Patientnämnden
Region Västerbotten
2026-09-24

Mäns synpunkter på vården

region västerbotten

Innehåll

Mäns synpunkter på vården **1**
Innehållsförteckning **2**

1. Inledning **3**
2. Bakgrund **3**
3. Syfte **4**
4. Metod **4**
5. Resultat **4**
Övergripande beskrivning av underlag 4
Tillgänglighet till vården 6
Tillgänglighet till vården - väntetider 6
Nekade åtgärder 6
Information 7
6. Vårdens respons **8**
7. Patienters och närståendes förbättringsförslag **8**
8. Reflektioner **10**

1. Inledning

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

Tidigare i år tog förvaltningen fram en rapport som belyser patientsynpunkter ur ett kvinnligt perspektiv. Detta blir en motsvarande rapport ur ett manligt perspektiv. Därefter ska en tredje rapport tas fram som jämför resultaten från de två rapporterna.

Patientnämnden har som uppdrag att stötta personer som vill framföra synpunkter eller klagomål på vården, både patienter och 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 analyser av avslutade ärenden och redovisar resultaten för de förtroendevalda i nämnden. Ett annat sätt att ta tillvara erfarenheter är arbetet med fördjupade rapporter inom särskilda områden, vilket denna rapport är ett exempel på.

2. Bakgrund

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

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

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

När innehållet i patientnämndsärendena beskrivs används huvudsakligen begreppet ”patient”. Detta gäller oavsett vem som har framfört synpunkterna eller hur upplevelserna har formulerats. Det bör noteras att det i vissa fall inte är patienten själv som har gjort en anmälan eller lämnat uppgifterna, utan det kan även vara en närstående eller annan person. 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 samt avliden eller minderårig patient. Termen ”patient” har ändå konsekvent valts för att tydliggöra att det i varje ärende finns en individ som berörs av vården och därmed står i centrum för händelsen. Detta val syftar

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

också till att värna om integriteten och undvika att enskilda patienter kan identifieras.

3. Syfte

Rapportens syfte är att belysa och sammanställa de klagomål och synpunkter som rör män och 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. Under aktuell tidperiod hade Patientnämnden avslutat totalt 104 patientnämndsärenden med manliga patienter. Av dessa var 12 stycken informationsärenden där patienten främst önskade generell information om vården. Informationsärenden dokumenteras begränsat och förmedlas inte vidare till vården. Dessa exkluderades därmed från urvalet, liksom ett patientnämndsärende som visade sig tillhöra annan region. Efter beskrivna avgränsningar kvarstod 91 patientnämndsärenden.

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 patientnämndsärendets innehåll.

I rapporten delades aktuella patientnämndsärenden sedan in i olika grupper baserat på vilka kärnbudskap som hade angetts. Återkommande kärnbudskap fick utgöra rapportens analysteman. De analysteman som presenteras närmare i rapportens resultatdel är Tillgänglighet till vården, Väntetider, Nekade åtgärder och Information. Utöver detta presenteras även en sammanfattning av inkomna förbättringsförslag samt vårdens skriftliga respons i de ärenden där patienten hade önskat detta.

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

5. Resultat

Övergripande beskrivning av underlag

Rapportens underlag utgörs av 91 patientnämndsärenden rörande män. Åldersspridningen var mellan 1 och 85 år med en medianålder på 43 år. Majoriteten av patienterna anmälde själva sitt ärende till Patientnämnden men några patientnämndsärenden förmedlades via närstående eller annan person. De flesta inkom

med sina synpunkter via 1177 e-tjänster. Resterande synpunkter inkom i fallande ordning via telefon, e-post eller brev.

Av de 91 patientnämndsärendena önskade 47 patienter ett skriftligt svar från vården utifrån sina synpunkter och frågor. 44 patienter föredrog i stället att deras ärende förmedlades till verksamhetschef för kännedom och intern hantering. Av dessa önskade 24 patienter även direktkontakt med vården för information och en dialog.

