

Patientnämnden

Region Västerbotten

2026-02-18

Analys av klagomål och synpunkter som rör äldre (80+) i hälso- och sjukvården

1. Bakgrund

Patientnämnderna bedriver lagreglerad verksamhet med uppdrag att ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående om offentligt finansierad hälso- och sjukvård och tandvård inom regioner och kommuner, samt privat vård som regionerna har avtal med. Utifrån synpunkter och klagomål ska patientnämnderna bidra till kvalitetsutveckling, hög patientsäkerhet och till att verksamheterna inom hälso- och sjukvården anpassas efter patienternas behov och förutsättningar. Patientnämnderna ska årligen analysera inkomna klagomål och synpunkter samt uppmärksamma regioner och kommuner på riskområden och hinder för utveckling av vården.

Analysen ska, tillsammans med en redogörelse över patientnämndsverksamheten, årligen lämnas över till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO har en skyldighet att systematiskt tillvarata information som patientnämnderna lämnar, information från patienter ska bland annat användas som underlag för tillsynernas inriktning.

Patientnämnderna och IVO beslutar gemensamt om ett särskilt fokusområde per år. Denna rapport innehåller patientnämndens analys av ärenden som rör detta fokusområde.

2. Syfte

Syftet med årets analys är att belysa klagomål och synpunkter rörande äldre (80 +) i hälso- och sjukvården vilka patientnämnden tagit emot under 2025.

3. Metod

Under 2025 registrerade och handlade Patientnämnden Västerbotten 86 patientnämndsärenden rörande patienter som var 80 år och äldre. Aktuella ärenden söktes fram i diariesystemet VSP (Vårdsynpunkter). Sökkriterier var registrerade patientnämndsärenden under perioden 1/1 - 31/12 2025 där ärendet hade förmedlats vidare till vården för åtgärd. Därmed exkluderades 7 st informationsärenden som ej hade förmedlats till vården.

Aktuella patientnämndsärenden exporterades till Excel för kvantitativ databearbetning med pivottabeller. Samtliga patientnämndsärenden har också bearbetats kvalitativt enligt rutin.

4. Resultat

Majoriteten av aktuella patientnämndsärenden anmäldes av patienten själv (48 st) eller av en närstående (37 st). Ett ärende inkom via en legal företrädare. Patienterna var 50 kvinnor, 35 män och 1 patient med okänt kön. Åldersspridningen var mellan 80 – 99 år med en medianålder på patient som var 83 år. Aktuella patientnämndsärenden handlade framför allt om somatisk specialistsjukvård och primärvård.

Kommunal hälso- och sjukvård	9
Primärvård	31
Psykiatrisk specialistsjukvård	3
Somatisk specialistsjukvård	43

I 40 patientnämndsärenden begärdes ett skriftligt yttrande från vården, medan 46 patientnämndsärenden förmedlades till verksamhetschef för intern hantering, oftast med önskemål om en direktkontakt med anmälaren (38 st). Vård och behandling var det vanligaste huvudproblemet (53 st) och det vanligaste delproblemet var undersökning/bedömning (26 st).

Huvudproblem/delproblem:

1. Vård & behandling	53
1.1 Undersökning/bedömning	26
1.2 Diagnos	6
1.3 Behandling	7
1.4 Läkemedel	6
1.5 Omvårdnad	6
1.6 Ny medicinsk bedömning	2
3. Kommunikation	14
3.1 Information	9
3.2 Delaktig	3
3.4 Bemötande	2
5. Ekonomi	2
5.1 Patientavgifter	1
5.2 Ersättningsanspråk/garantier	1
6. Tillgänglighet	11
6.1 Tillgänglighet till vården	3
6.2 Väntetider i vården	8
7. Vårdansvar & organisation	6
7.2 Fast vårdkontakt/individuell plan	2
7.3 Vårdflöde/processer	4

Problemområden

Vård och behandling

Undersökning/bedömning var det vanligaste delproblemet och aktuella patientnämndsärenden fördelades lika mellan primärvård och somatisk specialistvård samt mellan män och kvinnor. Några enstaka ärenden rörde kommunal hälso- och sjukvård. Ett återkommande tema var att patienter inte hade blivit tillräckligt undersökta, eller att utredning och behandling hade fördröjts. I ett fall hade en patient nekats undersökning och behandling för prostatacancer, enligt uppgift på grund av sin höga ålder. I andra fall beskrevs att patienten hade uppvisat tydliga symtom men ändå inte fått tillräcklig hjälp av vården. Detta beskrevs ha fått konsekvenser som försämrat hälsotillstånd hos patienten, ökad oro och missade frakturer. För några patienter hade bristande undersökningar och bedömningar även inneburit en fördröjning av allvarliga diagnoser som stroke och cancer. Synpunkter rörande diagnos rörde nästan uteslutande kvinnliga patienter.

