

Så länge hjärtat kan slå

En analys av klagomål som inkommit på
området hjärta och blodkärl under våren
och sommaren 2026.

Camilla Carlsson
Michell Grönlund
Patientnämnden Skåne
2026:05

Innehåll

Sammanfattning.....	3
Bakgrund	4
Syfte och urval.....	4
Behovet av analysen	4
Klagomålen i siffror.....	5
Statistik över antal vårdkontakter	7
Det här berättar patienter och närstående	8
Dödsfall och vårdskador	8
När bedömningen brister	10
Läkemedel och biverkningar	12
Hantering av propp och stroke.....	13
Väntetider och tillgänglighet	14
Remisser och uppföljningar	16
Bemötande och närståendes perspektiv	17
Patienters och närståendes förbättringsförslag	17
Analys och reflektioner.....	17
Erfarenheter från hjärtsjukvården: Mycket har utvecklats – men fortsatta utmaningar finns.....	18
Sammanfattande analys	22
Rättighetsanalys	25

Sammanfattning

Hjärt- och kärlsjukdomar är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige och över två miljoner personer lever med någon form av hjärt- eller kärlsjukdom. Samtidigt gör medicinska framsteg att fler överlever och lever längre med kroniska sjukdomar, vilket ökar behovet av kontinuitet och uppföljning. Patientnämnden Skåne har analyserat 199 klagomål inom hjärt- och kärlsjukvården som avslutats mellan 1 februari och 31 juli 2026.

Analysen visar att många upplever att de inte blivit lyssnade på eller tagna på allvar när de sökt vård för symtom som senare visat sig bero på allvarlig hjärt- eller kärlsjukdom. Berättelserna innehåller fall där exempelvis hjärtinfarkt, lungemboli eller blodpropp upptäckts först vid en senare vårdkontakt. Materialet visar dock inte hur vanligt detta är inom hjärt- och kärlsjukvården i stort.

Ett annat framträdande tema är brister i kontinuitet och uppföljning, med uppskjutna återbesök, försenade undersökningar, uteblivna remisser och svårigheter att få kontakt med vården. Tillgängligheten har samtidigt förbättrats på flera håll, men återbesök och långsiktig uppföljning innebär fortfarande utmaningar. Även läkemedelshantering och informationsöverföring framträder som viktiga patientsäkerhetsområden.

Patienterna efterfrågar framför allt att bli lyssnade på och tagna på allvar, bättre information och kontinuitet, snabbare utredningar samt bättre samordning mellan primärvård och specialistvård.

Sammantaget finns en stor utvecklingspotential i vårdkedjan före och efter den akuta behandlingen. Samtidigt har den akuta hjärtsjukvården utvecklats kraftigt och fler överlever och lever längre med hjärtsjukdom. Tidig upptäckt, kontinuitet, säker informationsöverföring och fungerande övergångar mellan vårdnivåer är centrala för en säker och sammanhållen vård.

Bakgrund

Patientnämnderna bedriver lagreglerad verksamhet med uppdrag att ta emot klagomål och synpunkter från patienter och närstående inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt viss tandvård.

Utifrån inkomna ärenden ska patientnämnderna bidra till kvalitetsutveckling, patientsäkerhet och en mer patientanpassad vård. Nämnden ska årligen analysera klagomål och uppmärksamma riskområden.

Syfte och urval

Syftet med analysen är att, i enlighet med patientnämndens uppdrag enligt 3 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, identifiera riskområden och återkommande problem inom hjärt- och kärlsjukvården. Analysen ska bidra till kvalitetsutveckling och ökad patientsäkerhet genom att synliggöra patienters och närståendes erfarenheter av vården.

I analysen analyseras 199 ärenden som avslutats hos patientnämnden under perioden 1 februari – 31 juli 2026, alltså under en period av sex månader. Samtliga ärenden som valts ut har fokusmarkerats med hjärta och blodkärl i patientnämndens ärendehanteringssystem. Under perioden har det också inkommit ytterligare några sådana ärenden som vid analysens tillblivelse ännu inte har avslutats, men dessa har vi valt att inte ha med. Detta då det är först när ett ärende avslutats som man kan se vad som blev resultatet av klagomålet.

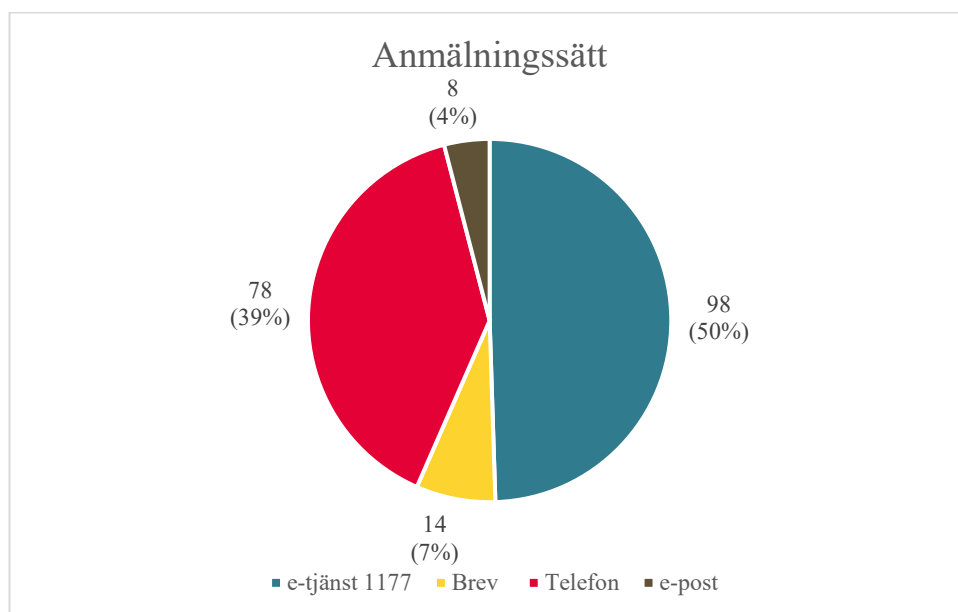
Behovet av analysen

Hjärt- och kärlsjukdomar är den vanligaste dödsorsaken i Sverige och över två miljoner svenskar lever med någon form av sjukdomen. Många fall är kopplade till påverkbara riskfaktorer och hjärt- och kärlsjukdomar är en av de vanligaste orsakerna till vårdkontakt.

