



Blev det någon verkstad?

Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?



Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr | IVO 2016-27

Foto | Mostphotos

Utgiven | Maj 2016, www.ivo.se

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I uppdraget ingår också att regelbundet återföra sammanställda resultat och iakttagelser från myndighetens tillsyn.

Denna rapport är en del av IVO:s tillsynsåterföring från avdelning mitt som har tillsynsansvar över den hälso- och sjukvård och socialtjänst som bedrivs i Dalarna, Gävleborg, Södermanland, Uppsala, Värmland, Västmanland och Örebro län. Rapporten belyser ett tillsynsprojekt där IVO följt upp lex Maria- och lex Sarahanmälningar till IVO. Tillsynerna genomfördes under 2015.

Rapporten är framtagen av utredaren Sofia Palmér. Inspektörerna Cecilia Askerskär Philipsson, Thomas Carnell och Petra Johnson har varit projektledare för tillsynsprojektet.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Sammanfattning, diskussion och slutsatser

I komplexa verksamheter som hälso- och sjukvården och socialtjänsten är det viktigt att ansvariga fortlöpande undersöker vilka risker som finns i verksamheten och vidtar de åtgärder som är nödvändiga för att undanröja riskerna eller i vart fall hålla dem under kontroll.

En anmälan enligt lex Maria ska göras då en händelse inträffat som medfört eller hade kunnat medföra att en patient utsatts för en allvarlig vårdskada. Likaså har socialtjänsten skyldighet att enligt lex Sarah anmäla allvarliga missförhållanden eller risker för allvarligt missförhållande i socialtjänstens verksamheter. Anmälningarna skickas till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som i sin tur granskar hur ansvariga har arbetat för att minska risken för att skadan eller missförhållandet uppstår igen.

IVO har under 2015 följt upp 95 anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah; lex Maria från slutet specialistvård, lex Maria från kommunal¹ hälso- och sjukvård samt lex Sarah som rör omsorg om äldre. Syftet med inspektionerna och denna rapport är att undersöka hur arbetet med att vidta de åtgärder som ansvariga redovisat i de interna utredningarna har fungerat, men även om verksamheterna anser att åtgärderna fått den effekt som avsågs. Med andra ord: ta reda på om lex Maria och lex Sarah bidrar till en ökad säkerhet och kvalitet i vård och omsorg.

I tillsynen framkommer att det finns ett engagemang i de tillsynade verksamheterna och att många åtgärder vidtas för att förbättra vård och omsorg. Samtidigt finns en del utmaningar som ansvariga för verksamheterna måste hantera för att lex Maria och lex Sarah ska fungera som tänkt.

Den vanligaste åtgärden, som verksamheterna redovisar för att förhindra liknande händelser som de anmälde, är att revidera och/eller ta fram nya rutiner och riktlinjer för hur arbetet ska bedrivas. Samtidigt framkommer det att åtgärder av detta slag har en begränsad effekt. Detta eftersom det ofta uppstår hinder och utmaningar i implementeringen av nya eller reviderade rutiner och riktlinjer. Det förekommer bland annat att vissa yrkesgrupper inte upplever att de är berörda av det som inträffat eller att det inte finns tillräckligt bra metoder för hur de nya och reviderade rutinerna ska implementeras.

¹ Inkluderar även några anmälningar som rör hälso- och sjukvård som drivs genom entreprenad.

IVO anser att vård och omsorg bör ha ett förhållningssätt där man inte försöker lösa problem med att i första hand skapa nya skriftliga rutiner eller riktlinjer. Ett skäl till detta ställningstagande är att vård- och omsorgssektorn har byråkratiserats; bl. a finns det i vissa verksamheter ett så stort antal styrdokument att systemet blivit kontraproduktivt. Om ett nytt styrdokument verkligen behövs är en bra grundregel att bara skapa ett sådant om det ersätter ett annat eller helst att dokumentationen totalt sett minskar. I arbetet med att få till stånd denna förändring behöver även IVO och andra myndigheter ändra arbetssätt.

Vidare kan IVO konstatera att det finns åtgärder som i efterhand upplevs mindre verkningsfulla då syftet med dem är allt för otydligt. Som exempel kan nämnas åtgärder som innebär att ”frågan ska ställas”, ”kontakt ska tas med”, ”ta reda på om...” och ”samtal ska hållas med...”. IVO kan konstatera att dessa åtgärder riskerar att stanna i ett första skede, en form av kartläggning. I dessa fall kan det krävas att det finns ytterligare åtgärder som bygger på resultaten från den första åtgärden, kartläggningen.

