Region Stockholm
PATIENTNÄMNDENS FÖRVALTNING

2026-09-18

Patientnämnden Ärendeförteckning

Handläggare:	Alla	**Verksamhet:**	Kommunal vård	**Problemområde:**	Alla
Yttrande:	Alla	**Enhet:**	Alla	**Delproblem:**	Alla
Ärendetyp:	Alla	**Vårdinrättning:**	Alla	**Yrkeskategori**	Alla
Kontakttyp:	Alla	**Klinik:**	Alla	**Ålder:**	Alla
Avslutat:	Ja	**Driftform:**	Alla	**Kön:**	Alla
		Specialitet:	Alla	**Bev.område:**	Alla
				Antal ärenden	21

Avslutat datum: 2026-05-01 - 2026-08-31

Telefon -> Skrivelse **Kommunal vård** **V2605-03298** Vård och behandling Behandling Tillgänglighet Telefontillgänglighet	Bristande tillgänglighet till hemsjukvård En man med urinvägsbesvär behövde hjälp med sina symtom. Mannen kontaktade hemsjukvården flera gånger och fick svar först efter en halvtimme. När personalen kom en timme senare saknade de kunskap om hur hans besvär kunde åtgärdas. Efter ett par timmar åkte mannen till en akutmottagning på ett sjukhus. Då hade besvären redan påverkat urinblåsan. Åtgärd: Svar har inhämtats från vårdgivaren. Där beklagade vårdgivaren den fördröjda hjälpen och bristerna i bedömningen och larmkedjan. Vårdgivaren uppgav att den inledande kontakten borde ha lett till att en åtgärd organiserades istället för att hänvisa till trygghetslarmet. En översyn av rutiner ska göras för att undvika att händelsen upprepas. Då patienten efter att svaret översänts inte hörts av inom angiven tid avslutas ärendet.
Telefon -> 1177 **Kommunal vård** **V2603-01520** Vård och behandling Läkemedel	Felaktigheter kring läkemedel En person boende på ett vård- och omsorgsboende har enligt närstående fått för stor mängd laxerande läkemedel under två månader. Personen gick ner kraftigt i vikt, tappade aptiten och blev orkeslös. När närstående uppmärksammade den felaktiga doseringen ändrades ordinationen. I samband med händelsen genomfördes ett brytpunktssamtal, och personen har haft svårt att återhämta sig. Närstående har även uppmärksammat att en annan ordinerad medicin togs bort, vilket ledde till att personen började hallucinera. Vidare gavs ögondroppar tre gånger dagligen trots att ordinationen var en gång per dag. Samtliga avvikelser ska ha upptäckts av anhörig. Verksamhetschefen har beklagat det inträffade och uppgett att det rör sig om en kommunikationsmiss och inte en vårdskada. Närstående anser att händelserna är allvarliga och ifrågasätter om de borde anmälas enligt lex Maria samt upplever att boendet inte tagit det inträffade på tillräckligt stort allvar. Åtgärd: I svar från vårdgivaren framkom att verksamhetschefen och den berörda sjuksköterskan beklagade det inträffade och den negativa påverkan det haft för patienten. Vårdgivaren uppgav att händelserna hade utretts tillsammans med medicinskt ansvarig sjuksköterska. Utredningen visade att patienten vid fått högre doser av laxerande läkemedel än vad som ordinerats och att fel ögondroppar hade administrerats på grund av ett mänskligt misstag. Vårdgivaren uppgav att sjuksköterskan hade tagit ansvar för det inträffade och att rutinerna därefter hade ändrats så att ordinationsändringar alltid skulle stämmas av med läkare. För att minska risken för liknande händelser hade även nya kontrollrutiner införts vid administrering och utlämning av läkemedel genom dubbelkontroller och signering. Ärendet avslutades.