Området har uppmärksammats i flera rapporter från bland annat Socialstyrelsen (2024)¹, SKR (2024)², Riksförbundet HjärtLung (2024)³ och Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi (2021)⁴. Under 2025 gav regeringen även Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för att förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdomar.

Patientnämnden Skåne har tidigare analyserat klagomål inom flera vårdområden, men någon samlad analys av hjärt- och kärlsjukvården har inte genomförts. Eftersom brister inom området kan få allvarliga, ibland livshotande konsekvenser, bedöms det vara angeläget att analysera inkomna klagomål och de erfarenheter de beskriver.

Klagomålen i siffror



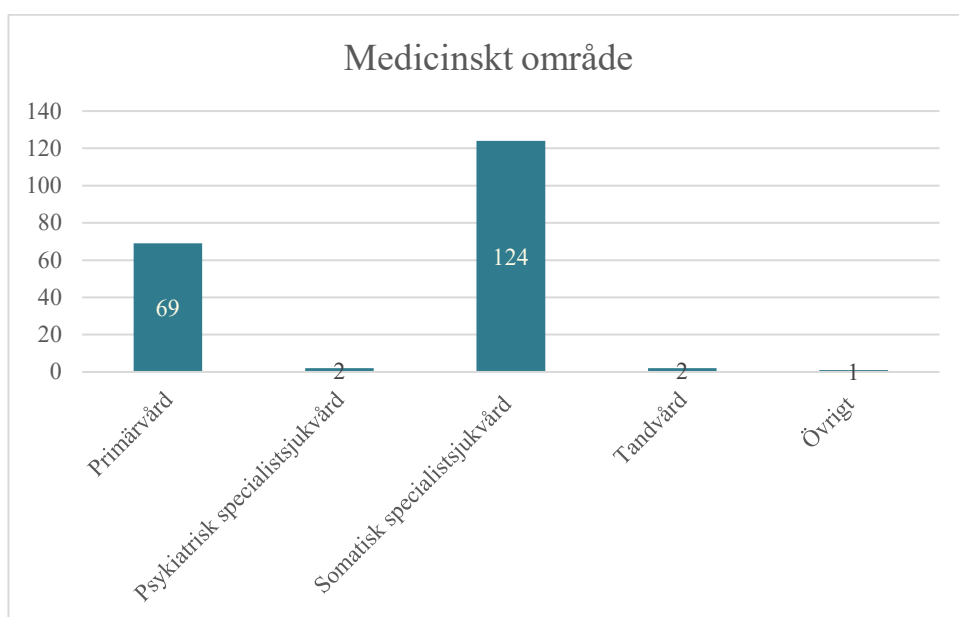
Figur 1: Hälften av ärendena i urvalet kom in via 1177 och nästan 40 procent inkom via telefon. Andelen e-post är något lägre än vanligt.

¹ [Låt hjärtat orka längre - nationell utvärdering av vården vid hjärtsvikt](#)

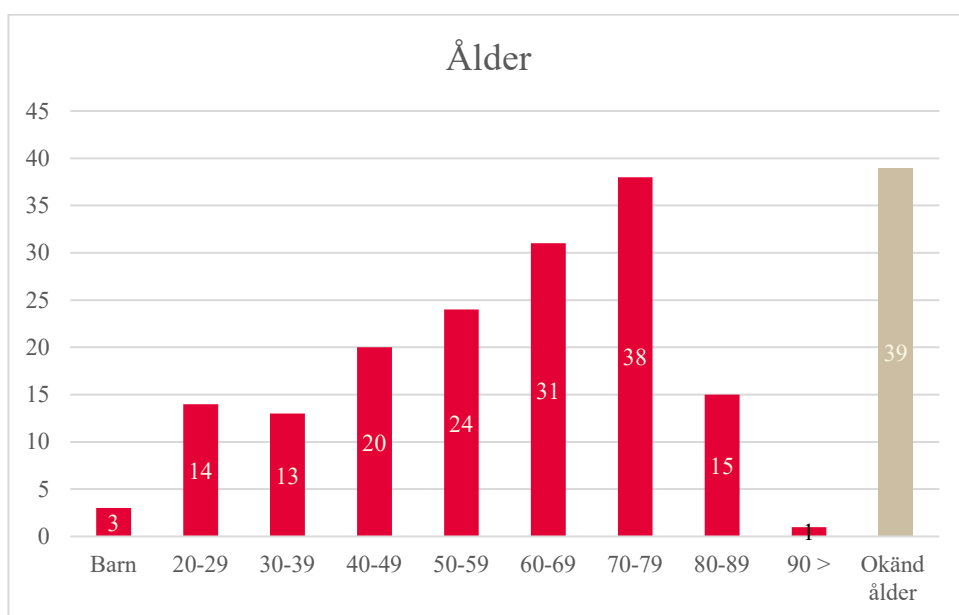
² [Hälso- och sjukvårdsrapporten 2024](#)

³ [Hjärtsviktsrapporten - en av fem får rätt behandling](#)

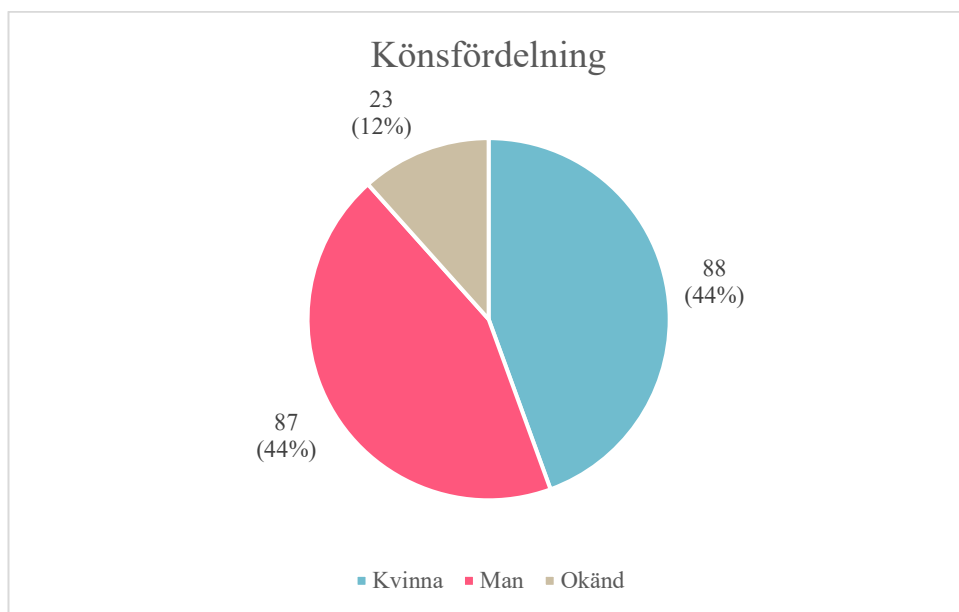
⁴ [IHE Rapport 2021:5](#)