IVO anser att huvudmän och vårdgivare i tidigt skede bör analysera vilka effekter man önskar nå av vidtagna åtgärder, vilka hinder som kan komma att uppstå i genomförandet samt i möjligaste mån ta fram förslag på hur dessa hinder ska undanröjas. Det i sin tur kräver ett aktivt och medvetet arbete med att lära av egna utredningar och åtgärder. Att inte släppa taget om en anmälan enligt lex Maria eller lex Sarah för tidigt, utan istället att

- ⦿ följa upp om genomförda åtgärder fått den effekt som avsågs
- ⦿ följa upp varför i anmälan redovisade åtgärder inte blir genomförda, med syfte att identifiera eventuella hinder
- ⦿ genomföra andra åtgärder i de fall de vidtagna inte fått avsedd effekt
- ⦿ genomföra andra åtgärder i de fall planerade åtgärder inte har genomförts

Även IVO kan bli bättre på att bedöma sannolikt resultat av olika åtgärder. Om ansvariga för verksamheterna och IVO blir bättre på att identifiera vilka enskilda åtgärder som får avsedd effekt, men även att granska hur kombinationer och kedjor av åtgärder får den effekt som avses, kommer lex Maria i ännu högre utsträckning kunna bidra till en patientsäker hälso- och sjukvård. På samma sätt kan lex Sarah i högre utsträckning bidra till en ökad kvalitet inom socialtjänsten.

Lex Maria-reglerna har funnits sedan mitten av 1930-talet och även lex Sarah-reglerna har nu funnits i många år. Ändå är många av de händelser som anmäls välkända, liksom de åtgärder man vidtagit eller planerar. Systemet fungerar alltså inte fullt ut; samma problem återkommer och hanteras ofta på samma sätt som tidigare.

För att lex Maria och lex Sarah ska bli kraftfullare ledningsinstrument i arbetet med att nå en god och säker vård och omsorg än de är för närvarande, finns det anledning att fundera över följande frågeställningar:

- ⊗ Varför är den vanligaste åtgärden av ett sådant slag som har begränsad effekt och i värsta fall är kontraproduktivt?
- ⊗ Det läggs ner mycket resurser på de interna utredningarna och på att genomföra åtgärder. Varför följs inte åtgärder upp, för att säkerställa effekt, i någon större utsträckning?
- ⊗ Vad krävs för att få en följsamhet hos samtliga yrkesgrupper?
- ⊗ Nyttjar vårdgivare och huvudmän potentialen hos anmälningsansvariga utifrån deras uppdrag? Ansvariga behöver se över anmälningsansvarigas förutsättningar utifrån placering, förutsättningar och befogenheter för att på bästa sätt kunna utföra sitt uppdrag.

IVO kommer använda materialet från denna tillsyn för att utveckla och skapa lärande i den egna verksamheten. Förhoppningen är att även ansvariga på olika nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten gör det.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning, diskussion och slutsatser	4
Innehåll	7
Inledning	8
Anmälningar som IVO följt upp	10
Redovisade åtgärder	10
Nya och/eller reviderade rutiner och riktlinjer är vanligast	11
Andra åtgärder inom somatisk specialistsjukvård rör organisation	11
Information och kommunikation - vanlig åtgärd i kommunal hälso- och sjukvård	11
I lex Sarah-anmälningar saknas åtgärder på system- och organisationsnivå	12
Tre av fyra åtgärder genomförs	13
Hinder i genomförandet är relativt vanligt	14
Åtgärder som inte uppfattas som relevanta vidtas inte	18
Andra och fler åtgärder vidtas än de som redovisats	18
Blir det bättre?	20
Inte den effekt som avsågs	20
För lite systematik i uppföljningarna	22
Lex Maria och lex Sarah - ett viktigt verktyg?	24
Lärdomar bör spridas mer	24
Bilaga 1: Tillvägagångssätt	26
Underlag för rapporten	27
Innehållsanalys	28

Inledning

Alla har rätt till vård och omsorg som är säker och av god kvalitet². Därför ska ansvariga för verksamheter som tillhandahåller vård och omsorg arbeta systematiskt och fortlöpande med att säkerställa kvalitet och säkerhet så att enskilda skyddas från missförhållanden eller patientsäkerhetsrisker.

En viktig del av det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är att utreda avvikelser, dra lärdom av det inträffade, vidta adekvata åtgärder för att förebygga upprepning och därmed öka såväl kvalitet som säkerhet. De första reglerna om detta, den så kallade lex Maria, tillkom redan i mitten av 1930-talet som en följd av att fyra patienter hade dött efter felaktiga injektioner. Lex Sarah kom till 1999 efter att missförhållanden inom äldreomsorgen hade uppdagats. Sedan 2013 gäller motsvarande regler för hela socialtjänstområdet.

Om personal som arbetar med insatser enligt socialtjänstlagen på något sätt uppmärksammar ett missförhållande eller en risk för ett missförhållande ska det rapporteras till ansvariga rapportmottagare i verksamheten. Har händelsen medfört ett allvarligt hot mot, eller allvarliga konsekvenser för, den enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa ska händelsen anmälas till IVO. På samma sätt har hälso- och sjukvårdspersonal skyldighet att rapportera oönskade händelser. Om händelsen, efter intern utredning, bedöms ha medfört allvarlig vårdskada eller risk för sådan, ska anmälan till Inspektionen för vård och omsorg göras. Gemensamt för anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah är att vårdgivaren eller huvudmannen ska genomföra en utredning av händelsen³ och utifrån den redovisa vilka åtgärder som vidtagits eller som ska vidtas för att minska risken att en liknande händelse inträffar igen.

