

”Alla skyller på andra”

En analys av inkomna klagomål på kommunal hälso- och sjukvård under 2025.

Maja Paropatic
Michell Grönlund
Patientnämnden Skåne
2026:02

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	3
Inledning.....	4
Syfte och urval.....	4
Urvalet i siffror	5
Det här berättar närstående och patienter	10
Klagomål gällande bedömningar eller behandling.....	10
Klagomål gällande läkemedelshantering.....	12
Läkemedelshantering inom hemsjukvården och i ordinärt boende	12
Läkemedelshantering på korttidsboenden	14
Läkemedelshantering på särskilt boende	15
Fall, hjälpmedel och rehab	16
Kommunikation och vårdansvar.....	18
Klagomål som har lett till förbättringar	19
Analys	21
Erfarenheter från den kommunala sjukvården i Hässleholm	22
Sammanfattande analys	24

Sammanfattning

I 2025 års analys av klagomål på den kommunala hälso- och sjukvården framträder flera återkommande problemområden som rör bland annat omvårdnad, bedömning, fallhändelser och läkemedelshantering. Patienter och närstående beskriver brister i hur vården möter dem, hur förändringar i patientens tillstånd uppmärksammas och hur ansvar tas i praktiken.

Den största delen av klagomålen rör vård och behandling, där bedömning och omvårdnad är centrala. Återkommande berättelser handlar om svårigheter att få sjuksköterskebedömning i rätt tid, om försämrat mående som inte fångas upp samt om bristande uppföljning efter vårdhändelser. Upplevelser av brister i vården i samband med fallolyckor är vanliga och handlar ofta om otillräcklig fallprevention, bristande uppsikt och otydlighet kring information, dokumentation och ansvar, efter att en patient har fallit. I dessa situationer beskriver både patienter och närstående ofta en känsla av otrygghet och maktlöshet.

Även läkemedelshantering återkommer i många ärenden, ibland med allvarliga konsekvenser. Klagomålen rör bland annat felaktig hantering, uteblivna eller fördröjda läkemedel samt otydlighet kring ordinationer och delegeringar. Inte sällan hänger dessa brister samman med kommunikation och bemötande och närstående upplever ibland att deras oro inte tas på allvar, eller att de själva tvingas kontrollera och följa upp vården för att säkerställa att patienten får rätt behandling.

Samtidigt visar årets material tydligare än tidigare på ett genomgående problem med samverkan mellan olika aktörer. När både kommunal och regional vård är involverad upplever många att ansvar och beslut faller mellan stolarna. Det blir oklart vem som ansvarar för helheten, vilket leder till att närstående i praktiken får axla rollen som samordnare. Denna upplevelse sammanfattas tydligt i orden från ett klagomål: "alla skyller på andra".

Inledning

Den kommunala hälso- och sjukvården bedrivs nära patienterna och omfattar några av vårdens mest sköra patientgrupper. Trots detta är klagomålen på den kommunala vården relativt mycket få, vilket gör att de ibland riskerar att försvinna i mängden. I denna rapport analyseras de klagomål som inkommit till Patientnämnden Skåne under 2025 med utgångspunkt i patienternas upplevelser, så som de framkommit i de inkomna klagomålen och synpunkterna. Analysen kan därmed fungera som ett underlag för lärande och förbättringsarbete inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Syfte och urval

Patientnämnden ska enligt lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården¹ bland annat stödja och hjälpa patienter inom den hälso- och sjukvård som bedrivs av kommuner eller enligt avtal med kommunerna. Patientnämndens uppdrag är vidare att bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i vården genom att hjälpa patienter så att de har den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i vården. Patientnämnden ska också främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal, hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet samt rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare.

De tidigare rapporterna om den kommunala hälso- och sjukvården, *Kommunala fall (2024)*, *Flera fall och svårläkta sår (2023)* och *Det mesta borde vara bra om nästan ingen klagar (2022)* finns på Patientnämndens webbplats².

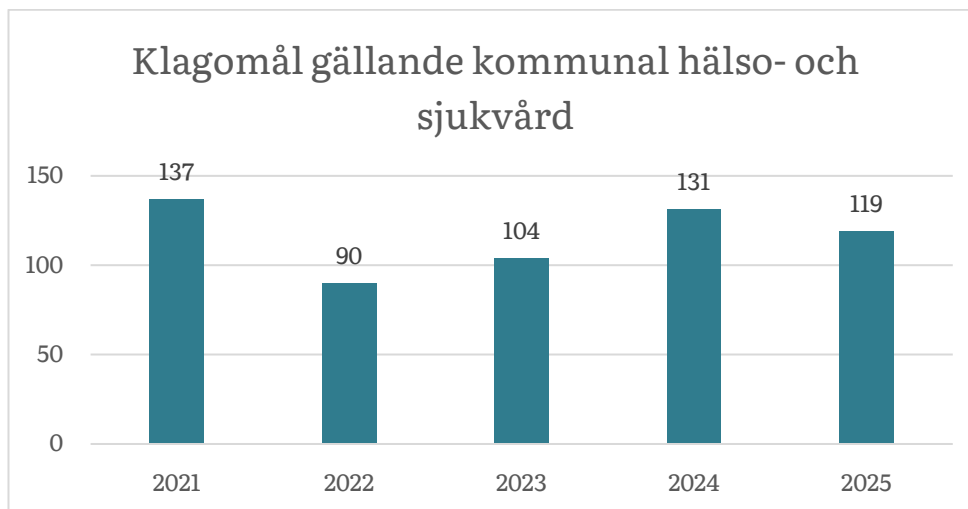
¹ Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården | Sveriges riksdag