Ett par patienter efterfrågade en ny medicinsk bedömning från vården och hoppades på en ny åtgärd. En patient hade kvarvarande svår smärta efter en höftoperation. Den andra hade fått en näsfraktur efter en fallolycka som trots operation ledde till andningssvårigheter och svåra sömnbesvär.

Synpunkter på behandling var även vanligare bland kvinnliga patienter och framför allt patienters missnöje med resultatet efter en operation/ingrepp. Vissa hade fått kvarstående men som blindhet, dimsyn samt funktionsnedsättning/invaliditet.

Problem kopplade till läkemedelsbehandling gällde bland annat felval av läkemedel, administrativa brister vid läkemedelsförskrivning, uteblivna recept eller att ett viktigt läkemedel som blodförtunnande inte hade satts in igen efter en operation. En läkare beskrivs helt ha missat att en patient enbart hade en njure när denne förskrev ett läkemedel, vilket ledde till att patienten fick kraftiga blodtrycksfall. Patienter med sömnbesvär framförde synpunkter rörande att de hade nekats sömnmedicin. Detta trots att en patient hade haft denna typ av läkemedel tidigare. En annan patient nekades byte av sömnmedicin trots att nuvarande läkemedel inte gav effekt.

Brister i omvårdnaden på kommunala boenden framfördes. De brister som beskrevs var bland annat tillsyn av patient, hygien, dokumentation och hantering av risker som fall, trycksår och undernäring. I flera av fallen hade bristerna enligt uppgift lett till skador, exempelvis svåra fallolyckor eller försämrat hälsotillstånd hos patient. Några patienter hade också avlidit. Närstående påtalade att risker inte hade bedömts eller följts upp av boendet på ett tillräckligt sätt. Det beskrevs också att viktig information ibland inte hade förts vidare mellan vårdgivare, från vårdavdelning på sjukhus till boendet, vilket hade påverkat patientsäkerheten negativt. Behov uttrycktes av bättre planering, tydligare dokumentation och ökad uppmärksamhet på patienterna och deras dagliga behov.

Kommunikation

Patienter hade upplevt att de inte blev tagna på allvar, exempelvis när en distriktsläkare beskrevs ha bedömt att patienten inte kunde köra sin permobil, trots att specialistvården inte stödde detta, vilket skapade stor oro och förvirring hos patienten.

Andra patienter rapporterade att återkoppling på provsvar, undersökningar och medicinska åtgärder ofta hade fördröjts eller uteblivit, vilket ledde till förseningar i vården och att de själva hade behövt driva på utredningar och behandlingar.

Patienter beskrev att bemötandet från personal i vissa fall hade varit dåligt och att personal inte hade presenterat sig, vilket hade skapat en otrygghet och frustration.

Vidare förmedlades bristande instruktioner och stöd från vården när digitala formulär via 1177.se behövde fyllas i. Detta gällde även för att förstå nödvändig information gällande vårdgarantin. Patienter hade också upplevt att information om risker och biverkningar, exempelvis vid behandling eller vaccination, hade varit otillräcklig och skapat oro och fördröjd hjälp.

Sammantaget uttrycktes behov av respektfull, fortlöpande och begriplig kommunikation som förklarade vårdprocesser, medicinska beslut och eftervård, och som gav patienten trygghet, delaktighet och möjlighet att förstå sitt eget vårdförlopp.

Tillgänglighet

Patienter upplevde svårigheter att få kontakt med vården och att få träffa läkare, både inom primärvård och specialistvård. Kontakten med vården var ofta enbart via telefon men telefontider beskrevs snabbt ta slut och återkoppling uteblev trots upprepade försök. Patienter beskrev att de hade nekats läkarbesök, inte hade fått någon uppföljning efter behandling eller besök och saknade tydliga besked om när de kunde förvänta sig en bedömning, utredning eller åtgärd.

