

Äldre patienters utsatthet i vården

Ärenden inkomna till Patientnämnden 2026

Oktober 2026

Patientnämndens förvaltning

Region Stockholm

Innehållsförteckning

Sammanfattning	**3**
Bakgrund	**4**
Syfte	**4**
Patientnämndens uppdrag	**4**
Metod	**5**
Kvalitativ analys av inkomna ärenden	**6**
Reflektioner	**12**

Region Stockholm
Patientnämndens förvaltning

Box 30198, 104 25 Stockholm
Telefon: 08-123 467 00
E-post: registrator.pan@regionstockholm.se
www.regionstockholm.se/patientnamnden

Ansvarig utgivare: Pia Bornevi, förvaltningschef
PaN A2610-00123

Personer på bilder i rapporten har ingen koppling till beskrivna ärenden.

Sammanfattning

Rapporten är en fördjupad analys av synpunkter och klagomål som inkommit till patientnämnden i Region Stockholm under perioden 1 januari – 31 juli 2026 och som rör patienter 80 år och äldre. Den bygger på patienters och närståendes upplevelser och kan därför inte användas för att bedöma hur vanligt förekommande bristerna är, men den synliggör viktiga förbättringsområden inom vården för äldre. Återkommande upplevda brister i omvårdnad, tillsyn, information, delaktighet och samordning mellan vårdgivare är områden som framkommer särskilt tydligt. Bristerna kan få allvarliga konsekvenser för sköra äldre, särskilt vid vårdövergångar och utskrivningar. Närstående får ofta ta ett stort ansvar för att bevaka patientens behov och säkerhet. Rapporten betonar behovet av stärkt patient-säkerhetsarbete, utvecklad samverkan och en mer personcentrerad vård som utgår från patientens individuella behov och förutsättningar. Patienters och närståendes berättelser är viktig kunskap för att utveckla vården, förebygga skador och skapa en tryggare och mer sammanhållen vård för äldre. Sammantaget visar synpunkterna på den särskilda utsatthet som sköra äldre kan uppleva i kontakten med hälso- och sjukvården.



Bakgrund

I februari 2026 presenterade patientnämnden i Region Stockholm rapporten *Analys av synpunkter och klagomål som rör äldre (80+) i hälso- och sjukvården.*[1] Rapporten syftade till att belysa och analysera ärenden inkomna till patientnämnden under 2025 rörande patienter äldre än 80 år. Bristen på samordning mellan vårdgivare, information till patienter och anhöriga samt tillgänglighet till vården var framträdande områden i underlaget. Det framkom i klagomålen att många patienter hade komplexa sjukdomsbilder där flera olika vårdinrättningar var inblandade. Patienter och närstående efterfrågade tydligare information och planering, särskilt i samband med vårdövergångar. Närstående beskrev i ärenden att de själva behövde ta ett stort ansvar för patienternas vård.

Syfte

Syftet med den här rapporten är att med utgångspunkt i resultaten från den tidigare rapporten ge en fördjupad bild av nuläget rörande upplevda brister i vården gällande patienter 80 år och äldre genom att beskriva och analysera synpunkter som inkommit till patientnämnden i Region Stockholm.



Patientnämndens uppdrag

Patientnämnden 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.[2]

Patientnämnden är en del av Region Stockholm, men är opartisk och fristående från de vårdgivare som möter patienterna inom hälso-och sjukvården. Patientnämnden tar inte ställning utan fungerar som en länk mellan patienten eller närstående och vårdverksamheten. Vården ges möjlighet att förändra sina rutiner utifrån den återkoppling de får.

1. https://www.regionstockholm.se/dokument/halsa-och-vard/ rapport/2026/analys-av-synpunkter-och-klagomal-som-ror-aldre/ (Hämtad 2026-10-08).
2. 1- 3 §§ lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.

Metod

Ett ärende kan inkomma till patientnämnden genom en patient eller ett ombud, ofta en närstående, till patienten. Samtliga ärenden som inkommer till patientnämnden registreras, kategoriseras och sammanfattas av handläggare på patientnämndens förvaltning. Det är handläggaren som utifrån patientens eller ombudets beskrivning bedömer vilket problemområde och delproblem som är aktuellt utifrån nationella riktlinjer.