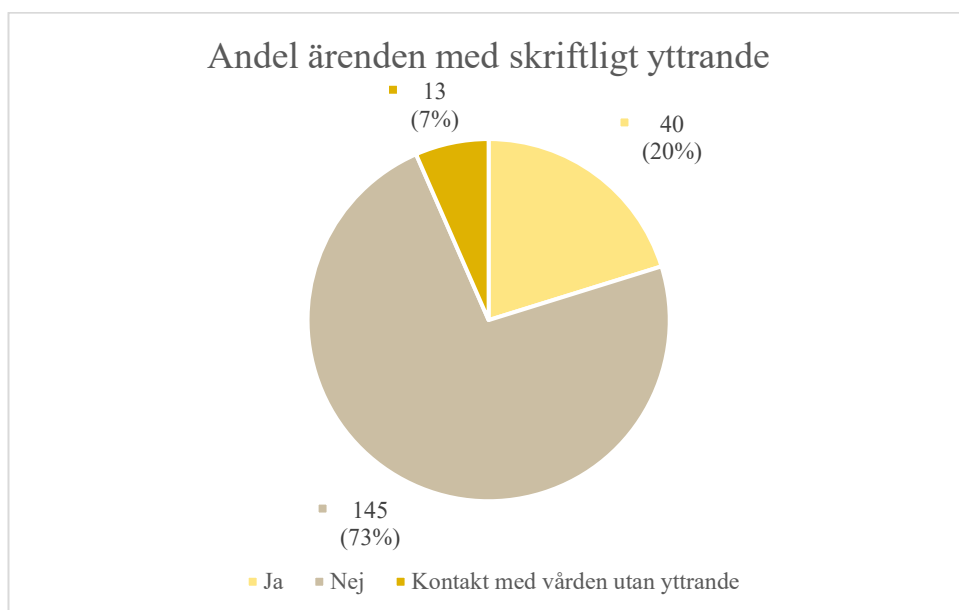
Figur 2: De allra flesta ärendena i urvalet kommer från primärvården och den somatiska specialistsjukvården.



Figur 3: På grund av Patientnämnden Skånes byte av ärendehanteringssystem i februari 2026 har en något större andel än vanligt i urvalet okänd ålder. Många i urvalet är äldre patienter.



Figur 4: Även när det gäller kön har en större andel än vanligt okänt kön. I övrigt är fördelningen mellan kvinnor och män i urvalet jämnt.

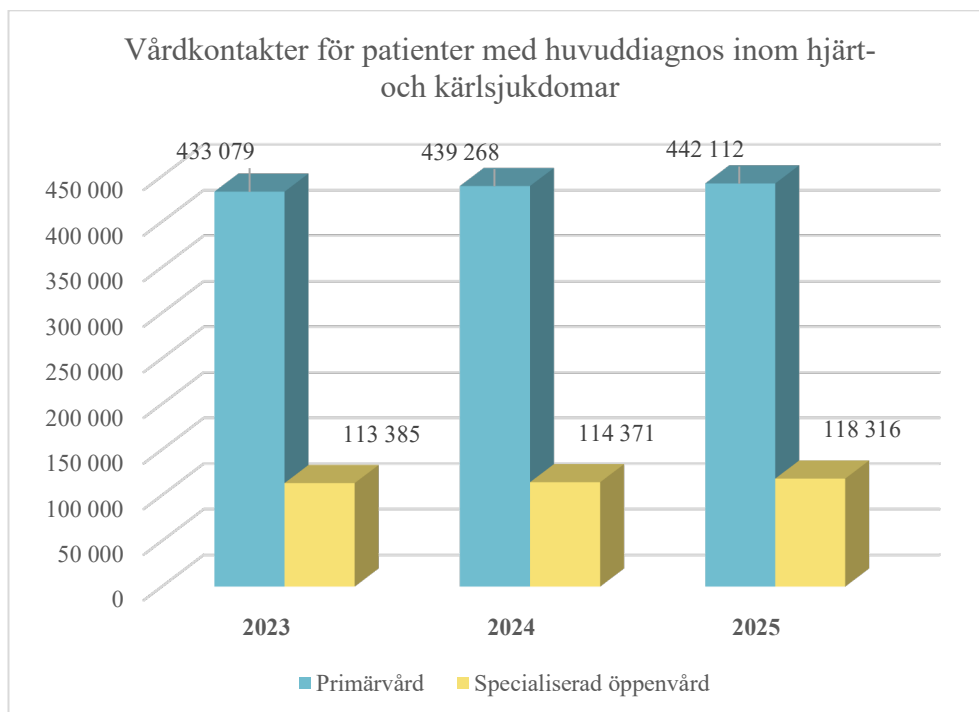


Figur 5: Yttranden har inhämtats i en femtedel av ärendena.

Statistik över antal vårdkontakter

Inom regionen är antalet vårdkontakter för patienter som har sin huvuddiagnos inom de diagnoser som finns inom området hjärt- och kärlsjukdomar (diagnoskoderna 110-179) närmare en halv miljon årligen. Antalet klagomål på hjärt- och kärlsjukvården är således

mycket litet i förhållande till antalet vårdkontakter för patienter med en sådan primär diagnos.



Figur 6: Antalet vårdbesök skiljer sig mycket lite från år till år de senaste åren.

Det här berättar patienter och närstående

Flera av klagomålen beskriver händelser med allvarliga eller mycket allvarliga konsekvenser för patienter och närstående.

Dödsfall och vårdskador

I materialet finns en handfull ärenden där anhöriga berättar om patienter som avlidit och ytterligare drygt en handfull ärenden där patienter uppger att de fått någon form av vårdskada som de upplever har uppstått till följd av bristfällig vård.

I ett ärende klagar närstående till en ung patient med ett komplext och livshotande sjukdomstillstånd, där patientens liv till slut inte gick att rädda. De närstående efterfrågar förklaringar till flera medicinska beslut och undrar om tecken på komplikationer hade kunnat

identifieras tidigare. Samtidigt framhåller de att omfattande vårdinsatser genomfördes och att syftet med klagomålet är att bidra till lärande och utveckling av vården.

