

Äldre kan också bli sjuka

Om rätten till god och korrekt vård
för äldre med kroniska sjukdomar



Riksförbundet
HjärtLung

Äldre kan också bli sjuka

Var tredje person som drabbas av en hjärtinfarkt är över 80 år. Gruppen äldre med hjärtsjukdom är en stor del av hjärtsjukvården i Sverige. Men det är också en grupp i skymundan, med stora behov av att synliggöras och av en vård som passar deras förutsättningar. Detsamma gäller för äldre med lungsjukdom. Samtidigt har vi en hälso- och sjukvård som blir alltmer full av luckor ju äldre vi blir. Både föråldrade attityder kring åldrande och resursbrister av olika slag bidrar till detta. Till ett system där sjukvård ersätts av "omsorg".

Men äldre kan också bli sjuka. Och kronologisk ålder får inte användas som en prioriteringsgrund för att inte behandla. Våra äldsta har rätt till god och korrekt vård. Det är vad denna PM behandlar.

Som patientorganisation möter Riksförbundet HjärtLung människor som lever med kroniska hjärt-, kärl- och lungsjukdomar varje dag. Riksförbundets medlemmar har en snittålder på 77 år. Samtidigt återkommer berättelser om vård som inte utgår från patientens behov och erfarenheter. Mot den bakgrunden vill vi bidra med patientperspektivet om hur vården för äldre med kroniska sjukdomar fungerar idag. De brister vi ser kan delas upp i tre olika delar: underbehandling av äldre, brist på uppföljning och samordning som drabbar de äldsta särskilt hårt, och en äldreomsorg där sjukvården allt för ofta lyser med sin frånvaro.

” I grunden handlar det om vår attityd till gamla människor.

Ju äldre du blir desto mindre lönsam blir du. Det är olagligt i Sverige att prioritera bort någon på grund av ålder. Ändå sker det hela tiden inom sjukvården.

Yngve Gustafson
Professor emeritus i geriatrik vid Umeå universitet och pensionerad överläkare i geriatrik

Underbehandling av äldre

Att behandla äldre annorlunda än yngre kan sägas vara ett uttryck för ålderism. Den vetenskapliga grunden för att ålder påverkar vilken vård patienter faktiskt får, är väletablerad internationellt. I den hittills mest omfattande genomgången av ålderismens hälsoeffekter analyserade professor Becca Levy och kollegor vid Yale School of Public Health 422 studier från 45 länder och fem kontinenter – totalt över sju miljoner deltagare.¹ Studien beställdes av WHO och publicerades 2020. Resultaten var tydliga: i 95,5 procent av studierna gav ålderism sämre hälsoutfall för äldre patienter, och effekterna var samstämmiga oavsett land, hälsoområde eller tidsperiod – med en andel signifikanta fynd som dessutom ökade över tid. Av särskild vikt är att studien visade att ålderism påverkade huruvida äldre patienter överhuvudtaget fick behandling, och om den behandling de fick var adekvat. Levy kommenterade resultaten: *”Vi fann bevis för ålderism i varje land vi tittade i, varje år vi tittade i och inom varje hälsodomän vi tittade i. Utbredningen var störande.”*² Att mönstret är så konsistent globalt tyder på att problemet är strukturellt – och ger skäl att anta att svensk vård inte är något undantag.

Det finns flera exempel i Sverige på att hjärt- och lungsjuka äldre är utsatta för mönstret som beskrivs i Yale-studien. De stora kvalitetsregistren på dessa områden ger flera exempel på vad ser ut som misstänkt underbehandling av äldre.

En mer konservativ behandling av personer över 80 år med hjärtinfarkt är ett exempel. Enligt en artikel i Läkartidningen genomgick endast cirka 60 procent av patienter över 80 år med hjärtinfarkt av typen NSTEMI kranskärlsröntgen – 40 procent erbjuds i stället enbart medicinsk behandling.

Överläkarna Anwar Siddiqui och Felix Böhm vid Karolinska universitetssjukhuset, som gjort analysen, är direkta i sin slutsats: kranskärlsröntgen och PCI-behandling bör erbjudas fler äldre patienter med NSTEMI än i dag.³

Att de äldsta i avsevärt lägre utsträckning än yngre får mer invasiva behandlingar är tydligt i statistik från patientregistret. Diagrammet på nästa sida visar åldersfördelningen för de som 2024 genomgått någon form av kranskärlsingrepp, uppdelat på olika former av bypassoperationer kontra mindre invasiva dilaterande ingrepp. Det är tydligt att ålder påtagligt påverkar fördelningen när det gäller de mer invasiva ingreppen på ett sätt som inte syns för den andra gruppen.