IVO ska sedan säkerställa att anmälda händelser, enligt lex Maria och lex Sarah, har utretts i nödvändig omfattning samt att ansvariga har vidtagit de åtgärder som krävs för att uppnå hög patientsäkerhet respektive god kvalitet.

Under 2015 har IVO i ett riskbaserat projekt valt att följa upp lex Maria- och lex Sarah-anmälningar; lex Maria från somatisk specialistsjukvård respektive kommunal⁴ hälso- och sjukvård och lex Sarah som rör omsorg om äldre. Syftet med tillsynen och rapporten har varit att följa upp om åtgärder som redovisats till

² 2a § Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, , 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL

³ 6 kap. 1 § SOSFS 2005:28 och 5 kap SOSFS 2011:5

⁴ Några av de lex Maria som följts upp drivs på entreprenad. För rapportens läsbarhet omfattas även de som drivs på entreprenad i begreppet kommunal hälso- och sjukvård.

myndigheten i verksamheternas utredningar, som ingår i lex Maria- och lex Sarah-anmälningarna, har vidtagits och fått avsedd effekt på verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet. Ytterligare ett syfte är att belysa de orsaker som kan finnas till att åtgärder inte genomförts eller fullföljts.

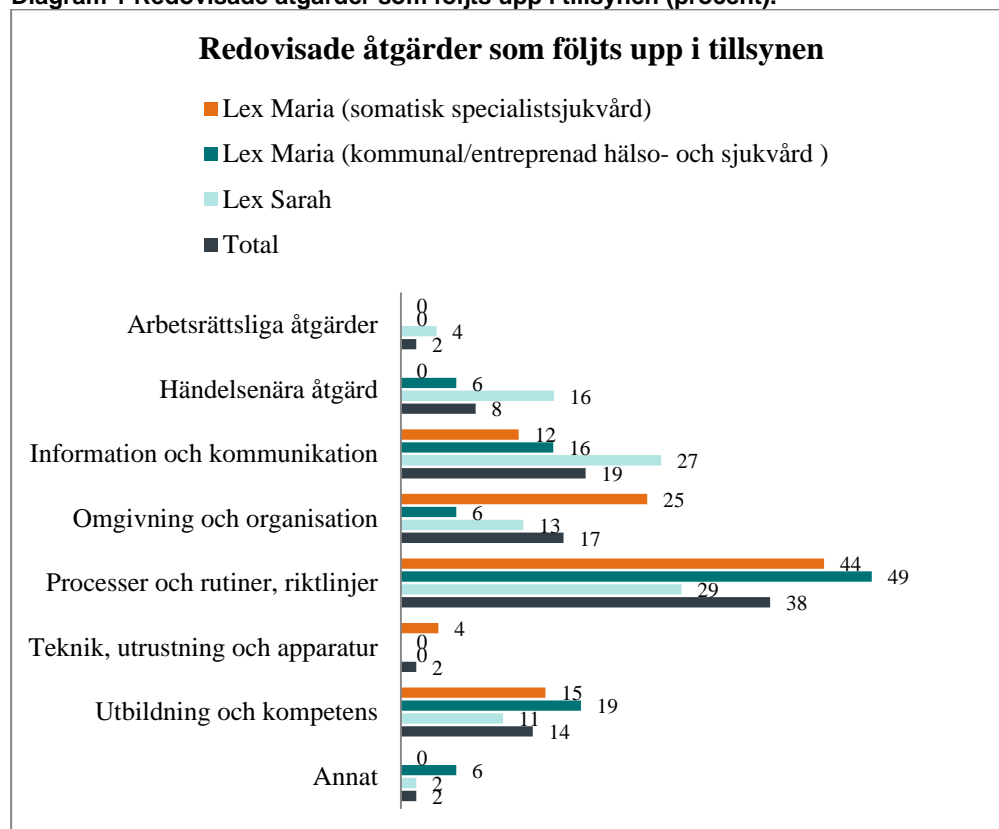
Anmälningar som IVO följt upp

Lex Maria- och lex Sarah-anmälningar ska innehålla verksamheternas utredning av anmäld händelse och åtgärder som ska vidtas för att minska risken för att liknande händelser inträffar igen. Utredningarna ska identifiera bakomliggande orsaker till händelsen och därefter ska verksamheten vidta åtgärder som undanröjer eller motverkar dessa.

Redovisade åtgärder

Vid tillsynen följdes 441 åtgärder upp, fördelade på 95 verksamheter. Det är stor variation på de redovisade åtgärderna, allt från information till berörd personal till omfattande omorganisationer.

Diagram 1 Redovisade åtgärder som följts upp i tillsynen (procent).