“Patienten genomgick flera akuta operationer, fick misstänkt hjärtstopp och stora påfrestningar under vårdtiden. Anhöriga har påverkats starkt [...]”, skriver de anhöriga.

I yttrandet skriver verksamheten att de beklagar de närståendes förlust och att grundprincipen är att det hela tiden ska finnas en patientansvarig läkare som driver på vården och vid behov kan konsultera specialister. Patienten hade bland annat en infektion på en hjärtklaff och ytterligare ett tillstånd som bidrog till att en akut operation sågs som direkt livshotande, varför man valde att avvakta. Vården skriver också att man diskuterade patientens tillstånd i flera expertsammanhang, för att bästa vård skulle ges, men att det på grund av det svåra tillståndet inte gick att rädda patientens liv.

Även vårdskador förekommer bland patienters och närståendes upplevelser. I ett klagomål berättar en närstående om hur en patient upplevt ett tryck över bröstet under arbetsdagen och sökt akut vård. En EKG-undersökning visade inget, men patienten hade ett mycket högt blodtryck. Patienten skickades hem och fick inom några dagar en blodpropp i sitt ena öga.

Vårdnadshavaren till ett barn beskriver vad som hände efter en blindtarmsoperation som initialt beskrevs som rutinmässig. Efter utskrivning försämrades patienten snabbt med svåra smärtor, hög feber och kraftigt påverkat allmäntillstånd. Vid återinläggning upptäcktes ett omfattande blödningsförlopp i buken, som enligt de anhöriga orsakats av ett blodkärl som skadats i samband med operationen.

“Det dygnet som vi var hemma var tuffa för både [patienten] och oss andra, [hen] grät, flämtade och hade till slut panik i blicken när [hen] sa att [hen] inte klarade mer smärta. [...] När jag ringde avdelningen [hen] legat inne på sa de att jag skulle ringa en ambulans direkt. [Patienten] var

själv säker på att [hen] skulle dö av smärtan, [hen] sa/flämtade det gång på gång.”

Vården har svarat vårdnadshavaren att det inte är bevisat att blodkärlet gick sönder på grund av operationen, utan att det kan ha skett av andra skäl.

När bedömningen brister

I ett tiotal ärenden uppger patienter att bristande bedömningar inom vården fått konsekvenser för deras sjukdomar och tillfrisknanden.

En patient beskriver hur denne upplevde att det plötsligt ”small till” i bröstet under arbetstid. Patienten ringde direkt till en närliggande vårdcentral, där denne först fick vänta på att bli uppringd och därefter fick ett lugnande besked om att det hela säkert rörde sig om en stressreaktion som skulle gå över. Patienten trodde på detta och avvaktade. När akut sjukvård senare fick uppsökas under kvällen visade det sig att patienten drabbats av ett akut hjärttillstånd som krävde operation. Efter många timmars operation kunde patientens liv enligt klagomålet räddas med mycket små marginaler.

En patient sökte sig vid två tillfällen till vårdcentralen med brösttryck, sjukdomskänsla och senare tilltagande andfåddhet. Vid första besöket bedömdes besvären som en virusinfektion. Några dagar senare försämrades tillståndet och patienten skickades till sjukhus, där hjärtinfarkt och hjärtsvikt konstaterades. Patienten anser att hjärtinfarkten borde ha upptäckts redan vid det första besöket.

"Jag hade alltså haft hjärtinfarkt vid båda besöken på vårdcentralen, vilket inte upptäcktes eller konstaterades. Jag har blivit både ledsen och arg över hur en vårdcentral kan missa en pågående hjärtinfarkt."

Vårdcentralen beklagar att man brustit i handläggningen av patientens ärende. Efter en intern utredning bedömer verksamheten att hjärtinfarkt borde ha övervägts redan vid det första besöket och

att en tidigare remiss till specialistvård sannolikt hade kunnat förkorta sjukdomsförloppet och minska utvecklingen av hjärtsvikt.

En gravid kvinna som tidigare hade haft en propp hade fått information om att hon skulle söka vård igen vid minsta känning av något liknande. Så gjorde hon också när hon åter kände en värmekänsla i ena benet. När prover togs och patientens journal granskades visade det sig att den tidigare bedömningen av att hon haft en propp några år tidigare, varit felaktig. Kvinnan beskriver själv hur långtgående konsekvenser den felaktiga bedömningen fått.

”Det har resulterat i många tårar, lidande och funderande. Jag fick äta blodförtunnande i flera månader, vilket jag inte borde ha gjort! [...] Jag var sjukskriven från jobb och förlorade arbetsinkomst. [...] Jag har också tvingats att ta sprutor och bekosta dessa under hela min förra graviditet samt utstått ett väldigt lidande att ta dessa varje morgon under graviditeten samt ett bra tag efter graviditeten.”

I yttrandet bekräftar vårdenheten att kvinnan tidigare fått ett felaktigt besked och man beklagar de konsekvenser som de fått för henne. Man förklarar att det hela berodde på en språklig miss i ett utlåtande, som hade dikterats med så kallad taligenkänning. Vid korrekturläsning upptäcktes tyvärr inte felet. Sedan misstaget inträffade har enheten dock fått ett bättre program för taligenkänning och vikten av att noga läsa igenom utlåtanden har diskuterats på enheten.

Även flera patienter berättar om att de upplevt sig ignorerade på en akutmottagning när de sökt vård för hjärtrelaterade tillstånd. En patient skriver att hen kom till akutmottagningen med ambulans på grund av hjärtinfarkt men fick vänta flera timmar innan hen transporterades vidare för operation. Patienten menar att fördröjningen ledde till bestående hjärtskador som påverkar hens arbetsförmåga och vardag.

En annan patient uppger att hen sökte till akutmottagningen med bröstsmärtor och berättade om en tidigare hjärtmuskelinflammation,

men hänvisades till vårdcentralen utan undersökning. Senare samma dag konstaterades hjärtmuskelinflammation på ett annat sjukhus.

Läkemedel och biverkningar

En patient klagar på att denne vid ett flertal tillfällen inte fått sina läkemedel förskrivna. En annan ska ha fått utskrivet en blodtrycksmedicin som redan tidigare visat sig inte ge önskat resultat. En tredje beskriver hur denne vid insättning av ett läkemedel drabbades av svåra biverkningar. Att läkaren hävdade att detta inte hade något samband med läkemedlet ändrade inte det faktum att biverkningarna försvann då läkemedlet sattes ut igen. Ytterligare en patient ska ha råkat ut för att vårdpersonal missat att ge patienten sitt läkemedel – varvat med att patienten fått för hög dos av detsamma.