Urvalet i siffror

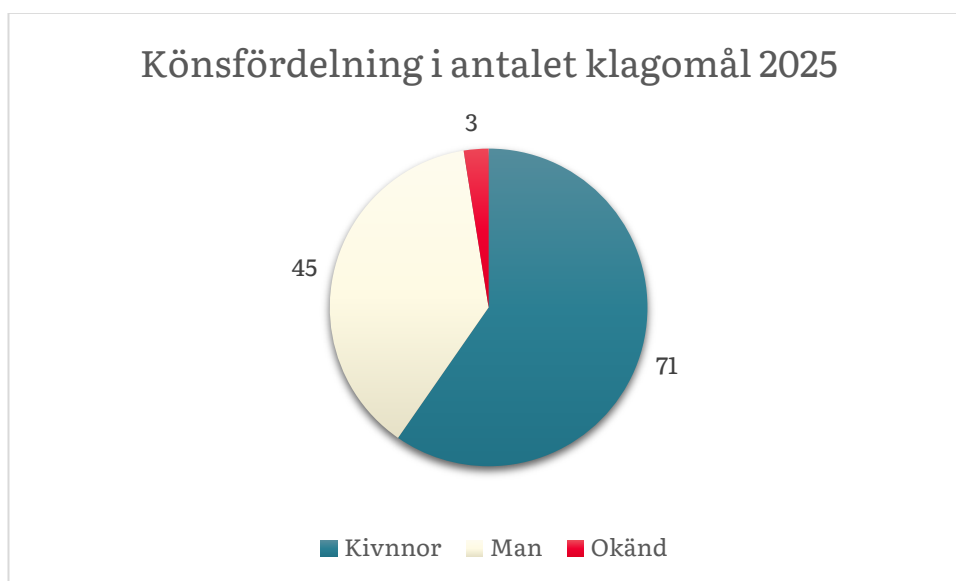
Under 2025 inkom 119 klagomål på den kommunala hälso- och sjukvården. Det är något färre än 2024, då 131 klagomål inkom, men fler än 2023 med 104 klagomål. Antalet klagomål är fortsatt mycket lågt i jämförelse med den regionalt finansierade vården, vilket är ett mönster som även ses hos andra patientnämnder i landet. En vanlig tolkning är att den kommunala vården upplevs som ”nära” och att patienter och närstående i högre grad försöker lösa problem direkt i verksamheten.

Årets klagomål rör i stor utsträckning äldre patienter. Majoriteten av patienterna är över 80 år, och i de flesta ärenden är det närstående som för fram synpunkterna. Under 2025 har 88 klagomål inkommit från närstående, medan patienten själv står bakom klagomålet i 31 ärenden. 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.

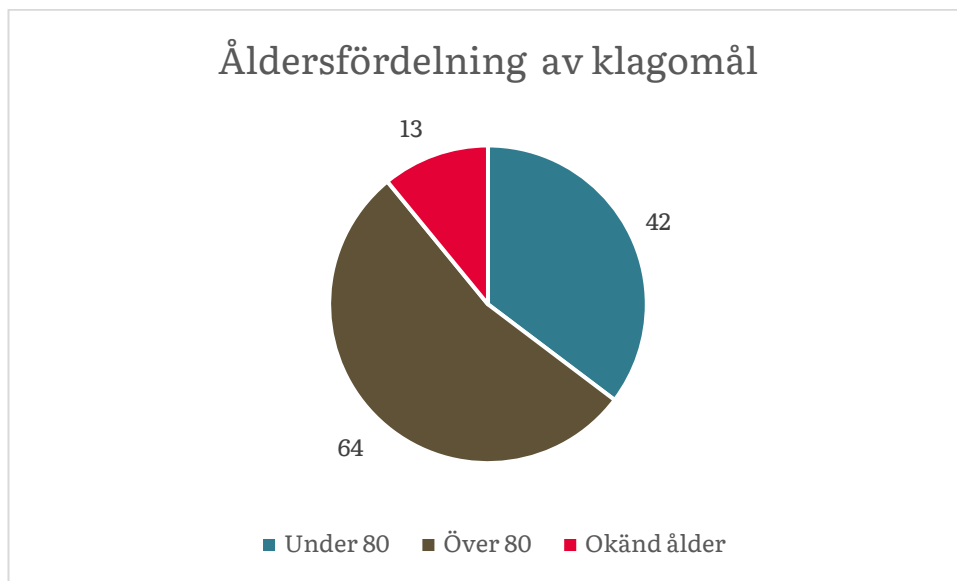
Klagomålen är relativt jämnt fördelade över året, med 59 ärenden under årets första hälft och 60 under den senare delen, utan tydliga säsongsvariationer. Sammantaget speglar statistiken inte enbart patienternas egna upplevelser utan i hög grad även närståendes erfarenheter av hur den kommunala hälso- och sjukvården fungerar i praktiken. Antalet klagomål bör därför tolkas med försiktighet och ses som en indikation på situationer där närstående upplevt behov av att agera för patientens räkning.



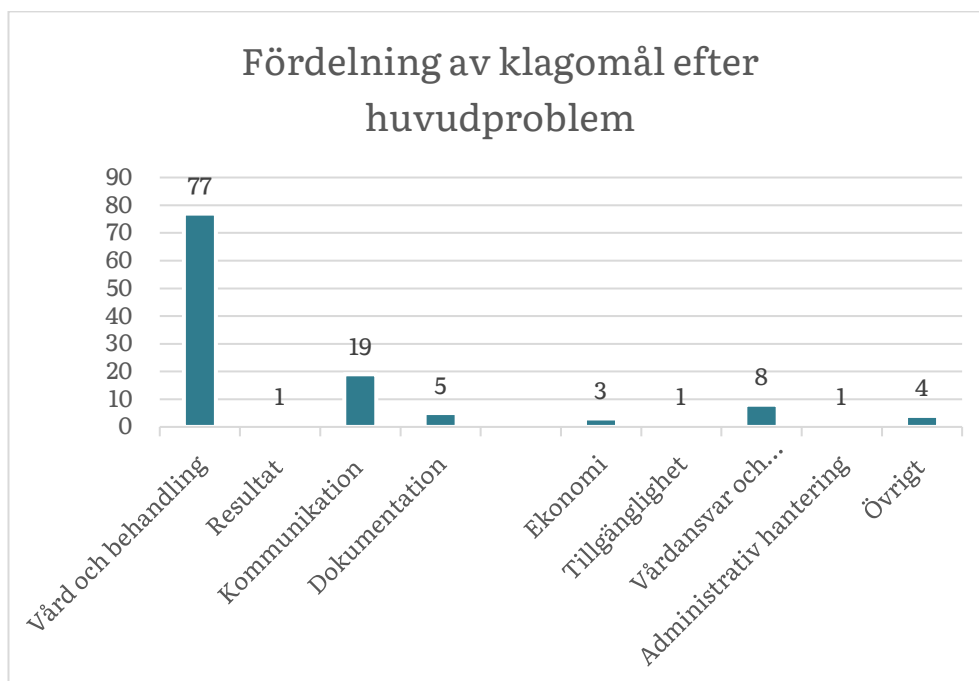
Figur 1. Klagomålen på kommunal hälso- och sjukvård i Skåne som inkommit till Patientnämnden Skåne har minskat något sedan 2024.