Källa: IVO

De flesta granskade verksamheterna har presenterat mellan två och åtta åtgärder per anmänt ärende, i några fall har fler åtgärder redovisats.

IVO kan vid en analys av de åtgärder som följts upp i tillsynen konstatera följande:

- ⊗ Nya och/eller reviderade rutiner och riktlinjer är vanligast, oavsett om det är en anmälan enligt lex Maria eller lex Sarah.
- ⊗ Inom den somatiska specialistsjukvården är även åtgärder som omfattar omgivning och organisation vanliga.
- ⊗ Inom den kommunala hälso- och sjukvården är åtgärder som rör information och kommunikation relativt vanliga.
- ⊗ Inom socialtjänsten vidtas många åtgärder på individnivå, såsom samtal med vård- och omsorgstagaren och berörd personal eller omplaceringar av berörd personal. Det saknas ofta åtgärder på system- och organisationsnivå.

Nya och/eller reviderade rutiner och riktlinjer är vanligast

De vanligast förekommande åtgärderna, oavsett om det är en anmälan enligt lex Maria eller lex Sarah, kan kopplas till processer, rutiner och riktlinjer. Ofta är det nya rutiner och riktlinjer som ska tas fram. Det är även vanligt att befintliga processer, rutiner och riktlinjer ska ses över och därefter revideras.

I många fall delas åtgärderna upp och ska ske i olika steg, där det första steget blir att revidera befintliga eller ta fram nya rutiner och riktlinjer. Nästa steg handlar om att implementera det nya eller förändrade arbetssättet. Det är inte ovanligt att det är just i genomförandet som verksamheten stöter på svårigheter.

För att rutiner och riktlinjer ska få avsedd verkan behöver verksamheterna i större utsträckning arbeta med implementering och följsamhet. IVO kan konstatera att personal som ska arbeta enligt den nya rutinen många gånger behöver ha kännedom om vad som ligger bakom förändringen för att få ett orsakssamband och därmed vara mer villiga att genomföra den beslutade förändringen. Enligt IVO:s uppfattning finns det också skäl att vara uppmärksam på riskerna med alltför många styrdokument.

Andra åtgärder inom somatisk specialistsjukvård rör organisation

Inom den somatiska specialistsjukvården är organisatoriska åtgärder näst vanligast, en av fyra åtgärder. Allt ifrån att se över schema, inrätta samverkansformer, koordinera vårdplatser till att genomföra större ombyggnationer förekommer. Exempelvis har man, för att minska risken för smittspridning på en neonatalavdelning (avdelning för för tidigt födda barn), numera *en* person som sköter ”mjölköket” och inte som tidigare när ”alla sprang in och ut”.

Information och kommunikation - vanlig åtgärd i kommunal hälso- och sjukvård

Åtgärder kopplade till omgivning och organisation är inte lika vanliga inom kommunal hälso- och sjukvård som inom den somatiska specialistsjukvården. Utan den näst vanligaste åtgärden efter processer, rutiner och riktlinjer är information och kommunikation. Ofta handlar det om information till personalgruppen. En anmälan som gjorts efter upptäckten av MRSA (meticillinresistent stafylokock aerus), som innebar att smitta spridits mellan individer, resulterade i en rad åtgärder där en av dem var regelbunden information till personal från kommunens hygiensjuksköterska.

I lex Sarah-anmälningar saknas åtgärder på system- och organisationsnivå

Även inom lex Sarah är åtgärder som rör information och kommunikation de näst vanligaste följt av händelsenära åtgärder. Åtgärderna är ofta utformade för att motverka en upprepning av händelsen för *just den person* som ursprungligen drabbats eller riskerade att drabbas relativt vanliga. Åtgärderna fokuserar på att händelsen inte ska upprepas för den inblandade omsorgstagaren. Vanliga åtgärder är samtal med inblandade parter, information till personalen om vad vård- och omsorgstagaren drabbats av och att rutiner och arbetssätt runt vård- och omsorgstagaren ses över. Samtidigt vidtas även åtgärder i syfte att ingen annan ska drabbas, men åtgärder som fokuserar på enskilda anställda är däremot fortfarande vanligast. IVO anser därför att verksamheterna måste fokusera på syftet med lex Sarah: att förstå varför missförhållandet kunde inträffa i verksamheten och inte att peka ut en enskild anställd som syndabock.. På så sätt kan verksamheten förhindra att något liknande inträffar igen.⁵

För att kunna identifiera åtgärder på en organisatorisk nivå krävs att ansvariga i de interna utredningarna lyfter blicken och söker bakomliggande orsaker på verksamhets- och ledningsnivå, exempelvis kan det röra sig om brister i kompetens och organisation.

⁵ Lex Sarah - Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah, Socialstyrelsen. 2014.