Rapporten består av beskrivande statistik för samtliga ärenden i åldersgruppen 80 år och äldre, inkomna till patientnämnden i Region Stockholm mellan den första januari och sista juli 2026, där handläggaren registrerat följande delproblem som det mest framträdande klagomålet i ärendet:

- Vårdflöde/processer
- Fast kontakt/vårdplan
- Delaktig
- Information
- Resultat
- Omvårdnad
- Hygien/miljö/teknik

De vårdtyper som ärendena rör är akutsjukhus, geriatrik, kommunal vård, primärvård, specialistvård, tandvård samt övrig vård såsom ambulanssjukvård och hjälpmedel. Analysen fokuserar på de beskrivna upplevelserna av situationerna, inte vid vilken typ av verksamhet de skett.

Under perioden inkom totalt 4 574 ärenden till patientnämnden i Region Stockholm. Av dessa rörde 105 ärenden patienter som var 80 år eller äldre och gällde synpunkter på de aktuella delproblemen. Av ärendena gällde 61 kvinnor och 44 män. Samma patient kan förekomma i flera ärenden om patienten eller ett ombud har lämnat synpunkter på flera vårdgivare. I 44 procent av ärendena hade synpunkterna framförts av patienten själv, medan de i 56 procent av ärendena hade framförts genom ombud.

Sammanfattningarna av synpunkterna har i den här rapporten lästs och analyserats kvalitativt. Samma ärende kan innehålla flera delproblem eftersom ett ärende kan innehålla upp till tre klagomål. Synpunkterna har kommit in skriftligt eller via telefon. I vissa skriftliga ärenden har vården lämnat ett skriftligt svar. Flera ärenden är fortfarande under handläggning där svar är begärt men ännu inte har inkommit vid tidpunkten för när denna rapport skrivs. Urvalet består av samtliga registrerade ärenden, oavsett hur de inkommit eller om vården har svarat eller inte.

Patientnämnden utreder inte om inkomna synpunkter ger en korrekt bild av vad som faktiskt har hänt. Underlaget består av sammanfattningar av patienternas och ombudens egna berättelser om kontakten med vården. Det går därför inte att använda underlaget för att avgöra hur vanligt det är med brister i vården, däremot visar det vilka situationer och områden som upplevts bristande ur patient- och närståendeperspektivet.

Kvalitativ analys av inkomna ärenden

Utsattheten när den äldre skadas i vården

Om fallolyckor, bristande omvårdnad och otillräcklig tillsyn

I ett flertal berättelser från patienter eller närstående framkommer att patienter skadats i kontakten med vården. Allvarliga fallolyckor på vårdavdelningar förekommer där patienten drabbats av komplikationer och längre vårdtid. Det förekommer också att patienter har ramlat i hemmet efter utskrivning som ansetts ha skett alltför tidigt.

»En äldre patient uppsökte ett akutsjukhus med mycket lågt blodtryck, hjärtsvikt, njursvikt och mycket vätska i kroppen. Tre dagar senare skickades han hem från sjukhuset, trots det skick han befann sig i och utan vårdplan och nödvändiga hjälpmedel. Två timmar senare ramlade patienten och han fick föras med ambulans till sjukhuset och bli inlagd på nytt.«

> ***»En äldre man vårdades vid en geriatrisk avdelning efter en fallskada. På avdelningen föll patienten vid ytterligare två tillfällen där han skadades allvarligt vilket krävde akutvård. En närstående ifrågasätter att fallen skedde på avdelningen och menar att patienten haft en bättre prognos om dessa inte skett.«***

Ett återkommande tema är brister i den basala och specifika omvårdnaden under vårdtiden. Utöver berättelser om fall handlar ärendena exempelvis också om sår som uppstår eller förvärras, utebliven mobilisering eller bristfällig hjälp med toalettbesök. Eftersom de äldre patienterna oftare än andra är sköra beskrivs att till synes begränsade brister får omfattande konsekvenser i form av nya skador, svårläkta infektioner, försämrat allmäntillstånd och förlorade funktioner.