En anhörig beskriver hur en äldre, multisjuk patient skrevs ut från akutmottagningen trots att familjen uppfattat att fortsatt inneliggande vård på en annan avdelning planerades. De menar att utskrivningen präglades av brister i omvårdnad, läkemedelshantering, kommunikation och hemgångsplanering, vilket ledde till stort lidande och otrygghet för både patienten och familjen.

"Patienten själv sa att akuten var det värsta [hen] varit med om och [hen] önskar att [hen] kunde ta livet av sig."

Vården beklagar djupt patientens upplevelse och beskriver att det var på grund av vårdplatsbrist som patienten fick ligga kvar på akuten hela natten.

Vården bekräftar att en dos ordinerad medicinering missades samt att patienten borde ha fått bättre hjälp med toalettbesök och omvårdnad. Vården bedömer dock att utskrivningsbeslutet var medicinskt motiverat utifrån patientens tillstånd vid den aktuella tidpunkten.

Hantering av propp och stroke

Ett tiotal ärenden gäller patienter som vittnar om hur vården brustit i samband med att de drabbats av propp eller stroke.

Ett klagomål kommer från en patient som sökte till akutmottagningen på grund av tilltagande andfåddhet och uttryckte oro för att ha drabbats av en ny lungemboli (blodpropp i lungornas blodkärl), eftersom patienten tidigare hade haft detta vid två tillfällen. Trots detta bedömdes besvären som en försämring av astma och någon röntgenundersökning genomfördes inte. När symtomen förvärrades återkom patienten några dagar senare. Lungemboli kunde då konstateras. Patienten upplever att hen inte blev lyssnad på och att diagnosen därför fördröjdes med onödigt lidande som följd.

"Jag sa till läkaren flera gånger att jag inte kände igen symptomen som försämring av min astma och ifrågasatte hans bedömning och efterfrågade rtg [röntgen av lungorna]. [hen] sa att ingen röntgen behövdes, jag var ju under pågående behandling med blodförtunnande, så det fanns inget mer [hen] kunde göra."

Akutmottagningen bekräftar att diagnosen fördröjdes, men skriver att symtomen vid det första besöket bedömdes tala för astmaförsämring. När patienten återkom genomfördes datortomografi som visade lungemboli. Verksamheten beklagar både det fysiska och psykiska lidandet som den fördröjda diagnosen orsakat patienten.

En patient skriver att en misstänkt blodpropp i armen avfärdades på akutmottagningen utan tillräcklig undersökning. Dagen därpå konstaterades en djup ventrombos efter ultraljud, vilket enligt patienten ledde till fördröjd behandling och onödig oro.

En annan patient uppger att en nödvändig ultraljudsundersökning för att utesluta blodpropp fördröjdes till nästa dag. Efter undersökningen konstaterades blodpropp.

Ytterligare en patient anmäler att hen utvecklade blodproppar efter en operation och anser att förebyggande behandling med

blodförtunnande läkemedel borde ha satts in tidigare samt fortsatt en tid efter operationen för att minska risken för komplikationer.

En patient sökte vård två gånger för svullnad, rodnad och smärta i benet efter en höftoperation och uttryckte oro för blodpropp. Trots detta avfärdades misstanken vid båda besöken. Först efter att patienten själv krävt vidare utredning konstaterades en blodpropp.

"Det hade kunnat få katastrofala följder om jag endast hade utgått ifrån läkarnas bedömningar på [vårdcentralen]. Då hade proppen vandrat till lungorna och jag hade kunnat dö. Jag är arg, ledsen och besviken över hur jag blivit behandlad och nonchalerad av läkarna [på vårdcentralen] som har förringat mina symptom och mig som person."

Vårdcentralen uppger att båda läkarna bedömde risken för blodpropp som låg utifrån den nyligen genomförda operationen och tidigare förebyggande behandling. Efter händelsen har verksamheten gått igenom rutinerna för bedömning av bensvullnad och misstänkt blodpropp samt informerat berörda läkare om gällande riktlinjer.

Väntetider och tillgänglighet

I ett tjugotal ärenden framförs synpunkter på långa väntetider och bristande tillgänglighet inom specialistvård, primärvård och akutsjukvård. Klagomålen rör bland annat väntan på specialistbedömningar, undersökningar, behandlingar och läkartider samt bristande kontinuitet och samordning. På akutmottagningar beskrivs långa väntetider, otillräcklig information och bristande tillsyn under väntan. Det förekommer även synpunkter på inställda operationer och besked om att vårdgarantin inte är tillämplig.

En patient klagar på att en blodpropp och efterföljande kallbrand upptäcktes för sent, vilket ledde till amputation. Patienten beskriver hur lång väntetid på operation och upprepade uppskjutna ingrepp ledde till att patientens tillstånd försämrades så mycket att även knät fick amputeras. Patienten menar att vårdens förseningar och resursbrist har gett honom bestående funktionsnedsättning och kraftigt försämrad livskvalitet.

"Jag lades in på kärlavdelningen och fick besked att jag måste opereras senast inom 48 timmar. Helst omgående. Men ortopeden hade inte tillräckligt med resurser och jag sattes upp på deras väntelista. [...] Mina anhöriga bönade och bad, kallade upp läkare från ortopeden vid två tillfällen som bara beklagade. 'Det kommer in akuta fall hela tiden, vi har inga resurser, kan inte göra något. [...] Min fru höll på att bryta ihop av oro, ilska och frustration över att jag bara var ett personnummer på en väntelista trots att min situation var så akut. Jag orkade inte längre. Ville skriva ut mig och dö hemma."

Kliniken som utfört amputationen har inte tagit ställning till sakfrågorna i ärendet utan meddelar att klagomålet har skickats vidare till chefläkare för bedömning av eventuell Lex Maria-anmälan och fortsatt internutredning.

En anhörig uppger att patienten sökte akutmottagningen med tidiga tecken på stroke men fick vänta länge på läkarbedömning. Enligt anhörig ledde fördröjd utredning och utebliven akut behandling till att patienten utvecklade en bestående halvsidig förlamning.

"Enligt vår uppfattning hade tidig diagnos och snabb behandling kunnat förhindra eller minska den bestående förlamningen som nu föreligger."

I yttrandet beklagar vården att patienten fått en halvsidesförlamning till följd av stroke och den långa väntetiden på en läkarbedömning. Vid ankomsten till akutmottagningen sökte patienten för trötthet och bensvaghet. Testerna visade normala värden och patienten fick prioritetsgrad 3. Först 12 timmar senare bedömdes patienten av läkare, som konstaterade neurologiska bortfallssymtom och förmaksflimmer.