Telefon **Kommunal vård** **V2606-04181** Vård och behandling Behandling Vård och behandling Läkemedel Kommunikation Bemötande	Brister i vården vid äldreboende En anhörig hade synpunkter på vården vid ett särskilt boende. Synpunkterna gällde brister i omvårdnad, läkemedelshantering, uppföljning och intern kommunikation. Enligt den anhöriga hade bristerna förekommit över lång tid och medfört oro för patientsäkerheten. Den anhöriga upplevde inte att vården hade förbättrats, trots att händelser tidigare hade anmälts. Hen beskrev även oro för hur personalen hanterade andra boende med omfattande vårdbehov. Åtgärd: Ombudet önskar inte att svar inhämtas utan är nöjd med att synpunkterna kommer till vårdens och politikens kännedom. Ärendet avslutas.
Telefon **Kommunal vård** **V2606-04226** Vård och behandling Läkemedel	Administration av läkemedel försenade kommande behandling En person fick sina läkemedel i dosförpackningar. När hen behövde påbörja en ny behandling behövde hen vänta tills dosförpackningens hela rulle var slut innan behandlingen kunde påbörjas. Hen ansåg att systemet fördröjde starten av den nya behandlingen, jämfört med om hen inte haft dosförpackningar. Åtgärd: Information har lämnats om patientnämndens uppdrag och verksamhet samt om att underskriven handling krävs för fortsatt handläggning.
Telefon **Kommunal vård** **V2606-04390** Dokumentation och sekretess Patientjournalen Kommunikation Bemötande Vård och behandling Omvårdnad	Patient nekas journalkopia från vårdboende där patienten påtalat brister Anhörig till kvinna som bor på ett vård- och omsorgsboende. Patienten blev för några veckor sedan plötsligt medvetslös. Personal som var närvarande såg allt och ambulans tillkallades. Patienten kvicknade till och hon togs inte med till sjukhus. Anhöriga uppger att chef på boendet inte vill lämna ut journal från tillfället och inte heller vill bidra till att patienten utreds efter händelsen. Anhöriga uppger att chefen är aggressiv och skrämmande för personal och boende. Enligt anmälaren lämnas de boende utan god omvårdnad och tillsyn. Åtgärd: Patienten önskar inte att svar inhämtas utan är nöjd med att synpunkterna kommer till vårdens och politikens kännedom. Ärendet avslutas.
Telefon **Kommunal vård** **V2608-05793** Administrativ hantering Brister i hantering Kommunikation Information	Chef på vård- och omsorgsboende menade att en boende inte hade rätt till egen transportrullstol En boende på vård- och omsorgsboende var helt beroende av rullstol. Anhörig ville att den boende skulle få en transportrullstol för att möjliggöra promenader utomhus. Enhetschefen på boendet uppgav att patienten inte hade rätt till en egen transportrullstol och att personen inte hade rätt till en individuell bedömning gällande sina behov. Anhörig ifrågasatte detta eftersom den boende var helt beroende av rullstol och att det var viktigt med individuella mått och anpassningar när det gällde rullstolen inomhus. Om det är viktigt med individanpassning inomhus borde det enligt den anhöriga vara viktigt även utomhus. Enhetschefen menade att det räckte med en rullstol för utomhusbruk, som alla 60 boende fick dela på. Åtgärd: Information har lämnats om patientnämndens uppdrag och verksamhet samt om att underskriven handling krävs för fortsatt handläggning.

