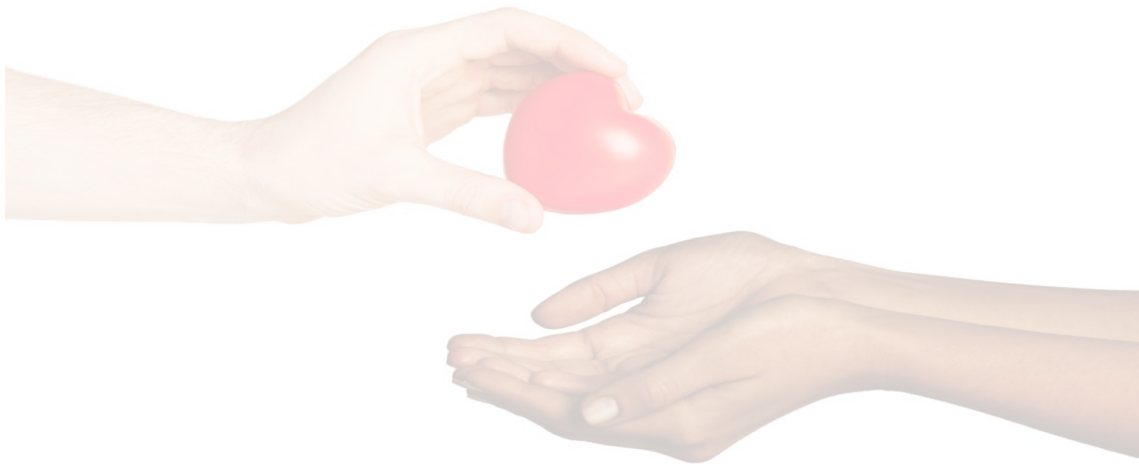


Dnr 25PAN1586

När 'gammal är äldst' inte längre räcker

Vad händer i vården för våra äldsta, 80-plussarna?



Innehållsförteckning

<i>Vad händer i vården för våra äldsta, 80-plussarna?</i>	1
Vad utkristalliserar när äldregruppen smalnar av?.....	3
Lagkrav att leva upp till.....	4
Lyfta fram äldre patienters upplevelser.....	4
Analysens avgränsning.....	4
Det här berättar patienterna	5
Vård och behandling.....	8
När det inte blir som förväntat	13
Kommunikation	14
Dokumentation och sekretess	16
Ekonomi.....	16
Tillgänglighet	17
Vårdansvar och organisation	18
Administrativ hantering	19
Närståendes perspektiv	21
Patienters och närståendes förbättringsförslag	23
Från ord till handling.....	24
Mönster som träder fram	24

Vad utkristalliseras när äldregruppen smalnas av?

Patientnämnden har tidigare analyserat klagomål inkomna från personer 70 år och äldre i rapporten *Äldre och vårdsökande – vad säger 70-plussarna i länet?* I den analysen framträdde kommunikation, dialog och delaktighet som centrala problemområden, i nivå med vård och behandling. Många klagomål rörde bristande information, otillräcklig uppföljning och svårigheter att få vara delaktig i beslut, särskilt vid läkemedelsförändringar och kontakter med primärvården.

I denna rapport som avser 80-plussare skiljer sig resultaten genom att vård och behandling får en tydligare dominans, tillsammans med vårdansvar, organisation och administrativa brister. Klagomålen handlar i större utsträckning om bedömningar, läkemedelshantering, utskrivningsprocesser och bristande samordning mellan region och kommun. Kommunikationsfrågor är fortsatt närvarande men utgör en mindre andel av problematiken, samtidigt som närståendes roll är mer framträdande och ofta avgörande för att klagomål förs fram.

Sammantaget visar jämförelsen att klagomålen förskjuts från dialog- och tillgänglighetsfrågor hos 70-plussare till mer komplexa vård- och systemrelaterade brister hos de äldsta patienterna, där vårdens förmåga att hålla ihop helheten får större betydelse.

Den äldre befolkningen

Äldre personer är en grupp med stora individuella skillnader i ålder såväl som hälsa, intressen och värderingar. Befolkningen förändras markant fram till 2033. Statistiska centralbyråns prognos visar att den största ökningen sker bland äldre. Gruppen 67–79 år växer med 3,7 procent, vilket ökar behovet av sjukvård, anpassade bostäder, omsorgsinsatser och rehabilitering. Den största förändringen sker bland de allra äldsta. Antalet personer som är 80 år eller äldre förväntas öka med 38 procent. För att äldre personer ska behålla sin hälsa och övriga livsförutsättningar så länge som möjligt behöver vård och omsorg utgå från varje individs förmågor och behov. Det krävs ökad kompetens för att bedöma vilka insatser som tillgodoser de individuella behoven. Förebyggande och tidiga insatser är viktiga för den enskildes välbefinnande och för att det ska finnas resurser att ta hand om dem med behov av mer omfattande insatser.¹

Många av de sköraste patienterna med komplexa hälsoproblem och svåra funktionsnedsättningar får delar av sin vård inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för skiljer sig inte från annan hälso- och sjukvård som ges av bland annat sjuksköterskor, fysioterapeuter och

¹ [Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2025](#)

arbetsterapeuter. Kommunernas ansvar ska vara av samma art som regionernas motsvarande ansvar, med den begränsningen att det inte omfattar läkarinsatser.²

Första januari 2018 trädde Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i kraft, som avser att främja samverkan mellan kommun, primärvård och specialistvård. Syftet är att skapa en trygg, säker och smidig övergång från slutenvård till öppen vård och omsorg. Utöver hälso- och sjukvårdslagen finns även andra centrala delar av lagstiftningen, exempelvis patientlagen (2014:821).

Lagkrav att leva upp till

Patientnämnderna bedriver lagreglerad verksamhet med uppdrag att ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående avseende offentligt finansierad hälso- och sjukvård i regioner och kommuner samt viss tandvård. 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 överlämnas till Inspektionen för vård och omsorg (Ivo). Ivo har enligt sitt uppdrag en skyldighet att systematiskt tillvarata information som lämnas från patientnämnderna. Patienters erfarenheter och synpunkter ska bland annat användas som underlag för att identifiera riskområden och för att inrikta tillsynsverksamheten.

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

Lyfta fram äldre patienters upplevelser

Med denna rapport vill vi lyfta fram och belysa klagomål och synpunkter rörande äldre (80 +) i hälso- och sjukvården vilka patientnämnden tagit emot under 2025.

Analysens avgränsning

Till patientnämnden i Västernorrlands län inkom under 2025 143 ärenden som rörde analysområde: synpunkter från kontakter inom hälso-och sjukvården för personer som

² [Ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården - Kunskapsguiden](#)

är 80 år och äldre (80+). Vid datauttaget var 138 ärenden avslutade och ingår i denna analys. Patientberättelserna har bearbetats i form av textanalys.

Det här berättar patienterna

Övergripande beskrivning av underlag

Av analysens 138 ärenden utgör flest ärenden synpunkter på kontakter med hälso-och sjukvården för kvinnor, 77 (54%), 64 ärenden rör män (45%) och för 2 ärenden är könet okänt (1%). Somatisk specialistvård står för den största ärendemängden följt av Primärvård. Inga ärenden finns gentemot Psykiatrisk specialistvård. Statistiken speglar inte enbart patienternas egna upplevelser utan i hög grad även närståendes erfarenheter av hur vården fungerar för 80 plussare. Strax över 50% av ärenden är initierade av en närstående.