En återkommande synpunkt var frustration över långa väntetider och otydliga, utdragna vårdförlopp. Patienter beskrev att de hade väntat länge på utredningar och operationer och hade varit med om uppskjutna ingrepp, otydliga väntelistor och bristande samordning mellan olika vårdgivare och regioner. Detta hade skapat osäkerhet, oro och en känsla av att vården hade stannat av. Flera patienter upplevde att de hade fått motstridiga besked från olika läkare och saknade en sammanhållen vårdplan. Det fanns också frågor och missnöje kring hur vårdgarantin tillämpades i praktiken.

Patienter uttryckte även oro kopplat till bemötande och patientsäkerhet, exempelvis vid långa väntetider på ambulans för patienter med hög risk, bristfällig eller felaktig medicinsk rådgivning samt upplevelser av att inte bli lyssnade på. Patienter menade att vårdpersonalen ofta försökte göra sitt bästa, men att brister fanns i organisation, rutiner, information och uppföljning.

Vårdansvar och organisation

Patienter upplevde att brister fanns i samordning, kommunikation och uppföljning, vilket hade lett till onödigt lidande, fördröjd behandling och oklarheter kring vem som ansvarade för vården. Det fanns situationer där patienters behov inte hade mötts i tid, som vid fördröjd urintappning, långa väntetider på specialistbedömningar och brister i läkemedelshantering trots kända allergier, vilket hade lett till komplikationer och lång återhämtning. Patienter upplevde att de inte hade fått tillräcklig information om sitt hälsotillstånd, behandlingar eller vårdplaner och att löften om återkoppling från vårdpersonal inte hade uppfyllts.

Övriga problemområden

Endast exkluderade informationsärenden hade registrerats med huvudproblem Övrigt.

Ett par patienter framförde synpunkter kopplade till huvudproblemet Ekonomi. En patient hade uppnått högkostnadsskydd men upplevde ändå oro efter att ha läst i sin kallelse att ett inbokat telefonbesök med läkare skulle kosta 200 kr. Patienten efterfrågade därför förtydliganden kring patientavgifter. En annan patient beskrev att ordinarie personal var sjuk, vilket ledde till att hen fick träffa annan personal och besöket blev mycket kort. Patienten ansåg därför att verksamheten borde ersätta hens sjukresor till och från besöket.

Analys och reflektioner

Patientnämndsärenden som rörde äldre patienter (80 år och äldre) visade sammantaget återkommande mönster i vårdens utmaningar. De klagomål och synpunkter som framkom handlade sällan om enskilda misstag, utan mer om strukturella brister i samordning, tillgänglighet, kommunikation och kontinuitet i vårdkedjan. Brister som dessa kan få särskilt stora konsekvenser för äldre patienter, som i många fall har komplexa vårdbehov, flera samtidiga diagnoser och är beroende av god samverkan mellan olika aktörer.

Samordning i vårdkedjan

Ett genomgående tema var bristande samordning mellan olika verksamheter och huvudmän, framför allt mellan regional hälso- och sjukvård och kommunal vård och omsorg. Patienter och närstående beskrev att information inte följde med patienten vid övergångar i vården, exempelvis vid utskrivning från sjukhus till ett särskilt boende eller hemsjukvård. Otydliga vårdplaner, bristfällig dokumentation och oklar ansvarsfördelning ledde till att viktiga åtgärder fördröjdes eller uteblev, såsom uppföljning av läkemedel, riskbedömningar eller kontakt med rätt vårdnivå när patienten försämrades.

Avsaknad av en tydligt utsedd ansvarig vårdkontakt eller samordnare framstod som en svaghet. När samordningen brast behövde patienter och närstående ofta själva ta ett stort ansvar för att driva vårdprocessen framåt, något som kan vara särskilt svårt för äldre personer med nedsatt hälsa eller kognitiv förmåga. Konsekvenser blev ökad oro, minskat förtroende för vården och i vissa fall allvarliga patientsäkerhetsrisker.