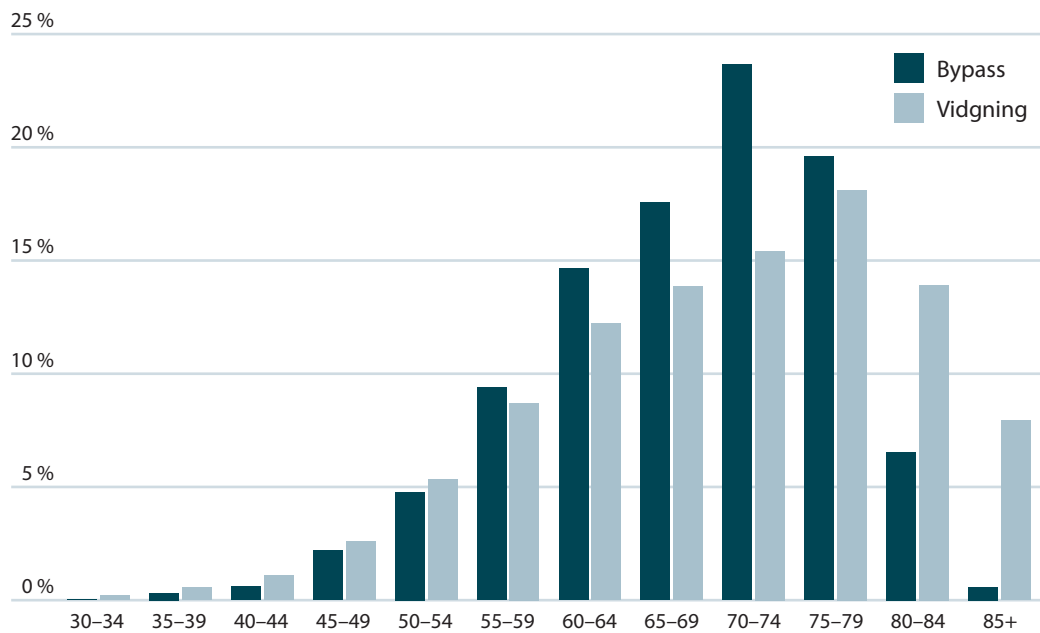
” Att de äldsta i avsevärt lägre utsträckning än yngre får mer invasiva behandlingar är tydligt i statistik från patientregistret.

1 Chang ES, Kanno S, Levy S, Wang SY, Lee JE, Levy BR. Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PLoS One. 2020 Jan 15;15(1):e0220857. doi: 10.1371/journal.pone.0220857. PMID: 31940338; PMCID: PMC6961830

2 [How Ageism Negatively Affects Older People's Health](#)

3 [Kranskärlsröntgen och PCI bör erbjudas fler äldre med NSTEMI – Läkartidningen](#)

Figur 1. Åldersfördelning för olika typer av kranskärlsingrepp, 2024⁴



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas

Valet att göra ett mindre invasivt ingrepp påverkas förstås av allmäntillståndet hos patienten och ju äldre vi blir desto större är sannolikheten att vi är mer sköra. Men hög ålder är inte synonymt med skörhet. I Swedehearts senaste årsrapport framgår att nästan hälften av alla över 80 år hamnar i de lägsta "skörhetsklasserna", det finns alltså många över 80 år som inte alls är så sköra som kanske antas.⁵ Risken finns att förutfattade meningar om "äldres skörhet" bidrar till det branta fallet för mer invasiva ingrepp bland personer som hunnit fylla 80 år.

Liknande mönster av underbehandling finns även inom lungsjukvården. I årsrapporten 2022 från luftvägsregistret konstaterar de två patientrepresentanterna bland annat att *"Både ålder och kön verkar påverka hur bra astmakontrollen är, men det är ju naturligtvis fel. Vad vi ser är att äldre och kvinnor får en sämre vård"*.⁶

Att ålder kan spela roll i mötet med hälso- och sjukvården visar också den stora medlemsundersökning som Riksförbundet HjärtLung genomfört under våren 2026, där svarade en tredjedel att de upplever eller misstänker att åldern påverkat vården.