Figur 2. Könsfördelning bland patienter som klagomålen gäller. Majoriteten av klagomålen avser kvinnor.

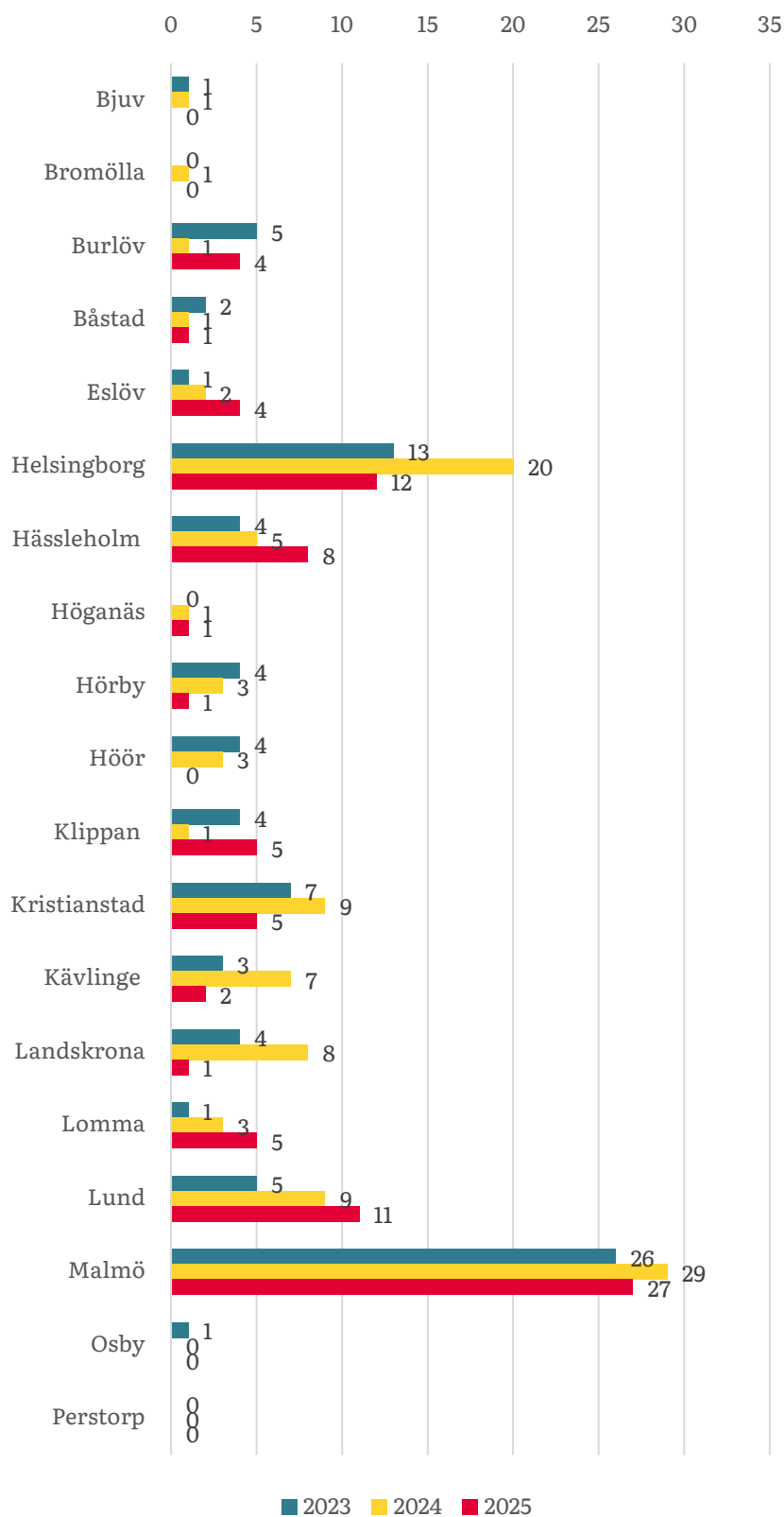


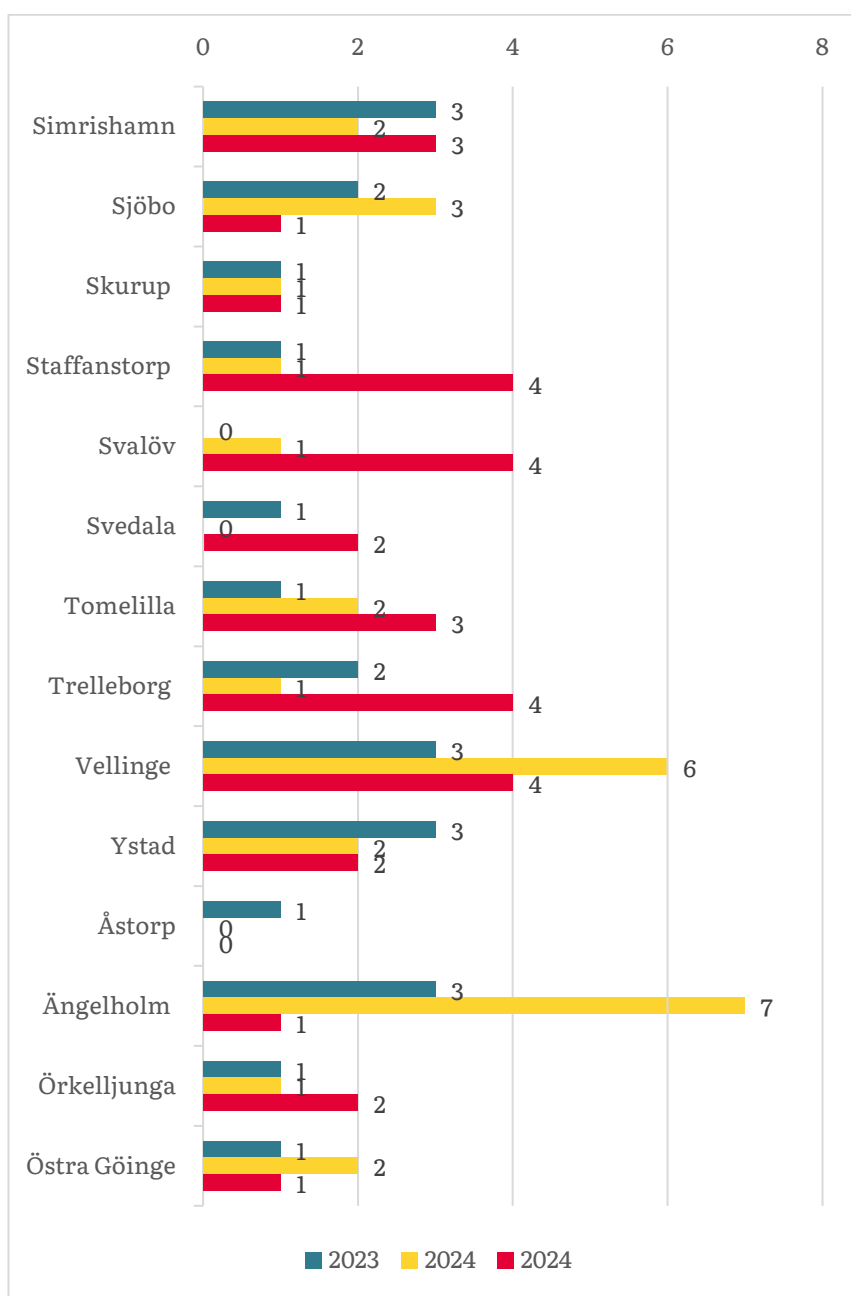
Figur 3. Åldersfördelning bland patienter som klagomålen gäller. Den höga andelen patienter över 80 år speglar den kommunala vårdens fokus på äldre och sköra patienter.



