Patientnämnden
Region Västerbotten
2026-12-10

Mäns och kvinnors synpunkter på vården

region västerbotten

Innehåll

1. Inledning 1
2. Bakgrund 1
3. Syfte 2
4. Metod 2
5. Resultat 3
   5.1 Övergripande beskrivning av underlag 3
   5.2 Tillgänglighet 5
   5.3 Information 6
   5.4 Nekade åtgärder 6
   5.5 Bemötande och delaktighet 7
   5.6 Vårdprocesser och samverkan 7
6. Vårdens respons 8
7. Patienters och närståendes förbättringsförslag 9
8. Reflektioner 9

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.

Tidigare i år tog förvaltningen fram två rapporter som belyser patientsynpunkter ur ett kvinnligt respektive manligt perspektiv. Detta blir en motsvarande rapport med ett jämförande perspektiv.

Patientnämnden har som uppdrag att stötta personer som vill framföra synpunkter eller klagomål på vården, både patienter och närstående[1]. 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 kvantitativa 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 mer ingående aspekter av ärendet, till exempel vad det handlade om mer konkret eller vilka delar av vården som var inblandade.

I den här rapporten definieras män och kvinnor utifrån sina folkbokförda personnummer, inte utifrån hur de själva definierar sitt kön eller pronomen.

När innehållet i aktuella patientnämndsärenden beskrivs används huvudsakligen benämningen män, kvinnor och i vissa fall ”patient”. Detta gäller oavsett vem som har framfört synpunkterna eller hur upplevelserna har formulerats. Det bör noteras att det i vissa fall inte är mannen eller kvinnan själv som har gjort en anmälan eller lämnat uppgifterna, utan det kan även vara en närstående eller annan person. Så långt som möjligt inhämtas muntligt eller skriftligt samtycke från patienten i dessa fall. Det förekommer dock att patienten inte har möjlighet att lämna ett samtycke. Exempel på detta kan vara vid demenssjukdom eller minderårig eller avliden patient. Benämningen man, kvinna eller

patient har ändå konsekvent valts för att tydliggöra att det i varje ärende finns en individ som berörs av vården och 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 sammanställa och jämföra de klagomål och synpunkter som rör män och kvinnor som Patientnämnden har 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 där patienten var man eller kvinna. Under aktuell tidperiod hade Patientnämnden avslutat totalt 91 patientnämndsärenden med män och 90 med kvinnor. Utöver dessa fanns 12 stycken informationsärenden rörande män och 22 stycken rörande kvinnor där de främst hade önskat generell information om vården. Informationsärenden dokumenteras begränsat och förmedlas inte vidare till vården. Dessa 34 informationsärenden exkluderades därmed från urvalet.

Handläggare granskade sedan aktuella patientnämndsärenden och beslutade gemensamt om ett eller flera kärnbudskap i varje ärende. 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 innehållet, utöver huvud- och delproblem.

I rapporten delades aktuella patientnämndsärenden sedan in i olika grupper baserat på vilka kärnbudskap som hade framkommit. Återkommande kärnbudskap fick utgöra rapportens analysteman. De analysteman som presenteras och jämförs närmare i rapportens resultatdel är främst Tillgänglighet och Information, som var gemensamma teman för både män och kvinnor. Analysteman som visade sig vara mer könsspecifika presenteras mer kortfattat. Utöver detta presenteras även en sammanfattning av inkomna förbättringsförslag från män och kvinnor samt av vårdens skriftliga respons i de ärenden där män och kvinnor hade önskat ett skriftligt svar.

Rapportens män och kvinnor 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 var nödvändigt.

5. Resultat

5.1 Övergripande beskrivning av underlag

Rapportens underlag utgörs av 91 patientnämndsärenden rörande män och 90 rörande kvinnor. Medianåldern var 43 år för män och 43,5 år för kvinnor. 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-tjänster. Resterande synpunkter inkom via telefon, e-post eller brev.

31 kvinnor och 47 män önskade ett skriftligt svar från vården utifrån sina synpunkter. 59 kvinnor och 44 män föredrog i stället att deras ärende förmedlades till berörd verksamhetschef för kännedom och intern hantering. Av dessa önskade 32 kvinnor och 24 män även en direktkontakt med vården för information och en dialog kring sina synpunkter.