Underbehandlingen av äldre är svår att enbart förklara med medicinska faktorer. En viktig bakomliggande orsak är att de äldsta patienterna är systematiskt underrepresenterade i den forskning som ligger till grund för vårdens riktlinjer. I kliniska prövningar är ofta äldre individer underrepresenterade, trots att

4 Grafen visar andelar, inte antal. Det betyder att staplarna inte ska läsas som att bypass är vanligare än vidgning i vissa åldersgrupper. I stället visar grafen hur alla bypassoperationer respektive alla vidgningar fördelar sig mellan olika åldrar. Eftersom det totalt görs många fler vidgningar än bypass i Sverige kan en lägre ljusblå stapel ändå motsvara betydligt fler patienter än en högre mörkblå stapel.

5 Swedeheart Årsrapport 2025

6 [Kort dokument](#)

hög ålder är en stark riskfaktor för hjärtinfarkt och stroke.⁷ Det innebär att de behandlingsrekommendationer som läkare följer i stor utsträckning är framtagna utifrån studier på yngre och friskare patientgrupper och att det därmed saknas evidens specifikt för hur de äldsta bör behandlas. I detta vakuum riskerar klinisk osäkerhet att leda till försiktighet, och försiktighet till underbehandling.

Till detta kommer att de äldsta patienterna också är underrepresenterade i de kvalitetsregister som används för att följa upp och förbättra vården. Swedehearts täckningsgradsindikator, det mått som avgör hur väl registret fångar upp hjärtinfarktpatienter, mäts hos patienter med hjärtinfarkt under 80 år. Patienter över 80 år ingår alltså inte i det primära kvalitetsmålet. Swedehearts uppföljningsregister för sekundärprevention, SEPHIA, är ännu tydligare: uppföljningen sker av patienter upp till 80 år som haft en hjärtinfarkt och registrerats i RIKS-HIA.⁸ De som har störst risk för nya hjärthändelser saknar alltså systematisk uppföljning av sekundärprevention. Det är minst sagt anmärkningsvärt.

Denna dubbla osynlighet, frånvaro i studierna som skapar riktlinjerna och frånvaro i registren som kontrollerar att riktlinjerna följs, skapar en självförstärkande mekanism. Det finns lite kunskap om vad som fungerar för de äldsta, lite systematisk kontroll av om de får vård, och därmed lite tryck på att förbättra situationen. Swedeheart är medvetna om problemet och har under senare år uppmanat vården att registrera även patienter över 80 år, med motiveringen att detta behövs för att säkerställa en jämlik vård. Att man behöver påminna om detta är i sig talande.

De som har störst risk för nya hjärthändelser saknar alltså systematisk uppföljning av sekundärprevention. Det är minst sagt anmärkningsvärt.

Brister i uppföljning och samordning

Underbehandling av äldre hjärt- och lungsjuka handlar inte enbart om vilka behandlingar som ges akut. Det handlar minst lika mycket om vad som händer efter utskrivning från sjukhuset och det är här systemet sviktat som mest för de äldsta.

Mer än var fjärde sjukhusvistelse, 28 procent, bland de mest sjuka äldre följdes under 2019 av en ny och oplanerad sjukhusvistelse redan inom 30 dagar. Det var lika vanligt som under 2010, eller till och med lite vanligare – en ökning från 25 procent. I många fall skrevs den äldre in på sjukhus igen redan inom tre dagar, och inom en vecka var 38 procent tillbaka.⁹ Att siffrorna var i det närmaste oförändrade efter ett decennium av reformer och satsningar understryker att problemet är strukturellt. Några av de vanligaste diagnoserna bakom dessa återinläggningar var KOL och hjärtsvikt – just lung- och hjärtsjukdom. Onödiga återinläggningar skapar stora kostnader, både mänskligt och ekonomiskt.

En studie från Örebro universitet, publicerad 2025, ger förklaringar till varför

7 Referens: Gill G et al. "Challenges in the prevention, treatment and management of cardio-vascular disease among older adults." The Lancet Regional Health – Europe. 2025.
DOI: 10.1016/S2666-7762(25)00164-4

8 Bakgrund och historia - SWEDEHEART

9 Återinskrivningar av multisjuka och sköra äldre

problemet är så svårt att lösa.¹⁰ Genom intervjuer med vårdprofessioner inom akutsjukvård, primärvård och kommunal omsorg identifierar forskarna tre sammanlänkade mekanismer: platsbrist på sjukhusen leder till att patienter skrivs ut för tidigt, kommunikationen mellan olika vårdgivare är bristfällig, och hemvården saknar resurser och medicinsk kompetens för att möta de komplexa behoven hos äldre med multisjuklighet. Studiens titel – *The broken care chain*, den trasiga vårdkedjan – sammanfattar problematiken träffande.

