Synpunkter och klagomål på bristande omvårdnad vid akutmottagningen på Mälarsjukhuset

Inledning

Omvårdnad är den bärande grunden i hälso- och sjukvården och omfattar åtgärder som syftar till att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. En god omvårdnad är en central förutsättning för hög patientsäkerhet. Att arbeta med patientsäkerhet kräver därför en struktur för omvårdnad liksom en hög omvårdnadskompetens hos personalen [1]. Brister inom omvårdnad har ett tydligt samband med ökad risk för dödlighet och fler vårdrelaterade skador [2].

Under det senaste året har Patientnämnden uppmärksammat en ökning av klagomål som rör upplevd bristande omvårdnad vid akutkliniken Mälarsjukhuset. Majoriteten av dessa ärenden rör brister i omvårdnad vid akutmottagningen. Antalet ärenden under perioden 1 april 2025–30 april 2026 har fördubblats jämfört med föregående period.

Mot denna bakgrund bedömer Patientnämnden att det finns behov av en analys av de inkomna klagomålen. Syftet är att identifiera återkommande brister, uppmärksamma eventuella risker för patientsäkerheten samt undersöka om det skett förändringar över tid, både i patienternas upplevelser och i vårdens sätt att bemöta och hantera inkomna ärenden.

Genom att tillvarata erfarenheter som framkommer i klagomålen skapas ökade förutsättningar att utifrån patienters och närståendes perspektiv stärka trygghet, bemötande och kvalitet i vården.

[1] Omvårdnadshjulet, Verktyg för god omvårdnadskvalitet. Region Sörmland. 2026.
[2] Svensk sjuksköterskeförening. Kunskapsområdet omvårdnad. https://swenurse.se/kunskapsomradet omvardnad. 2024

Metod och underlag

Analysen baseras på 49 inkomna ärenden till Patientnämnden under perioden 1 april 2025–30 april 2026, vilka samtliga rör upplevda brister i omvårdnad vid akutkliniken på Mälarsjukhuset. Majoriteten av ärendena avser akutmottagningen. Ärendena utgår från patienters och närståendes upplevelser, vilket innebär att de speglar upplevda brister och inte nödvändigtvis verifierade vårdavvikelser. Resultatet av analysen är inte representativt för akutkliniken i stort, men kan trots detta utgöra ett viktigt underlag för kvalitetsutveckling. Materialet ger en viktig indikation på riskområden i verksamheten och jämförs med ärenden från föregående period 1 mars 2024–30 april 2025.

Resultat

Beskrivning av ärendena

Under den aktuella perioden inkom 49 ärenden. Majoriteten av dessa avser kvinnor, och den största åldersgruppen är 30–39 år. Samtidigt förekommer ärenden i samtliga åldersgrupper, inklusive barn och äldre.

Antal ärenden per ålder och kön

Ålder	Kvinna	Man	Kön okänt	Summa
0–9		1		1
10–19	2	1		3
20–29	4	2		6
30–39	7	1		8
40–49	1	1		2
50–59	1			1
60–69	2	1		3
70–79	1	3		4
80–89	1	4		5
90-	1	2		3
Ålder okänd	6	5	2	13
Summa	26	21	2	49

Identifierade problemområden

Långa väntetider och bristande tillsyn

Återkommande i materialet är beskrivningar av långa väntetider, i vissa fall upp till 10–11 timmar. Under väntetiden uppger patienter och närstående att tillsynen är begränsad och att kontakt med vårdpersonal är sporadisk eller uteblir. Det framkommer även att larm från patienter inte alltid uppmärksammas eller åtgärdas inom rimlig tid. I ett ärende beskrivs hur ett larm, där en närstående påkallar hjälp, pågår i närmare två timmar utan att besvaras av personal. Ärendena visar att den bristande tillsynen, särskilt av sköra äldre patienter, leder till att nödvändiga omvårdnadsinsatser uteblir.

Brister i grundläggande omvårdnad

Flera ärenden beskriver utebliven hjälp med grundläggande behov såsom toalettbesök, mat och dryck, trots lång vistelsetid. Ärendena visar också att identifierade medicinska behov av insatser vid exempelvis diabetes, torra slemhinnor eller allmän svaghet inte tillgodoses. I ärendena beskrivs också att patienter drabbas av fallskador då adekvata åtgärder inte vidtas för att minimera fallrisken.

Otillräcklig uppmärksamhet på smärta och andra symtom

Patienter uppger att smärta och andra symtom inte uppmärksammas eller hanteras i tillräcklig grad. Det framkommer även att försämringar i deras tillstånd inte alltid leder till en ny bedömning eller åtgärd. Exempelvis beskriver patienter att de, trots uttalad smärta och upprepade påpekanden, inte får tillräcklig smärtlindring. I ett fall ifrågasätter en patient den uteblivna smärtlindringen och får till svar att detta beror på personalbrist.

Brister i hygien och vårdmiljö

Flera ärenden beskriver allvarliga brister i hygien och städning inom akutmottagningens lokaler. Exempel som lyfts är förekomst av blod på golv, stolar och i väntrum, smutsiga toaletter med blod och avföring samt andra utrymmen som upplevs som bristfälligt rengjorda.