Medicinskt område	Antal patientnämndsärenden
Kommunal hälso- och sjukvård	1
Primärvård	33
Psykiatrisk specialistsjukvård	15
Somatisk specialistsjukvård	38
Tandvård	2

Huvud/delproblem	Antal patientnämndsärenden
1. Vård & behandling	**36**
1.1 Undersökning/bedömning	16
1.2 Diagnos	8
1.3 Behandling	5
1.4 Läkemedel	6
1.5 Omvårdnad	1
2. Resultat	**4**
2.1 Resultat	4
3. Kommunikation	**8**
3.1 Information	4
3.2 Delaktig	2
3.4 Bemötande	2
4. Dokumentation	**6**
4.1 Patientjournal	6
5. Ekonomi	**5**
5.1 Patientavgifter	5
6. Tillgänglighet	**21**
6.1 Tillgänglighet till vården	7
6.2 Väntetider i vården	14
7. Vårdansvar & organisation	**10**
7.2 Fast vårdkontakt/individuell plan	1
7.3 Vårdflöde/processer	7
7.4 Resursbrist/inställd åtgärd	1
7.5 Hygien/miljö/teknik	1
8. Administrativ hantering	**1**
8.1 Brister i hantering	1

Tillgänglighet till vården

Flera patienter hade upplevt att det var svårt att komma i kontakt med vården. De beskrevs ha fått vänta länge utan att få besked om när de skulle få hjälp. Vårdens kontaktvägar beskrevs inte alltid fungera och upprepade försök att nå verksamheter, inklusive ansvariga chefer, hade i vissa fall varit utan resultat. Telefonköer uppgavs vara stängda redan vid öppning och möjligheten till återuppringning eller svar via digitala tjänster beskrevs vara begränsade.

Brister i vårdens planering och uppföljningar beskrevs indirekt påverka patienters upplevelse av tillgänglighet. När besök eller ingrepp ställdes in fick patienter inte alltid en ny tid eller information om vad som skulle hända härnäst. Vissa utlovade kontakter eller uppföljningar med vården beskrevs helt ha uteblivit. I flera fall hade patienter därför upplevt att de själva behövde ta ansvar för att ta ny kontakt och följa upp sin vård för att komma vidare.

Patienter beskrev flera olika aspekter av bristande tillgänglighet till vården. Gemensamt var dock att beskrivna brister hade påverkat patienter negativt på olika sätt. Patienter beskrev bland annat lång väntan på ambulans vid akut sjukdom. Fördröjd eller utebliven kontakt med vården hade försvårat patienters möjligheter att påbörja arbetsrehabilitering. En annan aspekt av bristande tillgänglighet var en verksamhet som beskrevs sakna teknisk utrustning/hjälpmedel för att kunna ta emot rullstolsburna patienter. Enligt uppgift hade 3 år passerat utan att en lyft hade monterats. Då även alternativa hjälpmedel saknades i verksamheten hade vissa patientbesök inte varit möjliga att genomföra.

Tillgänglighet till vården - väntetider

Ett genomgående tema var lång väntan på vård i olika former. Det gällde bland annat väntetid till ett första vårdbesök och till bedömning inom primärvård och specialistvård. I flera fall rörde det sig om en väntetid på flera månader, men i vissa fall även år, trots att patienter beskrevs ha tydliga symtom eller försämrade funktioner. Särskilt tydligt var detta inom området psykiatri och neuropsykiatriska utredningar. Patienter beskrev långa väntetider till BUP, till NPF-utredningar för barn samt till utredning och läkemedelsbehandling vid ADHD. Fördröjd bedömning innebar att patienter fick vänta på insatser som kunde vara avgörande för deras skolgång, arbete och vardagsfunktion.

Patienter beskrev långa väntetider för återinsättande av behandling samt förnyelse eller återställande av hörapparater. I vissa fall rörde tillgänglighetsproblemen även akuta situationer, såsom lång väntan på ambulans trots kända riskfaktorer.

Patienter beskrev även lång väntan på vårdbesök där verksamheterna inte hade bedömt ärendet som tillräckligt akut. Patienterna fick olika bortförklaringar, så som helgdagar, semestertider och nytt datasystem. Patienter upplevde att rutiner saknades gällande väntetider kring icke-akuta men legitima ärenden.