Skrivelse **Kommunal vård** **V2509-07061** Vård och behandling Läkemedel Vård och behandling Undersökning/bedömning Vård och behandling Behandling	Vård och behandling på boende En anhörig har framfört synpunkter på vården av en person som bor på ett vård- och omsorgsboende. Personen har ordinerats läkemedel som gör att personen sover stora delar av dagen, vilket upplevs som att hen är neddrogad. Besvär med illamående och att inte orkar hålla upp huvudet anges också. Både den boende och anhöriga har uttryckt att de inte vill att läkemedlet ska ges, vilket inte har hörsammats. Läkemedlet har därefter lett till allvarliga biverkningar på tandhälsan och minskad muskelmassa. Anhörig har signalerat att mannen inte mår bra vilket inte heller har hörsammats. Anhörig har flera gånger tagit personen till akutsjukvården där det konstaterade urinvägsinfektion, njursvikt, uttorkning, lågt Hb samt mat i lungorna. Ansvarig läkare menar att hen är ansvarig för medicineringen och vill att den fortsättningsvis ges. Åtgärd: I svar från vårdgivaren framkom att de synpunkter som framförts även tidigare hade diskuterats med närstående. Vårdgivaren hade haft återkommande möten och telefonsamtal för att förbättra kommunikationen och öka närståendes delaktighet. Vårdgivaren beklagade att närstående hade upplevt sig förbisedd och inte tagen på allvar. De symtom som närstående hade uppmärksammat hade tagits upp med ansvarig läkare, som först bedömde att det inte rörde sig om en urinvägsinfektion. När frågan togs upp på nytt ordinerades urinprov, men provet kunde inte tas trots flera försök innan patienten skrevs in på sjukhus. Blodprover hade tagits regelbundet och bedömts av läkare, men provtagning hade vid vissa tillfällen inte kunnat genomföras eftersom patienten motsatte sig den. Vårdgivaren hade även följt patientens intag av mat och dryck och erbjudit näringsdryck vid behov. Efter att patienten avlidit hade närstående följdfrågor om den sista tiden i livet, vilka vårdgivaren besvarade i ett kompletterande svar. Ärendet avslutades.
Skrivelse **Kommunal vård** **V2602-00732** Vårdansvar och organisation Fast kontakt/vårdplan Vård och behandling Omvårdnad	Omvårdnads- och patientsäkerhetsbrister inom palliativ vård av äldre på ett kommunalt omsorgsboende En äldre patient var andningspåverkad och hade ett allmänt nedsatt tillstånd och transporterades till ett akutsjukhus. Vid undersökning konstaterades flera tumörer som påverkade luftflödet. Patienten bedömdes vara i livets slutskede och placerades på palliativ avdelning. Anhöriga informerades om den planerade vården och att det hade beslutats om ingen återupplivning. Ombudet skulle vara primär kontaktperson och vid allvarlig försämring eller dödsfall, oavsett tid på dygnet. Efter några dagar stabiliserades tillståndet något och läkaren beslutade då att patienten skulle flyttas till ett äldreboende. Ombudet uttryckte oro över att flytten inte var medicinskt lämplig, men försäkrades av läkare, vårdplanerare samt sjuksköterskan på äldreboendet att de hade resurser att möta patientens behov. När ombudet sedan besökte patienten på äldreboendet framkom betydande brister. Personalen föreföll inte ha fått tillräcklig information om hens medicinska tillstånd, demensproblematik eller behov av kontinuerlig tillsyn. Patienten var trött och tydligt andningspåverkad, och någon syrgas fanns inte tillgänglig. Patientens andningshjälpmedel som är en apparat för att lösa upp slem, användes inte då personalen saknade kunskap om hur den skulle hanteras. Därmed uteblev en behandling som hade kunnat lindra andningssvårigheterna. Vid sängen fanns ingen dryck tillgänglig. Det saknades dessutom fungerande larmsystem: larmmattan på golvet var trasig och det fanns varken ringklocka eller trygghetslarm inom räckhåll. Trots begynnande trycksår fick patienten ligga på en skumgummimadrass då en tryckavlastande madrass inte fanns enligt personalen. Dagen efter kontaktades ombudets bror av personal, trots överenskommelsen att det var ombudet som skulle kontaktas i första hand, från äldreboendet som meddelade att patienten hade dött under natten sittandes på sängkanten. Nattpersonalen hade inte fått information om att patienten låg på rummet, det antogs vara tomt. Ombudet anser att äldreboendet brustit i flera avseenden genom otillräcklig överrapportering om patientens medicinska tillstånd, demens och tillsynsbehov, vidare att det inte fanns någon syrgas tillgänglig och att hens andningshjälpmedel inte användes. Dessutom var det omvårdnadsbrister genom att ingen dryck fanns inom räckhåll, otillräcklig hjälp med lägesändring, hård madrass trots begynnande trycksår. Det fanns heller inga möjligheter för patienten att larma personalen. Anhörigkontakten var felaktig och det saknades en sjuksköterska på boendet, denna kunde bara nås via telefon.