Tre av fyra åtgärder genomförs

Vid en analys av materialet från inspektionerna kan konstateras att 76 procent av totalt 441 redovisade åtgärder har vidtagits och ytterligare 15 procent har delvis vidtagits⁶. Samtidigt har åtta procent av samtliga redovisade åtgärder inte vidtagits alls. Det kan t.ex. bero på att åtgärder ”tappats bort”, att ansvaret för genomförandet kopplats till en person som sedan slutat och att dennes efterträdare inte fått kännedom om uppgiften etc. I några fall har redovisade åtgärder inte genomförts utifrån att andra åtgärder ansetts mer relevanta under arbetets gång.

- ⊗ Inom den somatiska specialistsjukvården genomförs 67 procent av de redovisade åtgärderna fullt ut.
- ⊗ Åtgärder kopplade till lex Maria inom kommunal hälso- och sjukvård är motsvarande andel 76 procent.
- ⊗ Var tionde redovisad åtgärd inom den somatiska specialistsjukvården och kommunal hälso- och sjukvård vidtas inte.
- ⊗ Åtgärder kopplade till en lex Sarah genomförs i högst utsträckning, 86 procent.
- ⊗ Informations- och kommunikationsinsatser genomförs i hög utsträckning oavsett om det handlar om lex Maria- eller lex Sarah-anmälningar.

Genomförda åtgärder - Lex Maria inom somatisk specialistsjukvård

Inom den somatiska specialistsjukvården kan det konstateras att två av tre åtgärder genomförs fullt ut. När det gäller åtgärder kopplade till utbildning och kompetens är det bara hälften av åtgärderna som genomförs helt. Orsaken är bland annat att det är hög personalomsättning, men även att det inte finns ekonomiska resurser för att genomföra utbildningar.

Tabell 1 Genomförda åtgärder - Lex Maria inom somatisk specialistsjukvård (procent)

	Ja	Delvis	Nej
Information och kommunikation	64	32	5
Omgivning och organisation	74	13	13
Processer och rutiner, riktlinjer	66	27	8
Teknik, utrustning och apparatur	86	0	14
Utbildning och kompetens	56	30	15
Total	67	23	10

Källa: IVO

⁶ Att de vidtagits **delvis** kan betyda att de påbörjats, men av olika anledningar inte fullföljts. Det kan även innebära att de är omfattande och en del av ett längre arbete och därför inte hunnit slutföras när inspektionen genomfördes.

Genomförda åtgärder - Lex Maria kommunal hälso- och sjukvård

När det gäller åtgärder som redovisats i lex Maria-anmälningar inom kommunal hälso- och sjukvård är det tre av fyra åtgärder som vidtas fullt ut. Hinder som påverkar genomförandet redovisas i efterföljande avsnitt.

Tabell 2 Genomförda åtgärder - Lex Maria inom kommunal/entreprenad hälso- och sjukvård (procent)

	Ja	Delvis	Nej
Händelsenära åtgärd	75	0	25
Information och kommunikation	100	0	0
Omgivning och organisation	50	50	0
Processer och rutiner, riktlinjer	74	15	12
Utbildning och kompetens	77	15	8
Annat	50	0	50
Total	76	13	11

Källa: IVO

Genomförda åtgärder - Lex Sarah som rör omsorg om äldre

Åtgärder som redovisas i lex Sarah-anmälningar tycks genomföras i högre utsträckning än åtgärder kopplade till lex Maria-anmälningar. En relativt stor andel av åtgärderna är ganska begränsade i omfattning och enkla att genomföra. Dessutom fokuserar många av dem på individnivå. Det medför att syftet med lex Sarah inte nås, vilket påtalats i tidigare avsnitt.

Tabell 3 Genomförda åtgärder - Lex Sarah som rör omsorg om äldre (procent)

	Ja	Delvis	Nej
Arbetsrättsliga åtgärder	100	0	0
Händelsenära åtgärd	97	3	0
Information och kommunikation	94	6	0
Omgivning och organisation	83	4	13
Processer och rutiner, riktlinjer	76	16	7
Utbildning och kompetens	75	15	10
Annat	67	0	33
Total	86	9	5

Källa: IVO

Hinder i genomförandet är relativt vanligt

IVO:s tillsyn har visat att det ibland uppstår hinder i genomförandet oavsett ärendeslag. Dessutom är även de hinder som framkommer i stort gemensamma.

- ⊗ Somatisk specialistsjukvård stöter ofta på hinder i genomförandet.
- ⊗ Åtgärderna som oftast stöter på hinder är de som kan kopplas till omgivning och organisation samt till processer, rutiner och riktlinjer.
- ⊗ Otydliga åtgärdsbeskrivningar är svåra att genomföra och följa upp.

Somatisk specialistsjukvård stöter ofta på hinder

Den somatiska specialistsjukvården har i högre utsträckning stött på hinder i genomförandet av åtgärder än både kommunal hälso- och sjukvård och omsorg om äldre. Totalt sett har omkring fyra av tio föreslagna åtgärder inom somatisk specialistsjukvård stött på hinder. Motsvarande andel inom kommunal hälso- och sjukvård är två av tio.