> ***»En äldre patient fick en tå omlagd genom hemsjukvården några gånger i veckan under två veckor. Trots omläggningar fick patienten söka akut vård, drabbades av sepsis och blev inlagd på sjukhus. Patienten menar att sjuksköterskan som lagt om tån inte tagit situationen på allvar och att läkaren inte träffar och bedömer patienterna utan endast läser journalen.«***

> ***»En äldre man uppsökte ett akutsjukhus. Den närstående menar att vård och omvårdnad vid sjukhuset varit undermålig och ovärdig. Mannen drabbades bland annat av ett infekterat trycksår och gick ned i vikt under vårdtiden, ett dropp läckte under huden istället för att gå in i blodkärlet. Hans hörapparat tappades också bort.«***

»En äldre kvinna bröt lårbenshalsen i samband med ett toalettbesök vid en geriatrisk verksamhet. Efter att hon fått en ny höftkula kom hon tillbaka till avdelningen men blev liggande i över två veckor utan träning. Patienten tappade aptiten och blev förstoppad. De närstående var oroliga att hon skulle få lunginflammation eftersom hon blev liggande i sängen.«

I berättelserna finns också flera exempel på bristande tillsyn av patienterna i samband med att de uppsökt vård eller blivit inlagda på avdelning. Den bristande tillsynen har lett till att det dröjt innan personal uppmärksammat patientens tillstånd och den aktuella situationen.

»En äldre man inkom med ambulans till en akutmottagning och placerades ensam i ett rum på en brits. Patienten menar att han svimmade och ramlade från britsen, han vaknade upp på golvet och hade fått hjärnskakning och ett sår i pannan som behövde limmas. Patienten anser att han aldrig skulle ha lämnats ensam på rummet, han lider mer än en vecka senare av daglig huvudvärk samt smärta i nacken och en arm.«

»En äldre patient, med grav afasi, vårdades vid ett akutsjukhus på grund av influensa och lunginflammation och ramlade under natten i sitt rum. Enligt läkare blev han liggande i 50 minuter utan att upptäckas av personal, enligt patienten själv var det runt två timmar. Efter utskrivning till hemmet genomgick han en röntgenundersökning som visade två brutna ben i handen, det var då för sent för att behandla frakturerna med gips. Den närstående ifrågasätter att patienten kunde bli liggande skadad på golvet en längre tid utan att hittas och undrar också hur läkare och övrig personal kunde missa att patienten brutit handen på två ställen.«



Utsattheten när patienter och närstående inte görs delaktiga i vården

Om bristfällig information, kunskap som inte tas tillvara och den närstående som extra skyddsnät

Ett återkommande problem är att äldre patienter och deras närstående upplever att de inte får vara delaktiga i beslut som rör patientens vård och att de inte får tillräcklig, tydlig eller anpassad information om exempelvis diagnos och planerade åtgärder.

> ***»En äldre man sökte akut vård och lades in på ett akutsjukhus på grund av misstänkt hjärninfarkt. Patienten upplevde att utredningen dröjde till dagen efter inläggningen. Han fick besked om att undersökningarna inte visade någon hjärninfarkt men blev ändå kvar på sjukhuset i flera dagar utan att förstå varför. Efter utskrivningen upplevde patienten att någon uppföljning inte erbjöds. Flera månader senare begärde han via sin husläkare en magnetkameraundersökning. Patienten fick inte återkoppling på resultatet utan fick först i ett annat sammanhang veta att undersökningen visade att han hade haft en lindrig hjärninfarkt. Patienten ifrågasatte att han inte informerades om fyndet eller erbjöds uppföljning och undrade varför en magnetkameraundersökning inte genomfördes redan i det akuta skedet. «***

> ***»En äldre kvinna sökte vård på en akutmottagning och blev liggande i en korridor i anslutning till ett väntrum i väntan på bedömning. Hon uppger att hon inte fick någon tillsyn under cirka sju timmar och att hon inte heller gavs möjlighet att gå på toaletten under denna tid. När hon till slut fick hjälp beslutade vården att hon skulle läggas in på en geriatrisk avdelning. Kvinnan upplevde att beslutet fattades utan att hon tillfrågades eller fick möjlighet att vara delaktig i valet av vårdplats vilket gjorde henne upprörd.«***

Det är vanligt att det är närstående som kontaktar patientnämnden rörande vården av äldre patienter, på grund av patientens hälsotillstånd, funktionsnedsättning och för att det är de närstående som varit involverade i kontakterna med vården. De närstående har i hög utsträckning synpunkter på bristande delaktighet. Många beskriver att de inte får tillräckligt inflytande, de efterfrågar information för att kunna förstå vad som händer och för att hjälpa patienten. De beskriver motstridiga besked och oklarheter. I vissa fall får de inte veta att patienten flyttats till en annan vårdgivare eller skrivits ut till hemmet.