Figur 4. Fördelning av inkomna klagomål efter huvudproblem 2025. Flest klagomål rör vård och behandling, följt av kommunikation.

Fördelning av klagomål per kommun





Figur 5 Fördelning av antal klagomål per kommun. Storstäderna har flest ärenden. En kommun har inte haft några klagomål alls under perioden. Ett tiotal kommuner har endast som mest 1–2 ärenden årligen

Det här berättar närstående och patienter

I klagomålen beskriver patienter och närstående hur vårdinsatser i praktiken upplevs – i vardagen, i hemmet och i mötet med olika delar av vården. Berättelserna handlar om hur otydlighet, väntan och utebliven återkoppling påverkar trygghet och förtroende.

Klagomål gällande bedömningar eller behandling

I en del av de ärenden som har inkommit till Patientnämnden Skåne under 2025 upplever både närstående och patienter brister i bedömningen, eller att bedömning har nekats.

Ett antal ärenden gäller upplevda brister i bedömning efter att patienten har uppvisat en förändring i sitt mående. Enligt en patient hade den uteblivna uppmärksamheten av dennes försämrade mående kunnat leda till allvarliga tillstånd. I flera fall beskriver patienterna själva, eller ibland med hjälp av sina närstående, att de fått söka vård akut efter bedömningar från hemsjukvårdens sjuksköterska.

En närstående berättar om en patient som visade sig behöva sjukhusvård, trots att sjuksköterskan hade bedömt att patienten inte behövde besökas i hemmet. Patientens mående försämrades denne fick sedan ta sig till sjukhuset. Den närstående anser att sjuksköterskan därför har gjort en felaktig bedömning när denne inte besökte patienten samt att patientens tillstånd borde ha hanterats mer skyndsamt.

En annan närstående framförde synpunkter på att en patient vid två tillfällen behövde söka vård själv. Patienten hade upplevt smärta under en omläggning av ett sår, och när de närstående hade tittat på såret upplevdes det som tydligt att patienten behövde uppsöka sjukhuset. Patienten behandlades sedan för allvarlig infektion. Vid andra tillfällen hos samma patient hade han fått en allergisk reaktion,

som hemtjänstpersonalen inte hade reagerat på. Närstående fick även då ta patienten till sjukhuset.

Ytterligare en patient berättar att sjuksköterskan i hemsjukvården kontaktades efter att denne drabbats av starka smärtor i ett knä. Sjuksköterskan bedömde över telefon att patienten kunde avvakta med att söka vidare vård. Patienten sökte dock själv vård akut och det visade sig att denne behövde vårdas för en infektion.

”Det går inte att beskriva hur ont det gjorde. Under senare kväll gjorde det så ont, att när jag vidrörde knäet så svartnade det för ögonen”, skriver patienten i sitt klagomål.

Kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska svarar i sitt yttrande att vårdförloppet pågått i flera dagar och att hembesök gjorts vid tidigare tillfällen, men att sjuksköterskan inte anses ha brustit i sin bedömning vid det aktuella tillfället, trots att det då inte gjordes något hembesök. Händelsen kommer dock att lyftas i arbetsgruppen. I vissa av klagomålen ifrågasätter närstående vilka bedömningar som har gjorts när man bestämt vilken vård patienten är i behov av i hemmet. Några närstående har inkommit med synpunkter som gäller den palliativa vården. I ett fall bedömde en sjuksköterska att patienten behövde palliativ vård eftersom denne hade svårigheter att svälja läkemedel. Patienten menade dock att denne kunde svälja både mat och dricka och den närstående ställde sig frågande till att ingen information om beslutet hade delgivits denne.

I två olika klagomål framför närstående att de upplevt hemsjukvårdens bedömningar och bristande uppmärksamhet på förändrade symtom har bidragit till att patienterna avled. En av dessa anser exempelvis att den kommunala sjukvården borde ha skickat patienten mycket tidigare till sjukhuset där hen senare avled. Den andre närstående upplevde att patienten inte sköttes om ordentligt och att en ignorerad infektion bidrog till att patienten avled.

En närstående beskriver hur dennes anhörige haft mycket ont under den sista tiden i livet. Trots flera kontakter med hemsjukvården fick de anhöriga till svar att inget kunde göras för att lindra situationen. Under patientens sista natt i livet beskrivs smärtorna som outhärdliga och hemsjukvården larmas flera gånger, utan att patienten får någon smärtlindring. De närstående ställer sig frågande till varför behandling inte sattes in.

”Mamma avlider på morgonen och hon är då helt slut, sliten och dyblöt av svett av att ha legat i hemska plågor hela natten. Händerna och armarna höll hon krampaktigt över bröstet för att få bort smärtan. [Maken] har mycket svårt att släppa känslan som var under mammas sista natt då han beskriver det som att han är helt maktlös och inte får någon hjälp. Detta gör att han fortfarande är fast i sorgen och förtvivlan över den hemska natten.”

En återkommande synpunkt i klagomålen är att närstående känner sig nonchalerade när de försöker få svar från kommunen. I ett fall beskrivs hur de anhöriga uppfattar att de fått ett generellt svar, som de inte är nöjda med.