Nekade åtgärder

Nekade åtgärder i vården innebar att patienter inte fick den undersökning, behandling, insats eller det stöd som patienterna bedömde sig behöva eller förväntade sig. Det avsåg även när medicinska undersökningar inte genomfördes, när vården avstod från behandling eller uppföljning, nekade hjälpmedel, sjukresor

eller läkemedel, eller avslog remiss till annan vårdnivå. Patienter upplevde i vissa fall att verksamheter avslutade deras ärende utan en tydlig motivering.

En gemensam nämnare bland patienter som hade nekats åtgärd var att åtgärden uteblev trots påtalade behov eller kvarstående besvär. Ofta fanns tydliga symtom eller en känd sjukdomshistoria. Det gällde exempelvis när en fördjupad undersökning nekades trots kvarstående besvär, röntgen som uteblev trots fortsatta symtom, fördröjd diagnos trots tidigare kända tillstånd, nekade uppföljningar eller kontroller, såsom hälsoundersökningar (VHU).

I flera fall motiverades nekade åtgärder med resursbrist, helgdagar eller organisatoriska begränsningar. Patienter nekades till exempel vård eller kontakt med läkare under storhelger, medicinska hjälpmedel eller läkemedel samt nekades med hänvisning till stängda mottagningar. Patienter beskrev också att de nekades tandvård med anledning av att tider inte fanns och de hänvisades i stället till privat vård.

Flertalet patienter beskrev att de nekades åtgärder på grund av journalanteckningar som enligt dem hade varit felaktiga, inaktuella eller missvisande. Exempel på detta var nekad behandling på grund av tidigare satta diagnoser, misstänkliggörande vid förskrivning av smärtstillande läkemedel och minskat förtroende från vården för patientens egna beskrivningar av sina symtom.

Patienter beskrev negativa konsekvenser som uppkommit utifrån att de blivit nekade vård. Bland annat framkom medicinska konsekvenser i form av förvärrade symtom eller fördröjd behandling. Psykiska konsekvenser kunde vara känslor av att inte bli trodd eller tagen på allvar.

Information

Brister i kommunikation och information var ett återkommande problem. Det handlade dels om att patienter upplevdes sakna information, att informationen var otydlig eller att den inte gavs vid rätt tid. Detta påverkade patienters möjligheter att förstå sin situation och kunna fatta beslut om sin vård. Otydliga besked från vården bidrog till osäkerhet och frustration. I vissa fall ledde det även till att vård fördröjdes eftersom patienter inte visste om- och hur de skulle gå vidare. Utebliven återkoppling från vården var ett återkommande tema. Patienter fick exempelvis inte svar på provresultat, remisser, frågor om sitt hälsotillstånd eller besked om önskade ingrepp.

Flera ärenden visade att informationen inför och efter vårdinsatser upplevdes som otillräcklig. Det gällde till exempel inför operationer och undersökningar, vid vård i annan region eller vid hänvisning till privat vård. Patienter beskrev att de inte fick en tydlig bild av vad som skulle ske, vilka risker som fanns eller vad som förväntades av dem. I vissa fall hade detta lett till oro eller att patienter kände sig oförberedda inför viktiga ingrepp.

Vissa patienter beskrev att den information de hade fått var motsägelsefull eller svår att förstå. Några exempel var vid besked om patientavgifter, vårdgaranti, remisser, hälsoundersökningar, hjälpmedel eller vårdplanering. I vissa fall beskrev patienter att de hade fått olika besked och hänvisningar från olika vårdgivare. Vissa patienter med särskilda behov upplevde att given information inte var

begriplig och anpassad efter deras behov. Det ledde i vissa fall till återkommande kontakter med vården och ibland även med Patientnämnden.

Information till närstående beskrevs också som bristande i vissa fall, 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.

6. Vårdens respons

Vården inledde ofta sina skriftliga svar med att man hade tagit del av patientens synpunkter och satt sig in i ärendet. I flera fall beklagades långa väntetider och patienters negativa upplevelse av vården. I flera fall hade tydliga misstag och brister identifierats, exempelvis felaktiga prioriteringar av patient som lett till fördröjd vård, otillräckliga medicinska bedömningar, kommunikationsmissar, fel i läkemedelshantering samt administrativa misstag som felaktiga remisser eller remisser som inte hade skickats. Även brister i uppföljningar och dokumentation hade förekommit. Överlag beskrevs att vården såg allvarligt på aktuella händelser, avvikelserapporter hade skrivits och olika åtgärder vidtogs för att förhindra upprepning.

