

Kvinnors synpunkter på vården

Innehåll

Kvinnors synpunkter på vården	1
1 Inledning	3
2 Bakgrund	3
3 Syfte	4
4 Metod	4
5 Resultat	4
Tillgänglighet och väntetider	6
Vårdprocesser och samverkan	6
Information	7
Bemötande och delaktighet	7
6 Vårdens respons	8
7 Patienters och närståendes förbättringsförslag	9
8 Reflektioner	10

1 Inledning

Patientnämndens förvaltning följer regelbundet upp vilka typer av klagomålsärenden som anmäls och vilka trender som finns. De senaste åren har förvaltningen gjort fördjupade analyser av olika huvudproblem och vårdverksamheter. Däremot har ärenden inte tidigare analyserats utifrån ett könsperspektiv.

Därför har förvaltningen beslutat att ta fram en rapport som belyser patientsynpunkter ur ett kvinnligt perspektiv. Under 2026 planerar förvaltningen också en motsvarande rapport ur ett manligt perspektiv. Därefter ska en tredje rapport tas fram som jämför resultaten från de två rapporterna.

Patientnämnden har som uppdrag att stötta personer som vill framföra synpunkter eller klagomål på vården, både patienter och närstående¹. Uppdraget omfattar också att bidra till att vården utvecklas och patientsäkerheten stärks. Detta sker bland annat genom att inkomna synpunkter förmedlas löpande till vården. Utöver det genomför Patientnämndens förvaltning återkommande analyser av avslutade ärenden och redovisar resultaten för de förtroendevalda i nämnden. Ett annat sätt att ta tillvara erfarenheter är arbetet med fördjupade rapporter inom särskilda områden, vilket denna rapport är ett exempel på.

2 Bakgrund

Alla synpunkter och klagomål som kommer in till Patientnämnden registreras och kategoriseras av handläggare. Kategoriseringen sker enligt ett system som har tagits fram i nationell samverkan mellan Patientnämnden och Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Systemet är uppbyggt så att varje ärende delas in i ett huvudproblem med ett delproblem.

Huvudproblemet beskriver det som patienten upplever som det största felet eller den allvarligaste bristen. Delproblemet ger sedan möjlighet att beskriva ytterligare aspekter av ärendet, till exempel vad det handlade om mer konkret eller vilka delar av vården som var inblandade.

I den här rapporten definieras kvinnor utifrån patientens folkbokförda personnummer, inte utifrån hur patienten själv definierar sitt kön eller sina pronomen.

När innehållet i patientnämndsärendena beskrivs används huvudsakligen begreppet "patient". Detta gäller oavsett vem som har framfört synpunkterna eller hur upplevelserna har formulerats. Det bör noteras att det i vissa fall inte är patienten själv som har gjort en anmälan eller lämnat uppgifterna, utan det kan även vara en närstående eller annan person i de fall där patienten själv inte har möjlighet att lämna ett samtycke. Exempel på detta kan vara vid demenssjukdom och avliden eller minderårig patient. Termen "patient" har ändå konsekvent valts för att tydliggöra att det i varje ärende finns en individ som berörs av vården och

¹ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017372-om-stod-vid-klagomal-mot-halso-och_sfs-2017-372/

därmed står i centrum för händelsen. Detta val syftar också till att värna om integriteten och undvika att enskilda patienter kan identifieras.

3 Syfte

Rapportens syfte är att belysa och sammanställa de klagomål och synpunkter som rör kvinnor och som Patientnämnden handlagt och avslutat under 2026-01-01 till 2026-02-15.

Rapporten kan fungera som ett underlag för hälso- och sjukvårdens arbete med kvalitetsutveckling, samt även vara ett stöd i beslutsfattande för både förtroendevalda och tjänstepersoner i vården.

4 Metod

Patientnämndsärenden i denna rapport söktes fram i diariesystemet Vårdsynpunkter (VSP) genom att söka efter avslutade patientnämndsärenden under vald tidsperiod och där patienten var kvinna. Under aktuell tidperiod hade Patientnämnden avslutat totalt 112 patientnämndsärenden med kvinnliga patienter. Av dessa skickades 22 informationsärenden, där patienten oftast önskar generell information om vården, inte vidare till vården. Dessa exkluderades från urvalet och efter beskriven avgränsning kvarstod 90 patientnämndsärenden.