Klagomål gällande läkemedelshantering

Omkring 30 av de 119 ärendena rör klagomål på läkemedelshantering inom den kommunala hälso- och sjukvården. I dessa ärenden framträder återkommande brister i kontinuitet, kommunikation och ansvarsfördelning kring vem som ska säkerställa att patienten får sina läkemedel i rätt tid. Klagomålen rör såväl patienter inom ordinärt boende, som på korttidsboende och inom särskilt boende och berör ofta otydliga ansvarsförhållanden och bristande samordning mellan aktörer.

Läkemedelshantering inom hemsjukvården och i ordinärt boende

I ett ärende berättar en närstående om en patient med diabetes, där en sommarvikarie skulle ge insulin efter delegation. Personalen hade

inte fått någon praktisk genomgång av sticksäkra nålar, utan uppmanades av sjuksköterska att ”googla hur man skulle göra”. Den närstående upplevde detta som otryggt och kände inte förtroende för vårdens hantering av läkemedlen.

I ett ärende beskriver en närstående hur en kvinnlig patient fick bristfällig hjälp med läkemedel i hemmet. Enligt den närstående ledde detta till att patienten avled till följd av överdosering med mediciner. Vårdpersonalen skulle låsa medicinskåpet, övervaka medicinintag och förhindra att tabletter sparades, men enligt den närstående hade patienten vid flera tillfällen kunnat samla på sig läkemedel efter att personalens medicinhantering hade brustit.

”Den dagen hon hittades död hittade vi ett flertal tömda apodospåsar i hennes papperskorg. Påsar som det stod datum på för över en vecka framåt, alltså sånt som [patienten] enligt handlingsplanen absolut inte skulle ha tillgång till. Skåpet var inte uppbrutet, vilket innebär att någon ur personalen som varit där kvällen innan inte sett till så att skåpet var låst ordentligt.”

Medicinskt ansvarig sjuksköterska uppger att händelsen utretts enligt gällande rutiner. Man beklagar bortgången men utredningen visade inte på brister i vården. Rutiner för medicinskåp har varit tydliga och kända, och det gick inte att fastställa hur patienten fått extra läkemedel. Läkemedelstider dokumenteras som tidsintervall, och större avvikelser har inte kunnat ses.

En patient beskriver också att hen fått ett felaktigt inhalationsläkemedel som gav stark sveda i lungorna och andningssvårigheter. Patienten uppger dessutom att inhalationsutrustningen rengjorts med diskmedel, vilket gjorde att hen upplevde sig ha inhalerat diskmedel. Patienten betonar att vården måste läsa och följa instruktioner noggrannare för att undvika liknande händelser.

Anhöriga till en patient som fått ett särskilt läkemedel utskrivet som varit nödvändigt för att patienten skulle kunna få i sig. Vätska. Den ordinerade behandlingen kunde dock inte ges av vården patientens hemkommun, eftersom produkten inte fanns i det upphandlade sortimentet. Konsekvensen blev enligt anmälan att de anhöriga tvingades köpa den livsnödvändiga produkten under en längre tid. I sin anmälan beskriver närstående hur detta ledde till såväl ekonomisk belastning som stor frustration över att ingen aktör tog helhetsansvaret för att patienten faktiskt fick den behandling som ordinerats.

”Vi la ut pengar på livsuppehållande ersättning, för att [patienten] ska överleva. (...) Alla skyller på andra.”

I sitt yttrande redogör hemsjukvården för en lång och komplicerad process mellan vårdcentral, hemsjukvård, upphandlingsenhet och leverantör. Man beklagar att processen drog ut på tiden och att en beställning utanför sortiment inte hann komma på plats i tid. Ansvaret för ordination och upphandling menar man delvis ligger på den regionala vården.

Läkemedelshantering på korttidsboenden

I ett annat ärende handlar det om att en patient skulle åka till ett korttidsboende, men att en nödvändig antibiotikabehandling inte följde med. En sjuksköterska delegerade muntligen till en undersköterska att ordna med läkemedlen. Närstående fick först efter två veckor på korttidsboendet veta att antibiotikan inte givits eftersom den inte hade fördelats. Sjuksköterskan ska ha medgett att delegationen skett muntligen och att hen inte säkerställt att uppgiften blivit korrekt utförd. Den närstående vill därför gå vidare med ärendet.

En annan närstående misstänker att en patient på korttidsboende fått en alltför stor mängd narkotikaklassade preparat. Den närstående har tagit fram en lista från apoteket över uthämtade läkemedel och har flera gånger begärt att få se boendets aktuella läkemedelslista för att

kunna jämföra ordination och användning. Trots upprepade kontakter har listan inte lämnats ut, vilket skapat oro och misstro kring ordinationerna.

I ytterligare ett ärende beskriver en närstående allvarliga brister på ett korttidsboende där en patient vistats under en begränsad tid. Närstående menar att läkemedel delats fel, att hygien varit bristfällig och att personal saknat tillräcklig kompetens i förflyttningar. Även rehabiliteringen upplevs inte fungera som utlovat, och det som beskrivs i information från verksamheten stämmer enligt den närstående inte med verkligheten. Den närstående uttrycker oro för patientens säkerhet och beskriver en känsla av att personalen inte är lyhörd, samtidigt som överenskommelser om bland annat besökstider inte följs.

Läkemedelshantering på särskilt boende

Ett fall gäller en patient på ett särskilt boende som beskriver vad som upplevts som både medicinska brister och en vardagssituation som upplevs som kränkande. Patienten uppger bland annat att mediciner glömts bort och att hen lämnas ensam på toaletten. Patienten beskriver känslan av att vara helt utlämnad:

”Jag bor på andra vån, finns hiss. Då kvällar när de kör upp mig tar de ca 10 sek så försvinner de utan att fått all medicin. Byggnaden är gammal där av väldigt kallt. Då har det hänt att element stängs av samt öppnat fönstret för att få in kyla. Total kramp i magen, personal bryr sig inte alls.”

I yttrandet tackar medicinskt ansvarig sjuksköterska och enhetschef för synpunkterna och betonar att de är viktiga för det systematiska kvalitetsarbetet. Man beskriver genomförd journalgranskning, samtal med personal och flera möten med patienten. Rutiner kring värme på rummet har enligt yttrandet tagits upp i arbetsgruppen, och man beklagar att patienten inte informerats om ändrad medicinering på det sätt som skulle ha skett.

Fall, hjälpmedel och rehab

I flera fall handlar klagomålen om att patienterna fallit. Ibland har man inte fått hjälp trots att det senare visat sig att man fått frakturer och i ett fall till och med en hjärnblödning.

