingen bryr sig om dem.

Vården har en skyldighet att informera om fast vårdkontakt och om patienten begär det ska det utses en sådan. Även om patienten inte begär det kan det utses en fast vårdkontakt⁸. Genomgångna ärenden ger intrycket att det finns brister rörande informationen om fast vårdkontakt, eftersom patienten ofta ställer frågor om vem som kan besvara frågor och vem som ansvarar för utgiven vård.

De ärenden där patienten eller närstående till patienten har framfört brister beträffande oenighet mellan läkare är få. Konsekvenserna för patienten blir även här att diagnos eller behandling försenas, samt att det ger ett dåligt intryck när patienten får vara mottagare av läkarnas frustration.

Om patienten själv får förmedla information från en vårdenhet till en annan kan patientsäkerheten ifrågasättas, då viktig medicinsk information kan feltolkas eller gå förlorad.

Vid genomgången av ärenden har det också noterats att besked till patienterna om huruvida remiss mottagits eller avslagits borde kunna förbättras. Ovissheten om remisshanteringen gör att patienterna många gånger uppger att de själva måste vara aktiva och ”tjata” för att remisser ska skrivas och besvaras. Framförda synpunkter reser frågor om någon typ av kontroll kan göras avseende remisstrafiken, både vad gäller avsändare och mottagare.

Både patienter och vårdgivare gagnas av en bättre kontroll av remissflödet och av en tydligare information mellan patient och vårdgivare. För patienterna skulle det innebära en större trygghet och säkerhet och för vården ett bättre utnyttjande av resurser om patientens problem inte förvärras.

⁸ Patientlag (2014:821), 3 kap. 2§ samt 6 kap. 2§

Detta understryks också i en debattartikel i Dagens Medicin som behandlar vikten av att vården säkerställer att informationsöverföringen mellan olika vårdgivare fungerar och att det borde ge ”vinster för både patient och samhälle⁹”.

Flera synpunkter och klagomål som bildar grund för denna rapport beror på otillräcklig kommunikation. Informations- och kommunikationsområdet är svårt, vilket många gånger har kunnat konstateras i de rapporter som patientnämnden har lagt fram. Detta kan upprepas även i denna rapport.

De brister som synes mest angelägna att framföra efter genomgång av ärendemängden är:

- Patientens sjukdom kan förvärras när remisser glöms bort, kommer på avvägar eller inte behandlas av mottagaren.
- Patientsäkerheten brister när patienten får agera ombud eller kontakt mellan läkare. Viktig information kan gå förlorad.
- Oenighet mellan läkare känns förvirrande för patienterna, som blir osäkra på vad som gäller. Förtroendet för vården påverkas.
- Patienten känner otrygghet när det brister i informationsöverföringen mellan vårdenheter eller vårdgivare.
- Patientens förtroende för vården påverkas när två eller flera vårdenheter hänvisar patienten mellan sig. Det finns även risk för att behandlingen av patienten försenas.
- Patienten hamnar i en besvärlig ekonomisk situation om sjukintyg blir försenade eller ”bortglömda”.

⁹ <https://www.dagensmedicin.se/se/artiklar/2017/03/31/patientens-resa-bor-sta-i-centrum>