Medicinskt område	Antal ärenden	Män	Kvinnor
Kommunal hälso- och sjukvård	1	1	0
Primärvård	68	33	35
Psykiatrisk specialistsjukvård	29	15	14
Somatisk specialistsjukvård	76	38	38
Tandvård	3	2	1
Övrigt	4	2	2

Huvud/delproblem	Antal ärenden	Män	Kvinnor
1. Vård & behandling	52	36	16
1.1 Undersökning/bedömning	22	16	6
1.2 Diagnos	9	8	1
1.3 Behandling	12	5	7

1.4 Läkemedel	8	6	2
1.5 Omvårdnad	1	1	0
2. Resultat	10	4	6
2.1 Resultat	10	4	6

Huvud/delproblem	**Antal ärenden**	**Män**	**Kvinnor**
3. Kommunikation	36	8	28
3.1 Information	10	4	6
3.2 Delaktig	13	2	11
3.3 Samtycke	1	0	1
3.4 Bemötande	12	2	10
4. Dokumentation	9	6	3
4.1 Patientjournal	8	6	2
4.2 Bruten sekretess/dataintrång	1	0	1
5. Ekonomi	7	5	2
5.1 Patientavgifter	7	5	2
6. Tillgänglighet	42	21	21
6.1 Tillgänglighet till vården	10	7	3
6.2 Väntetider i vården	32	14	18
7. Vårdansvar & organisation	18	10	8
7.2 Fast vårdkontakt/individuell plan	5	1	4
7.3 Vårdflöde/processer	10	7	3
7.4 Resursbrist/inställd åtgärd	2	1	1
7.5 Hygien/miljö/teknik	1	1	0
8. Administrativ hantering	6	1	5

8.1 Brister i hantering	4	1	3
8.2 Intyg	2	0	2
9. Övrigt	1	0	1
9.1 Övrigt	1	0	1

5.2 Tillgänglighet

Både män och kvinnor beskrev långa väntetider som ett stort problem i kontakten med vården. De beskrev att de hade fått vänta länge på bedömningar, utredningar, behandlingar och operationer, ibland i flera månader eller år. Skillnaden mellan män och kvinnor låg främst i vilka delar av tillgängligheten som de lyfte fram som mest problematiska.

Kvinnor beskrev en bredare problematik kring tillgänglighet. Förutom långa väntetider handlade deras synpunkter ofta om svårigheter att få kontakt med vården. De berättade om telefonköer som stängde direkt på morgonen, begränsade möjligheter till återuppringning och svårigheter att få svar via digitala tjänster. Flera kvinnor beskrev också att de inte fick återkoppling från vården eller ansvariga chefer trots upprepade kontaktförsök. Kvinnor lyfte även brister i vårdens planering, information och uppföljning. Exempelvis beskrev de att operationer eller besök ställdes in utan att en ny tid bokades, att planerade uppföljningar uteblev och att de själva behövde driva sina ärenden framåt för att få vård. Brister i vårdens kontinuitet, som byte av behandlare eller avsaknad av fast vårdkontakt, upplevdes också bidra till ytterligare förseningar. Flera kvinnor beskrev dessutom hur dessa problem hade påverkat deras vardag. Fördröjd vård hade bland annat försvårat rehabilitering, skapat oro utifrån väntan på neuropsykiatriska utredningar för barn och i vissa fall hade vårdbesök varit omöjliga på grund av bristande fysisk tillgänglighet och hjälpmedel.

Män fokuserade framför allt på långa väntetider till vård och behandling. De beskrev långa köer till ett första vårdbesök, bedömningar och specialistvård. Särskilt framträdande var synpunkter på väntetider som rörde vuxenpsykiatripsykiatri och BUP, exempelvis lång väntan på olika insatser hos BUP, NPF-utredningar för barn och läkemedelsbehandling för ADHD. Män beskrev att väntetiderna påverkade både barns skolgång samt arbete och vardagsliv på ett negativt sätt. De lyfte också lång väntan på återinsättning av behandlingar och hjälpmedel, exempelvis hörapparater. En del män beskrev långa väntetider även i situationer som upplevdes som akuta, så som lång väntan på ambulans vid akut sjukdom.

Till skillnad från kvinnor lade män större fokus på hur vården prioriterade insatser och patienter. De beskrev att deras behov inte hade bedömts som tillräckligt akuta eller att långa väntetider hade förklarats med exempelvis semestrar, helgdagar eller införandet av ett nytt datasystem. Män beskrev att rutiner för hantering av icke-akuta, men ändå viktiga, ärenden upplevdes som otydliga eller bristfälliga.