Vården konstaterar att patientens ensidiga bensvaghet felaktigt hade bedömts som svaghet i båda benen, vilket bidrog till den lägre prioriteringen. Patienten hade dock sökt vård först tio timmar efter symptomdebuten och en tidigare bedömning hade enligt vården inte förändrat behandlingen.

Remisser och uppföljningar

I flera ärenden framförs synpunkter på brister i remiss- och recepthanteringen. Klagomålen rör bland annat uteblivna eller felaktigt skickade remisser, fördröjd uppföljning samt sena eller felaktiga receptförnyelser. Patienter beskriver också bristande kontinuitet, kommunikation och uppföljning, där de upplever att de själva fått bevaka att planerade åtgärder genomförs. Även utebliven återkoppling, otydlig ansvarsfördelning och bristande information om fortsatt vård lyfts fram och har skapat oro samt en känsla av att bli bortglömd.

En patient uppger att en läkare vid ett arbetsprov informerade om avvikande fynd i hjärtat och rekommenderade fortsatt utredning med MR-undersökning. Efter flera veckors väntan visade det sig enligt patienten att någon remiss inte hade skickats och att uppgifter om de avvikande fynden inte dokumenterats. Patienten upplever att vården fördröjdes samtidigt som besvären förvärrades och ifrågasätter varför den rekommenderade utredningen aldrig genomfördes.

“Efter undersökningen berättade läkare att [hen] upptäckte negativa T-vågor på EKG, som tyder på en hjärtskada. För att bekräfta sitt påstående lovade [hen] att skicka remiss till MR hjärta och sedan träffa mig igen. (...) Efter sex veckor orolig väntan kontaktar jag [enheten]. Då får jag veta av sekreterare att inga uppgifter om mig fanns i systemet (...).

Vårdgivaren uppger att arbetsprovet visade endast obetydliga förändringar och att någon tydlig indikation för MR-undersökning inte förelåg efter genomgång av tidigare omfattande hjärtutredningar. Enligt vårdgivaren nämndes MR som ett möjligt nästa steg, men beslut skulle fattas först efter inhämtning av tidigare journaler och kollegial diskussion. Vårdgivaren beklagar att kommunikationen kring detta inte varit tillräckligt tydlig och förklarar den långa handläggningstiden med sent inkomna journalhandlingar och behov av fördjupad genomgång av patientens omfattande sjukdomshistoria.

Bemötande och närståendes perspektiv

Bemötande är ett återkommande tema i ett tjugotal klagomål. I flera ärenden beskriver patienter och närstående att bristande bemötande bidragit till fördröjd diagnostik eller påverkat vården negativt.

Exempel finns där patienter upplevt att allvarliga symtom inte tagits på tillräckligt stort allvar.

Patienter och närstående framför även synpunkter på bristande kommunikation, respekt och omhändertagande. Många beskriver att de känt sig misstrodda, kränkta eller inte lyssnade på, vilket lett till oro, försämrat mående och minskat förtroende för vården. Exempel som lyfts är långa väntetider utan information, upplevt nonchalant bemötande samt symtom som avfärdats utan tillräcklig utredning.

Patienters och närståendes förbättringsförslag

Patienters och närståendes synpunkter visar att det är avgörande att bli lyssnad på och tagen på allvar. Förbättringsförslagen rör hela vårdkedjan och handlar främst om bättre bedömningar, ökad kontinuitet, tydligare information, bättre kommunikation och ökad delaktighet. Även säkrare läkemedelshantering, förbättrad uppföljning samt bättre samordning mellan vårdgivare efterfrågas. Sammantaget syftar förslagen till ökad patientsäkerhet, bättre tillgänglighet och en mer personcentrerad vård.

Analys och reflektioner

Hjärt- och kärlsjukdomar är fortfarande den vanligaste dödsorsaken i Sverige och mer än två miljoner svenskar lever med någon form av hjärt- och kärlsjukdom. Samtidigt har den medicinska utvecklingen inneburit att allt fler överlever hjärtinfarkt och lever längre med kroniska hjärtsjukdomar. Det är en framgång för sjukvården, men

innebär också att behovet av uppföljning, rehabilitering och långsiktig behandling ökar. Regeringen har mot denna bakgrund gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för att förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdomar. I uppdraget betonas bland annat vikten av jämlik vård, tidig upptäckt, ökad patientdelaktighet, rehabilitering och förbättrad uppföljning⁵ – områden som också återkommer i denna analys.

Erfarenheter från hjärtsjukvården: Mycket har utvecklats – men fortsatta utmaningar finns

Den skånska hjärtsjukvården har utvecklats kraftigt och allt fler patienter överlever hjärtinfarkter och lever längre med kroniska hjärtsjukdomar. Det innebär samtidigt att fler behöver följas under lång tid. Vid Skånes universitetssjukhus, SUS, framhåller verksamheten att väntetiderna har förbättrats betydligt under de senaste åren. Samtidigt säger Fredrik Utter, läkarchef vid kardiologen i Helsingborg, att deras största utmaning fortfarande finns i den långsiktiga uppföljningen av patienter som behöver återkommande kontroller.

– Om vi har sagt att patienten ska komma tillbaka om ett år kan det i praktiken bli betydligt längre väntetid. För en del patienter spelar det kanske mindre roll, men för andra kan ett försenat återbesök få större betydelse, säger Fredrik Utter.

Samtidigt ser situationen inte likadan ut överallt. På SUS har ett omfattande arbete med tillgängligheten genomförts under de senaste ett och ett halvt till två åren. Patrik Tydén, verksamhetschef för hjärt- och lungsjukvård på SUS, beskriver hur väntelistor kvalitetssäkrats samtidigt som antalet läkarbesök har ökat. På de kardiologiska

⁵ Uppdrag att ta fram en nationell handlingsplan för att förebygga och behandla hjärt- och kärlsjukdom - Regeringen.se

mottagningarna ligger tillgängligheten enligt honom mellan 77 och 100 procent, beroende på mottagning.

– Jag håller med doktor Utter om att det är en utmaning, men vi är rätt nöjda med den process som har genomförts, säger Patrik Tydén.

Tord Juhlin, sektionschef för kardiologi i Malmö, framhåller samtidigt en viktig skillnad mellan nybesök och återbesök. Det politiska fokuset har varit starkt på att korta väntetiderna för nya patienter, medan återbesöken är känsligare.