Handläggare granskade sedan aktuella patientnämndsärenden och beslutade gemensamt om ett eller flera kärnbudskap. Detta är vad handläggare bedömde som patientens sammanfattade känsla eller budskap. Kärnbudskapet noterades i anslutning till varje patientnämndsärende i en särskild analysmall och fungerade som en fördjupning av patientnämndsärendets innehåll.

I rapporten delades aktuella patientnämndsärenden sedan in i olika grupper baserat på vilka kärnbudskap som hade angetts. Återkommande kärnbudskap fick utgöra rapportens analysteman. De analysteman som presenteras närmare i rapportens resultatdel är tillgänglighet och väntetider, information, bemötande och delaktighet samt vårdprocesser och samverkan. Utöver detta presenteras även en sammanfattning av vårdens skriftliga respons i de ärenden där patienten hade önskat detta.

Berörda patienter har inte fått möjlighet att ge sitt medgivande till att medverka i rapporten eller ej. Då synpunkterna är avidentifierade och det ingår i Patientnämndens uppdrag att bidra till kvalitetsutveckling och patientsäkerhet har regionens jurister gjort bedömningen att detta ej behövdes.

5 Resultat

Rapportens underlag utgörs av 90 patientnämndsärenden rörande kvinnor. Åldersspridningen var mellan 13 och 88 år med en medianålder på 43,5 år. Majoriteten av patienterna anmälde själva sitt ärende till Patientnämnden men några patientnämndsärenden förmedlades via närstående eller annan person. De flesta inkom med sina synpunkter via 1177 e-tjänst, telefon och ett fåtal via e-post eller papperspost.

Av de 90 patientnämndsärendena önskade 31 patienter ett skriftligt svar från vården utifrån sina synpunkter och frågor. Majoriteten, 59 patienter, föredrog i stället att deras ärende förmedlades till verksamhetschef för kännedom och intern hantering. Av dessa önskade 32 patienter även direktkontakt med vården för information och en dialog.

Medicinskt område	Antal patientnämndsärenden
Primärvård	35
Psykiatrisk specialistsjukvård	14
Somatisk specialistsjukvård	38
Tandvård	1
Övrigt	2

Huvudproblem/delproblem	Antal patientnämndsärenden
1. Vård & behandling	16
1.1 Undersökning/bedömning	6
1.2 Diagnos	1
1.3 Behandling	7
1.4 Läkemedel	2
2. Resultat	6
2.1 Resultat	6
3. Kommunikation	28
3.1 Information	6
3.2 Delaktig	11
3.3 Samtycke	1
3.4 Bemötande	10
4. Dokumentation	3
4.1 Patientjournal	2
4.2 Bruten sekretess/dataintrång	1
5. Ekonomi	2
5.1 Patientavgifter	2
6. Tillgänglighet	21
6.1 Tillgänglighet till vården	3
6.2 Väntetider i vården	18
7. Vårdansvar & organisation	8
7.2 Fast vårdkontakt/individuell plan	4
7.3 Vårdflöde/processer	3
7.4 Resursbrist/inställd åtgärd	1
8. Administrativ hantering	5
8.1 Brister i hantering	3
8.2 Intyg	2
9. Övrigt	1
9.1 Övrigt	1

Tillgänglighet och väntetider

Patienter beskrev brister i tillgängligheten till vården samt långa väntetider för kontakt, utredning, behandling och operation. Många uppgav att de hade väntat under lång tid, i vissa fall månader eller år, utan att få den vård de behövde eller besked om när insatser skulle ske.

Patienter lyfte svårigheter att komma i kontakt med vården. Telefonköer uppgavs vara stängda redan vid öppning och möjligheten till återuppringning eller svar via digitala tjänster var begränsade. Upprepade försök att nå verksamheter, inklusive ansvariga chefer, hade i vissa fall varit utan resultat. Patienter beskrev att de inte fick besked om väntetider, kallelser eller planering av vård. Vid inställda eller uppskjutna operationer saknades ofta information om en ny tid.