Bortom den medicinska komplexiteten finns alltså ett organisatoriskt problem: ingen tar helhetsansvar. Socialstyrelsen konstaterar att det finns behov av att säkerställa rutiner i hemsjukvården för att i tid behandla sjukdomar i den äldres hem, innan de förvärras och kräver sjukhusvård. En läkare i mobilt team beskriver situationen: *"Hela systemet bygger på att vi har väldigt hög tillgänglighet. De är så sköra, så det svänger bara på något dygn. De blir jättedåliga direkt, från att ha varit helt ok. Och då måste jag vara anträffbar dagtid – direkt."*¹¹ Det är en beskrivning av ett system som fungerar när rätt förutsättningar finns, men där de rätta förutsättningarna är undantaget, inte regeln.

Att dessa brister drabbar hela gruppen hjärt-kärlsjuka visar Riksförbundet HjärtLungs enkät till 1 912 av sina medlemmar, genomförd hösten 2025.

Nästan en av tre svarar att de inte följs upp i primärvården för sin hjärt-kärlsjukdom överhuvudtaget, och ytterligare en av fem mer sällan än en gång om året. Mer än var tredje uppger att de aldrig träffar en fast namngiven läkare på sin vårdcentral, och 83 procent av dem utan fast kontakt önskar att de hade en. Tre av fyra har aldrig erbjudits rehabilitering genom primärvården.¹² Enkäten gäller inte äldre specifikt, men det finns starka skäl att anta att bristerna är än allvarigare för den som är äldst. Det är de som har skörast hälsa, minst förmåga att själva navigera i systemet och söka den uppföljning de inte erbjuds, och störst medicinskt behov av kontinuitet och samordning. När systemet kräver att patienten driver sin egen vård, är det de äldsta och sköraste som förlorar mest.

När systemet kräver att patienten driver sin egen vård, är det de äldsta och sköraste som förlorar mest.

Ont om sjukvård på SÄBO

Den sista länken i kedjan är den kommunala sjukvården och framförallt vården på särskilt boende (SÄBO) – det vill säga den vård och omsorg som möter de allra sjukaste och äldsta när de inte längre kan bo hemma. Här är bristerna på sjukvård särskilt tydliga och väl dokumenterade.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, granskade under 2022 nära 2 000 boenden i 283 kommuner.¹³ Resultatet var entydigt: ingen av de granskade kommunerna lever upp till alla krav som ställs på hälso- och sjukvård vid särskilda boenden. Myndigheten

10 Jönsson M, Appelros P, Holmefur M, Fredriksson C. "The broken care chain – report from a country with a low number of hospital beds." *Frontiers in Health Services*. 2025;5:1632220. doi: 10.3389/frhs.2025.1632220

11 Återinläggningar av sköra äldre lika vanliga som för tio år sedan – *Läkartidningen*

12 Undersökning: Hur mår den svenska hjärtvården? – *HjärtLung*

13 Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre

ser de upptäckta bristerna som allvarliga och skriver att "även om svensk vård står sig relativt väl i internationella jämförelser visar tillsynen att lägstanivån av vården på SÄBO är oacceptabelt låg".¹⁴ Bristerna handlade bland annat om vård i livets slutskede och läkemedelshantering och om att över 40 procent av patienterna saknade dokumenterade vårdplaner. Bristerna i livets slutskede är särskilt allvarliga, enligt riskdagens prioriteringsbeslut ska döende och livshotande sjuka prioriteras allra högst inom vården.