Tabell 4 Genomförda åtgärder som stött på hinder (procent)

	Stött på hinder %
Lex Maria (somatisk specialistsjukvård)	44
Lex Maria (kommunal/entreprenad hälso- och sjukvård)	19
Lex Sarah	19

Källa: IVO

Åtgärderna som oftast stöter på hinder är de som kan kopplas till omgivning och organisation samt till processer, rutiner och riktlinjer.

Åtgärder som ofta stöter på hinder är de som kan kopplas till omgivning och organisation samt till processer, rutiner och riktlinjer. Samtidigt så är det denna typ av åtgärder som är vanligast förekommande. En av de lex Maria-anmälningar (somatisk specialistsjukvård) som följts upp av IVO handlar om att läkemedel administrerades i felaktig koncentration. Vårdgivaren identifierade flera orsaker till detta, bland annat påverkade storleken på de sprutor som används vid iordningställandet av läkemedel. För att komma tillrätta med detta reviderades rutinen för hur läkemedel iordningställs. Under tillsynen framkom dock att flera anställda hade egna rutiner när det gäller exempelvis sprutstorlek. IVO kan därför konstatera att en rutin finns i verksamheten men följsamheten till den varierar.

Otydligt formulerade åtgärder är svåra att genomföra

Andra svårigheter i arbetet är att det inte är helt tydligt att en åtgärd ska genomföras eller syftet med åtgärden. IVO noterar att det förekommer formuleringar i redovisade åtgärder som ger stort utrymme för tolkningar och där ansvaret för genomförandet inte är uttalat: ”det vore bra om...”, ”ta reda på om...”, ”undersöka möjligheten att...”.

Formuleringar som ”händelsen ska lyftas”, ”diskuteras” och ”informerar om” medför att det inte är tydligt *när* det ska göras, *vem* som ansvarar för att det ska göras eller *varför* det ska göras. För att underlätta genomförandet är det viktigt att vara tydlig i formuleringen av åtgärderna.

Gemensamma hinder i genomförandet

Vissa hinder för genomförandet är gemensamma för många av de tillsynade verksamheterna. Att åtgärder inte vidtas beror på flera olika saker. De hinder som

deltagarna vid inspektionerna redogjort för, som funnits i genomförandet av åtgärder, kan delas upp i följande områden:

- ⊗ Kulturen i personalgruppen/arbetsgruppen
- ⊗ Organisatoriska förutsättningar
- ⊗ Yttre omständigheter
- ⊗ Ekonomiska förutsättningar

Kulturen kan hindra utveckling

Kulturen i en verksamhet och hos personalgrupper påverkar genomförandet av de redovisade åtgärderna. Vid tillsynen framkom flera exempel på svårigheter i genomförandet som beror på en viss kultur i en personalgrupp. Som exempel kan nämnas att rutiner inte efterföljs då alla yrkesgrupper inte ser dem som relevanta. Detta kan i sin tur bero på att det inte finns en gemensam bild av vad som krävs för att motverka och förebygga händelser som kan komma att påverka kvaliteten och säkerheten.

Från vårdavdelningar på ett sjukhus framhålls att en medicinsk planering skulle vara en fördel och en hjälp då man tar emot en patient från intensivvårdsavdelningen (IVA). Det ses som en enkel förbättringsåtgärd som skulle hjälpa sjuksköterskorna att få en överblick över patientens läkemedel och ordinationslistor. Mallen för den medicinska planeringen finns, men används inte i önskad utsträckning eftersom läkarkollektivet på IVA inte ansett planeringen som relevant för sitt arbete.

Lex Maria (somatisk specialistsjukvård)

Ytterligare ett exempel gäller en lex Sarah-anmälan där utbildningsinsatser skulle genomföras. Vid inspektionen framkom att inte alla har deltagit, samtidigt var flera av de intervjuade i personalen tveksamma till om ”de som bäst behöver utbildningen kan ta till sig den”.

Orsaker till att åtgärder inte genomförs kan, som tidigare nämnts, bero på att det finns otydligheter kring hur de ska genomföras och med det även vilka krav det ställer på enskilda medarbetare. Det är med andra ord viktigt att ledningen arbetar för att skapa en kultur där alla förstår sin roll och delaktighet i arbetet med att förbättra säkerheten och kvaliteten. Det krävs ett aktivt ledarskap som medvetet arbetar med kulturen och dessutom ser personalen som en naturlig och självklar del i arbetet med patientsäkerhet och kvalitet. Detta har IVO påtalat i tidigare rapporter⁷.

⁷ Rapport: Hur står det till med våra akutmottagningar, 2015
Rapport: Implementering och händelser – Lärdomar från analys av 41 lex Sarah-anmälningar, 2014

Organisatoriska förutsättningar bromsar genomförandet

Ett vanligt förekommande hinder för att en åtgärd ska genomföras fullt ut är det faktum att det i många verksamheter är hög omsättning på personal och att åtgärderna kopplas till en person snarare än en funktion. Det innebär att i de fall ansvariga för genomförandet slutar eller är frånvarande en längre tid så stannar arbetet upp. Detta kan i sin tur påverka hela kedjan av åtgärder i de fall en enstaka åtgärd inte i sig själv kan motverka eller förbygga den identifierade risken.