	Åtgärd: Svar inhämtades från verksamhetsansvariga som beskrev att tjänstgörande sjuksköterska tog emot rapport från sjukhuset och registrerade kvinnan i samband med inflytten. Sjuksköterskan hade informerat omsorgspersonalen och lagt in nödvändiga insatser i den digitala signeringslistan. Enligt enhetschefen på boendet har man identifierat att informationsöverföringen mellan kvällspersonalen och nattpersonalen brustit. Omsorgspersonalen som arbetade kväll rapporterade muntligt till nattpersonalen. Kvällspersonalen hade inte säkerställt inte att nattpersonalen mottagit all information om kvinnan. Vid inflyttningen installerades både trygghetslarm och rörelselarm i kvinnans lägenhet. Hon hade haft möjlighet att larma personal genom att trycka på larmet som hängde runt halsen. Rörelselarmet kan användas för att uppmärksamma personal när patienten rör sig på ett sätt som kan innebära risk exempelvis vid uppstigning nattetid eller vid rörelse i lägenheten som kan leda till fall. Vid överrapporteringen från sjukhuset framkom det inte att kvinnan hade haft behov av syrgas vid utskrivning. Kommunala äldreboenden har inte tillgång till syrgas. Ett sådant behov kräver ordination av syrgaskoncentrator från sjukhusläkare samt förberedelser inför hemgång. Eftersom inget syrgasbehov hade rapporterats var detta inte aktuellt. Kvinnan var ordinerats medicin mot andningsbesvär och behovsläkemedel vid andningssvårigheter. Vid uppkomna symtom på andningssvårigheter ska omsorgspersonalen kontakta sjuksköterskan för bedömning av inhalationsbehandling. Kvinnan hade haft en tryckavlastande madrass som är godkänd för att förebygga uppkomsten av öppna trycksår. Lägesändringar var planerade vid tre tillfällen under natten. Nattpersonalen hade besökt kvinnan och gjort lägesändringar vid det första och det andra tillfället enligt den digitala signeringslistan. En individuell risk- och behovsbedömning i samband med inflyttning, med hänsyn till den enskildes kognitiva och funktionella förmåga samt förutsättningar att använda larm, är avgörande för att säkerställa att tillsynen utformas på ett ändamålsenligt och säkert sätt. I detta fall kunde verksamheten konstatera att en sådan bedömning och anpassning inte hade genomförts i tillräcklig utsträckning. Sjuksköterskan hade först ringt till dottern men inte fått något svar. Därefter kontaktades kvinnans son, i enlighet med rutiner för att säkerställa att anhöriga fick nödvändig information. Dottern konstaterade dock att hon inte hade haft några missade samtal. Verksamheten såg allvarligt på att det fanns motstridiga uppgifter om detta. Om det inte kunde styrkas att kontaktförsök hade gjorts till dottern, innebar det en brist i följsamheten till rutinerna. Sjuksköterskan finns tillgänglig endast vardagar under dagtid, vid behov av sjuksköterskeinsatser under övrig tid kontaktas joursjuksköterskan. Med anledning av de brister som identifierats har verksamheten genomfört en översyn av rutiner för rapportering mellan arbetspass, en schemajustering har införts som säkerställer att avsatt rapporteringstid finns mellan kvälls- och nattpassen samtliga veckodagar. Syftet är att säkerställa en strukturerad och fullständig informationsöverföring. De verksamhetsansvariga tackade för att synpunkterna hade uppmärksammats. De utgjorde ett viktigt underlag för verksamhetsutvecklingen. Ytterligare information lämnades gärna vid behov. Då ombudet efter att svaret översänts inte hörts av inom angiven tid avslutas ärendet.