<i>Verksamhetsområde</i>	<i>Antal</i>
<i>Kommunal vård</i>	15
<i>Primärvård</i>	42
<i>Somatisk specialistvård</i>	78
<i>Tandvård</i>	1
<i>Övrig verksamhet</i>	2
<i>Totalsumma</i>	138

Problemområden

Analysen belyser hur klagomålen fördelar sig mellan kategorierna och hur mönstret skiljer sig för patienter i åldersgruppen 80+ jämfört med samtliga ärenden. Syftet är att identifiera områden där äldre patienter upplever särskilda utmaningar samt att tydliggöra vilka kategorier som är mer eller mindre framträdande i gruppen.

<i>Huvudkategori</i>	<i>Samtliga ärenden</i>	<i>80+</i>	<i>Antal</i>
<i>1. Vård och behandling</i>	27%	37%	51
<i>2. Resultat</i>	3%	4%	6
<i>3. Kommunikation</i>	31%	19%	26
<i>4. Dokumentation och sekretess</i>	4%	1%	2
<i>5. Ekonomi</i>	4%	2%	3
<i>6. Tillgänglighet</i>	13%	9%	13
<i>7. Vårdansvar och organisation</i>	9%	17%	24
<i>8. Administrativ hantering</i>	7%	9%	12

Tabell 1. För åldersgruppen 80+ är vård och behandling den mest framträdande kategorin och står för en klart större andel än i det totala ärendeunderlaget. Även vårdansvar och organisation utgör en relativt stor del av klagomålen i denna grupp. Kommunikation

är det näst vanligaste problemområdet men utgör procentuellt en markant mindre andel mot fördelningen för samtliga ärenden, vilket tydligt särskiljer 80+ från övriga åldersgrupper.

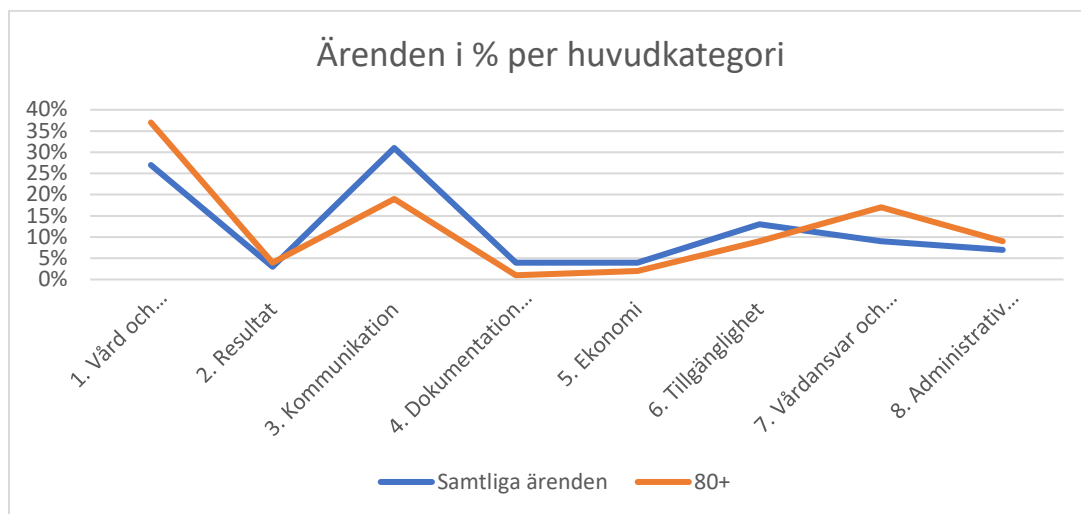


Diagram 1 visar att ärenden från patienter 80+ oftast handlar om vård och behandling, som är betydligt vanligare i denna grupp än i totalpopulationen. Samtidigt är kommunikationsärenden lägre representerade bland 80+ jämfört med samtliga ärenden. För kategorier som *dokumentation, ekonomi, tillgänglighet* och *administrativt* är nivåerna relativt lika. Inom *vårdansvar och organisation* ligger 80+ något högre, vilket speglar mer komplexa vårdbehov hos äldre patienter.

Ärenden per kön och huvudproblem

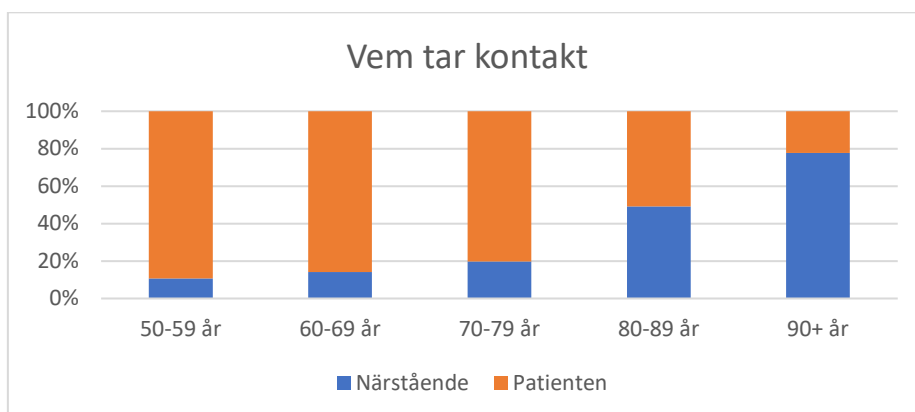
Huvudkategori	Man	Kvinna
1. Vård och behandling	18	32
2. Resultat	3	3
3. Kommunikation	9	17
4. Dokumentation och sekretess	2	0
5. Ekonomi	1	2
6. Tillgänglighet	8	5
7. Vårdansvar och organisation	13	10
8. Administrativ hantering	6	6

Tabell 2. Ärenden rör främst vård och behandling, kommunikation samt vårdansvar och organisation (tillsammans 73 % av underlaget). Kvinnor utgör en större andel i vård- och kommunikationsrelaterade ärenden, medan män är något överrepresenterade i tillgänglighet och vårdansvar/organisation.

Ärenden per kön och delproblem

Man	Kvinna
1.4 Läkemedel	1.3 Behandling
7.3 Vårdflöde/processer	1.4 Läkemedel
8.1 Brister i hantering	3.2 Delaktig
3.1 Information	3.4 Bemötande
6.2 Väntetider i vården	8.1 Brister i hantering
1.1 Undersökning/ bedömning	1.1 Undersökning/ bedömning
7.2 Fast vårdkontakt/ Individuell plan	1.5 Omvårdnad
1.3 Behandling	7.2 Fast vårdkontakt/ Individuell plan
1.5 Omvårdnad	3.1 Information
2.1 Resultat	7.3 Vårdflöde/processer

Tabell 3 visar de 10 vanligaste delproblemen per kön. För åldersgruppen 80+ dominerar ärenden kring behandling och läkemedel hos båda könen, men kvinnor lyfter oftare frågor om delaktighet och bemötande, medan män oftare berör väntetider och resultat; flera delområden, t.ex. information och vårdflöden, är gemensamma tyngdpunkter.



Underlaget visar att andelen närstående som kontaktar patientnämnden avseende synpunkter och klagomål ökar i takt med patientens stigande ålder och ökade behov av stöd.