Synpunkter framfördes även kring lång väntan på utredningar och behandlingar inom såväl primärvård som specialistvård, inklusive barn- och ungdomspsykiatri. Vårdnadshavare beskrev oro över att barn och unga fick vänta länge på exempelvis neuropsykiatriska utredningar, vilket påverkade deras vardag och utveckling.

Patienter beskrev också att uppföljning och kontinuitet i vården brast. Det kunde handla om att planerade kontakter inte genomfördes, att en fast vårdkontakt saknades eller att ett byte av behandlare hade lett till ytterligare väntetid. I vissa fall uppgavs att endast en specifik läkare kunde göra bedömningar, vilket fördröjde vården ytterligare.

Resursbrister, såsom brist på läkare eller annan vårdpersonal, angavs ofta som en förklaring till väntetider och begränsad tillgång till tider. Patienter uppgav att de hade fått besked om att det saknades personal för att genomföra planerade åtgärder eller behandlingar.

Flera patienter tog upp frågor kring vårdgarantin och uppgav att de inte hade fått vård inom utlovade tidsramar. De beskrev också att de inte hade fått tydlig information om möjligheten till vård hos annan vårdgivare eller i annan region.

Vid vårdbesök beskrev patienter att de ibland hade fått vänta länge trots en bokad tid, att besök upplevdes stressade samt att planeringen inför åtgärder inte alltid hade fungerat som förväntat.

Vårdprocesser och samverkan

Patienter beskrev brister i vård och behandling, främst inom undersökningar, behandling, läkemedel och omvårdnad. Undersökningar och behandlingsinsatser försenades, upplevdes otillräckliga eller uteblev. I vissa fall hade detta lett till ett försämrat hälsotillstånd, lidande eller en vårdskada. Ett återkommande problem var otillräcklig uppföljning av vårdinsatser. Uppföljningar skedde inte alltid konsekvent, vilket gjorde att problem inte upptäcktes eller åtgärdades i tid. Patienter uppgav att de själva behövde ta ansvar för att driva sin vård framåt, exempelvis genom att föreslå undersökningar eller påminna om åtgärder.

Det förekom även synpunkter på administrativa brister, såsom fördröjd hantering av remisser och provsvar samt svårigheter att få tillgång till journalinformation. Bristande rutiner beskrevs för akuta krisstödsinsatser till patient vid allvarliga händelser. Vårdplaner upplevdes i vissa fall som otydliga eller efterlevdes ej av vården.

Brister inom omvårdnad gällde bland annat tillsyn, hygien och förebyggande åtgärder. Risker för fall, trycksår och undernäring bedömdes eller följdes inte alltid upp på ett tillräckligt sätt. I vissa fall hade detta lett till skador och ett försämrat hälsotillstånd. Brister i läkemedelshantering handlade till exempel om fel vid läkemedelsbyten, uteblivna recept eller att medicinering inte följdes upp. I vissa fall hade patienter drabbats av negativa konsekvenser på grund av detta.

Flera patienter beskrev att de hade drabbats av en vårdskada i samband med undersökningar eller behandling. Beskrivna skador varierade, liksom svårighetsgrad och bakomliggande orsak. Några ärenden hade även lett till en Lex Maria-anmälan.

Bristande kommunikation och samordning var ett problem, både mellan vårdpersonal och olika vårdgivare. Viktig information om patienter fördes inte alltid vidare, vilket ledde till missförstånd. Patienter beskrev att de blev hänvisade mellan olika verksamheter i vården. Det fanns behov av en tydligare ansvarsfördelning, bland annat gällande vem som ansvarade för intyg, och kommunikationen mellan vårdgivare behövde stärkas.