En central brist är läkartillgången. Bristen på läkarmedverkan i den kommunala vården och omsorgen är ett viktigt problem. Det finns goda exempel där det fungerar bra, men brister rapporteras från hela landet. Medarbetare i vården och omsorgen om den äldre efterfrågar tillgänglighet, kontinuitet och medicinsk kunskap.¹⁵ Socialstyrelsen bekräftar bilden: det har blivit svårare för äldre som bor på särskilt boende att få träffa läkare, även om det finns en viss förbättring de senaste åren.¹⁶

Det här drabbar naturligtvis inte minst de som bor på SÄBO med hjärt- och lungsjukdom. En patient med KOL eller hjärtsvikt vars tillstånd försämras behöver snabb och kompetent medicinsk bedömning, inte nästa veckas schemalagda läkarrond. Särskilt boende är den sista länken i den vårdkedja som denna PM beskriver, från den akuta vården som ger de äldsta mindre, via uppföljningen som sviktar vid utskrivning, till boendet där sjukvården alltför ofta lyser med sin frånvaro. Varje länk i kedjan är bristfällig. Och det är samma människa som bär konsekvenserna hela vägen.

Äldre med hjärt- och lungsjukdom möter ett vårdssystem som systematiskt ger dem mindre: mindre behandling, mindre uppföljning och mindre sjukvård ju äldre de blir.

Gå till val för de äldsta

Bilden denna PM tecknar är sammanhängande och oroande. Äldre med hjärt- och lungsjukdom möter ett vårdssystem som systematiskt ger dem mindre: mindre behandling, mindre uppföljning och mindre sjukvård ju äldre de blir. Det handlar inte om enstaka misstag eller lokala brister utan om strukturella mönster som återkommer i register efter register, rapport efter rapport, och som bekräftas av äldres egna erfarenheter. Riktlinjer bygger på forskning om yngre, kvalitetsregistren mäter inte de äldsta. Och ett system där sjukvård gradvis ersätts av omsorg ju äldre man blir är inte en medicinsk nödvändighet – det är ett politiskt val.

Riksförbundet HjärtLung uppmanar riksdagens partier att inför årets val ta ställning för en vård som inte diskriminerar på grund av ålder. Äldre kan också bli sjuka. Och har rätt till samma vård som alla andra.

14 ["Kommunerna missköter vården på äldreboenden"](#)

15 [Fakta om äldreomsorgen](#)

16 [2025-10-9793-resultat-riket-2013-2025.xlsx](#)

Reformbehov

Nationell nivå:

- Staten måste ta ett större ansvar för att äldre med kronisk hjärt-, kärl- och lungsjukdom får vård utifrån behov genom tydligare nationell uppföljning av medicinska resultat.
- Ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram nationella behovsbaserade riktvärden för sjuksköterskebemanning i kommunal hälso- och sjukvård med fokus på personer med hjärt-, kärl- och lungsjukdomar och andra kroniska sjukdomar.
- Stärk, betona och säkerställ efterlevnaden av rätten till en fast läkarkontakt och prioritera patienter med kronisk sjukdom och stora vårdbehov.
- Synliggör våra sjuka äldre – i forskningen, i registren och i politiken. Ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över åldersgränser i kvalitetsregister och uppföljningsprogram med målet att äldre inkluderas.
- Följ upp regionernas och kommunernas arbete med fokus på kontinuitet i primärvården.
- Öka finansieringen av forskning om äldre med hjärt-, kärl- och lungsjukdom, med särskilt fokus på patienter över 75 år.

Regional nivå:

- Säkerställ att primärvården har tillgång till medicinsk specialistkompetens om kroniska hjärt-, kärl- och lungsjukdomar via till exempel digitala verktyg eller teambaserat arbete.
- Följ upp kontinuitet och medicinskt helhetsansvar som styrindikatorer i primärvården.
- Säkerställ individuell och strukturerad uppföljning efter sjukhusvistelse för äldre med kronisk hjärt-, kärl- eller lungsjukdom. Prioritera sekundärprevention.
- Säkerställ att rehabilitering erbjuds till alla äldre med kroniskt hjärt-, kärl- eller lungsjukdom oavsett ålder.

Kommunal nivå:

- Ge de som bor på SÄBO med hjärt- och lungsjukdom utökad tillgång till läkare med medicinsk kompetens.
- Stärk den medicinska kompetensen för alla som arbetar med kroniskt sjuka så att personal kan upptäcka försämringar i hjärt-, kärl- och lungsjukdomar i tid.
- Se till att samarbetsavtal mellan kommun och region inkluderar tillgång till medicinsk bedömning inom rimlig tid, utöver tillgången till schemalagda läkarronder.
- Kommuner bör ersätta minutbaserad styrning i hemtjänst och hemsjukvård med en styrning som utgår från tillit.