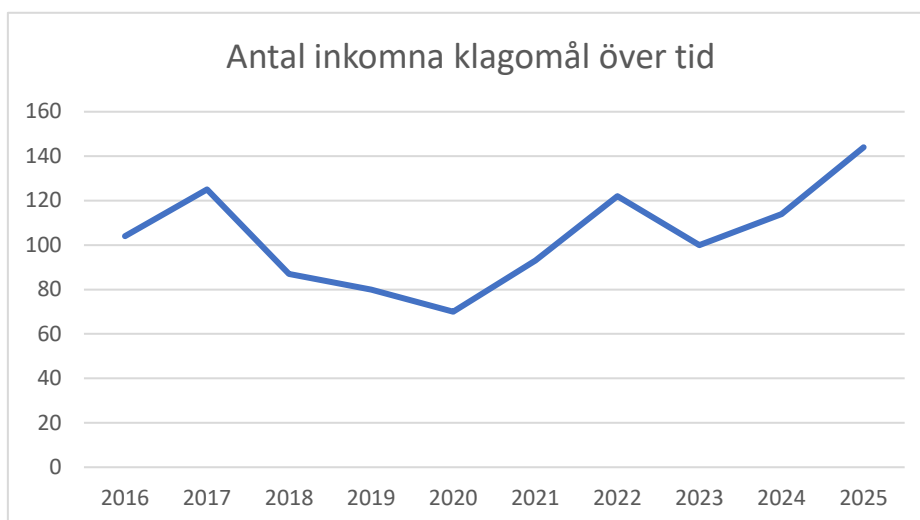


Diagram 2 visar hur antalet klagomål till patientnämnden gällande 80 år och äldre har utvecklats över åren 2016 och 2025.

Vård och behandling

Denna kategori redovisar flera olika delproblem (undersökning/bedömning, diagnos, behandling, läkemedel, omvårdnad, ny medicinsk bedömning) där synpunkter kring läkemedel är den mest framträdande. Utöver delproblemen framkom flertal ärenden som rör vård i livets slut.

Undersökning och bedömning/ Diagnos

I tabellen nedan redovisas fördelningen av delproblemen per verksamhetsområde.

1.1 Undersökning/ bedömning	9
Kommunal vård	1
Primärvård	4
Somatisk specialistvård	4
1.2 Diagnos	4
Kommunal vård	1
Primärvård	1
Somatisk specialistvård	2

Ärenden inom *Undersökning och bedömning* respektive *Diagnos* visar återkommande upplevda brister i bedömningens omfattning, uppföljning av symtom och möjlighet till medicinsk utredning. Flera patienter och närstående beskriver att initiala bedömningar inte fångat upp symtomens allvar eller att förändringar i patientens tillstånd inte lett till fördjupad utredning. Detta skapar osäkerhet kring vårdens prioriteringar och förtroende för processen.

I ett av ärendena beskriver närstående hur både patientens och deras egna observationer av försämring inte ledde till ytterligare utredning. Patienten lades först in efter en längre tids symtomutveckling och avled senare. Närstående bär på ett tvivel över vårdens tidiga bedömningar och uttrycker en känsla av att någon borde agerat mer omgående på patientens beskrivna successiva försämrings.

”Mamma ringde och ville att jag skulle komma för hon var så andfådd och orolig. Jag for till boendet och hon mådde inte alls bra. Dagen efter blev hon inlagd och tappades på flera liter vätska.”

I ett annat ärende framförs kritik mot bristande uppföljning efter en pacemakerkontroll. Patienten hade symtom som andfåddhet, nedsatt ork, svullnad och aptitlöshet, men uppmanades vid telefonkontakt att återkomma vid försämring. Patienten behövde senare söka akutmottagning för hjälp. Närstående ifrågasätter varför dessa symtom inte föranledde en tidigare undersökning.

Brister i initial bedömning framkommer även efter en olycka där en äldre patient vårdats för flera skador. Vid hemkomst noterade sjuksköterska avvikande status i ena armen, vilket ledde till röntgen och upptäckt av en komplicerad fraktur som krävde

operation. Närstående menar att den första bedömningen varit otillräcklig och lett till onödigt lidande och fördröjd behandling.

Flera ärenden gäller patienter som sökt akut vård men där allvaret inte uppmärksammats vid första besöket. I ett ärende sändes en patient hem med buksmärta. Patienten försämrades och fick åter söka akut vård vilket resulterade i att patienten omgående fick genomgå en operation och därefter behövde intensivvård. Närstående ifrågasätter varför mer inte gjordes vid initial kontakt.

Ärenden visar att patienter ibland får motstridiga besked eller olika bedömningar mellan vårdgivare, vilket skapar osäkerhet. Ett exempel gäller en patient där två läkare gjort olika bedömningar av hudförändringar – den ena rekommenderade borttagning, den andra inte. Patienten beskriver oro och osäkerhet kring vilken bedömning som bör ligga till grund för fortsatt vård. Variationen i bedömningar utan tydlig förklaring påverkar patientens förtroende och vården kan upplevas som otryggt.

Behandling

Ärenden för detta delproblem är jämnt fördelade mellan primär- och specialistvård.

1.3 Behandling	13
Primärvård	7
Somatisk specialistvård	6

Ärendena inom *Behandling* rör framför allt frågor om behandlingsval, bristande uppföljning och variation mellan vårdgivare. Patienter och närstående beskriver situationer där behandlingar inte upplevts tillräckliga, att det inte följts upp strukturerat eller inte anpassats efter patientens individuella behov och förutsättningar.

Flera ärenden belyser risker med otillräcklig eftervård. I ett fall skickades en äldre patient hem med hårt åtdragna förband och instruktion att ta bort dem på hälsocentralen några dagar senare. Patienten stod på blodförtunnande läkemedel, och förbanden stoppade blodflödet i armen, vilket ledde till att ambulans behövde tillkallas. Ärendet visar hur instruktioner och eftervård behöver anpassas till både medicinska förutsättningar och patientens förmåga att hantera situationen hemma.

Ett återkommande tema är att patienter och närstående efterfrågar tydligare information om syfte, effekt och risker vid olika behandlingsalternativ. I ett fall hade en patient behandlats mot sura uppstötningar under många år, och först vid kontakt med apotek uppmärksammades att läkemedlet kan påverka njurar och hjärta vid långtidsanvändning. Efter undersökningar konstaterades hjärtsvikt och förmaksflimmer. Patienten undrar varför riskerna inte kommunicerats tidigare och varför ingen läkemedelsgenomgång genomförts.

Flera ärenden rör behandling i livets slutskede. I ett fall uttrycker närstående oro över att blodvärden inte längre mätts eller behandlats trots att tidigare behandling lett till förbättringar. Närstående saknar information om varför behandlingen avslutades när patienten fortfarande upplevde effekt. Ärendet illustrerar behovet av tydlig kommunikation om behandlingsmål och förväntad nytta i palliativa situationer.

Läkemedel

1.4 Läkemedel	17
Kommunal vård	3
Primärvård	5
Somatisk specialistvård	9

Ärendena som handlar om *Läkemedel* visar återkommande brister i ordination, uppföljning och hantering av läkemedel inom flera delar av vårdkedjan – slutenvård, primärvård och kommunal omsorg. Både patienter och närstående beskriver situationer där ändringar i läkemedelsbehandling genomförts utan tydlig motivering eller utan planerad uppföljning, vilket i vissa fall lett till att patientens tillstånd försämrats.

”NERVVÄRK, helvetes förbannade obeskrivliga plågor” – skriver en patient som inte upplever sig tillräckligt smärtlindrad.

I ett ärende ändrades en tidigare fungerande smärtlindring under sjukhusvistelse, vilket ledde till otillräcklig smärtlindring. Närstående ifrågasätter varför en läkare som inte kände till patientens sjukdomshistoria gjorde ändringen utan att säkerställa uppföljning. I ett annat fall sattes blodförtunnande läkemedel ut hos en patient med tidigare stroke och förmaksflimmer; några dagar senare drabbades patienten av en ny stroke och är i dag rullstolsburen.