Information

Patienter beskrev brister i information och återkoppling från vården. Några patienter efterfrågade information utifrån en nylig diagnos som hade väckt många frågor. Skriftlig information och intyg för olika syften hade efterfrågats men hade av okänd anledning inte tillhandahållits av vården. Ett vanligt problem var fördröjda eller uteblivna svar, till exempel rörande provtagningar, röntgen och remisser. Detta skapade en oro, osäkerhet och frustration hos patienter och närstående. Vissa patienter upplevde också att den fördröjda eller uteblivna återkopplingen bromsade upp vårdförloppet.

Information inför och efter behandling upplevdes inte som tillräckligt tydlig. Det gällde till exempel vid operationer, andra typer av ingrepp samt i samband med förlossning. Patienter beskrev att de inte hade fått den information de behövde för att förstå sitt hälsotillstånd och/eller vad som skulle hända härnäst. Svårigheter att förstå handlade ofta om på vilket sätt information lämnades och följdes upp av vården. Några återkommande exempel var läkemedelsändringar som inte förklarades så att patienten förstod, otydliga vårdplaner, undersökningar som inte hade kommunicerats eller motiverats för patienten, vilket upplevdes som mycket kränkande. Ett annat problem som återkom var bristande information i väntan på operation eller utredning där patienter upplevde att det blev helt "tyst" från vården.

Viktig information tycktes inte alltid föras vidare mellan vårdpersonal och ibland inte heller från vårdpersonal till patient och närstående. Detta ledde både till missförstånd samt en osäkerhet och frustration för patient och närstående. Sammantaget synliggjordes behov av bättre rutiner för återkoppling till patient, med större fokus på begriplig och samlad information. Detta för att minska oro och göra vården tryggare och mer begriplig för patienter och närstående.

Bemötande och delaktighet

De synpunkter som patienter hade framfört till Patientnämnden belyste återkommande brister i bemötande och möjligheten att vara delaktig i vården. Patienter

och närstående beskrev att de hade blivit bemötta på ett oprofessionellt, otrevligt eller nedlåtande sätt av vårdpersonal. Det handlade bland annat om upplevelser av att personal hade varit arrogant, nonchalant, stressad eller irriterad, samt att patienter hade blivit ifrågasatta, avvisade eller tillsagda att deras besvär inte var tillräckligt allvarliga. I vissa fall beskrevs bemötandet som kränkande, där patienter upplevde sig förlöjligade eller inte tagna på allvar.

En återkommande synpunkt var att patienter inte hade blivit lyssnade till. Patienter beskrev att deras symtom, oro eller önskemål inte hade uppmärksamrats eller tagits på allvar, vilket i vissa fall uppgavs ha lett till fördröjd vård, utebliven behandling eller onödigt lidande.

Brister i delaktighet framkom tydligt då patienter och närstående beskrev att vård och behandling inte hade utformats i dialog med dem och att beslut hade fattats utan deras informerade samtycke. Exempel var utredningar eller medicinska åtgärder som hade initierats utan överenskommelse och där tidigare överenskomna vårdplaner inte hade följts. Närstående lyfte särskilt situationer där patientens självbestämmande och individuella förutsättningar inte hade respekterats.

Synpunkterna handlade också om hur kommunikationen fungerade i mötet med vården. Det framkom uppgifter om att samtal hade skett på ett sätt som hade upplevts integritetskränkande, exempelvis i miljöer där sekretess inte hade kunnat upprätthållas.

Det framgick även att patienter ibland hade nekats vård, undersökning eller stöd, eller skickats hem utan åtgärd, vilket bidrog till en känsla av att inte bli tagen på allvar. Patienter beskrev att de hade nekats att få byta vårdkontakt trots bristande förtroende eller att de kände sig utestängda från vården efter framförd kritik.

Sammantaget förmedlades en bild av att brister i bemötande och respekt för patientens delaktighet och självbestämmande hade påverkat patienters upplevelse av vården negativt och hade i flera fall lett till minskat förtroende för vården.