Sekretess och informationssäkerhet

Brister i sekretess uppmärksammas i väntrum och registreringssituationer, där känsliga uppgifter kan uppfattas av andra patienter och besökare. Detta ifrågasätts särskilt mot bakgrund av att mottagningen är nybyggd och därmed bör ha goda förutsättningar att upprätthålla sekretess. I ett ärende

beskrivs även att prover märkta med namn och personnummer påträffas på en allmän toalett.

Brister vid utskrivning och vårdövergångar
Patienter skrivs i flera fall ut utan tillräcklig information eller planering. I vissa fall uteblir information till närstående och samordning med kommunala insatser helt. Det framkommer även brister i planeringen av transporter, där hänsyn inte tas till patientens funktionsförmåga. I ett ärende beskrivs hur en patient, mitt i vintern, skickas hem i taxi iförd endast sjukhuskläder och utan skor, samtidigt som en venkateter kvarlämnas i armvecket.

Bemötande och kommunikation
Patienter och närstående rapporterar brister i bemötande och kommunikation, däribland otydlig information om väntetider och vårdplanering. Flera beskriver att vårdpersonalens bemötande upplevs som nonchalant, snäsigt och nedlåtande.

Sammanfattning av iakttagelser

Analysen visar på återkommande brister inom flera områden, däribland basal omvårdnad, tillsyn, hygien, kommunikation, sekretess och utskrivningsrutiner. Dessa brister kan innebära påtagliga risker för patientsäkerheten, särskilt för patienter med ökad sårbarhet och omfattande omvårdnadsbehov.

Jämförelsen med föregående period visar, förutom att antalet ärenden har dubblerats, att identifierade brister i stort är oförändrade. Detta bekräftas även i patientnämndens tidigare analyser från 2022 och 2025 [3][4], där samma typer av brister avseende akutkliniken vid Mälarsjukhuset framträder. Sammantaget indikerar detta att tidigare identifierade brister inte har åtgärdats i tillräcklig omfattning. Analysen tyder även på en ökad allvarlighetsgrad i vissa ärenden, särskilt vad gäller basal omvårdnad, tillsyn av sköra patienter samt hygieniska förhållanden.

[3] Att inte få hjälpen när den behövs – Patienters och närståendes upplevelser av när omvårdnaden brister. 2025.
[4] Akutkliniken Mälarsjukhuset- Patienters och närståendes upplevelser av sitt besök på akutmottagningen. 2022.

Genomgången av svar på patientklagomålen visar att dessa i huvudsak präglas av generella förklaringar och beklaganden. Däremot saknas i flera ärende en fördjupad analys av bakomliggande orsaker, tydligt ansvarstagande och konkreta uppföljningsbara åtgärder. Därmed har kansliet i vissa ärenden begärt förtydliganden, exempelvis kring vilka åtgärder som planeras för att minimera risken för att en liknande händelse inträffar igen. Vissa svar har då ändrats av verksamheten, medan andra har bedömts som tillräckliga.

De riskområden som identifierats överensstämmer i stor utsträckning även med de risker som tidigare uppmärksammats av Inspektionen för vård och omsorg (IVO) i samband med myndighetens nationella tillsyn av 27 akutsjukhus 2022, där Mälarsjukhuset ingick[5]. Detta stärker ytterligare bilden av att bristerna är strukturella och långvariga. I ett beslut från 2023 konstaterade IVO att Mälarsjukhuset fortfarande hade kvarstående arbeten för att åtgärda bristerna. Samtidigt framgick att vissa åtgärder redan vidtagits och att ytterligare åtgärder planerades, såsom förbättrad tillgång till mat och rutiner för tätare tillsyn av sköra äldre [6]. I ett uppföljande beslut från 2024 framkom dock att brister kvarstod, bland annat avseende risken för att patienters grundläggande behov, såsom tillsyn, omvårdnad, läkemedel samt mat och dryck, inte tillgodoses. IVO avslutade ärendet med hänvisning till att vårdgivaren hade vidtagit och planerade ytterligare åtgärder [7]. Den aktuella analysen indikerar emellertid att dessa åtgärder inte har haft en tillräcklig effekt. Mot denna bakgrund framkommer att det föreligger kvarstående och i vissa delar fördjupade patientsäkerhetsrisker vid akutmottagningen på Mälarsjukhuset.
Särskilt framträdande riskområden är:

- bristande kontinuerlig tillsyn och bemötande,
- otillräckligt tillgodoseende av grundläggande omvårdnadsbehov,
- brister i säker utskrivning och vårdövergångar,
- brister i hygien och sekretess.

[5] Inspektionen för vård och omsorg. Nationell tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus. Slutrapport. 2024.
[6] Beslut från Inspektionen för vård och omsorg. Dnr 3.5.1-23183/2022-36.
[7] Beslut från Inspektionen för vård och omsorg. Dnr 3.5.1-23183/2022-46.