5.3 Information

Ett återkommande problem för både män och kvinnor var bristande information och kommunikation. De upplevde att de inte hade fått tydliga besked, att återkoppling hade uteblivit eller att information hade kommit för sent. Detta skapade oro, osäkerhet och frustration för både kvinnor, män och deras närstående. Gemensamma och återkommande problem var utebliven information kring provtagningar, provresultat, remisser och frågor om det egna hälsotillståndet.

Det framgick tydligt att både kvinnor och män ofta upplevde information inför och efter vårdinsatser som otillräcklig. Det gällde bland annat information i samband med operationer, undersökningar och andra behandlingar och ingrepp. Kvinnor och män upplevde att de inte hade förstått vad som skulle hända härnäst eller vad som förväntades av dem.

Det fanns även vissa skillnader mellan kvinnor och män. Kvinnor lyfte oftare brister i återkoppling från vården kring utredningar, operationer och läkemedelsförändringar. Kvinnor upplevde också oftare än män att det kunde bli helt ”tyst” från vårdens sida. En del kvinnor lyfte bristande information i samband med deras förlossning. De beskrev även situationer där undersökningar inte hade förklarats eller motiverats tillräckligt, vilket hade upplevts som kränkande. Kvinnors svårigheter att förstå vårdens information handlade ofta om på vilket sätt informationen hade lämnats, hur bemötandet från vårdpersonal hade upplevts och hur vården följde upp att kvinnan hade förstått informationen. Ett annat återkommande problem var att viktig information inte alltid hade förts vidare mellan vårdpersonal, men inte heller från vårdpersonal till kvinnor och deras närstående. Detta skapade frustration, osäkerhet och en känsla hos kvinnan av att inte få vara delaktig i sin egen vård.

Män beskrev i större utsträckning att vårdens information hade varit motsägelsefull eller svår att förstå eftersom de upplevde att de fick olika besked och hänvisningar från olika vårdgivare. De beskrev exempelvis olika besked om vårdgarantin, remisser, patientavgifter och vårdplanering. Vissa män med särskilda behov upplevde att vårdens information inte alltid var begriplig och anpassad efter deras förutsättningar och behov. Män lyfte också brister i information till deras närstående, särskilt i känsliga situationer. Det handlade exempelvis om patienter med allvarlig sjukdom eller vid dödsfall, där tydlig och respektfull information till närstående var särskilt viktig.

5.4 Nekade åtgärder

Upplevelsen att bli nekad olika åtgärder var ett återkommande tema framförallt hos män. Flera män upplevde att de hade nekats undersökningar, behandlingar, hjälpmedel, läkemedel, remisser eller andra vårdinsatser som de själva ansåg sig behöva. I flera fall hade deras ärenden avslutats hos vården utan att de upplevde att de fick en tydlig förklaring.

Ett återkommande problem var att män nekades önskade åtgärder trots att de hade kända sjukdomar eller kvarstående besvär. Det kunde handla om undersökningar eller nekade uppföljningar och kontroller. En del män beskrev att detta hade lett till försenade diagnoser.

Män beskrev att vården ibland nekade åtgärder med motiveringen resursbrist, stängda mottagningar, helgdagar, semestertider eller andra organisatoriska begränsningar. Vissa män nekades vård, hjälpmedel, läkemedel eller tandvård och hänvisades i stället till andra vårdgivare eller privata kliniker.

Flera män uppgav att felaktiga, missvisande eller inaktuella journaluppgifter hade påverkat vårdens beslut och lett till att de nekades behandling eller inte upplevdes bli trodda när de beskrev sina symtom.

5.5 Bemötande och delaktighet

Synpunkter rörande kommunikation, bemötande och delaktighet beskrevs till största del av kvinnor och deras närstående. Flera kvinnor beskrev att de hade blivit bemötta på ett otrevligt, nonchalant eller nedlåtande sätt av vårdpersonal. De upplevde att personalen var stressad, irriterad eller inte tog deras problem på allvar. Vissa kvinnor kände sig ifrågasatta, avvisade eller förlöjligade. Flera kvinnor uppgav också att vården inte lyssnade på deras symtom, oro eller önskemål. Det hade enligt kvinnorna bland annat lett till försenad vård, utebliven behandling och onödigt lidande.

