

Rapport 2024:1

Missade, felaktiga och fördröjda diagnoser

Patienters och närståendes
synpunkter inkomna till
patientnämnden

Innehållsförteckning

SAMMANFATTNING	2
BAKGRUND	3
METOD	3
RESULTAT	4
Att inte tas på allvar	4
Inte ta hänsyn till differentialdiagnoser	5
Att inte följa gällande rutiner	5
Brister i kontinuitet	6
Överlämningar i vården	6
Brister i kommunikation och information	7
Utbildning, träning och fortbildning är centralt i den diagnostiska processen	7
Rutinerna har följts, men patienten upplever att diagnosen försenats	7
Dra lärdom av patienter och närståendes erfarenheter	8
SLUTSATSER	9
REFERENSER	11
TIDIGARE RAPPORTER FRÅN PATIENTNÄMNDEN	12

Patientnämndens förvaltning,
Region Jämtland Härjedalen, Box 654, 831 27 Östersund.
E-post: patientnamnden@regionjh.se

Text/Analys: Ulrika Eriksson, e-post: ulrika.eriksson@regionjh.se, tel: 063-14 75 46

Sammanfattning

Bakgrund

Temat för den internationella patientsäkerhetsdagen 2024 är att öka medvetenheten om diagnostisk säkerhet. Med anledning av det har patientnämnden gjort en rapport med temat missade, felaktiga och fördröjda diagnoser. Rapporten har ett patient- och närståendeperspektiv. Urvalet i rapporten består av 58 registrerade ärenden.

Resultat

Merparten av synpunkterna berör somatisk specialistvård, följt av primärvård. De vanligaste diagnosområdena som ärendena handlar om är cancer- och tumörsjukdomar, ortopediska åkommor och hjärt-kärlsjukdomar.

I synpunkterna framkommer att patienter sökt vård upprepade gånger för sina symtom och besvär, upplevt sig avfärdade, inte blivit tagna på allvar, eller att de inte blivit lyssnade till.

När patienters och närståendes synpunkter ses tillsammans med vårdgivarnas utredningar av händelserna framgår det att det många gånger är välkända riskfaktorer som lett till brister i den diagnostiska processen. Exempel på sådana riskfaktorer är att inte ta hänsyn till differentialdiagnoser, brister i kontinuitet, överlämningar i vården, brister i information och kommunikation.

I vissa ärenden visar vårdgivarens utredning på att den medicinska handläggningen bedöms ha skett i enlighet med beprövad erfarenhet och utifrån gällande rutiner och vårdprogram, även om patienten har en annan syn på saken. Trots vårdgivarens bedömning att inga direkta fel begåtts, framgår det i flera ärenden att det ändå går att dra lärdom av de erfarenheter som patienter och närstående delat med sig av, och att det genomförts förbättringsåtgärder på en övergripande nivå, som exempelvis utbildningstillfällen och att rutiner tydliggjorts och förändrats.

Slutsatser

I vårdgivarnas utredningar framkommer beskrivningar att patienters och närståendes synpunkter lett till att vården vidtagit förbättringsåtgärder på en övergripande nivå. Detta är föredömliga exempel på hur patienter och närstående blir medskapare i patientsäkerhetsarbetet. Att patienter görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet är något som beskrivs som en grundläggande förutsättning för en säker vård, och går i linje med den nationella handlingsplanen för en ökad patientsäkerhet.

I dag finns kunskap om hur diagnostiska fel kan undvikas. Det kan till exempel handla om utbildning, fortbildning och träning i den diagnostiska processen, arbetsätt som stödjer den diagnostiska processen, utvecklade teamarbeten att involvera patienten och närstående för en säker vård.

Bakgrund

Varje år drabbas över 80 000 patienter av skador i vården, skador som orsakar lidande och stora kostnader. En del av vårdskadorna beror på diagnostiska fel, det vill säga att diagnosen är försenad, felaktig eller utebliven (1).

