

Inte nöjd med vården? Synpunkter och klagomål kan göra vården bättre

Patientnämnden kan stödja dig

Vill du inte vända dig direkt dit du eller din närstående fick vård kan du kontakta patientnämnden. Patientnämnden är en opartisk instans som finns i alla regioner och som kan hjälpa dig som patient eller närstående att föra fram klagomål till verksamheten och se till att de blir besvarade. Patientnämnden utreder inte klagomål utan fungerar som en länk till verksamheten. Kontakta patientnämnden genom att fylla i denna blankett eller genom det digitala formuläret i 1177 Vårdguidens e-tjänster, www.1177.se. Du kan lämna synpunkter anonymt genom att fylla i blanketten utan kontaktuppgifter.

Så går det till efter att du kontaktat patientnämnden

Klagomålet registreras och utgör underlag för patientnämndens arbete. Om patientnämnden med ditt godkännande skriver till vården så förväntas verksamheten utreda synpunkterna och återkomma med ett svar till dig inom fyra veckor. Vanligtvis kontaktar eller skickar vården ett svar direkt till dig, ibland ges svaret via patientnämnden. Beroende på klagomålets omfattning kan vårdens hantering ibland ta längre tid. Tar det längre tid än fyra veckor ska du få information om det från vården. Patientnämnden får oftast en kopia på vårdens svar och bedömer tillsammans med dig om du fått förståelig och lämplig återkoppling.

Information om allmän handling

Inkomna handlingar till Västra Götalandsregionen blir allmän handling. Sekretess gäller i ärenden hos en patientnämnd enligt lagen om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården. För uppgift i en allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år. Personuppgifter hanteras i enlighet med dataskyddsförordningen (GDPR).

Skicka blanketten till:

Patientnämndernas kansli
Regionens hus
405 44 Göteborg

Patienten

För- och efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon

Närstående

Ifylls endast om du lämnar synpunkter eller klagomål åt en patient.
Om patienten är myndig ska fullmakt fyllas i tillsammans med denna blankett.
Fullmakt finns på www.vgregion.se/patientnamnden

Relation till patienten	
För- och efternamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ort
E-postadress	Telefon

Samtycke

Samtycker du till att dina personuppgifter, synpunkter och frågor delas med berörda vårdverksamheter med begäran om svar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Har du kontaktat vården med dina synpunkter? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
---	--

Har du kontaktat patientnämnden med dina synpunkter i detta ärende under det senaste året? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hur föredrar du att patientnämnden kontaktar dig? <input type="checkbox"/> E-post <input type="checkbox"/> Telefon
--	---

Underskrift

Patientens underskrift eller vårdnadshavarens. Alternativt närståendes/god mans underskrift (fullmakt ska bifogas) eller förvaltarens underskrift (tingsrättens beslut bifogas).		
Datum	Namnförtydligande	Underskrift

1. Berörd vårdverksamhet

Ange vilken klinik, vårdcentral, mottagning, avdelning, sjukhus som synpunkten gäller	Ort

2. Vad har hänt?

Beskriv kortfattat de händelser som du har synpunkter eller klagomål på. När hände det?

Vilka konsekvenser har händelsen fått för dig eller din närstående?

3. Vad vill du lämna synpunkter eller klaga på?

Gör gärna punktlistor

4. Finns det några frågor du skulle vilja få svar på från vården?

5. Om du har idéer eller förslag på hur det inträffade hade kunnat undvikas får du gärna dela med dig av det