Digitalisering och tillgänglighet

Digitaliseringen av vården framträdde både som en möjlighet och ett hinder. För vissa äldre patienter hade digitala tjänster, såsom 1177.se, underlättat kontakten med vården. Samtidigt hade vissa äldre patienter svårt att använda digitala lösningar på grund av bristande digitala färdigheter, kognitiv svikt, syn- eller hörselnedsättning eller otydliga instruktioner från vården.

När vårdkontakter i hög grad förutsätter digitala formulär eller telefontider är begränsade riskerar vissa äldre patienter att få sämre tillgång till vården. Detta kan leda till utebliven uppföljning, fördröjd diagnostik och känslor av att inte bli sedda eller prioriterade. Digitalisering utan tillräckliga alternativa kontaktvägar eller individuellt anpassat stöd riskerar därmed att öka ojämlikheten i vården för äldre patienter.

Upplevelser av åldersrelaterad särbehandling

Det fanns patientupplevelser av att inte tas på tillräckligt stort allvar av vården på grund av sin ålder. Detta beskrevs ha tagit sig uttryck genom att undersökningar hade uteblivit, att symtom bagatelliserades eller att behandlingar nekades eller fördröjdes med hänvisning till patientens höga ålder. Ett allvarligt exempel var en patient som hade upplevt att åldern hade haft betydelse för beslut om utredning och behandling av ett allvarligt tillstånd.

Upplevelser som dessa riskerar att förstärka patient och närståendes känslor av otrygghet, maktlöshet och misstro mot vården. För närstående kan det skapa frustration och skuld över att behöva ifrågasätta vårdens bedömningar. Ett personcentrerat förhållningssätt, där varje patient bedöms utifrån individuella förutsättningar och behov snarare än kronologisk ålder, är avgörande för att motverka upplevelser av åldersdiskriminering.

Konsekvenser för patienter och närstående

För patienterna blev ofta konsekvenserna av vårdens brister försämrat hälsotillstånd, ökad oro, onödigt lidande och i vissa fall bestående skador eller för tidig död. För närstående innebar bristerna ett stort emotionellt och praktiskt ansvar, där de ofta upplevde att de behövde fungera som samordnare, informationsbärare och som pådrivande part i vårdkontakter.

Närstående beskrev också hur bristande kommunikation och delaktighet i vårdbeslut, särskilt vid vårdnivåbeslut eller i livets slutskede kunde leda till långvariga och svåra känslomässiga konsekvenser.

Regionalt perspektiv

Aktuella patientnämndsärenden speglade utmaningar som kan vara särskilt påtagliga i glesbygd, där tillgången till vård kan vara begränsad och avstånden långa. Bristande kontinuitet, hög personalomsättning och beroende av tillfälliga lösningar är andra faktorer som riskerar att försvåra samordningen för äldre patienter.

Sammanfattande reflektion

Äldre patienter är särskilt sårbara när vårdens organisation, kommunikation och samordning brister. För att förbättra vården för denna patientgrupp krävs ett ökat fokus på sammanhållna vårdprocesser, tydligt vårdansvar, tillgängliga kontaktvägar och ett respektfullt och individanpassat bemötande. Att stärka delaktigheten för både patienter och närstående framstår som en nyckelfaktor för ökad trygghet, kvalitet och patientsäkerhet i vården av äldre.

Närståendes perspektiv

Närstående beskrev brister i information och kommunikation från vårdpersonal, vilket hade gjort det svårt för dem att förstå situationen och hitta sin roll i vården. Många uppgav att de var mycket involverade i patientens vårdkontakter och flera av dem hade även fullmakt eller samtycke att företräda patienten. Trots detta upplevdes svårigheter att få vara delaktiga i beslut om patientens vård och behandling. En närstående beskrev att hen inte kunde fullgöra sitt uppdrag som god man eftersom hen inte fick tillgång till patientens journal. En annan närstående fick först i efterhand information om ett vårdnivåbeslut som hade fattats för en dement patient och vården hade felaktigt uppgett att

närstående hade varit delaktig i beslutet. Synpunkter rörande otydliga vårdnivåbeslut var återkommande.

En närstående var kritisk till att en läkare hade ringt upp en patient och meddelat en demensdiagnos när patienten var ensam hemma, utan möjlighet till stöd från närstående. Det framfördes även synpunkter rörande att vården tycktes vara ovana och ha svårigheter att göra en adekvat undersökning av dementa patienter.