Det framkom även brister i kvinnors möjligheter att vara delaktiga i beslut om sin egen vård. Kvinnor och deras närstående beskrev att utredningar, behandlingar och andra åtgärder ibland genomfördes utan tillräcklig dialog eller ett informerat samtycke. Tidigare överenskomna vårdplaner följdes inte alltid och man upplevde att kvinnors självbestämmande inte respekterades. Vissa kvinnor hade exempelvis upplevt att samtal om deras vård genomfördes på platser där sekretess och integritet inte kunde garanteras.

Flera kvinnor berättade att de hade nekats vård, undersökningar eller stöd, eller hade skickats hem utan åtgärd. Detta bidrog till en känsla av att inte bli tagna på allvar. Det förekom även beskrivningar om att kvinnor inte fick byta vårdkontakt trots att förtroendet hade brustit, eller att kvinnor upplevde sig utestängda från vården efter att ha framfört kritik.

5.6 Vårdprocesser och samverkan

Kvinnor beskrev brister i flera delar av vårdprocessen och svårigheter med samverkan. Det handlade bland annat om försenade eller uteblivna undersökningar, behandlingar och uppföljningar. När vårdinsatser inte följdes upp i tid kunde kvinnors hälsoproblem förvärras, vilket i vissa fall ledde till lidande eller vårdskador. Flera kvinnor upplevde att de själva

behövde ta ett stort ansvar för att vården skulle fungera, exempelvis genom att själva efterfråga undersökningar, följa upp provsvar eller påminna om planerade åtgärder.

Flera synpunkter gällde också brister i vårdens organisation och administration. Kvinnor beskrev försenad hantering av remisser och provsvar, svårigheter att få information om sin vård samt otydliga vårdplaner. Det framkom även att rutiner för krisstöd vid allvarliga händelser inte alltid fungerade som de borde.

Omvårdnadsbrister av kvinnor förekom, bland annat rörande otillräcklig tillsyn, hygien och förebyggande åtgärder. Risker för fall, trycksår och undernäring uppmärksammades inte alltid eller följdes inte upp. I vissa fall hade detta lett till skador eller försämrad hälsa. Kvinnor rapporterade även problem med läkemedelshantering: exempelvis fel vid läkemedelsbyten, uteblivna recept eller bristande uppföljning av medicinering. Flera kvinnor uppgav att de hade drabbats av vårdskador i samband med undersökningar eller behandlingar. Några av händelserna var så allvarliga att de hade anmälts enligt Lex Maria.

Ett återkommande tema bland kvinnor var bristande kommunikation och samordning i vården. Information fördes inte alltid vidare mellan vårdpersonal eller olika vårdgivare, vilket skapade missförstånd och osäkerhet. Kvinnor beskrev att de hänvisades mellan olika verksamheter och att det ofta var oklart vem som hade ansvar för olika delar av vården.

6. Vårdens respons

Vårdens svar till både kvinnor och män innehöll ofta en bekräftelse på att synpunkterna hade tagits på allvar. Långa väntetider beklagades liksom kvinnor och mäns negativa upplevelser. Vården beskrev även att man arbetade med förbättringsåtgärder för att minska risken att liknande problem skulle uppstå igen.

Det framkom att brister i kommunikation, samordning och rutiner hade bidragit till problem i vården för både män och kvinnor. Vården lyfte också fram organisatoriska orsaker till förseningar, så som hög arbetsbelastning, resursbrister, personalförändringar eller oklar ansvarsfördelning mellan olika verksamheter.

I vårdens svar till män var fokus ofta på konkreta vårdrelaterade fel och brister, exempelvis felaktiga prioriteringar, brister i medicinska bedömningar, fel vid läkemedelshantering, uteblivna remisser samt bristande uppföljning och dokumentation. Vården beskrev att avvikelserapporter hade skrivits och att åtgärder hade vidtagits för att förhindra att liknande händelser skulle upprepas.

I svaren till kvinnor betonades bemötande, kommunikation, tillgänglighet och rutiner. Vården beskrev bland annat oklarheter kring intygshantering, fördröjningar mellan olika vårdgivare samt behov av att förbättra informationen till patienter. Svaren innehöll även fler exempel på hur rutiner, journalsystem och utbildningsinsatser utvecklades för att stärka kvaliteten och patientsäkerheten. En skillnad var att vårdens svar till kvinnor oftare beskrev en förståelse

för den påverkan som vårdhändelser hade haft på kvinnors upplevelser och livssituation, även när medicinska bedömningar bedömdes som korrekta. I svaren till män motiverades vårdens beslut oftare utifrån medicinska riktlinjer, patientsäkerhet eller ansvarsfördelning mellan olika vårdnivåer.