Diagnostiska fel och misstag är vanligast i primärvård och på akutmottagningar, det vill säga inom verksamheter där beslut måste fattas på ofullständig information, tidigt i sjukdomsförloppet eller under tidspress. Risken för diagnostiska fel är dessutom större vid långa vårdprocesser vid byte av vårdnivå eller vårdgivare, eller om många läkare/vårdpersonal är inblandade. Diagnostiska fel kan bero på kognitiva faktorer, systemrelaterade faktorer och/eller kunskapsbrist. Kognitiva faktorer innebär exempelvis att hålla fast vid en primär diagnos och inte ta hänsyn till differentialdiagnoser, överta någon annans tänkande, till exempel vid överlämningar i vården, låta den diagnos som ligger närmast i tanken styra, välja eller välja bort information, att beslut fattas på intuition snarare än på fakta eller kunskapsbrist, som kan bero på bristande erfarenhet eller otillräcklig utbildning. Systemrelaterade faktorer innebär bland annat tidsbrist, ineffektiva vård- eller administrativa processer, bristande kontinuitet i vårdprocessen, brister i kommunikation och information, brister i samarbete eller brister i arbetsmiljö, såsom hög arbetsbelastning (2).

Patientnämnden tar emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående avseende hälso- och sjukvård och tandvård i Region Jämtland Härjedalen samt hälso- och sjukvård som bedrivs av länets kommuner. Patientnämnden har ett lagstadgat uppdrag att bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet genom att analysera inkomna klagomål och synpunkter. Fördjupade analyser ska göras utifrån speciella problemområden och analyserna ska föras vidare och tillvaratas av hälso- och sjukvårdsorganisationen (3).

År 2019 presenterade patientnämnden i Region Jämtland Härjedalen rapporten: *Patienters upplevelser av missade och fördröjda diagnoser*. Rapporten var en analys av synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden under perioden juni 2017 till juni 2019. Rapporten finns att läsa i sin helhet på Region Jämtland Härjedalens hemsida (4).

Temat för den internationella patientsäkerhetsdagen 2024 är att öka medvetenheten om diagnostisk säkerhet (1). Med anledning av det har patientnämnden valt att göra ytterligare en rapport med temat missade, felaktiga och fördröjda diagnoser. Rapporten har ett patient- och närståendeperspektiv, och deras upplevelser av att diagnosen blivit försenad, felaktig eller missad. I analysen redogörs även resultatet av vårdgivarnas utredningar. Det övergripande syftet med rapporten är att den ska utgöra ett bidrag till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården i Jämtlands län.

Metod

Sökningar i patientnämndens dokumentationssystem Vårdsynpunkter (VSP) gjordes för perioden 2023-01-01-2024-05-29, där ärendet kategoriserats under delproblemet "diagnos". Utöver det gjordes fritextsökningar; *fel diagnos*,

felaktig diagnos, utebliven diagnos, missad diagnos, fördröjd diagnos, försenad diagnos.

Resultat

Totalt inkluderades 58 inkomna synpunkter och klagomål. Urvalet består av 34 kvinnor och 24 män, där personerna var i åldern 0-87 år (medelålder 54 år). 41 av ärendena framfördes av patienten själv, medan 16 ärenden inkom via närstående och ett via ombud.

Merparten av synpunkterna berör somatisk specialistvård (33 st), följt av primärvård (24 st) och psykiatrisk specialistvård (1 st). Vid genomläsning framkommer att samma händelse finns registrerat hos flera olika vårdgivare, men som olika ärenden, vilket innebär att en händelse kan beröra både primärvård och en eller flera specialistvårdsenheter. En patient eller närstående har således olika klagomål på den diagnostiska processen hos olika vårdgivare.