Samtidigt bedömde vården i andra ärenden att handläggningen hade varit medicinskt korrekt, även om patienten hade upplevt brister. Det gällde exempelvis vid prioriteringar, val av behandling, hänvisningar mellan vårdnivåer samt beslut om att inte ge viss medicinering. Vårdens bedömningar motiverades ofta utifrån medicinska riktlinjer, patientsäkerhet eller ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistvård.

Ett återkommande tema i vårdens svar var långa väntetider och resursbrister i vården, som brist på specialistläkare, medicinska sekreterare och hög arbetsbelastning inom vården. Resursbrister beskrevs ha haft en negativ påverkan på tillgänglighet, uppföljningar och kontinuitet. Även införandet av det nya journalsystemet Cosmic nämndes som en bidragande faktor till förseningar och missförstånd.

Det framkom vidare i vårdens svar att kommunikation och samordning hade brustit i vissa fall, både mellan olika vårdgivare och i kontakten med patienter och närstående. I flera svar tillstod vården att informationen till patienten kunde ha varit tydligare, mer pedagogisk eller stödjande, särskilt när det handlade om komplexa patientärenden eller patienter med psykisk ohälsa.

I vissa ärenden erbjöds patienter fortsatt behandling, alternativa insatser eller informerades om möjligheten att söka ekonomisk ersättning via patientförsäkringen LÖF.

7. Patienters och närståendes förbättringsförslag

Förbättringsförslag kom från patienter och närstående med olika erfarenheter, men som tillsammans pekade på gemensamma problem. Återkommande teman för förbättring var bemötande, ansvarsfördelning, tillgänglighet, kommunikation och patientsäkerhet.

Ett tydligt tema var brister i bemötande, särskilt gentemot patienter med psykisk ohälsa, långvarig smärta eller komplexa medicinska tillstånd. Flera patienter beskrev hur vårdpersonal hade uttryckt sig nedlåtande, skrattat åt patientens oro eller hade varit stressade och avvisande. Detta skapade otrygghet och kunde leda till att patienter drog sig för att söka vård, trots att behov fanns. När personal inte lyssnade, förklarade eller gav utrymme för frågor riskerade patienten att missa viktig information. Förbättringsförslagen pekade därför på behov av utbildning i bemötande, ödmjukhet och kommunikation. En tydlig påminnelse framfördes om att varje vårdkontakt påverkar patientens framtida förtroende för vården.

Många förslag handlade om situationer där patienter "föll mellan stolarna" i olika verksamheter. Det gällde exempelvis när ingen tog ansvar för kompletterande undersökningar, när remisser bollades mellan enheter och när uppföljningar efter skada eller operation uteblev. I flera fall beskrevs att olika vårdgivare ansåg att ansvaret låg hos någon annan. Det visade på brister i samordning och ansvarsfördelning, särskilt när flera vårdnivåer eller regioner var involverade. Förbättringsförslagen efterlyste tydligare gemensamma rutiner, direktkontakt mellan verksamheter och att någon tog ett uttalat ansvar för helheten.

Patienter lyfte även problem med begränsade öppettider, långa väntetider och bristande tillgång till vård. Exempel lämnades på mottagningar som endast var öppna ett fåtal dagar i veckan, vilket ledde till onödiga resor och förseningar i vården. Barn- och ungdomspsykiatrin samt primärvården nämndes i relation till personalbrist och otillräcklig kapacitet. Förbättringsförslagen pekade på behov av flexiblare lösningar, såsom samarbete med privata aktörer när den offentliga vården inte räckte till, samt bättre planering för att säkerställa kontinuitet. Det framgick också att digitala funktioner och kontaktvägar inte fungerade tillfredsställande, vilket försvårade enkla men viktiga ärenden.

Återkommande kritik riktades mot vårdens stelbenta tillämpningar av regler, exempelvis 24-timmars avbokningsregler. Patienter upplevde att vården inte tog hänsyn till rådande omständigheter och att ekonomiska aspekter ibland tycktes få gå före rimlighet och respekt. Det efterfrågades inte att regler skulle tas bort, men att de skulle tillämpas med omdöme, transparens och en helhetssyn. Tydlig information önskades i förväg, särskilt om patientavgifter, vilket lyftes som en grundförutsättning för att patienter skulle kunna fatta informerade beslut.