Flera ärenden gäller läkemedel som påverkat medvetandegrad, fallrisk eller allmäntillstånd hos äldre patienter, utan att riskerna följts upp på ett strukturerat sätt. Det förekommer både synpunkter på över- och undermedicinering, särskilt i livets slutskede där kommunikation kring syfte, målsättning och uppföljning inte alltid varit tillräckligt tydlig. Ett exempel gäller en patient med revbensfrakturer som inte fick smärtlindring före eller under transport till annat sjukhus. Patienten fick sin första dos först nästan ett dygn efter skadan. I ett annat ärende beskriver närstående att en patient i livets slut ordinerades ökad dos morfinpreparat utan dokumentation som visade att smärta förekom; efter byte av läkemedel upplevdes patienten mer kontaktbar.

Det finns flera exempel där långvariga biverkningar inte uppmärksammats förrän efter att läkemedlet satts ut och patientens besvär minskat. Närstående reagerar på att det tagit lång tid att identifiera problemen trots upprepade kontakter med vården. I ett ärende ifrågasätter närstående en dosökning som ledde till att patienten snabbt

försämrades från att vara fungerande till att bli näst intill okontaktbar. Förändringen uppmärksammades av både hemtjänst och närstående och medicinen återgick till tidigare nivå. Närstående uttrycker oro över hur riskbedömningen gjordes och hur uppföljningen planerades.

Utöver detta framkommer administrativa brister som uteblivna receptförnyelser, felaktiga ordinationer och situationer där patienter riskerat att stå utan nödvändiga läkemedel. I flera ärenden uttrycks osäkerhet kring ansvarsfördelningen mellan kommun och region, exempelvis i situationer där hemtjänst och sjuksköterskor behöver samverka. En patient som väntat flera dagar på recept oroar sig för att bli utan medicin inför helgen när vårdpersonal inte velat påminna läkaren ytterligare. I ett annat ärende blev en patient utan antibiotika i nästan två dagar när läkemedlet tog slut, vilket väckte oro hos närstående och frågor om rutiner för läkemedelsförsörjning.

Sammantaget visar ärendena att läkemedelshandling är ett område där brister får stor påverkan på patienters trygghet och hälsa. De illustrerar behovet av tydliga rutiner för ordination, uppföljning och kommunikation, samt att ansvarsfördelningen mellan olika vårdgivare behöver vara väl definierad för att säkerställa en säker läkemedelsbehandling, särskilt för äldre patienter med omfattande vårdbehov.

Omvårdnad

1.5 Omvårdnad	8
Kommunal vård	5
Somatisk specialistvård	3

Ärenden som rör *omvårdnad* är få i antal och fördelar sig mellan kommunal vård och specialistvård. Ärendena visar upplevda brister i tillsyn, hjälpmedelsanvändning samt grundläggande omsorg så som stöd vid måltider, hygien och personlig omvårdnad. Bristerna berör framför allt äldre och sköra patienter med omfattande behov av stöd i vardagen. Flera ärenden beskriver situationer där hjälp inte givits i tid eller insatser inte anpassats efter patientens funktionsnivå.

”Varför var det ingen som hjälpte mamma med en vårdplan i tid? Varför ska mamma ha sån värk och sitta gråtandes i sin rullstol? Varför finns inga rutiner på boendet som följs av personal?”

I ett ärende uttrycker närstående oro efter att personal försökt administrera flytande läkemedel genom att föra in ett instrument eller en sked i patientens mun, vilket ledde till kräkning och skadad tandprotes. Ett annat ärende rör en person med Alzheimer som inte får tillräcklig hjälp till toaletten, vilket resulterat i återkommande situationer med urin och avföring på golvet trots tidigare påpekanden till verksamheten. I ytterligare ett fall fick en patient smärta och försämrat allmäntillstånd efter ett

hårdhänt byte av stomiplatta. Röntgen visade att tarmen tryckts upp i ett bråck vid stomin. Verksamheten upprättade en avvikelse i syfte att utreda händelsen.

Ett tydligt mönster i ärendena är att bristande omvårdnad leder till ökad risk för undernäring, uttorkning, fall, trycksår och andra komplikationer. Närstående beskriver ofta att bemötande och ansvarstagande varit otillräckligt och att återkommande påpekanden inte lett till förändring. I ett ärende flyttade en strokedrabbad patient till boende och tappade snabbt vikt på grund av sväljsvårigheter. Närstående uppger att patienten inte fått tillräcklig hjälp med mat- och vätskeintag, och att patienten vid senare sjukhusvistelse bedömdes vara uttorkad. Ett annat ärende gäller en patient med ett omfattande trycksår som inte fått tillgång till tryckavlastande madrass och sårvården inte följts enligt plan. Patienten har även behövt utföra sina behov i sängen.

”Mamma har haft flera urinvägsinfektioner. Blivit uttorkad vid flera tillfällen. Hamnat på sjukhus för uttorkning vid mer än ett tillfälle, trots vätskelista.”

Bristerna förekommer inom både slutenvård, kommunala boenden och hemtjänst, vilket indikerar att problemen är systemövergripande snarare än knutna till enskilda enheter eller vårdnivåer. Också i akutsjukvården framkommer liknande brister: en äldre patient låg flera timmar på akutmottagningen utan möjlighet att larma, försökte ropa efter personal vid behov av vätska och toalettbesök och tvingades till slut kissa i sängen. Händelsen beskrevs som mycket otrygg.

Sammanfattningsvis visar ärendena att brister i omvårdnaden ofta får direkta konsekvenser för patientens hälsa, trygghet och värdighet. De illustrerar även vikten av fungerande rutiner, kontinuerlig riskbedömning och ett arbetssätt där både patienters och närståendes observationer tas tillvara för att säkerställa en trygg och personcentrerad omvårdnad.

Vård i livets slutskede

Ärendena som rör vård i livets slutskede visar att närstående ofta upplever brister i samordning, symtomlindring och i kommunikationen kring vårdinsatser. Närstående beskriver en osäkerhet kring vem som ansvarar för medicinska beslut och att insatserna inte alltid anpassats efter patientens behov i slutet av livet.

Flera ärenden rör otillräcklig smärtlindring eller att personal haft svårt att nå läkare vid akuta symtom. Ett sådant fall gäller en patient med uttalade smärtor där sjuksköterska sökte jourläkare utan framgång, och närstående beskriver patientens sista timmar som svåra. I andra ärenden uttrycks oro över att behandlingar, exempelvis kontroller av blodvärden, avslutats trots att patienten tidigare svarat väl på insatsen och upplevt ökad ork. Närstående saknar information om varför behandlingen ändrats när patienten fortfarande upplevde effekt.

I ett ärende framför en närstående synpunkt på vården efter en cancerdiagnos där patienten avled kort därefter. De beskriver att det krävdes omfattande ansträngningar från deras sida för att patienten skulle få lindrande behandling i syfte att höja livskvaliteten. Den närstående beskriver också hur hemtjänsten två dagar efter dödsfallet ringde för att planera fortsatt vård i hemmet.

Ärendena visar att närstående upplever att ansvar kan förskjutas mellan aktörer, särskilt mellan kommun och primärvård, vilket bidrar till otydlighet kring vem som ansvarar för medicinska bedömningar och behandlingsbeslut i livets slutskede.

Sammanfattningsvis speglar ärendena behovet av tydlig kommunikation, gemensamma vårdplaner och en samordnad struktur som säkerställer att lindrande insatser är tillgängliga och ges i rätt tid. Detta är centralt för att skapa trygghet för både patient och närstående under en mycket känslig period.

När det inte blir som förväntat

2.1 Resultat	6
Primärvård	1
Somatisk specialistvård	4
Tandvård	1

Inkomna ärenden inom kategorin *Resultat* visar att patienter i de äldre åldersgrupperna beskriver att utfallet av behandlingar eller ingrepp inte alltid motsvarat deras förväntningar.