Tjugofyra ärenden handlar om synpunkter på fördröjda cancer- och tumörsjukdomar, där tio ärenden berör primärvården och resterade specialistvården, och då framför allt kirurgi och medicin. Tretton ärenden handlar om synpunkter på missade och fördröjda ortopediska åkommor, varav åtta berör primärvård och resterande ortopedi. Sju ärenden handlar om synpunkter relaterade till diagnostik av hjärt- och kärlsjukdomar, varav tre berör primärvården och övriga den specialiserade vården. Övriga ärenden berör områden såsom neurologi, mage-tarmmedicin, urologi, psykiatri och ögon. Se nedanstående tabell:

Diagnos	Antal
Cancer/tumörsjukdomar	24
Ortopedi	13
Hjärta/kärl	7
Mag-tarmmedicin	5
Neurologi	3
Urologi	2
Oklar/utebliven diagnos	1
Gynekologi	1
Psykiatri	1
Ögon	1

Att inte tas på allvar

I synpunkterna framkommer att patienter sökt vård upprepade gånger för sina symtom och besvär, upplevt sig avfärdade, inte blivit tagna på allvar, eller att de inte blivit lyssnade till.

Patienten röntgades och gipsades på HC i samband med handledsfraktur. Efter avgipsning uttryckte patienten att det "inte kändes rätt", och anser att remiss borde ha skickats till ortopedien för en konsultation, men detta uteblev. Har nu diagnosticerats med posttraumatisk artros, och har stelopererats. Väntar på ännu en operation till följd

av detta. Önskar nu få svar på varför hen inte togs på allvar och varför HC anser att ingen felbedömning begåtts. Patienten önskar upprättelse från vården.

Vårdgivaren beklagar det som hänt och de besvär patienten fått genomlida, samt tackar för patientens synpunkter. En utredning kommer genomföras som återkopplas till patienten när den är klar.

Skadade foten och uppsökte akutmottagningen. Foten röntgades och patienten fick besked att det inte var någon fraktur utan en kraftig stukning. *"Jag var själv övertygad om att det var brutet pga. den skarpa smällen, smärtan och svullnaden"*. Efter några dagar kontaktar patienten ortopedmottagningen då foten svullnat ännu mera. Patienten nekades besök och skulle återkomma om 1–2 veckor om ej bättre. Efter ytterligare en vecka tog patienten ytterligare kontakt och *"då gav jag mig inte"*. Datortomografi påvisade flera frakturer och operation krävdes.

I svaret från vårdgivaren framgår att frakturer i mellanfoten är svåra att se på traditionell röntgen. Vården anser att de brustit i att inte hörsammat patientens besvär när hen återkom till mottagningen efter ett par dagar.

Inte ta hänsyn till differentialdiagnoser

Upplevelsen av att vårdgivaren "fastnat i ett (felaktigt) diagnosspår" framgår av några av de inkomna synpunkterna. Att hålla fast vid en primär diagnos för länge och inte ta hänsyn till differentialdiagnoser är en välkänd riskfaktor i samband med den diagnostiska processen (2).

"Alla hade fastnat i att det var från axlarna, ingen kunde tänka att problemet kunde vara något annat"

Att inte följa gällande rutiner

Utifrån vårdgivarnas utredningar framgår i några av ärendena att gällande rutiner enligt standardiserat vårdförlopp inte följts, och att vårdgivaren med facit i hand, borde ha remitterat patienten vidare till specialiserade vården i ett tidigare skede.

Patienten uppsökte HC upprepade gånger pga. sväljsvårigheter och halsbränna. Efter "lång" tid remitteras patienten till gastroskopi. Tiden går och ingen kallelse kom för undersökningen och besvären förvärrades. Patienten utnyttjar då sin privata försäkring och får undersökningen utförd på annan ort. Patienten remitterades till regionvård för fortsatt hantering då det visade sig att hen drabbats av cancer i matstrupen. Patienten opererades men avled senare. Närstående undrar om sjukdomsförloppet/utgången hade varit annorlunda om vården tagit hen på allvar och utfärdat akut remiss för gastroskopi tidigare?