I de fall händelser omfattar flera enheter eller verksamheter, uppstår ibland svårigheter i genomförandet. IVO konstaterar att verksamheterna har svårt att åtgärda hela vårdkedjor då man endast äger mandat att fatta beslut i sin egen verksamhet. Det är ett känt fenomen och IVO anser att det är viktigt att verksamheter i samverkan ser över händelser för att skapa bättre förutsättningar för att relevanta åtgärder vidtas. Vårdgivare och huvudmän är skyldiga att identifiera de processer där samverkan behövs samt hur denna ska bedrivas inom och mellan verksamheter för att säkra verksamhetens kvalitet.

Yttre omständigheter

I vissa fall handlar åtgärderna om att genomföra förändringar där en tredje part är inblandad. Det kan t.ex. gälla lokaler eller system som ägs av en annan. Det kan då vara svårt att få till en förändring utifrån att avtalen med leverantören inte möjliggör genomförandet eller att det tar lång tid innan det blir åtgärdat.

En av de åtgärder som redovisades till IVO var ett förslag till arbetstidsmodell på medicinkliniken. Då en facklig organisation sa nej till modellen rann åtgärden ut i sanden vid det aktuella tillfället.

Lex Maria (somatisk specialist sjukvård)

En av de redovisade åtgärderna i en anmälan enligt lex Sarah innebar förslag till byte av larm och lås. I mötet med fastighetsförvaltare framkom att det inte var aktuellt då fastighetsägaren inte var säker på hur ägandet av fastigheten kunde komma att ändras inom en snar framtid.

Lex Sarah

Vissa åtgärder är på grund av oförutsedda omständigheter inte genomförbara. I andra fall är åtgärden inte längre relevant längre bland annat på grund av byte av leverantör, t.ex. leverantörer av olika IT-lösningar eller av andra tjänster

Ekonomiska resurser saknas för att genomföra åtgärder fullt ut

Ytterligare en orsak till att åtgärder inte genomförs fullt ut är ekonomiska hinder för att genomföra önskade åtgärder. Det kan i vissa fall vara oklart vilken eller vilka verksamheter som ska bära kostnaden för genomförandet av en åtgärd. I andra fall finns inte ekonomiskt utrymme för genomförandet.

Åtgärden som presenterats i en lex Maria var en remisskola som syftade till att uppnå enhetlighet gällande anamnes (sjukdomshistoria), status och frågeställning i remisserna till röntgen. Vid inspektionen framkom att vårdgivaren såg ett behov av ett arbete kring remisserna men i nuläget saknade resurser för att genomföra detta. Vårdgivaren hade dock genomfört andra åtgärder som berörde remisskrivning som IVO bedömde som adekvata och rimliga.

Lex Maria (somatisk specialistsjukvård)

Åtgärder som inte uppfattas som relevanta vidtas inte

Som nämnts tidigare vidtas inte alla åtgärder som redovisas till IVO, omkring en tiondel blir aldrig genomförda. Det beror i vissa fall på att förutsättningarna ändrats så att den redovisade åtgärden inte längre bedömts vara relevant, något som i sin tur i regel medför att andra mer relevanta åtgärder vidtas. IVO anser att det är positivt att inför genomförandet av åtgärder fundera över relevansen. Det tyder på att verksamheten kan ompröva och utvärdera arbetet löpande.

Verksamheten hade efter omvärldsanalys avstått från att upprätta ett anhörigråd då ansvariga för genomförandet ansåg att det fanns andra insatser gentemot anhörig som passade bättre. Exempel på insatser var anhörigombud och informationspärmar. De anhöriga ska också erbjudas delaktighet via kontinuerliga träffar.

Lex Sarah

IVO kan även konstatera att det förekom att arbetet med att vidta åtgärder påbörjades först sedan IVO aviserat en inspektion. IVO vill poängtera att åtgärder ska vidtas för en ökad säkerhet och kvalitet. Att en verksamhet vidtar åtgärder först inför en uppföljande inspektion signalerar snarare en omogen patientsäkerhetskultur och ett bristande kvalitetsarbete.

Andra och fler åtgärder vidtas än de som redovisats

I drygt hälften av de inspekterade verksamheterna har det vidtagits fler och andra åtgärder än de som redovisats. Att fler åtgärder vidtas kan enligt IVO vara en indikation på att det hos verksamheterna finns en kontinuerlig utveckling och att arbetet med att genomföra enskilda åtgärder omfattar att kritiskt reflektera över om det kan krävas mer för att åtgärden ska få avsedd effekt.

Diagram 2 – Har andra åtgärder utöver de som redovisats vidtagits (procent).