> ***»En äldre kvinna fördes med ambulans till ett akutsjukhus på grund av infektion, förvirring och kraftigt nedsatt allmäntillstånd. Ambulanspersonalen uppmanade patientens dotter att begära att få följa med sin mamma in på akutmottagningen eftersom patienten var i så dåligt skick. Dottern nekades dock detta och patienten blev ensam kvar på sjukhuset. Mitt i natten skickades patienten hem i taxi, ensam och fortfarande förvirrad, utan information till närstående. En granne såg patienten och hjälpte henne in och i säng.«***

»Närstående till en patient som genomgått en höftoperation framförde synpunkter gällande vård och utskrivningsprocess. De beskrev att patienten efteråt hade tydliga svårigheter med mobilisering, syresättning vid aktivitet och att ta till sig instruktioner. De närstående framförde behov av vårdplanering samt övervägande av korttidsplats eller utökad hemtjänst. Trots detta genomfördes ingen vårdplanering tillsammans med de närstående och beslut om hemgång togs utan deras kännedom eller delaktighet. Kort efter hemkomsten föll patienten och den opererade höften gick ur led.«

I berättelserna beskrivs även att patienters upplevda symptom, önskemål och kunskap om den egna situationen inte tas tillvara. Det finns också exempel på att vården ställer krav som inte är anpassade till individuella förutsättningar, exempelvis kognitiv svikt.

»En närstående hade synpunkt på att en äldre patient med demensdiagnos ombads dokumentera sina toalettbesök, via ett formulär, som en del av en utredning gällande återkommande urinvägsinfektioner. Den närstående ansåg det var att ställa för höga krav på patienten.«

»En patient som bodde på ett vård- och omsorgsboende hade långvariga problem med urinkateter. Närstående upplevde att patienten inte fick vara delaktig i sin vård och i de beslut som fattades. Enligt närstående hade de genom andra läkare fått veta att rutiner för urinkateter kan anpassas till patienters unika behov och önskemål. Närstående hade i över ett års tid kommunicerat med ansvariga på boendet och med läkarorganisationen om hur patienten ville ha det utan att få gehör för sina tankar och önskemål.«

Närstående tar ofta ett stort praktiskt ansvar i vården av den äldre, de påkallar personalens uppmärksamhet, kontaktar verksamheter och ser till att material och hjälpmedel finns. I ärenden framkommer att närstående blir patientens extra skyddsnät i samband med vårdkontakter, eftersom det är närstående som upptäcker eller reagerar på patienters tillstånd eller omständigheter i vårdmiljön.

»En äldre kvinna fick inte hjälp med de förbrukningsmaterial som hörde till genomförd behandling. En närstående fick åka till sjukhuset varje vecka och prata med olika personer som inte kunde rutinen. De behövde fråga chefer om utlämnandet. Det tog mycket energi från den närstående att hela tiden ringa och säkerställa att materialet fanns att hämta.«

»En äldre patient bor på ett vård- och omsorgsboende sedan flera år tillbaka. Patienten fick tidigare fotvård men denna upphörde. När närstående såg patienten barfota blev hon förfärad, naglarna hade vuxit utan att dessa hade klippts och blivit formade som krullade horn både uppåt och nedåt.«

»En äldre man ramlade under natten i sitt rum på ett akutsjukhus. Patienten hade blött mycket i samband med fallet och när närstående besökte honom på eftermiddagen var han fortfarande blodig bakom örat, på halsen och på händerna. Även bordet var blodigt. Den närstående påtalade detta för personalen. Dagen därpå var han fortfarande lika blodig och bordet likaså. Ett tydligt blåmärke hade uppstått på handen som smärtade. Närstående undrar varför patienten och möblerna inte tvättades av förrän ett och ett halvt dygn efter olyckan, och först efter anmärkning från närstående.«

Utsattheten i samband med vårdövergångar

När verksamheter är oense om vårdbehoven, illa förberedda utskrivningar och att flyttas runt i livets slutskede

I ärendena framkommer ett genomgående mönster av problem kring vårdövergångar för den äldre patienten. Övergångarna kan ske med kort varsel och vara oförberedda. Det kan också vara otydligt, både för patienten och närstående men även för vårdgivare, vilken verksamhet som ansvarar för fortsatt vård och behandling. Äldre patienter i sköra tillstånd, med förändrat beteende eller förvirring, bedöms och skickas mellan olika vårdverksamheter, i ett par exempel med poliseskort eller mitt i natten.