Skrivelse **Kommunal vård** **V2604-02449** Kommunikation Bemötande Vård och behandling Undersökning/bedömning	Ombud uppger brister i omhändertagande på vård- och omsorgsboende Ombud uppger att personal på det boende där hennes förälder bodde hade bemött anhöriga på ett oförskämt och okänsligt sätt. Åtgärd: Vårdgivaren beklagade patientens bortgång och bad om ursäkt för de brister i bemötande och kommunikation som upplevts. Vårdgivaren uppgav att händelsen hade följts upp med berörd sjuksköterska, att den hade diskuterats i personalgruppen samt att utbildnings- och kompetenshöjande insatser genomförts. Vårdgivaren uppgav även att läkare och sjuksköterskor framöver ska arbeta mer proaktivt för att säkerställa att närstående får tydlig och löpande information om läkemedelsförändringar, förändringar i hälsotillstånd och medicinska ställningstaganden. När det gäller den medicinska bedömningen uppgav vårdgivaren att patienten undersöktes och provtogs utan att man fann skäl för sjukhusvård vid det aktuella tillfället, samt att beslut om sjukhusvård senare fattades i samråd mellan sjuksköterska, ansvarig läkare och patienten när tillståndet försämrades. Vårdgivaren hänvisade frågor om den medicinska bedömningen till den läkarorganisation som ansvarade för den medicinska vården på boendet. Närstående upplevde inte att svaret besvarade deras frågor och ifrågasatte ansvarsfördelningen mellan sjuksköterskor och läkare samt hur korrekt vård säkerställs genom löpande kommunikation mellan professionerna. Ärendet avslutas.

Skrivelse **Kommunal vård** **V2605-03799** Vård och behandling Läkemedel	Synpunkter på hantering vid läkemedelsbehandling En patient med diabetesdiagnos bor på ett äldreboende. Patientens närstående ifrågasätter ordinationen av insulin från den läkare som är ansvarig för insatserna på boendet och menar också att boendet verkar likgiltigt för patientens höga blodsocker och hälsa. Åtgärd: Förvaltningen har gjort kontaktförsök och information har lämnats om patientnämndens uppdrag och verksamhet. Då ombudet därefter inte hörts av avslutas ärendet i befintligt skick.
E-post -> Skrivelse **Kommunal vård** **V2602-00995** Kommunikation Delaktig Vård och behandling Behandling Kommunikation Samtycke	Brister gällande vård vid demenssjukdom Ett ombud hade synpunkter på brister i vården av en person som bodde på ett demensboende. Synpunkterna gällde brister i läkemedelsbehandling och medicinsk uppföljning vid försämrat hälsotillstånd. Enligt ombudet drabbades personen av en stroke efter att ett blodförtunnande läkemedel doserats felaktigt. Ombudet uppgav även att anhöriga inte fått tillräcklig insyn i vården och inte fått ta del av läkemedelslista, journalhandlingar eller redovisning av provsvar. Åtgärd: Svar har inhämtats från vårdgivaren. I svaret framgår att patienten inte velat dela sina journaluppgifter med en specifik anhörig och att en sekretessprövning därför genomförts, där beslut fattats att inte lämna ut journalhandlingarna. Vårdgivaren hänvisar till patientdatalagen där det framgår att uppgifter i en patientjournal endast får lämnas ut till annan om patienten samtycker eller om det finns stöd i lag. Med anledning av det inkomna klagomålet har ärendet lämnats över till Inspektionen för vård och omsorg för vidare prövning av frågan om utlämnande av journalhandlingar. Närstående har erbjudits möjlighet att tillsammans med läkare gå igenom patientens behandling muntligt, vilket patienten godkänt. Vårdgivaren uppger även att medicinskt ansvarig sjuksköterska genomfört ett besök i verksamheten för att utreda om det förekommit brister i ordination och uppföljning, men att några sådana brister inte identifierats. Ombudet har efter att ha tagit del av svaret inte hörts av inom angiven tid och ärendet avslutas.