I svaret från vårdgivaren framgår att rutinen enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) inte har följts och symtom med nyttillkomna sväljsvårigheter samt senare kräkningar borde ha föranlett vidare remittering i ett tidigare skede. Vårdskadeutredning kommer att utföras.

Brister i kontinuitet

Vårdgivares utredningar visar på att brister i kontinuitet inom primärvården medfört att den diagnostiska processen inte fungerat optimalt. Bristande kontinuitet är en riskfaktor i den diagnostiska processen (2).

Har uppsökt HC upprepade gånger pga. ryggsmärtor. Träffade olika läkare vid varje besök, erbjöds smärtstillande och sjukskrivning. Patienten anser att HC borde ha remitterat hen till MR-röntgen och ryggkirurgiska mottagningen under det halvår hen uppsökte vården. Först efter att patienten listat om sig på annan HC skrevs remisser till röntgen och ryggkirurgiska, varvid det framkom att patienten har två diskbråck.

I svaret från vårdgivaren framgår att vården granskat ärendet och identifierat brister i kontinuiteten och att planeringen för rehabilitering samt val av läkemedelsbehandling hade sannolikt blivit mer optimal med kontinuitet. Åtgärder som vidtagits är att vårdgivaren arbetar löpande för att förbättra kontinuiteten för sina patienter; bland annat genom att organisera sig i team med olika professioner och att patienterna har en fast läkarkontakt. De arbetar med att införa digitala verktyg för att underlätta arbetet med kontinuitet och kommunikation med patienter, vilket de anser är en viktig komponent.

Överlämningar i vården

Det framkommer att brister i kommunikation mellan vårdgivare i samband med överlämning föranlett att diagnos fördröjts. Nedanstående exempel belyser hur överlämningar i vården, och riskerna med att överta någon annans tänkande i samband med överlämning (2), kan leda till brister i diagnostiken.

Ramlade i hemmet varpå hon fick ont i nacken. Efter ambulanstransport till HC görs bedömningen att patienten behöver smärtstillande och att hen kan ta taxi hem. Patienten som har mycket ont, uppsökte efter någon dag akuten. Där konstaterades bruten nacke och det blir "ilfart till Umeå". Patienten är nu opererad men är i behov av daglig hjälp.

Svar från vårdgivaren som beklagar det inträffade och ber om ursäkt för fördröjd diagnostisering. I den utredning som gjorts har det framkommit brister i kommunikationen mellan vårdgivare, där läkaren fick information om att smärtorna kom från axeln. Risken för nackskada bedömdes då som låg. Rutinerna har nu skärpts gällande kommunikationen mellan vårdgivare att "alltid beakta eventuella differentialdiagnoser".

Brister i kommunikation och information

En inkommen synpunkt berör ett barn som föds med hjärtfel. Vårdgivaren konstaterar i sin utredning att det funnits brister i kommunikationen och informationen mellan vårdpersonal, och utifrån detta har nya rutiner utarbetats för bedömning och dokumentation i samband med noterade avvikelser vid rutinultraljud. Brister i kommunikation och information är en riskfaktor i samband med den diagnostiska processen (2).

I samband med rutinultraljud i vecka 18 noteras något avvikande med det ofödda barnets hjärta, varvid nytt ultraljud genomförs av läkare, som inte noterar något fel. När barnet föds mår hen inte bra, transporteras till Lund för hjärtoperation och sex veckors vårdtid. Föräldrarna undrar om utgången blivit annorlunda om hjärtfelet upptäckts tidigare och förlossningen hade planerats ske i Lund.

Vårdgivarens utredning konstaterar att den här typen av hjärtfel är mycket ovanligt och svårt att upptäcka, men att det brustit i informationsöverföringen i samband med det kompletterande ultraljudet. Information saknades om orsaken till extrabesöket, och om de avvikelser som noterats. Vårdgivaren har utifrån händelsen ändrat sina rutiner, så att en läkare tillkallas direkt när en avvikelse noteras, och bedömningen görs tillsammans. Mer specifika anteckningar ska dessutom göras när något avvikande identifieras.