> ***»En mycket äldre kvinna insjuknade i vad hon och närstående bedömde som läkemedelsbiverkan samt möjlig urinvägsinfektion och hon lades in på akutsjukhus. Patienten drabbades av hallucinationer. Hon hade inte heller ätit eller druckit på flera dagar. Hallucinationerna försökte vården häva med antipsykotiska läkemedel och läkare beslutade därefter att skicka patienten med poliseskort till psykiatrisk akutmottagning. Patienten som var i mycket dåligt skick tvingades sitta i rullstol i polisbilen under resan som tog över en timme. Den psykiatriska akuten skickade patienten vidare till annat akutsjukhus. Patienten avled ett par dagar senare, enligt obduktionsprotokollet av urinvägsinfektion och lunginflammation.«***

> ***»En äldre kvinna skrevs ut till hemmet efter vistelse på ett korttidsboende. Inför utskrivningen kontaktades en vårdcentral i patientens hemkommun då patienten var i behov av hemsjukvård med bland annat läkemedelshantering och såromläggning. Vårdcentralen nekade att ta ansvar för insatserna och hänvisade till att en annan vårdcentral hade det övergripande ansvaret för hemsjukvård i området. En närstående uppgav dock att denna vårdcentral meddelat att de inte utförde hemsjukvård, vilket skapade oklarhet kring vem som ansvarade för patientens fortsatta vård i hemmet.«***

Patienter skrivs också ut till andra vårdnivåer eller till hemmet med kvarstående behov av vård. Problemen blir särskilt tydliga vid utskrivning till hemmet där patienter i vissa fall kommit hem utan tydlig vårdplan, tillräckliga insatser eller nödvändiga hjälpmedel.

> ***»En äldre patient uppsökte ett akutsjukhus med bland annat mycket lågt blodtryck, hjärtsvikt, njursvikt och vätska i kroppen. Patienten, som även har nedsatt hörsel, var väldigt andningspåverkad och hade även en känsla av att det var svårt att svälja. Tre dagar senare skickades han hem från sjukhuset, trots det skick han befann sig i och utan vårdplan och nödvändiga hjälpmedel. Två timmar senare ramlade patienten och han fick föras med ambulans till sjukhuset och bli inlagd på nytt. Den närstående ifrågasätter utskrivningen och avdelningens rutiner. Utskrivning och inläggning skedde därefter på samma sätt ytterligare en gång. Mannen avled ett dygn efter att ha skrivits ut från avdelningen till palliativ vårdavdelning.«***



»En patient med hemsjukvård var tillfälligt inlagd på en vårdavdelning på grund av en infektion som hade orsakats av ett sår. När patienten återvände hem var det hemsjukvårdens ansvar att ombesörja omvårdnaden av såret. Såromläggningen sköttes inte och problematiken förvärrades. Hemsjukvården skulle också ansvara för att patientens läkemedel skulle administreras men detta uteblev i flera fall. Omvårdnaden upplevs ha nonchalerats, vilket skapar oro för framtida allvarliga komplikationer.«

I flera fall som rör vårdövergångar är patienterna mycket sjuka och har omfattande vårdbehov eller befinner sig i livets slutskede. Trots patienternas sköra tillstånd flyttas och transporteras de mellan vårdverksamheter och hemmet. Närstående vittnar om oroliga och otrygga situationer för döende patienter.

»En äldre man skrevs in på en geriatrisk vårdinrättning efter att ha remitterats dit av ett akutsjukhus. Han skrevs ut drygt en vecka senare till hemmet. Efter utskrivningen tillkallades ambulans flera gånger under bara några dagar. Enligt närstående nekade den geriatriska vårdgivaren vid dessa tillfällen att ta emot patienten. De menade att den inte kunde göra mer för patienten utan att han skulle vårdas i hemmet. När han slutligen fick återkomma till geriatriken var hans tillstånd så dåligt att han redan dagen därpå fördes med ambulans till akutsjukhus där han avled följande dag. Den närstående menar att patienten borde ha fått fortsatt vård vid geriatriken, att in - och utskrivningar och ambulansutryckningar inte var förenliga med god vård i livets slutskede.«