6 Vårdens respons

Vården svarade sammantaget att man hade tagit del av patienters synpunkter och i flera fall beklagades både långa väntetider och upplevelser av bristande bemötande eller kommunikation. Det framkom också att det i vissa fall hade funnits svårigheter och oklarheter i kommunikation och rutiner i verksamheten, exempelvis kring vem som ansvarade för att utfärda intyg, vilket hade bidragit till att ärenden fördröjdes eller inte kunde slutföras. Vården framhöll att man arbetade aktivt för att förbättra tillgänglighet, information och patientbemötande, och såg den framförda kritiken som ett underlag för förbättringsarbete. Som en del i detta planerades genomgångar av interna rutiner, bland annat kring intygshantering.

I några ärenden förklarade vården orsaker till fördröjningar, till exempel personalförändringar eller medicinska prioriteringar där prover inte visade behov av akut handläggning. Det framgick även att ärenden i vissa fall hade bollats mellan olika vårdgivare, vilket hade bidragit till ytterligare fördröjning. Patienter hade i vissa fall hänvisats till alternativa vårdval eller hade fått sina ärenden överlämnade för vidare uppföljning. Där behandling hade efterfrågats framgick i

vissa fall att patienten hade fått träffa läkare i efterhand och fått en åtgärd eller ett läkemedel insatt.

Vården tydliggjorde också medicinska bedömningar och beslut, exempelvis att en patient inte var aktuell för operation eller att journalanteckningar bedömdes som korrekta och därför inte ändrades. I ett fall beklagade verksamhetschef att en patient drabbades av en komplikation, som dock bedömdes som ej undvikbar, och man lyfte samtidigt att händelsen medförde lidande och en försämrad livssituation för patienten. I frågor om livräddande åtgärder betonades att beslut fattades utifrån patientens hälsotillstånd och att patienters och närståendes synpunkter borde beaktas, samtidigt som man hade förståelse för att sådana beslut kunde väcka starka känslor.

När det gällde bemötande och kommunikation beklagade vården att patienter hade upplevt brister, även när de medicinska bedömningarna ansågs korrekta. Man uttryckte en ambition att förbättra hur information lämnades och att alla patienter skulle känna sig väl omhändertagna. Verksamheten beskrev också att förbättringar hade införts i journalsystemet, där det nu tydligare framgick när kompletteringar av remisser efterfrågades, vilket minskade risken för att liknande händelser upprepades. Inför framtida kontakter och behandlingar, såsom exempelvis sövning, framhöll verksamheten att man skulle göra sitt bästa för att förbättra patientens upplevelse.

Vidare lyfte vården att patientsäkerheten stärktes genom att etablerade rutiner skulle följas, exempelvis vid bedömning och signering av provsvar. I ett uppmärksammat fall hade detta inte skett enligt rutin och verksamheten hade därför tagit upp vikten av följsamhet med berörd personal för att säkerställa att liknande händelser inte upprepades.

För att ytterligare förbättra den medicinska kvaliteten pågick även riktade insatser, såsom utbildning kring mjukdelsinfektioner och användning av särskilda mätverktyg för att tidigt upptäcka avvikande vitalparametrar. Syftet var att identifiera riskpatienter och sätta in behandling i ett tidigare skede.

7 Patienters och närståendes förbättringsförslag

Patienterna efterfrågade en vård som var mer samordnad, tillgänglig och patientfokuserad. Ett återkommande önskemål var att resurser skulle användas mer effektivt. Kirurger borde få bättre förutsättningar att behandla patienter och administrativa uppgifter borde i större utsträckning tas om hand av läkarsekreterare, så att läkare kunde fokusera på medicinskt arbete.

Patienterna ville ha tydliga och enhetliga rutiner, exempelvis när det gällde smittskydd i primärvården och vid provtagning. Det var viktigt att bokningsunderlag lästes och att rätt prover fanns tillgängliga samt att information om provtagning lämnades på ett tydligt och enhetligt sätt. Patienter föreslog även att kontraindikationer eller liknande system skulle användas för att säkerställa att avvikande provsvar följdes upp och att patienter informerades aktivt.