I ett fall berättar en närstående att dennes pappa ramlat sex gånger inom loppet av 14 dagar. Trots att patienten ska ha blött och fått stora blåmärken ska smärtstillande inte ha ordinerats. Därefter fortsätter patienten att falla vid flera tillfällen och trillar bland annat ur sängen. De anhöriga ska heller inte ha informerats om fallen och enligt klagomålet undersöks mannen vid vissa av fallen inte heller av en sjuksköterska. När de anhöriga till slut ringer en ambulans som tar patienten till sjukhuset visar det sig att han fått en hjärnblödning. Efter fallen ska det ha framkommit att två vikarier ska ha jobbat ensamma vid minst ett av tillfällena då patienten föll. De närstående reagerar också på att klockslagen i boendets och sjuksköterskans dokumentation gällande när pappan ska ha fått hjälp skiljer sig åt med flera timmar.

Vården skriver i ett yttrande att patienten vid ett av tillfällena bedömdes av sjuksköterska, men inte uppvisade några försämringar i allmäntillståndet eller smärtpåverkan som motiverade att tillkalla ambulans eller ge smärtstillande. Man skriver också att man är medveten om att de anhöriga upplevt brister i kommunikationen och att man identifierat vissa brister i dokumentationen. All personal har därför fått förnyad information om dokumentationsrutiner och att utsedda dokumentationsstödjare stöttar upp på varje avdelning. Man skriver också i ett kompletterande yttrande att man haft ett möte med patienten och de anhöriga samt att den ena vikarien som arbetade vid ett av tillfällena var mer erfaren.

I ett annat fall klagar en patient på hemtjänsten i sin kommun, bland annat med anledning av ett tillfälle då patienten trillade utomhus då denne skulle kliva in i en färdtjänstbil. Patienten menar att det ska ha dröjt 70 minuter innan hemtjänsten kom till platsen, vilket är mer än

en timme, som är inställelsetiden. Han menar också att hemtjänsten inte omedelbart ringde räddningstjänsten samt att hjälpmedel för lyft inte användes, trots att patienten låg på marken och att det regnade ute. Hemtjänsten skriver dock i sitt svar att man var på plats efter knappt en timme och att man inte larmade räddningstjänsten då personalen först försökte hantera situationen själva. Det gick dock inte gick på grund av arbetsmiljöregler samt då hjälpmedlet var avsett för inomhusbruk.

En dotter berättar att hennes närstående under flera år regelbundet har åkt hem till henne en gång i veckan, bland annat för att få hjälp med dusch. För att möjliggöra besöken hade patienten en duschstol/hjälpmedel placerad i dotterns hem för att kunna duscha och använda toaletten. Dottern uppger att rehabiliteringsansvarig nyligen meddelat att hjälpmedlet inte längre får vara kvar i närståendes hem eftersom kommunen inte beviljar dubbla hjälpmedel. Enligt dottern innebär beslutet att patienten inte längre kan komma hem till henne veckovis. Hon upplever också att beslutet fattats utan att man tagit tillräcklig hänsyn till patientens och närståendes önskemål samt deras individuella förutsättningar.

Verksamheten återkopplar att tidigare beslut står fast och att dubbel förskrivning inte beviljas i ärendet. I yttrandet anges att avslaget grundas i en patientsäkerhetsbedömning kopplad till patientens förändrade mobilitet och förflyttningssituation:

”Bedömningen är att vi inte kan utföra förskrivning av hjälpmedel för användning [i] patientens tidigare bostad relaterat till patientsäkerhet.”

Verksamheten hänvisar också till att kommunen normalt inte ansvarar för hjälpmedel i annan bostad än den stadigvarande och att hjälpmedel i sådana fall kan behöva lösas genom exempelvis lån eller hyra.

Kommunikation och vårdansvar

I materialet beskriver patienter och närstående ofta att kommunikationen brister när information uteblir eller kommer för sent. Det kan leda till att patienten känner sig orolig och otrygg. Detta beskrivs särskilt ofta i ärenden som gäller fallolyckor och hemgång från sjukhus, eller vid försämrat mående. Både patienter och närstående beskriver också att de inte känner sig lyssnade på eller delaktiga i beslut som påverkar vardagen och att bemötandet i kontakt med kommunal hälso- och sjukvård ibland upplevs som nonchalant eller avvisande. Närstående berättar om att detta märks extra tydligt när patienten är skör eller har kognitiv svikt och är beroende av att de närstående får rätt information.

Närstående till en patient som hade talsvårigheter efter en stroke klagar på att patienten upplevdes genomgå en snabb försämring efter att patienten flyttat in på ett boende. Förutom att patienten inte muntligen kunde kommunicera med personalen, ska larmklockan ha varit felplacerad, vilket gjorde att personalen inte kunde påkallas heller genom denna. Närstående berättade om försämringen för personalen, men upplevde att kommunikationen brast. Någon återkoppling om huruvida en sjuksköterska hade bedömt patienten skedde inte. Till slut ringde de anhöriga själva ambulansen och patienten konstaterades sedan ha drabbats av bland annat en infektion och njursvikt. Två veckor efter att patienten flyttat in på boendet avled han i sepsis.

“Att vi anhöriga var de som fick ta tag i situationen och själva ringa efter ambulans för att ingen på boendet hade förstått hur illa det var ställt, var en traumatisk upplevelse som vi aldrig kommer att kunna glömma”, skriver den närstående i sitt klagomål.

Boendet skriver i ett yttrande att patienten hade börjat försämrats redan innan denne flyttade in. Man beskriver flera förbättringar som genomförts efter anmälan. Bland annat har man förtydligat de lokala rutinerna för att förbättra kommunikationen mellan personal,

patienter och anhöriga. Man har också genomfört en personalutbildning i placering av larmklocka för rörelsehindrade patienter. I de klagomål som inkommit och som gäller bland annat vårdansvar beskriver närstående hur brister i samverkan och organisation får direkta konsekvenser för patienten. Återkommande upplevelser är att ansvar bollas mellan olika aktörer, vårdprocesser drar ut på tiden och att det blir oklart vem som kan fatta beslut. Det kan gälla nödvändiga insatser för nutrition, utebliven eller fördröjd SIP samt begränsningar i palliativ vård.

En närstående beskriver att patienten försämras snabbt och har uttalad ångest med flera symtom. Trots upprepade försök att få till ett akut SIP-samtal via vårdcentral, hemsjukvård och bistånd upplever närstående att aktörerna hänvisar vidare till varandra och att inget händer.