»En mycket äldre patient vårdades på en geriatrisk avdelning och bedömdes efter en tids behandling vara i behov av palliativ vård. Trots närståendes önskemål om fortsatt omsorg dygnet runt skrevs patienten ut till hemmet med utökad hemtjänst, rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel. De närstående upplevde att patienten var mycket skör, förvirrad och hade svårt att äta och dricka. Patienten avled i hemmet några dagar senare. Patientens sista tid i livet kantades av mycket oro för närstående. De närstående efterlyser fler vårdplatser för mycket sköra äldre patienter.«

»En äldre man lades in på en vårdavdelning på ett akutsjukhus. Redan vid ankomsten på akutmottagningen dokumenterades att vården skulle inriktas mot palliativ vård. Patientens son upplevde under vårdtiden att det saknades en tydlig och samlad vårdplan. Han upplevde även bristande samordning i vården samt att olika besked gavs av personalen, vilket skapade osäkerhet kring inriktningen på vården och vilka åtgärder som planerades. Patienten har nu avlidit. Sonen begär en strukturerad tidslinje över centrala beslut för att reda ut varför palliativ vård beslutades när det tydligt kommunicerats till anhöriga att mannen skulle få behandling för sin sjukdom.«



Reflektioner

Ärendena som beskrivs och analyseras i denna rapport har inkommit till patientnämnden i Region Stockholm under årets sju första månader år 2026. Händelserna som beskrivs av patienter och närstående har således skett i närtid och ger en aktuell bild av upplevelsen av vården. Under arbetet med rapporten har berättelser om äldre patienter som har upplevt allvarliga händelser i vården också fortsatt att inkomma till patientnämnden.

När det gäller äldre patienter rör synpunkterna ofta flera sammanhängande brister, snarare än en enskild händelse i ett och samma ärende. I beskrivningarna framkommer en avsaknad av trygghet och sammanhang för den äldre patienten, hur information mellan vårdgivare går förlorad, att patienten eller närstående inte blir lyssnad till och får mindre inflytande. Vårdgivare kommunicerar inte med varandra och vårdinsatser faller mellan stolarna. När vården inte samordnas förstärks andra problem och nya problem uppstår hos den sköra patienten.

Grundläggande behov av omvårdnad och tillsyn förbises när samordningen brister och skador riskerar att uppstå i vården. Den äldre patienten lider inte sällan av flera sjukdomar, funktions- och aktivitetsnedsättningar och drabbas därför hårt. Trots att det finns riktlinjer och validerade instrument för riskbedömning av exempelvis fallolyckor och trycksårsprevention skadas äldre patienter under vårdtiden eller i samband med vård i hemmet.[3] Genom att identifiera riskerna och följa upp dessa under vårdtiden hade fall och trycksår kanske kunnat förhindras, i linje med intentionerna i patientsäkerhetslagen (2010:656), PSL, vars syfte är att främja hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvård. I lagen finns angivet att vårdgivaren har en skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, att vidta åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador och att utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Syftet är bland annat att hindra att liknande händelser inträffar på nytt eller att begränsa effekterna av händelser om det inte helt går att förhindra.[4]

I Region Stockholms nyligen utkomna delrapport *Långtidsutredningen hälso- och sjukvården 2040 – Patienten, invånaren och behoven*, beskrivs att sjukvården skapar hälsa, men också en del ohälsa. Skador i vården, vårdrelaterade infektioner och biverkningar av behandlingar är exempel på sådan sjukvårdsorsakad ohälsa.[5] Berättelserna som inkommit till patientnämnden exemplifierar detta och ger vården en möjlighet att ändra rutiner för att det inträffade inte ska hända igen.

3. Vårdhandboken, Basal och preventiv omvårdnad, Trycksår, www.vardhandboken.se (Hämtad 2026-10-14).
4. 3 kap. 2-3 §§ PSL.
5. https://www.regionstockholm.se/dokument/halsa-och-vard/informationsmaterial/ langtidsutredningen-halso--och-sjukvarden-2040---patienten-invanaren-och-behoven/ (Hämtad 2026-10-12).

När tillsynen brister i vården uppstår onödiga skador, en möjlighet att undvika det är att arbeta med strukturerad tillsyn och tydliga rutiner. Att en patient blir liggande på sjukhusavdelningens badrumsgolv eller nedanför sängen mitt i natten borde inte behöva ske med mer strukturerad tillsyn från vårdpersonalen.