Synpunkterna handlar främst om oväntade komplikationer, bristande effekt av utförd åtgärd eller att resultatet inte motsvarar de förväntningar som givits inför behandlingen. I vissa fall beskriver patienter och närstående en osäkerhet kring om skadan eller försämringen är en följd av själva ingreppet eller av andra faktorer.

En patient beskriver att en nervskada uppstått i samband med att en hudförändring vid örat avlägsnades. Skadan har medfört att patienten inte längre kan rynka pannan eller styra ögonlocken.

En annans starroperationen måste göras om då den misslyckats. Ögat ska ha blivit skadat och vårdgivaren har rådgivit patienten att anmäla händelsen. Det är oklart vilka konsekvenser skadan medfört för patienten.

Gemensamt för flera ärenden är att patienter efterfrågar tydligare information om risker, möjliga utfall och hur eventuella komplikationer ska hanteras. I vissa fall framkommer att bemötandet i samband med en oväntad händelse påverkat upplevelsen, särskilt när en förklaring saknats eller när patienten upplevt att personalen inte tog ansvar för det inträffade. Ett av ärendena rör en patient som beskriver att resultatet efter ett ingrepp inte motsvarade förväntningarna och att detta

lett till funktionella svårigheter, bland annat påverkan på förmågan att tugga och därmed viktnedgång. Ärendet illustrerar hur brist på tydlighet kring möjliga behandlingsutfall och konsekvenser kan bidra till oro och osäkerhet hos patienten.

En annan patient som gick på omläggning för besvär med blåsor och bensår beskriver att en undersköterska av misstag klippt patienten i benet, vilket orsakat blödning och ett sår som behövde sys. Patienten upplevde att ingen ursäkt eller tydlig förklaring gavs och att händelsen bortförklarades.

Kommunikation

3. Kommunikation	26
3.1 Information	9
Kommunal vård	1
Primärvård	2
Somatisk specialistvård	6
3.2 Delaktig	9
Kommunal vård	1
Primärvård	2
Somatisk specialistvård	6
3.4 Bemötande	8
Primärvård	5
Somatisk specialistvård	3

I ett ärende beskriver närstående att patienten flyttats till ett annat sjukhus utan att de informerats, vilket skapade osäkerhet kring patientens situation och fortsatta vård. I ett annat ärende framför närstående att de inte kontaktats när patientens tillstånd försämrades och lite senare när kontakt togs fanns inte tid för närstående att ta avsked, utan patienten hann avlida. Närstående beskriver att händelsen påverkat dem starkt. Dessa ärenden belyser betydelsen av en strukturerad och förutsägbar kommunikationskedja, särskilt i händelser där vårdbehovet förändras.

Ett exempel på ärenden där patienten belyser brister i återkoppling och ansvarsfördelning. Patienten hade genomfört ett EEG för ett år sedan utan att få ta del av något resultat, trots att undersökningen initierats för att kunna ompröva en epilepsidiagnos. När patienten efterfrågat besked har hen fått veta att ansvarig läkare slutat och att ingen följt upp ärendet. Patienten ifrågasätter varför det saknats en rutin för övertagande av ansvar för pågående utredningar vid personalförändringar.

Sammantaget visar ärendena att brister i kommunikation, både i direkta patientkontakter och i interna överlämningar, får konsekvenser för patienters och närståendes trygghet och delaktighet.

Ett flertal ärenden rör upplevelser av begränsad delaktighet, där patienter inte känner sig lyssnade på i kontakten. Patienter beskriver att de framfört och beskrivit sina

symtom, men frågor eller observationer efterfrågas inte eller tas inte tillvara. Situationerna som beskrivs har varit både från kontakter i öppen- och slutenvård. Konsekvensen blir att patienten mister tilltro till vårdgivaren och den behandling som ges.

En patient med flera diagnoser beskriver att läkaren avbröt hen vid upprepade tillfällen och inte lyssnade på patientens symtom eller funderingar. Patienten var orolig över biverkningar och önskade noggrannare kontroller. Ärendet lyfter hur bemötande påverkar både upplevelse av delaktighet och tillit till behandlingen.

” När jag skulle förklara mina symtom för läkaren så avbröt han mig och påpekade att han läst journalen. Han påtalade att jag var gammal och mycket sjuk och han jämförde mig med en båt som ligger i sjön och blev mer och mer vattenfylld och till slut sjönk. Min ålder är inte okänt för mig, det visste jag före besöket och att jag har en del sjukdomar är jag också klar över.”

En patient beskriver att hen vid återkommande besök inte fått frågor om hur sjukdomen påverkar vardagen och upplever sig bli behandlad som ett objekt snarare än delaktig i samtalet. Patienten reagerar även på journalanteckningar som inte överensstämmer med den egna upplevelsen.

En annan lyfter förändrad medicinering utan dialog. Patienten som tidigare haft god effekt av ordinerat läkemedel beskriver att den nya läkaren avbröt behandlingen utan föregående möte eller förklaring. Patienten saknar information om skälen till beslutet och känner oro över att stå utan läkemedel i väntan på återkoppling.

Även bemötande nämns i flera fall, ofta kopplat till att patienter eller närstående upplevt sig avbrutna, inte lyssnade på eller bemötta på ett sätt som uppfattats som nonchalant eller osakligt.

” Det är den mest osympatiska läkare jag träffat och jag har mött en del igenom åren. Min upplevelse vid läkarbesök är att man känner sig bättre till mods och piggare efter att man fått hjälp och förklaringar till det man sökt för, här var det precis tvärt om.”

I ett annat ärende lyfter en närstående, som varit med en patient vid ett mottagningsbesök, att läkaren i kontakten visat på liten förståelse för patientens funktionsnedsättning. Läkaren upplevdes nonchalant och oprofessionell vilket ledde till att patienten kände sig osäker i mötet.

En patient beskriver att läkaren bemötte med irriterat tonläge, ifrågasatte patientens symtom och använde hastiga rörelser som upplevdes aggressiva. Patienten kände sig rädd och förminskad och uttryckte tacksamhet över stödet som gavs utifrån att det samtidigt var en sjuksköterska med i rummet.

Dokumentation och sekretess

4.1 Patientjournalen	2
Somatisk specialistvård	2

Under denna kategori finns två ärenden, båda kopplade till journalhantering. Båda är inkomna av män i åldersgruppen 80–89 år. I det första fallet uppmärksammar en patient att en journalanteckning i den egna journalen avser en annan patient. Det andra ärendet gäller en patient som saknar dokumentation från ett läkarbesök som ägde rum två veckor tidigare och uttrycker frustration över att anteckningen ännu inte är synlig i journalen. Patienten undrar hur lång tid journalföringen bör ta och varför informationen dröjer.

Synpunkter på journalanteckningar förekommer också i ärenden som har klassats i andra kategorier, särskilt när huvudfrågan handlar om något annat.

”Jag blir arg när jag sedan läser i journalen att ”patienten är fortsatt bestämd och vill pröva med konservativ behandling”. Det var ingen tjurig bestämdhet i beslutet utan det togs ett beslut utifrån den information vi fick.”

Ekonomi

5.1 Patientavgifter	2
Primärvård	1
Somatisk specialistvård	1
5.2 Ersättningsanspråk/ garantier	1
Somatisk specialistvård	1

Två ärenden rör patientavgifter. I det ena fallet motsätter sig patienten fakturan för ett akutbesök. Patienten uppger att personalen informerat om att avgiften skulle vara nedsatt eftersom hen inte träffade läkare, men debiteras ändå full avgift och ifrågasätter detta.