“Min mamma blir bara sämre och sämre i sitt mående och har en uppenbar ångest, som ger flertalet symtom. Jag har bett om en akut SIP i dialog med vårdcentral, SSK i hemsjukvård och via biståndsmyndigheten. Men alla lägger ansvaret på varandra. Det händer inget. Jag ser bara hur min mamma plågas.”

Den närstående efterfrågar konkret vägledning för att kunna få till en akut SIP så att patienten kan få samordnad hjälp och vård.

Klagomål som har lett till förbättringar

Under året finns flera klagomål där verksamheten i sin återkoppling eller sitt yttrande beskriver konkreta förbättringar eller åtgärder som ska genomföras. I ett klagomål om upprepade fall på boende och bristande information/dokumentation, konstaterar verksamheten att överenskomna informationsvägar inte alltid följts och att dokumentationsbrister har identifierats. Man beskriver bland annat att kontakt- och återkopplingsrutiner till närstående har tydliggjorts,

att personal fått förnyad information om dokumentationsrutiner, att dokumentationsstödjare utsetts och att rutiner vid inflytt (information/broschyr och kontaktvägar) ska uppdateras.

I ett annat ärende, där patienten också hade fallit, redovisas "vidtagna och planerade åtgärder", exempelvis mer konsekvent dokumentation samt tydligare dokumentation av riskbedömningar och skyddsåtgärder (såsom larm) och förbättringar i arbetssätt och uppföljning efter liknande händelser. I ett yttrande från en annan kommun framgår det att synpunkten har lyfts till hela personalgruppen och avvikelse skrivits. Klagomålet blev på så vis en intern möjlighet till lärande och kvalitetshantering.

I ett svar på ett klagomål om hemgång skriver verksamheten att man ser ett behov av att se över rutinerna kring överföring av tillhörigheter och information, samt att brister i hantering och dokumentation ska följas upp.

Under året har också ett antal förbättringsförslag inkommit genom synpunkter från patienter och närstående. Förslagen rör framför allt behovet av tydligare och mer förutsägbara kontaktvägar. De klagande önskar att det ska framgå vem som ansvarar för återkoppling, när information ska ges och att närstående ska kontaktas direkt vid viktiga händelser som fallolyckor, försämrat mående eller förändringar i vårdplaneringen. Ett återkommande förbättringsområde gäller dokumentation. Närstående och patienter vill att observationer, omvårdnadsinsatser, bedömningar och avvikelser dokumenteras konsekvent och i nära anslutning till händelsen, så att det blir möjligt att följa förloppet och säkerställa att rätt åtgärder vidtas. Slutligen betonas vikten av att beslut som påverkar vården och tryggheten kommuniceras på ett sätt som skapar förståelse och delaktighet.

Analys

Att endast 119 klagomål inkommit på den kommunala hälso- och sjukvården under 2025, samtidigt som den totala mängden klagomål till Patientnämnden Skåne under året uppgick till nära 8 000 ärenden, innebär att synpunkter på den kommunala vården utgör en mycket liten andel av den samlade ärendemängden. Detta mönster återkommer även nationellt. Samtidigt ska det beaktas att dessa 119 klagomål är fördelade på 33 kommuner, varav flera i praktiken har mycket få eller inga klagomål alls. En vanlig förklaring till detta är att patienter och närstående i högre grad tar upp sina synpunkter direkt med den kommunala verksamheten, där vården upplevs som ”nära” och kontakten ofta är daglig. Det kan dock inte uteslutas att det finns patienter och närstående som inte tar kontakt med vården själva och heller inte har kännedom om att man kan klaga på den kommunala vården till patientnämnden. Därför finns det en risk att kommunerna går miste om värdefull återkoppling från patienter och närstående. Detta innebär också att patienter riskerar att stå utan ett oberoende stöd när de inte upplever att deras synpunkter tas på allvar i den kommunala vården.

Sedan 2025 finns en ny kommunikationsplan med syfte att förbättra dialogen mellan Patientnämnden Skåne, kommunerna och deras patienter. Mot bakgrund av årets material finns skäl att följa upp och vidareutveckla detta arbete, inte minst för att tydligare nå ut till patienter och närstående om deras rättigheter och om Patientnämndens roll. Eftersom mönstret med få klagomål varit detsamma under flera år, kan det också finnas anledning för Patientnämnden Skåne att fundera över eventuella nya arbetssätt för att nå fram till patienter och närstående inom kommunal hälso- och sjukvård.

Erfarenheter från den kommunala sjukvården i Hässleholm

Birgitta Ljungbeck, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Hässleholms kommun, beskriver arbetet med patientsäkerhet som ett långsiktigt utvecklingsarbete där struktur, ledning och kultur behöver samverka. En viktig del i detta är hur kommunen tar till vara och sprider kunskap från Patientnämnden Skåne.

När information från Patientnämnden når kommunen går den först till MAS-funktionen och förs därefter vidare till verksamhetscheferna för förankring i verksamheterna. Samtidigt ser Birgitta att detta arbete kan utvecklas ytterligare.

– Jag får materialet till mig först och skickar det vidare till verksamhetscheferna. Sedan är tanken att det ska förankras i verksamheten, men där ser jag att vi inte alltid arbetar tillräckligt ändamålsenligt, säger hon.

Patientnämndens kommunanalyser används bland annat genom att de delges förvaltningsledningsgruppen. Samtidigt menar Birgitta att potentialen i analyserna skulle kunna utnyttjas ännu bättre.

– Det är synd att möjligheten inte alltid tas fullt ut. Patientsäkerhet behöver väga lika tungt som arbetsmiljö och ekonomi i alla beslut, och där är vi inte riktigt i mål än, konstaterar hon.

Kompetensförsörjning och utbildning är ett annat återkommande fokusområde. I Hässleholm har man under lång tid arbetat med delegeringar och delegeringsutbildningar, bland annat i samverkan med andra kommuner i nordöstra Skåne. Från årsskiftet har rutinerna stramats åt i samband med att Socialstyrelsen kommit med nya riktlinjer kring just delegering. De nya rutinerna innebär att delegering av iordningställande, administrering och överlämnande av läkemedel får ske endast av läkare, tandläkare och sjuksköterskor, och att sådana beslut ska vara skriftliga, tidsbegränsade, följas upp minst årligen samt dokumenteras i minst tre år. Vårdgivaren måste dessutom göra en riskanalys och fastställa rutiner som säkerställer att

delegering sker på ett sätt som är förenligt med god och säker vård. Bredvidgångstiden innan delegering har i Hässleholm därför förlängts från fem till tjugo dagar, och kraven har höjts för att minska risken att oerfarna vikarier hanterar läkemedel utan tillräcklig kunskap. Birgitta Ljungbeck berättar att liknande regler redan finns i flera grannkommuner.