– Vi har fortfarande problem med återbesöken. En hel del av klagomålen handlar om tillgängligheten till återbesök, säger han.

Dock har SUS ökat antalet besök och förbättrat tillgängligheten. Arbetet handlar både om att öka kapaciteten och om att bedöma vilka patienter som behöver fortsatt specialistuppföljning. Produktionsplanering och verktyg för att tydligare följa väntelistorna används för att styra resurserna dit behoven är störst.

I arbetet med att förbättra tillgängligheten använder SUS också produktionsstyrningsverktyget Kaplan. Verktöget finns på verksamhetens enheter och gör det möjligt att tydligare visualisera väntelistor, patientflöden och tillgängliga resurser. På så sätt blir det lättare att se var köerna uppstår, hur stora behoven är och hur verksamhetens kapacitet kan användas mer effektivt. SUS har varit tidigt ute med arbetssättet och Kaplan ska enligt verksamheten införas bredare i Region Skåne.

Behovet av uppföljning ökar också i takt med att behandlingarna blir bättre. Fler överlever hjärtinfarkter och lever längre med exempelvis hjärtsvikt. Samtidigt kan avancerad behandling erbjudas även äldre och mer multisjuka patienter.

– Vi får hela tiden nya verktyg. Det är fantastiskt för patienterna, men det ställer också ökade krav på vården. Ska man kunna göra mer för fler patienter så krävs det också resurser, konstaterar Fredrik Utter.

Primärvården har därför en viktig roll. När specialistbehandlingen är avslutad behöver många patienter fortsätta sina kontroller på vårdcentralen. Fredrik Utter pekar på möjligheten att ge primärvården ett tydligare ansvar för den samlade uppföljningen, särskilt för äldre patienter med flera sjukdomar.

Även på SUS betonas samspelet med primärvården. Antalet remisser till hjärtsjukvården ökar och alla patienter behöver inte tas över av specialistvården. Tord Juhlin vill samtidigt inte tala om ”onödiga remisser”. Specialistvårdens uppgift är enligt honom att göra en medicinsk bedömning och, när patienten inte behöver komma till SUS, ge primärvården ett användbart svar om fortsatt utredning och uppföljning.

– Det ligger på oss att skriva bra remissvar. Skriver vi dåliga remissvar så blir det ingen kunskapsöverföring, säger Patrik Tydén.

Flera patienter i Patientnämndens analys beskriver att deras hjärtsjukdom inte upptäckts i tid. Både Fredrik Utter och företrädarna för SUS känner igen att sådana fall förekommer, men de beskriver det inte som ett generellt eller systematiskt problem.

Fredrik Utter framhåller att hjärtsjukdom ibland kan vara svår att identifiera tidigt. En patient kan exempelvis söka för bröstsmärta utan att EKG eller blodprov visar tydliga tecken på hjärtinfarkt, trots att besvären senare visar sig vara början på ett allvarligt hjärttillstånd.

– Den bedömningen är inte alltid lätt att göra. Vi bedömer utifrån symtomen, EKG och blodprover. Ibland finns det objektiva fynd som missas, men många gånger finns de inte där när patienten söker vård första gången, säger han.

På SUS lyfter man i stället läkemedelshanteringen som ett återkommande patientsäkerhetsproblem. Tord Juhlin beskriver läkemedelsfel som ett av de vanligaste problemen i verksamhetens avvikelsearbete. Det kan handla om att läkemedelslistor inte har

uppdaterats korrekt, att felaktiga uppgifter ligger kvar eller att patienten inte fått tillräcklig information om hur ett läkemedel ska användas.

Patrik Tydén beskriver läkemedelshanteringen som ett område där vården behöver arbeta med detaljerna och skapa en kultur där medarbetare påminner varandra och öppet kan diskutera fel. På SUS finns ett systematiskt patientsäkerhetsarbete där avvikelser följs upp och används för lärande. Även brister i informationsöverföringen mellan olika delar av vården är ett återkommande riskområde.

– Informationsöverföring är alltid en risk. Det är ett löpande kvalitetsarbete som man hela tiden måste ha koll på, säger Patrik Tydén.

SUS hjärtsjukvård skiljer sig samtidigt från övriga sjukhus i Skåne genom att verksamheten har både lokala, regionala och nationella uppdrag. Den mest högspecialiserade hjärtsjukvården är framför allt koncentrerad till Lund, medan Malmö också har ett omfattande och avancerat kardiologiskt uppdrag. Det innebär att tillgängligheten på SUS har betydelse för patienter från hela Skåne och, för vissa behandlingar, även från andra delar av Sverige.

Trots utmaningarna betonar både Fredrik Utter och företrädarna för SUS den stora utveckling som skett inom hjärtsjukvården. Färre människor drabbas av hjärtinfarkt och betydligt fler överlever än tidigare. Preventionen har förbättrats och nya behandlingsmetoder har förändrat prognosen för många hjärtsjukdomar. Verksamheterna hanterar även bland annat ett stort antal akuta hjärtinfarkter. I Helsingborg rör det sig om omkring 500 hjärtinfarkter per år, medan SUS tar hand om över 1 500. De allra flesta patienter överlever, vilket samtidigt visar på den stora utveckling som skett inom den akuta hjärtsjukvården. Enligt Patrik Tydén är Skåne det län där man har störst sannolikhet att överleva just en infarkt.

Alla tre lyfter särskilt också förändrade livsstilar som en förbättring för folkhälsan. Särskilt att rökningen minskat ser de som positivt. I kombination med en allt mer avancerad vård gör det att allt fler överlever och lever längre med sina hjärtsjukdomar.

– Vi överlever hjärtinfarkter på ett helt annat sätt än för 30 år sedan. Vi lever längre med hjärtsvikt och många andra hjärtsjukdomar. Uppenbarligen gör vi väldigt mycket rätt, konstaterar Fredrik Utter.

Sammanfattande analys

Materialet visar att den akuta hjärtsjukvården i många avseenden har utvecklats positivt, samtidigt som betydande utmaningar finns i vårdkedjan, framför allt före och efter den akuta behandlingen. Fler patienter överlever hjärtinfarkter och lever längre med kroniska hjärtsjukdomar, vilket också innebär att fler behöver följas under lång tid. Bilden av tillgängligheten varierar mellan verksamheterna. Vid Skånes universitetssjukhus, SUS, har väntetiderna förbättrats betydligt efter ett omfattande arbete med framför allt att kapa köerna. Samtidigt beskriver både representanterna från SUS och Fredrik Utter, läkarchef vid kardiologen i Helsingborg, återbesöken som en fortsatt utmaning. Utter beskriver hur planerade återbesök kan försenas betydligt, medan SUS framhåller att det politiska fokuset på förstagångsbesök har gjort återbesöken till en känsligare del av tillgängligheten, om än dock förbättrad de senaste åren.