Det andra ärendet gäller en patient som reagerat på den totala kostnaden för tre vårdbesök. Patienten har svårt att förstå hur avgiften kan uppgå till över elva hundra kronor och beskriver att det är en ekonomisk belastning, särskilt som äldre när kostnaderna blir höga.

Ett ärende gäller en anhörig som har frågor om ersättningsanspråk. Enligt uppgift ska patientens telefon ha gått sönder under en vårdperiod efter att personal tappat den i golvet. Anhörig undrar hur situationen ska hanteras och vilka möjligheter som finns till ersättning.

Tillgänglighet

Ärendena visar att äldre patienter upplever svårigheter med tillgänglighet till primärvården och långa väntetider till specialistvården.

6.1 Tillgänglighet till vården	5
Primärvård	5
6.2 Väntetider i vården	8
Somatisk specialistvård	8

Problemen rör långa väntetider till undersökningar och behandling, och svårigheter att komma i kontakt med vården via telefon och rådgivning. För flera av patienterna leder dessa hinder till försämrat hälsotillstånd, ökad oro och känslan av att själva behöva driva sina ärenden för att få nödvändig vård.

En återkommande problematik är lång väntan på operation, bedömningar och specialistbesök. Flera patienter beskriver att de under långa väntetider försämrats i sin hälsa, blivit mer beroende av hjälp eller fått sina möjligheter till rehabilitering begränsade.

I ett ärende beskriver närstående att patienten väntat i fyra månader på ett första besök och därefter fått besked om att ingen operation kunde komma utföras förrän tidigast efter sommaren. Närstående känner sig uppgiven då patienten näst intill var sängbunden och upplevs vara alltmer nedsatt i sin fysiska och psykiska hälsa. De framför att en tidigare åtgärd hade gett bättre förutsättningar för återhämtning och bättre hälsa för patienten.

En patient som remitterats till ortopederna på grund av knäbesvär fick ett brev om tre månaders väntetid och att kallelse skulle skickas. Därefter kom ingen ytterligare information. Vid kontakt med vårdgivaren informerades patienten om att det är möjligt att stå kvar i kön eller söka vård utomläns, men utan vägledning i hur detta går till. Patienten upplevde sig undanskuffad, och beskrev oro över att förlora sin rörlighet.

I en annan patientberättelse fick en patient vänta på artrosoperation i två och ett halvt år. Patienten framförde att hen, på grund av smärta, inte kunde träna under tiden hen väntade på operation och att rehabiliteringen efter operationen därför blev längre. Patienten har kvarstående besvär med smärta och nedsatt styrka.

Svårigheter att nå vården - Tillgänglighet till vården

Många patienter beskriver svårigheter att komma i kontakt med sin hälsocentral eller sjukvårdsrådgivningen. De upplever långa telefonköer, avbrutna samtal och tekniska hinder där samtalet avslutas utan att patienten fått framföra sitt ärende. I ett ärende försökte patienten nå sin mottagning under en veckas tid med anledning av intyg inför

en operation utomläns. Bristen på bristande tillgänglighet skapade stor oro.-En annan patient har framfört att hen fått vänta 30 minuter i kö till sjukvårdsrådgivningen, blivit bortkopplad och behövt ringa på nytt och vänta ytterligare. Patienten upplever systemet som otillgängligt.

I ett ärende har en patient beskrivit att samtalen avbrutits av ett felmeddelande innan hen hunnit framföra sitt ärende. Vid flera tillfällen har patienten därför rest till hälsocentralen och satt sig i väntrummet i hopp om att få hjälp.

Det framkommer också tillgänglighetsproblem för patienter med särskilda behov, exempelvis personer med hörselnedsättning som är beroende av tolkförmedling. En döv patient har framfört att hen upplever att tillgängligheten försämrats då bokning och kommunikation via tolkförmedlingen blivit svårare och mindre tydlig, vilket påverkar möjligheten att få vård i rätt tid.

Vårdansvar och organisation

Övergångar mellan vårdnivåer är en sårbar punkt. När information inte följer med, eller när ansvar hamnar mellan verksamheter, uppstår risk för utebliven uppföljning och osäkerhet kring fortsatta vårdinsatser. Detta visar sig exempelvis i ärenden där remisser utlovas men inte skickas, hamnar fel eller avvisas utan att patienten informeras.

7.1 Valfrihet/ fritt vårdsökande	1
Övrig verksamhet	1
7.2 Fast vårdkontakt/ Individuell plan	9
Kommunal vård	2
Primärvård	1
Somatisk specialistvård	6
7.3 Vårdflöde/processer	12
Kommunal vård	1
Primärvård	3
Somatisk specialistvård	8
7.4 Resursbrist/ inställd åtgärd	1
Primärvård	1
7.5 Hygien/ miljö/ teknik	1
Primärvård	1

En återkommande iakttagelse i ärendena gäller synpunkter kopplade till utskrivning från sjukhus, där ansvarsfördelningen mellan vårdgivare inte har uppfattats som tydlig. Närstående beskriver osäkerhet kring vem som ansvarar för planering, överrapportering och uppföljning, vilket kan leda till oklara situationer i samband med hemgång.

I ett ärende framförde närstående synpunkter på hur en utskrivning genomförts. En patient över 90 år med demens skickades hem efter operation av en höftledsfraktur.

Trygghetslarm fanns som insats, men patienten kunde inte använda det på grund av kognitiv svikt. Närstående uppger att de inte involverades i planeringen och uttrycker oro för om tillräckliga förutsättningar för vård i hemmet fanns.

I ett annat ärende beskriver anhöriga hur en äldre patient, som sökt akut efter ett fall, skickades hem nattetid utan skriftlig information, dokumentation eller recept på smärtlindring. Efteråt framkom att patienten hade en fraktur på överarmen. Anhöriga ifrågasätter om bedömning av stödbehov i hemmet gjordes samt efterlyser tydligare rutiner för information, dokumentation, kontaktvägar och bedömning av hemförhållanden.

”Vi barn bor långt ifrån vår pappa. Vi är därför beroende av att vård- och omsorgssystemet fungerar.”

Flera ärenden berör även brister i rapporteringskedjor, både vid medicinska förändringar och i vård i livets slutskede. I ett fall informerades hemtjänsten, men inte kommunens sjuksköterskor, om ändrad medicinering efter ett vårdtillfälle. Detta ledde till att uppföljningen av behandlingen fördröjdes. I ett annat ärende beskriver närstående att doseringen av smärtlindring ändrades snabbt på ett boende utan dokumentation som förklarade beslutet. Vid flytt till ett annat boende justerades medicineringen, och patienten blev mer kontaktbar. Olika förklaringar från berörda vårdgivare bidrog till osäkerhet kring ansvar och beslutsgång.

Ärenden om återkommande återinläggningar illustrerar också upplevda oklarheter i ansvarsfördelning. Närstående beskriver exempel där en äldre patient skrivits ut och därefter återinlagts inom kort tid. De uppger bristande samverkan mellan region och kommun och beskriver att information om möjligheten till korttidsboende inte alltid har varit tydlig, trots att de känner till att platser funnits.

”Mamma var absolut inte kommunklar, och hemgången blev en katastrof.”

Sammanfattningsvis visar ärendena att otydlig organisation, kommunikation och ansvarsfördelning kan leda till osäkra utskrivningsprocesser, brister i uppföljning, återinläggningar och en ökad belastning på närstående. Ärendena pekar på behov av mer enhetliga processer, tydligare ansvarsfördelning och stärkt samverkan inom vårdkedjan, särskilt för äldre patienter med omfattande vårdbehov.