7. Patienters och närståendes förbättringsförslag

Kvinnor och män lyfte många liknande förbättringsområden i vården. De efterfrågade bättre kommunikation, tydligare information, kortare väntetider och ett mer respektfullt bemötande. Män och kvinnor beskrev också behov av bättre samordning mellan olika verksamheter och ett större ansvarstagande från vårdens sida.

Kvinnors förbättringsförslag fokuserade främst på att vården skulle bli mer patientfokuserad, förutsägbar och välorganiserad. De efterfrågade tydliga rutiner, förberedd personal som hade läst deras journal inför vårdbesök, bättre information genom hela vårdprocessen och aktiv återkoppling från vården gällande vårdplaner, provsvar och väntetider. En del kvinnor uppgav att även om exakta tidsplaner inte alltid kunde hållas ville de få tydlig återkoppling om hur länge de förväntades behöva vänta. Kvinnor lyfte även vikten av att bli lyssnade på, tagna på allvar och att vårdpersonal tog hänsyn till deras beskrivning av sina symtom och besvär.

Mäns förbättringsförslag handlade oftare om brister i ansvarsfördelning, tillgänglighet och medicinsk kvalitet, vilket skapade en känsla av att de "föll mellan stolarna". Flera män beskrev vårdsituationer där ingen tog ansvar för helheten, där remisser bollades mellan verksamheter, ingen tog ansvar för kompletterande undersökningar och där uppföljning efter skada och operationer uteblev. Män lyfte också behov av bättre utredningar, säkrare vårdprocesser och att vården i större utsträckning skulle lära av sina misstag och vårdskador.

Kvinnor betonade i högre grad behovet av tydlig information och kontinuerlig kommunikation under vårdprocessen, medan män fokuserade mer på att vården skulle vara mer tillgänglig, samordnad och flexibel i sin tillämpning av regler och rutiner, bland annat genom mer samarbeten mellan regionen och privata aktörer.

8. Reflektioner

Kvinnors synpunkter handlade framför allt om huvudproblemet Kommunikation, där Delaktighet var det vanligaste delproblemet. För män var Vård och Behandling och Undersökning/bedömning det vanligaste huvud- och delproblemet. Män ville i större utsträckning än kvinnor få ett skriftligt svar från vården utifrån sina synpunkter medan fler kvinnor önskade en direktkontakt med vården för en dialog.

Kvinnor och män beskrev i stor utsträckning samma grundläggande problem i vården. Skillnaderna handlade generellt inte om att kvinnor och män mötte helt olika

problem, utan mer om vilka konsekvenser problemen fick för dem och vilka delar av vårdprocessen som upplevdes som mest bristfälliga.

Denna del av rapporten ger en mer ingående beskrivning av såväl likheter som skillnader mellan män och kvinnors synpunkter. Det är dock viktigt att betona att även om ett analystema förekom oftare hos män eller kvinnor innebär det inte att liknande synpunkter saknades i den andra gruppen.

Tillgänglighet - ett genomgående problem

Den mest framträdande likheten var att både kvinnor och män beskrev långa väntetider i vården. Väntan förekom i flera delar av vårdkedjan, från första kontakt med vården till väntetider till utredningar, behandlingar och operationer. Det tyder på att tillgänglighet är en generell utmaning för vården som påverkar patienter oavsett kön.

Det visade sig att kvinnor och män beskrev tillgänglighet på olika sätt. Kvinnors synpunkter rörde ofta flera steg i vårdprocessen. För dem handlade tillgänglighet inte enbart om att få en tid för vård, utan även om att kunna nå vården, få svar på frågor, få återkoppling och planerade insatser genomförda. Tillgänglighet beskrevs därmed av kvinnor som en fråga som involverade hela vårdkedjan.

Mäns synpunkter var mer koncentrerade till väntetider. Fokus låg ofta på hur lång tid det tog att få en viss bedömning, utredning eller behandling. Särskilt framträdande var synpunkter som rörde psykiatri och neuropsykiatriska utredningar. Det kan tyda på att män i större utsträckning möter vården i situationer där väntetiden till en specifik insats är den mest avgörande frågan.