Flera förbättringsförslag rörde brister i medicinsk kvalitet, exempelvis sena eller uteblivna utredningar, otillräcklig diagnostik före kirurgi, bristande uppföljning efter ingrepp och otillräckliga rutiner inför narkos. I vissa fall beskrevs mycket långa väntetider för grundläggande undersökningar, vilket hade lett till onödigt lidande. Patienter lyfte behov av tidigare och mer konsekventa utredningar, bättre återkoppling och ett lärande från misstag. Uppföljning och analys av vårdskador borde inte bara ses som en administrativ uppgift, utan som en förutsättning för att förbättra kvaliteten på vården och förebygga framtida misstag.

8. Reflektioner

Män beskrev problem i flera delar av vårdprocessen som de menade påverkade patientsäkerheten och deras förtroende för vården. Ett återkommande problem som lyftes var tillgängligheten, dels svårigheter att komma i kontakt med vården samt långa väntetider. Det gällde både vid första kontakt och fortsatt vård, som vid utredningar och behandlingar av olika slag. För män som dessutom upplevde otydlig information från vården om när de skulle få hjälp och hur förstärktes ofta känslor av osäkerhet och frustration. Brister i tillgängligheten beskrevs få flera konkreta, såväl som tänkbara, konsekvenser. Medicinska konsekvenser beskrevs kunna vara försämrat tillstånd eller fördröjda diagnoser. Psykiska konsekvenser kunde i stället vara ökad stress, oro och uppgivenhet. Problem med tillgänglighet och väntetider riskerade också att skada förtroendet för vården som system. Flera män kritiserade vårdgarantin och undrade varför inte vården efterlevde deras lagstadgade rättighet till vård inom angiven tid.

Upplevelsen hos flera män var att vård uteblev eller nekades trots att behoven fanns. I vissa fall beskrevs nekad vård på grund av journaluppgifter som inte hade omprövats eller uppdaterats. Detta beskrevs som en risk som kunde påverka och styra vården på ett sätt som inte speglade deras faktiska situation och kunde även leda till att åtgärder systematiskt nekades över tid. Upprepade nekanden från vården skapade för vissa en upplevelse av att hjälpen inte bara uteblev tillfälligt, utan att vården i sig inte fungerade.

Vårdprocesser upplevdes i vissa fall sakna en tydlig planering och uppföljning. Det gjorde att män kunde känna att de själva behövde ta ansvar för att driva sin vård framåt. I vissa fall tycktes vårdens bedömningar påverkas av organisatoriska faktorer, som resursbrist eller tillgänglighet, snarare än enbart medicinska bedömningar. När nödvändiga åtgärder uteblev beskrevs en risk för att mäns tillstånd kunde försämras, vilket också kunde öka risken för vårdskador.

Brister i kommunikation och information var ett genomgående tema. Information inför och efter vårdinsatser beskrevs av vissa män som otydlig eller ofullständig. I vissa fall upplevdes vårdens information som motsägelsefull eller var inte anpassad efter patientens behov. Det gjorde det svårt för vissa män att förstå sin situation och hur de skulle agera, vilket i vissa fall bidrog till ytterligare förseningar i vården. Bemötandet från vårdpersonal beskrevs som avgörande för hur ett vårdbesök samt information och besked från vården uppfattades. Bemötande beskrevs som något betydligt viktigare än bara ett ”mjukt värde” vid sidan av det medicinska, utan som något direkt avgörande i kommunikationen med patient och för patientsäkerheten.

De brister som beskrevs är svåra att enbart förklara utifrån resursbrist. Hur vården organiseras, kommunicerar och följer upp insatser är också viktiga faktorer. Vården i Västerbotten håller överlag en god kvalitet, men behov finns alltid av förbättringar. I aktuella patientnämndsärenden uttryckte män sammanfattningsvis behov av en mer tillgänglig vård, med tydligare information och mer kontinuerliga uppföljningar. De betonade också vikten av att vården verkligen lyssnar och drar lärdomar från patienters erfarenheter.