Patienter önskade kortare och mer förutsägbara väntetider. Behandling, till exempel medicinering, borde påbörjas senast inom tre månader efter fastställd diagnos. Även om exakta tider inte alltid kunde hållas, ville patienterna få tydlig återkoppling om hur länge de förväntades behöva vänta. Bättre planering, anpassning av personal efter behov och fler resurser lyftes som viktiga åtgärder.

Kommunikationen behövde förbättras. Patienter skulle inte behöva jaga information eller nästa steg i vårdprocessen. Vården borde ta större ansvar för att informera, kalla och vägleda. Alla kontakter borde i möjligaste mån ske via 1177.se snarare än brev. Patienter och vårdnadshavare ville ha en tydlig genomgång av aktuell vårdplan och information om BUP:s processer i samband med ett första besök, samt information om hur de bäst kunde kontakta BUP under pågående utredning. Aktiv återkoppling om nästa steg och förväntad plan för slutförande var önskvärt.

Det var viktigt med tydlighet kring vilken information som skulle lämnas och vem som var ansvarig. Ett förslag var att vården tog fram informationsskrifter till nya patienter. Personal borde läsa igenom tidigare journalanteckningar inför besök och försöka förstå orsaken till patientens problem, inte bara lindra symtom. Rutiner kring hur tryck belastar huvud och ansikte under operation borde också ses över. Patienterna ville även ha information om risker vid behandlingsinsatser och risker för vårdskada.

Patienter ville bli lyssnade på, tagna på allvar och bemötta med respekt och medkänsla, särskilt i situationer som präglades av oro eller rädsla. Vårdpersonal uppmanades att följa tidigare överenskommelser och ta hänsyn till både patientens egen berättelse och tidigare läkares bedömningar. Utbildning i bemötande, kommunikation samt kunskap om symtom och diagnoser lyftes som viktigt för att stärka kvaliteten i mötet med patienten.

8 Reflektioner

Genomgången av aktuella patientnämndsärenden visade att många kvinnor upplevde återkommande brister i vården. Det handlade inte om enstaka händelser, utan om mönster som syntes inom flera områden, såsom tillgänglighet, vård och behandling, information och bemötande. Bristerna påverkade både patientsäkerheten och förtroendet för vården. En reflektion var att problemen ofta hängde ihop. Långa väntetider och svårigheter att komma i kontakt med vården förstärktes av bristande information och otydlig kommunikation. När kvinnor inte fick besked om vad som hände eller när de kunde förvänta sig vård skapades oro, frustration och en känsla av otrygghet. Detta påverkade i sin tur hur hela vårdsituationen upplevdes.

Det var också tydligt att kvinnliga patienter ofta fick ta ett stort eget ansvar. De behövde själva följa upp sin vård, påminna, söka kontakt upprepade gånger och ibland föreslå åtgärder. Det väckte frågor om ansvarsfördelningen i vården alltid var tydlig och om organisationen var tillräckligt anpassad för kvinnornas behov.

Kommunikationen var avgörande. När information inte lämnades, inte förstods eller inte fördes vidare mellan vårdgivare ökade risken för missförstånd, förseningar

och misstag. Samtidigt påverkade det kvinnors känsla av att bli sedda och tagna på allvar. Kommunikationen påverkade i hög grad kvinnans upplevelse av bemötande och delaktighet. Att bli lyssnade till och få anpassad information var centralt för att kvinnor skulle känna sig trygga i vården. När kvinnor upplevde att de inte blev tagna på allvar eller inte fick vara delaktiga i beslut om sin vård, riskerades minskat förtroende för vården. Det kunde också leda till att kvinnliga patienter kände sig maktlösa eller ifrågasatta i en redan utsatt situation.

Sammantaget visade aktuella patientnämndsärenden att förbättringar inte bara handlade om mer resurser, utan också om arbetssätt: hur vården planerades, samordnades och kommunicerades. Tydligare rutiner, bättre samordning och ett större fokus på kvinnliga patienters behov och förståelse var avgörande. En vård som var tillgänglig, tydlig, sammanhållen och lyhörd kunde göra stor skillnad för kvinnors upplevelse av vården och stärka förtroendet hos dem och närstående.