E-post -> 1177 **Kommunal vård** **V2504-02831** Vård och behandling Omvårdnad Kommunikation Delaktig Kommunikation Information	Patient avled efter vanvård på vård-och omsorgsboende Närstående till en avliden patient har synpunkter på att patienten vanvårdats och avlidit under sin vårdtid på ett boende. Närstående nekades att besöka patienten som hade en förvaltare. Närstående menar att det fanns stora brister i vården och omsorgen om patienten och att sjukvårdande personal brustit i att utföra den på ett korrekt sätt. Patienten blev enligt närstående försummad, isolerad, undernärd, uttorkad och lämnad att dö trots flera akuta varningssignaler. Inte ens när patienten vårdades palliativt informerades närstående och de nekades därmed möjlighet att säga adjö till sin nära som fick dö ensam. Åtgärd: Yttrande har inhämtats från vårdgivaren som skriver att de har vårdat patienten enligt sina riktlinjer och att de arbetar med personcentrerad omvårdnad. Vid inskrivning fick boendet information om att patienten behövde placeras under skyddad identitet och att skyddet särskilt var mot närstående. Information lämnades om att en förvaltare fanns och att all information runt patienten skulle ske genom denne. Man förhöll sig till uppdraget och kunde på så sätt inte ge information till närstående. I journal går det att utläsa att patienten hade fått tillsyn av personal kl.01.00 på natten och då var i livet men vid nästa tillsyn kl.02.55 var hen avliden. I samband med att patienten avled upphörde förvaltarens uppdrag och då kontaktades närstående. Eftersom en polisanmälan gjordes utfördes en obduktion. Vill närstående gå igenom obduktionsrapporten kan boendet samordna det med läkaren. Journalerna är skickade till närstående på begäran. Boende behöver få ett förtydligande från placerande kommuner hur eftervården på bästa sätt ska ske när personer med skyddad identitet placeras. Då närstående efter att yttrandet översänts inte hörts av inom angiven tid avslutas ärendet.

E-post **Kommunal vård** **V2605-03340** Vårdansvar och organisation Hygien/miljö/teknik Vård och behandling Ny medicinsk bedömning	Bristande hjälpmedel och information om ny medicinsk bedömning efter stroke Bristande hjälpmedel och information om ny medicinsk bedömning efter stroke. Anhörig beskrev brister i träning, att målbilden för patenten sänkts och att personens ägodelar förstörts. Som exempel nämndes att tuschpennor används som markering på kläderna. Åtgärd: Information har lämnats om patientnämndens uppdrag och verksamhet samt om att underskriven handling krävs för fortsatt handläggning. Då ingen återkoppling inkommit från ombudet avslutas ärendet.
E-post **Kommunal vård** **V2605-03463** Kommunikation Bemötande	En person kände sig inte trygg med personal på serviceboende En person kände sig inte trygg med personal på serviceboende. Åtgärd: Förvaltningen har gjort upprepade kontaktförsök och information har lämnats om patientnämndens uppdrag och verksamhet. Då ingen återkoppling inkommit från patienten avslutas ärendet.