Närstående upplevde att vården inte var tillräckligt samordnad, varken inom eller mellan regional och kommunal hälso- och sjukvård. Kommunikationen beskrevs som bristfällig och långsam. Det rådde oklarheter om vem som ansvarade för vad och vården tycktes ofta sakna ett helhetsperspektiv, vilket skapade frustration. Närstående förmedlade behov av en tydligt utsedd kontaktperson/samordnare för patienten. Otydliga vårdflöden, processer och ansvarsfrågor gjorde att närstående ofta upplevde att de behövde driva olika vårdfrågor och påminna vården om patientens behov.

En del synpunkter rörde vårdpersonals bemötande av patient och närstående. Närstående beskrev ett oprofessionellt bemötande där personal inte hade presenterat sig, inte pratade med patienten och uppträdde otrevligt mot närstående. En närstående beskrev att vården hade missat att förmedla önskemål om familjens närvaro vid patientens bortgång. Det förekom exempel där morfin hade getts till patienter i livets slutskede, trots att närstående tydligt hade framfört att detta inte var lämpligt. Enligt närstående hade detta lett till obehagliga reaktioner hos patienten, vilket hade gett svåra och negativa minnesbilder hos dem själva. I några patientnämndsärenden där patienten hade avlidit uttryckte närstående ett stort informationsbehov om vad som egentligen hade hänt, varför och om förloppet hade kunnat förhindras.

Patienters och närståendes förbättringsförslag

Patienter och närstående lyfte flera förbättringsförslag. De menade att vårdpersonal alltid bör göra en fysisk undersökning vid vårdkontakter, inte bara ta prover, för att kunna ställa rätt diagnos och ge rätt behandling.

Den som är sjuk ska alltid bemötas med respekt och personal ska inte tala vårdslöst om döden inför patienten, eftersom hörseln ofta är det sista sinnet som försvinner. Inför vård i livets slutskede behöver viktig information, som kan finnas i den så kallade "vita pärmen", gås igenom och tydliggöras för alla berörda.

Närstående måste veta vem de kan kontakta vid plötsliga försämringar i hälsotillståndet. Hemtjänsten behöver också ha tillräcklig kunskap för att kunna utföra sitt arbete på ett bra sätt. Allt detta är viktigt för att skapa trygghet, både för den sjuke och för närstående.

För att förbättra vården efterfrågades även tydligare och snabbare återkoppling från vårdpersonal, bättre information om hälsotillstånd och behandlingsalternativ, noggrannare uppföljning av läkemedel och provtagningar samt ett mer lyhört bemötande som tar patientens symtom och behov på allvar.

Patienter och närstående framförde önskemål om en tydlig, ansvarig vårdkoordinator som kan följa hela vårdförloppet, säkerställa samordning mellan olika vårdgivare och bidra till en trygg, sammanhållen och säker vård.

En närstående vädjade till vården att sluta ge Risperidon rutinmässigt till äldre patienter med demens, samt att mer noggrant följa upp kända problem och förändringar i patienters hälsa.

Vården bör regelbundet ta kontakt med närstående för att höra hur de upplever patientens vårdssituation och ge dem möjlighet att uttrycka oro eller funderingar. Att enbart förlita sig på information från en enskild sjuksköterska ger inte alltid en korrekt bild av patientens situation.

Innan några beslut tas som kan påverka en patients liv förmedlar närstående även vikten av att se till så att inget uppenbart hälsoproblem har förbisetts – särskilt sådant som ofta drabbar äldre. Prioritera att träffa patienter tillräckligt ofta för att kunna bedöma deras personlighet och upptäcka oväntade förändringar. Beslut som kan avsluta någons liv ska aldrig tas utan att ha kontakt med närstående och bör helst fattas i samråd med dem.

Närstående ansåg att vårdgivare för kommunala vårdboenden borde bli mer tydliga med vad ett vårdnivåbeslut innebär. Det vore även bra om de närstående får ett skriftligt dokument som de kan läsa och skriva under, för att visa att de har förstått beslutet. Vårdnivåbeslut bör också vara väldigt tydliga för all personal på boendet, så att samtlig personal vet exakt hur de ska agera om något händer.