Information & kommunikation - trygghet eller osäkerhet i vården

Information var ett annat område där det fanns stora likheter mellan kvinnor och män. Både män och kvinnor beskrev att de hade saknat tydliga besked från vården, att återkoppling hade uteblivit och att det ofta var svårt att förstå vad som hände i den egna vårdprocessen. Konsekvenser av detta beskrevs bli oro, frustration och minskat förtroende för vården.

Skillnaderna mellan män och kvinnors synpunkter handlade främst om vilka typer av informationsbrister som lyftes fram. Kvinnor beskrev i vissa fall att information helt uteblev. De saknade besked om provsvar, operationer, läkemedelsförändringar eller fortsatta vårdinsatser. Män beskrev oftare att information hade lämnats, men att den var motsägelsefull eller svår att tolka eftersom olika vårdgivare upplevdes lämna olika besked.

Informationsbrister handlade inte enbart om den mängd eller frekvens av information som vården hade lämnat, utan också om kvaliteten. Både män och kvinnor efterfrågade information som var tydlig, samordnad och anpassad efter deras situation. När information saknades, eller inte var begriplig, påverkade det deras upplevelse att vara delaktiga i sin vård.

Brister i kvinnors relation till vården

Ett tydligt mönster var att kvinnors synpunkter oftare handlade om bemötande, delaktighet och relationen till vården. Flera kvinnor beskrev att de inte hade blivit lyssnade på, att deras symtom hade ifrågasatts eller att de inte hade fått vara delaktiga i beslut som rörde deras vård. Kvinnor som upplevde att deras erfarenheter och önskemål inte togs på allvar fick minskat förtroende för vården. Kvinnors berättelser visade också att upplevelsen av att inte bli lyssnad till hade påverkat vården negativt, exempelvis genom fördröjningar i diagnos eller behandling.

Kvinnors synpunkter tydliggjorde att deras vårdupplevelse i hög grad påverkades av både medicinska och mellanmänskliga faktorer. Även om en vårdinsats i sig var korrekt kunde brister i kommunikation och delaktighet skapa missnöje och otrygghet.

Mäns nekade insatser

Ett område som framträdde tydligt bland män var upplevelsen av att nekas olika vårdåtgärder. Det handlade om undersökningar, behandlingar, läkemedel, hjälpmedel eller remisser som män själva ansåg var nödvändiga. Män kopplade ofta nekade insatser till frågor om vårdens prioriteringar och resursfördelning. De beskrev att deras behov inte hade bedömts som tillräckligt angelägna eller att organisatoriska faktorer hade påverkat besluten. När sådana beslut inte förklarades på ett tydligt sätt uppstod känslor av maktlöshet och bristande rättvisa. Det var också tydligt att nekade åtgärder påverkade mäns förtroende för vården. Flera män upplevde att de inte blev trodda eller att deras beskrivningar av symtom inte togs på allvar. Det framstod som viktigt att vården inte bara fattade medicinskt riktiga beslut, utan också kunde motivera och förklara besluten på ett begripligt sätt.

Kvinnor och brister i samordning

Kvinnors synpunkter innehöll flera exempel på brister i samordning mellan olika vårdenheter och professioner. De beskrev att remisser försenades, uppföljningar uteblev och att information inte alltid följde med patienten mellan olika delar av vården.

Ett återkommande tema var att kvinnor själva behövde ta ansvar för att samordna sin vård. De behövde påminna vården om remisser, efterfråga provsvar och följa upp planerade åtgärder. Det kunde upplevas som att organisatoriska brister ledde till att ansvaret delvis flyttades över från vården till patienten. Kvinnor beskrev att det inte bara innebar en praktisk belastning utan också en risk för att vårdinsatser kunde försenas eller utebli.

Slutsatser

Sammantaget visade kvinnor och mäns synpunkter att de delade erfarenheter av att vården inte alltid fungerade tillräckligt väl när det gällde tillgänglighet, information och kontinuitet. Skillnaderna mellan män och kvinnor låg främst i vilka delar av vårdkedjan som upplevdes som mest problematiska. Kvinnor beskrev oftare vården ur ett helhetsperspektiv där

kontaktvägar, information, delaktighet, bemötande och samordning hängde samman. Män framhöll oftare konkreta hinder för att få vård, så som långa väntetider, vårdens prioriteringar och nekade åtgärder. Förbättrad tillgänglighet och kortare väntetider var viktigt för både män och kvinnor liksom att stärka vårdens kommunikation, återkopplingar, samordning och patienters möjligheter att vara delaktiga i sin egen vård.