Administrativ hantering

8.1 Brister i hantering	12
Primärvård	3
Somatisk specialistvård	9

Ärenden som rör administrativ hantering belyser brister i provhantering, remissförfarande, kallelser, tidsbokning och läkemedelsadministration. Flera av

ärenden illustrerar hur administrativa avvikelser får konsekvenser för patienters trygghet, kontinuitet i vården och förtroende för vårdens rutiner och arbetssätt.

Flera ärenden rör brister i remisshantering. Ett exempel gäller en patient som, efter att ha svimmat, vårdats ineliggande och vid utskrivning informerats om att uppföljning med långtids-EKG och blodtryckskontroll skulle ske. Trots upprepade kontakter från anhörig skickades ingen remiss, vilket lämnade patienten utan den planerade uppföljningen.

I ett annat ärende har en patient väntat på bedömning för fortsatt utredning då fysioterapeut uppgett att remiss skulle skickas, men patienten upptäckte efter kontakt med specialistvården att ingen remiss var skriven. Patienten beskriver förvånade besvär under väntetiden och ställer sig frågande till vad som hänt.

Även felriktade remisser förekommer. I ett ärende upptäckte en patient efter tre månader, via sin journal, att remissen hade avisats och blivit liggande hos fel verksamhet. Först efter att patienten tog kontakt styrdes remissen vidare till rätt mottagning.

”Nu vill jag framföra kritik om slarv med remisskrivandet som inte ser till att den hamnar på rätt ställe. Det har kunnat ha oanade konsekvenser om det varit mer akut vilket ingen visste. Dessutom vill jag anmäla Mödravården som lät remissen ligga så länge utan att de reagerade, det måste väl klart framgå att det var en mansperson remissen gällde och att han inte hade med mödravården att göra. Läser man inte remisserna man får?”

Ärenden som berör kallelser och bokningar är återkommande. En patient fick ett avboknings-sms samma dag som besöket skulle äga rum, men blev ändå senare uppringd vid besökstidpunkten och tillfrågad om var hen befann sig. En annan patient fick en otydlig kallelse till en mottagning och förstod inte vad besöket avsåg. Kallelser som innehåller felaktig information förekommer exempelvis har felaktiga uppgifter i kallelser inneburit att patienter rest i onödan. I ytterligare ett ärende fick en patient felaktig kallelse till vaccination och reste tio mil i onödan. Dessa händelser visar hur felaktiga eller otydliga kallelser kan leda till både praktiska problem och onödiga kostnader för patienten.

Brister i tillgänglighet och informationsflöde framkommer i ärenden. En patient som väntat i över tre år på gråstarrsoperation beskriver återkommande svårigheter att få kontakt med verksamheten. Trots att patienten försökt nå mottagningen på flera olika sätt har det inte gått att få information om planerad operationstid. I ett annat ärende uttrycker patienten oro över att inte ha kallats i tid innan sommarsemestern för ny ordination och administration av läkemedel. Trots att patienten själv i god tid informerat mottagningen stod hen utan viktigt läkemedel när verksamheten stängde.

Prov- och recepthantering uppvisar liknande utmaningar. Ett ärende gäller en patient som inför behandling lämnat prov för odling, men provet tappades bort och kunde aldrig analyseras. Eftersom ett nytt prov inte kunde tas fick vårdgivaren i stället välja behandling utan bekräftande provsvar. Patienten uttryckte i detta fall stort förtroende för vården, men önskade påtala svagheten i att prov kan försvinna. I ett fall kunde en patient inte hämta ut blodtrycksmedicin eftersom recept saknades hos apoteket, trots att patienten upprepade gånger uppmanats av vårdgivaren att återvända dit. Receptet fanns fortfarande inte tillgängligt, vilket gjorde att patienten stod utan nödvändigt läkemedel och undrade hur hen skulle få tillgång till det.

”Detta är en otrolig soppa, detta inger då inte något större förtroende för sjukvården för min del.”

Närståendes perspektiv

Cirka hälften av ärendena i åldersgrupperna 80+ är inkomna via närstående. Detta tyder på att närstående ofta fungerar som patientens röst, särskilt när patienten är mycket gammal, skör eller har nedsatt förmåga att själv tillvarata sina intressen. Det är tydligt att närstående spelar en central roll i äldre patienters vård och att de ofta besitter värdefull information om patientens hälsotillstånd, funktion och vardag. Flera beskriver att deras kunskap inte tas tillvara på ett systematiskt sätt och att de önskat vara mer delaktiga i planering, beslut och uppföljning av vården.

Bristande information och otydliga vårdförlopp

Flera ärenden rör situationer där närstående upplever att nödvändig information inte har kommunicerats. Det framkommer vid flyttar mellan vårdenheter, försämring i hälsotillstånd eller vid beslut om palliativ vård.

I ett ärende fick närstående veta i samband med ett besök att patienten flyttats till ett annat sjukhus utan att någon information lämnas i förväg. I ett annat fall avled patienten efter försämring utan att närstående kontaktats. Liknande brister beskrivs vid palliativa beslut där information endast delvis nått anhöriga eller uppfattats otydligt. Dessa ärenden understryker behovet av tydliga rutiner för att säkerställa att både patient och närstående får relevant information vid förändringar i vårdbehov.

I flera ärenden beskriver närstående att långa väntetider och brist på stöd påverkar deras upplevelse av trygghet. En själv åldrig anhörig till en dement patient uttrycker hur flera timmars väntan på akutmottagningen tog hårt: *”Det borde kunna gått smidigare... det tog på krafterna.”*

Delaktighet i vårdbeslut

Närstående beskriver flera situationer där de inte inkluderats i beslut trots att deras perspektiv varit centralt för att förstå patientens tillstånd. Exempel finns där doshöjning av läkemedel lett till kraftig försämring, men närståendes observationer inte beaktats förrän både hemtjänst och anhöriga uttryckt oro. Även vid vård i livets slut, vid demensutredning eller vid utskrivning upplever närstående att deras kunskap inte efterfrågas, vilket skapar osäkerhet kring vårdplaneringen.

”Vi är ledsna för att mamma fick lida och dö i smärtor som vi kämpat för att hon skulle få slippa ha vid sin sista tid i livet.”

Stort ansvar för samordning

I flera ärenden framkommer att närstående upplever att de måste ta ett betydande ansvar för att hålla ihop vårdkedjan. Det gäller både multisjuka patienter med många kontakter och personer med kognitiv svikt som saknar förmåga att själva hantera kontakter eller information.

Närstående beskriver exempelvis att de tvingas koordinera insatser mellan hemsjukvård, vårdcentral och sjukhus, trots att patientens behov kräver en mer strukturerad samverkan mellan vårdgivare. Detta skapar frustration och upplevelser av ensamhet i ansvarstagandet.

I ett ärende rörande en patient som skickats hem efter en höftledsfraktur beskriver närstående hur patienten fram och tillbaka mellan sjukhus och hemmet, utan att förutsättningar för hemgång fanns. Anhöriga uttrycker maktlöshet och bristande samverkan mellan kommun och region: *”Trots detta skickas farmor hem, som ett DHL-paket! Ingen känsla av att i detta paket finns en gammal trött förvirrad dement 90 åring”*.

Palliativ vård och livets slut

Ett betydande antal ärenden rör brister i information och delaktighet i livets slutskede. Närstående beskriver osäkerhet kring behandlingsbeslut, otillräcklig smärtlindring eller plötsliga ändringar i medicinering utan uppföljning.

Det finns ärenden där närstående upplever att patienten inte blivit adekvat smärtlindrad, eller där läkare inte varit nåbara när behov uppstått. Andra lyfter att patienten upplevts övermedicinerad och att ändringar skett utan dokumenterad grund.

Dessa händelser ger upphov till starka känslor av skuld och ifrågasättande hos närstående, som uttrycker att de i efterhand undrar om de borde gjort mer för att lindra patientens lidande.