Utbildning, träning och fortbildning är centralt i den diagnostiska processen

Synpunkter kring felaktig diagnos har framförts och det beskrivs att de felaktiga diagnoserna orsakat mycket lidande och oro, men även biverkningar av insatt läkemedelsbehandling för den felaktiga diagnosen. Enligt Socialstyrelsen (2) är utbildning, träning och fortbildning central i den diagnostiska processen.

Gjorde en hälsokontroll på HC vilken innefattade ett antal olika prover. När läkaren tittar på EKG informeras patienten om att hen haft hjärtinfarkt, vilket gör hen mycket skrädd och oroad. När patienten frågar hur man ska gå vidare med detta får hen svar att man inte gör något åt detta då det "sannolikt varit tysta infarkter och det gör man inget åt".

Patienten var fortsatt orolig och bokade tid hos en specialist inom kardiologi och invärtesmedicin i en annan region. Undersöktes med såväl EKG som ultraljud och det konstaterades att det inte fanns "några tecken på infarkt".

Svar från vårdgivaren som ber om ursäkt för det inträffade. Det har identifierats brister i den "maskinella tolkning som gjorts" samt att rutiner vid avvikande EKG inte har följts. Utbildande insatser kommer att vidtas för att minska risken för att detta ska hända igen.

Rutinerna har följts, men patienten upplever att diagnosen försenats

Många synpunkter och klagomål handlar om att vården borde ha ställt en diagnos i ett tidigare skede. Emellertid framgår i flera av vårdgivarens utredningar att den medicinska handläggningen bedöms ha skett i enlighet med

beprövad erfarenhet och utifrån gällande rutiner och vårdprogram, utifrån den symtombild patienten uppvisade vid tillfället.

Patient uppsökte HC pga. en "konstig" huvudvärk som inte liknade den migrän som hen har. Fick trots det migränmedicin utskrivet. Ytterligare kontakter togs med HC. Uppsöker akuten flera månader senare, där det någon dag senare konstaterades en "stor tumör på MRT som förklarar symptomen jag haft så länge". Patienten opererades akut.

Svar från vårdgivaren som meddelar att det inte identifierats några tydliga brister i den medicinska handläggningen. Patienten kommer erbjudas samtal med medicinskt ansvarig läkare för att gå igenom förloppet och ställa frågor.

Svar från vårdgivaren som meddelar att utredning och handläggning av patientens vård varit adekvat och att man inte kunnat göra mer utifrån den symtombild som fanns.

Transporteras med ambulans till sjukhuset efter att patienten ramlat och slagit huvudet. Patienten undersöktes och en CT gjordes, som inte visade något avvikande. En vecka senare får patienten huvudvärk varför hen uppsökte HC. Remiss skickades till akuten "för röntgen samt vidare undersökning". Dock gjordes ingen röntgen denna gång eftersom patienten såg "för frisk ut". Efter ytterligare sex veckor blir patienten akut försämrad. Ambulans tillkallas och röntgen visar denna gång på en blödning som kräver operation.

I vårdgivarens svar framgår att *"med facit i hand blir slutsatsen att man självklart borde ha genomfört en röntgen, dock hade det varit att frånga de nationella riktlinjer och rutiner som finns kring huvudskador, och det är dessa vi behöver luta oss mot i patientmöten och de beslut som fattas i vardagen."*

Dra lärdom av patienter och närståendes erfarenheter

Trots vårdgivarens bedömning att inga direkta fel begåtts, framgår det att det ändå går att dra lärdom av de erfarenheter som patienter och närstående delat med sig av, och att det genomförts förbättringsåtgärder på en övergripande nivå, som exempelvis utbildningstillfällen och att rutiner tydliggjorts och förändrats.