1177 **Kommunal vård** **V2512-09410** Vård och behandling Omvårdnad Vård och behandling Läkemedel Vård och behandling Undersökning/bedömning	Brister i nutrition, medicinhantering och läkarbedömning vid äldreboende En närstående beskrev att en äldre person före sin akuta placering på ett boende var pigg, åt bra och dagligen drack näringsdryck enligt dietistens ordination. Väl på boendet försämrades personens tillstånd snabbt. Av fakturor framgår att personen endast fick i sig mat under fyra dagar i november. Journalanteckningar visar att boendet haft svårt att tillgodose närings- och vätskebehovet och att vätsketillförsel gavs med spruta i munnen, vilket upplevdes som obehagligt och riskfyllt. Personen stod på vätskedrivande blodtrycksmedicin utan att eventuell vätskebrist beaktades. Någon läkarbedömning genomfördes inte, vårdplan upprättades inte och beslut om palliativ vård togs utan läkarundersökning. Personen avled kort därefter. Den närstående upplever att personen inte fick vård och omsorg utan lämnades att dö. Åtgärd: Svar har inhämtats från vårdgivaren. Där beskrevs att personen vid inflytt hade ett kraftigt nedsatt allmäntillstånd och svårigheter att få i sig mat och dryck. Vårdgivaren uppgav att personen under vistelsen erbjudits mat, näringsdryck och stöd vid måltider men ofta tackat nej till att äta och dricka. Ansvarig läkare informerades om personens försämrade närings- och vätskeintag och behandling mot svamp i munnen sattes in efter bedömning av sjuksköterska. Ansvarig läkare hade planerat för inskrivning och medicinsk bedömning, men något medicinskt ställningstagande kring sjukhusvård hann inte fattas innan personen avled. Vårdgivaren förtydligade att beslut om sjukhusvård och medicinsk vårdnivå fattas av ansvarig läkare. När det gäller information till närstående efter dödsfallet beklagade vårdgivaren att information om dödsorsaksintyg och kontakt med ansvarig läkare inte hanterats tillfredsställande. Vårdgivaren uppgav att rutiner kring information till närstående vid dödsfall ska förtydligas. Den närstående har tagit del av svaret men är fortsatt missnöjd med vården och omhändertagandet och förvaltningen bedömer att en kontakt med ansvarig läkarverksamhet behöver upprättas där frågor som berör dem får ställas till dem. Ombudet har tagit del av svaret. Ärendet avslutas.

1177 **Kommunal vård** **V2603-01505** Vård och behandling Undersökning/bedömning Vård och behandling Behandling Dokumentation och sekretess Patientjournalen	Synpunkter på läkares bedömning, läkemedelsbehandling och begäran om journalinsyn En man framför synpunkter gällande vården av en närstående vid ett boende. Enligt mannen har patientens hälsotillstånd försämrats eftersom ansvarig läkare inte uppmärksammat eller följt upp uppgifter i patientens tidigare sjukdomshistoria. Han motsätter sig även vårdens bedömning och den läkemedelsbehandling som patienten ordinerats och uttrycker oro för att läkemedlen kan ge allvarliga biverkningar. Mannen anser att patienten i stället skulle kunna förbättra sitt hälsotillstånd genom förändrad kost och mer fysisk aktivitet. Han begär att patientens besvär utreds vidare, att den aktuella medicineringen avslutas samt att han får full insyn i patientens journal. Åtgärd: I svar från vårdgivaren beklagades patientens bortgång. Vårdgivaren redogjorde för patientens vistelse på boendet samt för patientens sjukdomshistoria, medicinska bedömningar och vidtagna åtgärder. Patienten fick bland annat kostbehandling som följdes upp av sjuksköterska. Vårdgivaren uppgav att verksamheten kommer att se över rutiner för registrering av kost- och vätskeintag samt bedömning av fallrisk på äldreboenden. Vårdgivaren framförde även att ett teambaserat arbetssätt ska utvecklas ytterligare för att stärka kommunikationen mellan olika yrkesgrupper. Enligt vårdgivaren hade ansvarig på boendet upplevt samtalet med anhörig vid inskrivningen som gott. Vårdgivaren tackade ombudet för synpunkterna och uppgav att verksamheten fortsätter att analysera händelseförloppet. Då ombudet inte återkommit efter att svaret översänts avslutas ärendet.