Närståendes delaktighet

I ärendena blir det tydligt att närstående ofta tar rollen som spindeln i nätet när samordningen vården emellan inte fungerar ordentligt. De närstående har ofta viktig kunskap om patientens hälsa, behov och vardag som kan stärka och främja vårdens bedömning och planering. Inkomna synpunkter pekar på att de allra sköraste äldre utan närstående är särskilt beroende av att hela vårdkedjan fungerar som en sammanhållen helhet.

Patientlagen (2014:821) syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet.[6] Av samma lag framgår att patientens närstående ska få möjlighet att medverka vid utformningen och genomförandet av vården, om det är lämpligt och om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar detta.[7]

I ärendena som omfattas av denna rapport framkommer synpunkter på att närstående lämnas utanför planeringen av vården för den äldre samt att närståendes kunskap inte alltid tas tillvara. Närstående beskriver att de uppmärksammar försämring, risker och behov hos patienten, men upplever att vårdpersonalen inte lyssnar. Det framstår ofta som att det är den närstående som bevakar patientens säkerhet när patienten är för sjuk, skör eller kognitivt nedsatt för att göra det.

När information och kommunikation brister blir närstående därför tvungna att själva försöka skapa en bild av vårdförloppet vilket leder till otrygghet, både för den närstående och för patienten. Det är inte ovanligt att närstående i kontakten med patientnämnden uttrycker oro över hur det ska gå för de patienter som inte har en aktiv närstående som kan föra deras talan.

Både patienter och närstående beskriver i många av ärendena att de saknar tydlig information om diagnoser, undersökningsresultat, behandling, förändrade vårdplaner, utskrivning och uppföljning. I vissa fall ges olika eller motstridiga besked. Bristande information blir därmed inte enbart ett kommunikationsproblem utan påverkar också möjligheten till följsamhet, läkning och tillfrisknande.

Patientens delaktighet

I personcentrerad vård utgår vården från patientens individuella behov, erfarenheter och förmågor, där patienten ses som en aktiv och delaktig partner i planeringen och genomförandet av sin vård.[8] Sammantaget visar ärendena att ett mer personcentrerat förhållningssätt på alla vårdnivåer, där information och delaktighet anpassas efter den äldre patientens förmågor och behov, kan stärka patientens självbestämmande och förutsättningar för en jämlik och patientsäker vård. När den äldre patientens upplevelser och synpunkter inte tas på allvar finns en risk att patientens livserfarenhet, självbestämmande och värdighet åsidosätts.

En trygg och sammanhållen vård förutsätter att vårdgivarna samverkar och tar ansvar för patientens hela vårdförlopp, snarare än att enbart fokusera på den egna insatsen. Detta är särskilt viktigt när patienten förflyttas mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Ärendena väcker reflektioner kring att vården i högre grad behöver utgå från patientens samlade behov, med tydlig ansvarsfördelning, god samordning och insatser som sätts in i tid. På så sätt kan risken för att patienter hamnar mellan stolarna minska och tryggheten stärkas för sköra äldre, inte minst inom den palliativa vården.

Antalet klagomål som rör vården av äldre som inkommer till patientnämnden utgör en liten del i förhållande till all vård som ges inom regionen. Synpunkterna är dock återkommande, inte sällan mycket drabbande och berörande och de beskriver upplevda brister som visar vad vården behöver förbättra. Det är inte antalet klagomål som avgör deras betydelse. Även enskilda berättelser kan synliggöra allvarliga brister och ge viktig information samt en möjlighet att utveckla vården och förhindra att liknande händelser inträffar igen. Beskrivningarna som inkommit till patientnämnden ger en bild av att den äldre patienten kan vara mycket utsatt i kontakterna med hälso- och sjukvården. För de allra sköraste äldre kan brister i vården få särskilt allvarliga konsekvenser.

6. 1 kap. 1 § patientlagen.
7. 5 kap. 3 § patientlagen.
8. https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan /sa-gor-vi-varden-battre/vad-alla-behover- veta-om-personcentrerad-vard.pdf (Hämtad 2026-10-12).

**Patientnämnden är en oberoende instans och viktig länk mellan patient och vårdgivare.
Vi hjälper och stödjer patienter att föra fram synpunkter och klagomål på vården och bidrar samtidigt till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården.**

Region Stockholm