Närstående har framfört synpunkter på bristande/felaktig bedömning och utredning, samt att patientens symtom inte tagits allvar. Patienten uppsökte HC upprepade gånger pga. huvudvärk, lockkänsla över örat, yrsel, nackstelhet. Enligt närstående träffade patienten läkare en gång i övrigt har konsultation skett med sjuksköterska. Patienten

hänvisades till fysioterapeut, samt genomförde en EKG-undersökning som var utan anmärkning. En vecka senare avlider patienten pga. en hjärntumör.

Händelsen är utredd av vårdgivaren och handläggningen i sin helhet bedöms som rimlig. Vårdgivaren anser dock att det finns lärdomar att dra av händelsen. Utbildningsinsatser har genomförts för sjuksköterskor och läkare om när handläggning bör ske enligt SVF. Det har även diskuterats i arbetsgruppen att det kan tyda på allvarlig åkomma, när en patient plötsligt ändrar sökmönster.

Uppsökte HC upprepade gånger pga. smärta i höft. Patienten själv frågade specifikt om det kunde vara skelettcancer, eftersom hen tidigare behandlats för cancersjukdom, men det bedömdes av vårdgivaren som muskulära problem. Diagnostiserades senare med skelettcancer.

Slutsatsen av vårdgivarens utredning är att vårdkontakterna varit i enlighet med beprövad erfarenhet och gällande rutiner utifrån de symtom som var aktuella. *"Det finns anledning till att se över om man bör ha andra rutiner när det gäller patienter med genomgången cancersjukdom än vad som finns idag. Vi kommer att inleda en dialog med berörda kliniker kring eventuella förändringar i handläggningen av individer som friskförklarats från en cancersjukdom. Tack för att du tagit dig tid att återkoppla till oss kring dina upplevelser. Att du som patient väljer att återkoppla som till oss som vårdgivare är något som på ett ovärderligt sätt kan hjälpa oss att utveckla vården, i regionen och i vårt lokala sammanhang".*

Patient som hör av sig angående bristande uppföljning av provsvar, vilket fördröjt diagnos med 5 år, Blev för ett år sedan uppringd av en läkare på HC som informerade om att hen "hittat 5 år gamla provsvar, som tydde på blodcancer". Patienten vill ha svar på vad som gjorde att provet för 5 år sedan inte följdes upp.

Vårdgivarens journalgranskning visar att patienten uppmanats att ta årliga prover, vilket är ett eget ansvar. Emellertid har en ny bevakningsrutin skapats för att detta inte ska ske igen.

Slutsatser

Patientnämnden presenterade redan 2019 en rapport med tema missade och fördröjda diagnoser ur ett patient- och närståendeperspektiv. De synpunkter och klagomål som redovisades då överensstämmer i många delar med de som redovisas i denna rapport. Cancer- och tumörsjukdomar samt ortopediska åkommor är i båda rapporterna de mest framträdande diagnosområdena. Beskrivningarna om att patienten sökt vård upprepade gånger men inte känt sig

tagen på allvar eller känt sig lyssnad till är också något som återkommer i båda rapporterna.

För att ge läsaren en mer heltäckande bild av händelserna har vi i denna rapport även inkluderat resultaten från vårdgivarens utredning. I vårdgivarnas utredningar framkommer ofta beskrivningar att patienters och närståendes synpunkter lett till att vården vidtagit förbättringsåtgärder på en övergripande nivå. Detta är föredömliga exempel på hur patienter och närstående blir medskapare i patientsäkerhetsarbetet. Att patienter görs delaktiga i patientsäkerhetsarbetet är något som beskrivs som en grundläggande förutsättning för en säker vård, och går i linje med den nationella handlingsplanen för en ökad patientsäkerhet (5).