Samma problematik framträder i patienternas berättelser. Flera beskriver uppskjutna återbesök, försenade undersökningar och bristande uppföljning. Det skapar i vissa fall en upplevelse av oro och ibland också en känsla av att lämnas utan stöd. För patienter med kroniska hjärt- och kärlsjukdomar är en fungerande uppföljning särskilt viktig, eftersom sjukdomstillståndet kan försämrats och behöva upptäckas i tid. Samtidigt innebär hjärtsjukvårdens medicinska framsteg att fler patienter överlever och lever längre med exempelvis hjärtsvikt och andra kroniska hjärtsjukdomar.

Utvecklingen av behandlingsmetoder som skett är förstås positiv för patienterna, men ökar också behovet av långsiktig uppföljning. Förbättringarna ställer också krav på hur ansvaret fördelas mellan specialistvård och primärvård.

Analysen visar samtidigt att patienter återkommande upplever problem redan vid den första kontakten med vården, framför allt inom primärvården. Flera berättelser handlar om patienter som sökt för bröstsmärta, andfåddhet eller misstänkt blodpropp men upplevt att deras symtom avfärdats eller tolkats som mindre allvarliga tillstånd. I flera av dessa fall konstaterades senare hjärtinfarkt, lungemboli, blodpropp eller annan allvarlig hjärt- eller kärlsjukdom.

Materialet som denna analys baseras på kan inte användas för att dra slutsatser om hur vanligt detta är och det är värt att notera att mängden hjärt- och kärlpatienter vida överstiger antalet klagomål. Samtidigt säger både Fredrik Utter och företrädarna för SUS att de känner igen att fall där vårdkedjan fördröjs förekommer, men beskriver det inte som ett generellt eller systematiskt problem. Utter framhåller också att hjärtsjukdom ibland är svår att diagnostisera tidigt eftersom EKG, blodprover och andra objektiva fynd kan saknas vid det första vårdtillfället. Det understryker betydelsen av god klinisk bedömning och möjligheten till uppföljning när symtombilden är osäker.

Erfarenheterna från SUS visar samtidigt att patientsäkerhetsriskerna inte enbart handlar om tillgänglighet och diagnostik. Där lyfts också läkemedelshanteringen som ett återkommande problem i avvikelsearbetet. Även informationsöverföringen mellan olika delar av vården beskrivs som ett område som kräver kontinuerligt kvalitetsarbete. Det visar betydelsen av att vårdkedjan inte bara är tillgänglig utan också sammanhållen, så att information om behandling, läkemedel och fortsatt uppföljning följer patienten mellan olika vårdnivåer.

Den bild som framträder ligger i flera avseenden i linje med nationella analyser av den svenska hjärtsjukvården. Svensk hjärtsjukvård håller i grunden hög medicinsk kvalitet, samtidigt som utvecklingsbehov har identifierats när det gäller bland annat tidig diagnostik, strukturerad uppföljning, rehabilitering och samverkan mellan primärvård och specialistvård. Regeringens uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram en nationell handlingsplan för hjärt- och kärlsjukdomar har också fokus på bland annat tidig upptäckt, jämlik vård, förbättrad uppföljning, patientdelaktighet och ett mer förebyggande arbetssätt.⁶

Patienternas egna förbättringsförslag ligger i stor utsträckning i linje med dessa ambitioner. De efterfrågar framför allt att bli lyssnade på och tagna på allvar, men också bättre kontinuitet, tydligare information, snabbare utredningar och en mer sammanhållen vårdkedja mellan primärvård och specialistvård. Många önskar dessutom en fast vårdkontakt och ett tydligare ansvar för uppföljningen efter sjukhusvistelse. Erfarenheterna från hjärtsjukvården visar samtidigt betydelsen av en fungerande ansvarsfördelning: alla patienter behöver inte följas inom specialistvården, men när ansvaret övergår till primärvården behöver informationen vara tydlig och det måste framgå hur den fortsatta utredningen, behandlingen och uppföljningen ska genomföras.

Sammantaget pekar analysen på att en stor utvecklingspotential finns i vårdkedjan före och efter den akuta behandlingen. Den akuta hjärtsjukvården har gjort stora medicinska framsteg och allt fler patienter överlever allvarlig hjärtsjukdom. Just denna utveckling ökar samtidigt kraven på en fungerande långsiktig vård. När primärvård, specialistvård och uppföljning fungerar som en

6

<https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/fokhalsa-och-sjukvard/uppdrag-att-ta-fram-en-nationell-handlingsplan-for-att-forebygga-och-behandla-hjart-och-karlsjukdom.pdf>

sammanhållen helhet ökar möjligheterna att upptäcka sjukdom i ett tidigt skede, identifiera försämringar och säkerställa att behandling och läkemedel följs upp på ett säkert sätt. God kontinuitet, strukturerad uppföljning, säker informationsöverföring och ett vårdmöte där patientens symtom tas på allvar blir därför centrala delar av en säker och effektiv hjärt- och kärlsjukvård.

Rättighetsanalys

Flera klagomål rör patienters rätt till information och delaktighet. Enligt patientlagen ska patienter få individuellt anpassad information och ges möjlighet att vara delaktiga i beslut om sin vård. I materialet beskriver många att de inte fått tillräckliga förklaringar till medicinska beslut eller att deras symtom och oro inte tagits på allvar. Analysen visar även återkommande brister i kommunikationen kring remisser, provsvar och uppföljning, vilket kan försvåra patienters möjlighet att förstå och påverka sin vård. Många efterfrågar dessutom bättre samordning och kontinuitet, i linje med lagstiftningens krav på fast vårdkontakt. Samtidigt aktualiserar flera av de beskrivna händelserna vårdgivarens ansvar att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att förebygga vårdskador. Sammantaget visar analysen att flera av de förbättringsområden som patienter och närstående lyfter, såsom bättre information, ökad delaktighet, kortare väntetider och säkrare vårdprocesser, också är områden där lagstiftningen ställer tydliga krav på hälso- och sjukvården.

Mer från Patientnämnden Skåne

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

- ”Såhär ska man aldrig behöva bli bemött 2026:04