– Det har nödvändigt. Vi behöver säkerställa kompetensen, både på kort och lång sikt. Jag hade gärna sett att man behöver vara undersköterska för att få hantera läkemedel överhuvudtaget, men dit är vi inte ännu, säger hon.

Delegeringsutbildningarna ska också följas upp enligt fastställda rutiner, exempelvis efter tre månader för nyanställda. Arbetet med fallprevention och riskbedömningar är ett annat område som Birgitta jobbar med. För att stärka det förebyggande arbetet pågår bland annat ett arbete med att återinföra Senior Alert, som man även tidigare haft i kommunen.

– Riskbedömningar är helt nödvändiga, både när det gäller fall, nutrition och undernäring. Utan dem tappar vi viktiga möjligheter att förebygga vårdskador, säger Birgitta.

Samarbetet med sjukhus och primärvård i samband med utskrivning och hemgång har enligt henne förbättrats över tid.

– Tittar vi bara fem år bakåt så har det hänt mycket. SVU-processen är mer strukturerad idag, även om det fortfarande förekommer enstaka brister, till exempel kring läkemedelsordinationer.

Trots förbättringar finns det fortfarande situationer där patienter och närstående upplever att ingen tar ett helhetsansvar när flera aktörer är inblandade.

– Det handlar i grunden om styrning, ledning och tydlighet i uppdraget. Vem gör vad, och vem följer upp? Där behöver även vi bli bättre.

Hon sammanfattar arbetet med patientsäkerhet som komplext men nödvändigt.

– Det tar tid att förändra både strukturer och kultur. Men målet är att skapa förutsättningar där det är lättare att göra rätt – för personalen, för patienterna och för de närstående.

Sammanfattande analys

Det låga antalet synpunkter på den kommunala hälso- och sjukvården bör inte tolkas som ett tecken på att vården fungerar friktionsfritt. Tvärtom visar årets material att de klagomål som faktiskt inkommer ofta rör komplexa vådsituationer som ibland fått, eller hade kunnat få, allvarliga konsekvenser för patienten. Klagomålen framträder därmed som särskilt betydelsefulla signaler, trots att de är få till antalet.

Att en stor del av klagomålen gäller patienter över 80 år, och att majoriteten av ärendena förs fram av närstående, pekar på att många patienter inom den kommunala vården saknar faktiska möjligheter att själva formulera sina synpunkter. Klagomålen speglar därför inte enbart patienternas egna upplevelser, utan i hög grad även närståendes erfarenheter av att behöva agera när vården inte upplevs fungera. Närstående framträder i materialet som en informell men avgörande aktör för att hålla ihop vårdprocessen, driva på kontakter och säkerställa att åtgärder vidtas.

Inte heller att den största andelen klagomål rör vård och behandling – särskilt bedömningar, fallhändelser och läkemedelshantering – är överraskande. Det som däremot är analytiskt betydelsefullt är att dessa problem sällan uppträder isolerat. I stället sammanfaller de ofta med bristande kommunikation, otydlig ansvarsfördelning och svårigheter i samverkan mellan olika aktörer. Detta tyder på att klagomålen i hög grad handlar om systemets förmåga att fungera sammanhållet kring sköra patienter, snarare än enskilda professionella misstag. Att omkring en fjärdedel av ärendena rör läkemedelshantering kan förstås som ett uttryck för strukturella sårbarheter i vårdens organisation. I flera ärenden framträder otydlighet kring ordinationer, delegeringar och vem som bär det

yttersta ansvaret för att läkemedel ges korrekt. Detta mönster ligger i linje med det som beskrivs av medicinskt ansvarig sjuksköterska i Hässleholms kommun, Birgitta Ljungbeck, som pekar på att arbetet med kompetenssäkring, introduktion och delegering är långsiktigt och komplext. När förutsättningarna varierar mellan verksamheter och personalgrupper riskerar läkemedelshanteringen att bli en särskilt sårbar del av vårdkedjan, trots att rutiner finns.

Liknande mönster framträder i klagomål som rör fallhändelser och bedömningar. Upprepade fall, uteblivna riskbedömningar eller bristande uppföljning kan pågå under tid innan åtgärder vidtas, vilket skapar en stark känsla av otrygghet hos både patienter och närstående. När information inte ges i tid och närstående inte görs delaktiga förstärks upplevelsen av att behöva driva frågan själva för att bli lyssnade på.

Ytterligare en sak i materialet som är värt att notera är att det bara i ett fåtal ärenden, 17 av de 119, har begärts in yttranden. Detta innebär inte att bedömningen att inte begära in något yttrande är felaktig och orsaken kan exempelvis vara att patienten själv inte återkommer i ärendet eller att denne själv vill vända sig till vården med sina frågor. Ur ett rent analytiskt perspektiv blir dock detta en begränsning i materialet, då ett yttrande ger mycket värdefull information om hur vården ser på de händelser som patienterna klagar på. I kombination med att antalet ärenden redan från början är mycket få, gör detta att viktig kunskap om varför patienter inom den kommunala hälso- och sjukvården både klagar och inte klagar till patientnämnden, riskerar att utebli.

Sammantaget pekar materialet på återkommande utmaningar i hur ansvar, kommunikation och samverkan fungerar i praktiken inom den kommunala hälso- och sjukvården. Den bild som framträder i klagomålen – där ansvar upplevs förskjutas mellan olika aktörer – överensstämmer med de erfarenheter som även lyfts från verksamhetsnivå. När roller och uppdrag inte är tillräckligt tydliga, eller när uppföljning brister, finns en risk att patienter och

närstående upplever att ingen tar ett samlat helhetsansvar för vården.

“Alla lägger ansvaret på varandra. Det händer inget. Jag ser bara hur min mamma plågas.”

Så ska den kommunala sjukvården förstås inte behöva upplevas.

Mer från Patientnämnden Skåne

Patientnämnden Skånes analyser finns publicerade på www.skane.se/patientnamnden.

- På liv och död 2025:07
- När resultatet brister 2025:06
- Roten till hål i plånboken 2025:05
- Oro för urologiska besvär 2025:04
- Så att det inte händer igen 2025:03
- Kommunala fall 2025:02
- Det är så det är att föda barn 2025:01
- Klagomål av vikt 2024:07