I dag finns kunskap om hur diagnostiska fel kan undvikas. Det kan till exempel handla om utbildning, fortbildning och träning i den diagnostiska processen, arbetsätt som stödjer den diagnostiska processen, utvecklade teamarbeten att involvera patienten och närstående för en säker vård (1). Socialstyrelsen (2) ger följande rekommendationer för att förebygga diagnostiska fel:

- *Diagnoser har alltid en viss grad av osäkerhet. Ställ följande tre kontrollfrågor:*
 1. *Om det inte är det min preliminära diagnos säger, vad kan det annars vara?*
 2. *Vad talar emot min preliminära diagnos?*
 3. *Är det mer än ett problem?*
- *Ha alltid minst tre differentialdiagnoser i åtanke (Tre-regeln) och dokumentera dem gärna.*
- *Ompröva diagnosen om patienten söker för tredje gången (tredje gången gillt). Fråga patienten om hen nyligen sökt för samma besvär någon annanstans (2).*

Att involvera patient och närstående i den diagnostiska processen är också ett sätt att förebygga diagnostiska fel, och det kan bland annat göras genom att:

- *Informera patienten om vilket förlopp som förväntas för den tänkta diagnosen och vad som är planen framåt, det vill säga så kallade gröna flaggor. Det kan till exempel vara förväntade symtom som patienten inte behöver söka vård för.*
- *Informera patienten om vad hen behöver vara uppmärksam på som kan tyda att den ställda diagnosen är fel och att det istället kan röra sig om en annan diagnos, det vill säga så kallade röda flaggor. Patienter behöver då söka vård på nytt.*
- *Informera om när, var och hur patienten bör söka vård igen om det förväntade förloppet inte stämmer med utvecklingen*
- *Betona vikten av att följa rekommendationerna om behandling och åtgärder.*
- *Uppmuntra patienten att våga fråga om hen tvivlar på diagnosen.*
- *Uppmuntra patienten att fråga om det är något hen inte förstår.*
- *Förmedla till patienten att läsa sin journal i efterhand på 1177 och höra av sig om något inte stämmer eller om hen har frågor (2).*

Referenser

1. **Socialstyrelsen.** Internationella patientsäkerhetsdagen. [Online] 2024. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/aktorer-i-omvarlden/internationella-patientsakerhetsdagen/>.
2. **Socialstyrelsen.** Diagnostiska fel. [Online] 2024. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varvardskador/varvardskador/diagnostiska-fel/forebygg-diagnostiska-fel/>.
3. **Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.**
4. **Patientnämnden Region Jämtland Härjedalen.** Patienters upplevelser av missade och fördröjda diagnoser. [Online] 2019. <https://regionjh.se/download/18.52eff04216c9728985a53d8/1568211518556/Rapport%20fr%C3%A5n%20patientn%C3%A4mnden.%20Missade%20diagnoser.pdf>.
5. **Socialstyrelsen.** Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. [Online] 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>.

Tidigare rapporter från Patientnämnden

- Patienters och anhörigas synpunkter gällande information i vården (2017:1)
- Vårdens tillgänglighet och organisation: patienters och anhörigas synpunkter (2017:2)
- När barnet är patient: Närståendes synpunkter på vården (2018:1)
- Patienters synpunkter på cancervård (2018:2)
- Patienters och närståendes synpunkter på psykiatrisk vård (2018:3)
- Patienters synpunkter gällande läkemedel (2018:4)
- Synpunkter på vården gällande personer över 80 år (2019:1)
- Patienters och närståendes synpunkter på sjukresor (2019:2)
- Patienters upplevelser av missade och fördröjda diagnoser (2019:3)
- Patienters och närståendes synpunkter på primärvård (2019:4)
- Långvarig smärta: patienters synpunkter på vården (2020:1)
- Graviditet, förlossning och eftervård: kvinnors synpunkter på vården (2020:2)
- Patienters och närståendes synpunkter på vården ur ett patientlagsperspektiv (2020:3)
- Patienters synpunkter gällande patientjournal och sekretess (2020:4)
- Patienters synpunkter på akutsjukvården (2021:1)
- Sköldkörtelsjukdomar: En analys av synpunkter och klagomål inkomna till Patientnämnden i Jämtlands län (2022:1)
- Patienten som medskapare för en säker vård: Goda exempel (2023)