"Farmors sista tid i livet saknar motstycke då hon led enormt av sina ischemiska smärtor... Något jag grämer mig över."

Tydligt i ärendena är att närstående ofta bär en stor del av ansvaret för att skapa kontinuitet och trygghet kring äldre patienter med komplexa vårdbehov. Brister i information, delaktighet och samordning gör att närstående många gånger kliver in i roller som egentligen tillhör vården. Ärendena visar att stärkt kommunikation och ett mer strukturerat arbetssätt kring samverkan skulle kunna minska denna belastning och förbättra tryggheten för både patienter och deras närstående.

Positiva omdömen

Trots återkommande kritik lyfter närstående även positiva erfarenheter men att resurserna inte räcker.

"Det finns stjärnor som arbetar och bryr sig om och pratar med de gamla."

"Det finns flera stjärnor bland personalen men de räcker inte till."

"Jag vill lyfta fram att de som arbetar och sköter de boende tar dem på allvar"

"I stort sett trivdes mamma bra på boendet"

Patienters och närståendes förbättringsförslag

I flertalet ärenden lyfter patienter och anhöriga att de vill bli lyssnade till, att deras kunskap och iakttagelser tas tillvara på. Anhöriga framför att de önskar få vara delaktiga i sin anhörigs vård. Andra förbättringsområden som kommer fram i flera ärenden är att informationsflöde mellan kommunal hälso- och sjukvård, specialistvård och primärvård behöver förbättras. Kontinuitet i behandling/uppföljning.

En patient skriver "Bättre genomgång av mediciner när de äldre besöker hälsocentralen oavsett vad de söker för." Patient oroade sig för att det hjärtbesvär hen har diagnostiserats med härrör från en långvarig behandling med protonpumpshämmare.

"Gratis bältrosvaccin till de fattiga pensionärerna!" Skriver en invånare som beskriver smärtorna i samband med bältros och önskar framföra att tusentals kronor är mycket för en pensionär. "Många äldre lever på en knapp pension och har inte råd med dyra vacciner, även om de skulle kunna förebygga svåra och långvariga smärtor. Det borde vara självklart att skydda våra mest utsatta mot sjukdomar utan att det ska kosta skjortan."

Skriftlig information om;

- Skadan och vad man förväntas och inte förväntas klara av/göra.
- Vad som hänt under vårdtillfället och plan framåt.
- Tydlig dokumentation i journal.

Från ord till handling

Under året finns flera klagomål där verksamheten i sin återkoppling eller sitt yttrande beskriver konkreta förbättringar eller åtgärder som ska genomföras.

” Vi beklagar det inträffade och tar upp ärendet som ett lärande i vår verksamhet.”

I ett ärende har man efter anhörigas synpunkter valt att starta en utredning med anledning att identifiera eventuella brister i rutiner, allt för att händelsen inte ska inträffa igen. I flera ärenden har man funnit brister i rutiner vilka har åtgärdats. Flera vårdgivare beskriver hur inkomna synpunkter lyfts på arbetsplatsen i lärande syfte.

En anhörig inkom med synpunkter på bristande omvårdnad. I det ärendet uppgav vårdgivaren att medicinskt ansvarig sjuksköterska utbildat personal med särskild vikt på de inkomna synpunkterna.

”Vi tackar ödmjukt för dina synpunkter och förstår din oro för hur ärendet har handlagts. I de bästa av världar hade vi såklart velat att det skulle ha skett en mera skyndsam handläggning.”

Mönster som träder fram

Flera ärenden illustrerar hur organisatoriska faktorer påverkar vårdens kvalitet och kontinuitet. I underlaget framkommer återkommande exempel på upplevda brister vid läkemedelshantering, brister i dokumentation och rapportering, övergångar mellan vårdnivåer som inte fungerar. Dessa strukturella förutsättningar bidrar till variationer i bedömningar och olika beslut, vilket i sin tur påverkar patientens vårdprocess och upplevelse av sammanhållen vård.

Vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten, och närstående ska ges möjlighet till delaktighet när det är lämpligt.³ Av inkomna ärenden är bristande kommunikation ett återkommande tema. Patienter och närstående beskriver att den information som ges ofta är otydlig, uteblir eller är motstridig, både i kontakten med personal och mellan olika vårdgivare. När olika läkare ger olika besked eller när ansvarsfördelningen mellan kommunal hälso- och sjukvård och primärvård är oklar upplevs vården som splittrad och svår att navigera i. Svårigheter att nå vården via telefon, 1177 direkt eller att få återkoppling inför besök förstärker upplevelsen av att inte vara delaktig i sin eller sin närståendes vård.

³ [Patientlag \(2014:821\)](#)

Sömlös vård

Bristande kommunikation, otydlig ansvarsfördelning och svårigheter i samverkan mellan olika aktörer visar att klagomålen i hög grad handlar om systemets förmåga att hålla ihop vården runt sköra patienter, snarare än om enskilda professionella misstag. Den traditionella organiseringen, byggd kring olika medicinska block och organisatoriska gränser, riskerar att skapa avbrott i vårdkedjan. När vården är personcentrerad ska den dock vara sammanhållen utifrån patientens behov, oavsett om insatser ges av slutenvård, primärvård eller kommunal verksamhet. En individuell plan som är gemensamt framtagen kan stödja övergångar och säkerställa att ansvar inte faller mellan stolarna. Liknande iakttagelser lyfts i Socialstyrelsens rapport *Vård och omsorg för äldre – Lägesrapport 2025*, där behovet av sammanhållna vård- och omsorgsinsatser betonas.⁴

Närståendes roll och behovet av samordning kring äldre patienter

Underlaget, av inkomna synpunkter och klagomål, visar att närståendes kontakter med patientnämnden ökar i takt med att patienternas behov av stöd tilltar. Närstående vittnar om upplevelser av bristande respons eller motstånd från vårdgivande verksamheter, särskilt i situationer där patienten själv har begränsade möjligheter att föra sin talan. Detta pekar på ett behov av en mer trygg och förutsägbar samordning kring patienten, där vårdgivande enheter och kommunal vård gemensamt säkerställer fungerande informationsöverföring, planering och uppföljning. En tydligare samverkan kan bidra till ökad trygghet för både patient och närstående.

”Vi vill påpeka att ingen samordnad individuell plan (SIP) har genomförts innan hemgång.”

Äldre kan uppleva sig åsidosatta. I flera ärenden uttrycker patienter oro över att inte bli lyssnade på eller tagna på allvar. Det kan handla om korta besök där patientens berättelse inte ges utrymme, men också om uteblivna remisser eller bristfällig uppföljning vid komplexa tillstånd. Upplevelsen av att själv behöva driva sin vårdprocess återkommer, särskilt bland äldre som beskriver sig som sårbara i kontakten med vården.

Konsekvenser för patienter och närstående

När information brister eller kommer för sent skapas oro och otrygghet. Detta beskrivs särskilt vid hemgång från sjukhus och vid försämrat mående, där patienten förväntar

⁴ [Vård och omsorg för äldre - Lägesrapport 2025](#)

sig ett tydligt och koordinerat stöd. När närstående inte görs delaktiga förstärks deras upplevelse av att behöva driva frågan själva för att patienten ska få adekvat vård.

Resultatet visar sammantaget att det finns återkommande utmaningar i ansvarsfördelning, kommunikation och samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård, specialistvård och primärvård. I flera ärenden upplever patienter och närstående att ansvar förskjuts mellan aktörer och att ingen tar ett sammanhållet helhetsgrepp. Detta riskerar att leda till förseningar, missade uppföljningar och en känsla av att patienten själv måste koordinera sin vård.