1177 **Kommunal vård** **V2604-02852** Vård och behandling Diagnos Vård och behandling Undersökning/bedömning Kommunikation Delaktig	Fördröjd diagnos av stroke trots tydliga symtom, patient avled En närstående kontaktade personal på boendet när en person plötsligt blivit okontaktbar, slutat tala och uppvisat motoriska rörelser i ena armen, med misstanke om stroke. Sjuksköterskan bedömde att personen var trött och gav råd om att låta personen vila, trots att personen inte kunde äta. Någon ytterligare medicinsk bedömning gjordes inte vid tillfället. Först efter ytterligare någon dag kontaktade annan personal, på inrådan av anhörig, en jourläkare, som misstänkte stroke, vilket senare bekräftades. Personen avled kort därefter. Den närstående ansåg att symtomen inte togs på allvar och att det skedde en fördröjning av bedömning och diagnos. Åtgärd: Information har lämnats om patientnämndens uppdrag och verksamhet. Information har lämnats om Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Svar inhämtas inte från vårdgivaren då ombudet redan fått sina synpunkter besvarade genom egen kontakt med vårdgivaren. Ärendet registreras för kännedom och avslutas.
1177 **Kommunal vård** **V2606-04317** Kommunikation Information	Vårdpersonal meddelade felaktigt till anhöriga att deras släkting gått bort Vårdpersonal meddelade felaktigt till anhöriga att deras släkting gått bort. När de anhöriga kom dit uppdagades misstaget. Anhörig hälsar att de har varit i kontakt med vårdgivaren som beklagat detta och själva gjort en internutredning om händelsen. Åtgärd: Svar inhämtas inte från vårdgivaren då ombudet redan fått sina synpunkter besvarade genom egen kontakt med vårdgivaren. Ärendet registreras för kännedom och avslutas.
1177 **Kommunal vård** **V2606-04388** Vård och behandling Undersökning/bedömning Vård och behandling Omvårdnad	Bristande omvårdnad på vård-och omsorgsboende Närstående till en patient på ett vård-och omsorgsboende har synpunkter på brister i verksamheten. Hen blev kontaktad med information om att den anhörige var dålig och när hen kom till boendet fick hen själv kontakta ambulans. Vid ankomst till akutsjukhus konstaterades uttorkning, sänkt medvetande, förekomst av e-colibakterier och urinvägsinfektion. Sammantaget är detta, enligt den närstående, direkt kopplat till starkt bristande omvårdnad. Åtgärd: Ombudet önskar inte att svar inhämtas utan är nöjd med att synpunkterna kommer till vårdens och politikens kännedom. Ärendet avslutas.

1177 **Kommunal vård** **V2607-04818** Vård och behandling Omvårdnad Resultat Resultat	Rullstolsburen kvinna brännskadades när handfat på boende översvämmades En kvinna på vård- och omsorgsboende lämnades ensam i sin rullstol framför ett handfat i badrummet. Patienten kom åt varmvattenkranen vilket ledde till att handfatet översvämmades och varmt vatten rann ner på patientens ben och fot. Anmälaren vet inte under hur lång tid som vattnet rann, men patienten fick en brännskada och lades in på sjukhus. Efter en vecka försämrades patientens tillstånd och hon flyttades till palliativ avdelning där hon avled. Åtgärd: Svar inhämtas inte från vårdgivaren då ombudet redan fått sina synpunkter besvarade genom egen kontakt med vårdgivaren. Ärendet registreras för kännedom och avslutas.
1177 **Kommunal vård** **V2607-04969** Vård och behandling Läkemedel	Vårdgivare kunde inte förnya recept En god man för en kvinna har synpunkter på att en vårdgivare inte kunde hjälpa till att förnya recept för att det var utskrivet från annan region. Åtgärd: Ombudet önskar inte att svar inhämtas utan är nöjd med att synpunkterna kommer till vårdens och politikens kännedom. Ärendet avslutas.