Källa: IVO

De åtgärder som vidtas utöver de redovisade visar på att verksamheterna identifierat ytterligare behov för att komma tillrätta med de bakomliggande orsaker som orsakat vårdskadan/ missförhållandet eller risken för sådana. Dessa åtgärder handlar bland annat om:

- ⊗ Att tidigare vidtagna åtgärder visar på behov av genomlysningar, översyner och riskanalyser inom olika områden eller för hela verksamheterna.
- ⊗ Att det finns behov av utbildning, t.ex. efter införandet av nya arbetssätt.
- ⊗ Att vidtagna åtgärder medför att samverkans- och kommunikationsbrister mellan olika verksamheter synliggjorts.
- ⊗ Att information kring genomförda åtgärder behövs för att de ska få avsedd effekt.

Ett exempel där ytterligare åtgärder genomförts kommer från ett särskilt boende för äldre i kommunal regi. En rad åtgärder hade vidtagits till följd av en lex Maria-anmälan. Åtgärderna innebar bland annat att aktivt arbeta med målstyrning, revidering av rutiner utifrån att planering och dokumentation tydligare ska grundas på bedömningar och riskanalyser. Det innebar även utbildning för personalen. Utöver de åtgärder som lyfts i den interna utredningen hade ansvariga dessutom inrättat en ny roll, driftsledare. Dessa har särskilt ansvar för att se till att riskanalyser genomförs, att genomförandeplaner upprättas samt att planerade åtgärder genomförs och följs upp. Verksamheten genomförde även egenkontroller.

Blir det bättre?

De åtgärder som vidtas i verksamheterna och som redovisas till IVO ska bidra till kvaliteten i de insatser som ges inom hälso- och sjukvården och omsorgen förbättras. Det innebär att den utredning som gjorts och de riskförebyggande och kvalitetssäkrande åtgärder som vidtas ska förebyggas. I den tillsyn som IVO genomfört framgår att nästan en tredjedel av genomförda åtgärder anses inte ha fått avsedd effekt. Vidare sker uppföljning av genomförda åtgärder allt för sällan med systematik. Ofta är ”magkänslan” rådande.

Inte den effekt som avsågs

Vid inspektionen fick deltagarna svara på om de ansåg att de vidtagna åtgärderna fått den effekten som avsågs. Det finns vissa skillnader mellan lex Maria- och lex Sarah-anmälningar:

- ⊗ Somatisk specialistsjukvård har lägst andel genomförda åtgärder som, enligt de intervjuade, fått avsedd effekt, 61 procent.
- ⊗ Högst andel åtgärder som upplevs leda till avsedd effekt återfinns efter lex Maria-anmälningar inom kommunal hälso- och sjukvård, 84 procent.
- ⊗ 70 procent av de genomförda åtgärderna från lex Sarah-anmälningar anses ha fått avsedd effekt.

När det gäller anmälningar enligt *lex Maria inom somatiska specialistvården* har enligt de intervjuade sex av tio åtgärder fått avsedd effekt. Dessa åtgärder har ofta genomförts fullt ut. De intervjuade anser att tre av tio åtgärder delvis har fått den effekt som avsågs. I dessa fall har åtgärden ofta inte genomförts fullt ut. Det finns sällan en genomtänkt strategi kring hur åtgärden ska följas upp.

En av tio vidtagna åtgärder anses inte leda till avsedd effekt. Två av tio åtgärder kopplade till omgivning och organisation har inte fått avsedd effekt, detta kan ofta förklaras av att åtgärden inte är tydlig utifrån vad den avses åstadkomma. Dessa åtgärder innehåller ofta formuleringar som att ”lyfta det med”, ”ta upp frågan med”, ”ta reda på möjligheten”.

Tabell 5 Om olika åtgärder fått avsedd effekt, enligt de intervjuade – Lex Maria somatisk specialistsjukvård (procent)

	Ja	Delvis	Nej
Information och kommunikation	62	33	5
Omgivning och organisation	57	24	19
Processer och rutiner, riktlinjer	65	31	4
Teknik, utrustning och apparatur	57	29	14
Utbildning och kompetens	59	32	9
Total	61	30	9

Källa: IVO

Avseende anmälningar enligt *lex Maria inom kommunal hälso- och sjukvård* har, enligt de intervjuade, drygt åtta av tio åtgärder fått avsedd effekt. I de fall effekten inte nåtts fullt ut eller inte alls har det ofta koppling till att rutiner inte hunnit implementeras eller rekryteringar som drar ut på tiden. I kommunal hälso- och sjukvård är det vanligen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) som ansvarar för att göra den interna utredningen och som tillsammans med verksamheten arbetar fram åtgärder. De är ofta väl initierade och har god överblick över arbetet i kommunen, vilket sannolikt bidrar till att de åtgärder som redovisas ofta når den effekt som avsågs. I flera fall genomför MAS/MAR besök i verksamheterna i syfte att följa upp åtgärderna.

Tabell 6 Om olika åtgärder fått avsedd effekt, enligt de intervjuade – Lex Maria kommunal/entreprenad hälso- och sjukvård (procent)

	Ja	Delvis	Nej
Information och kommunikation	62	0	0
Omgivning och organisation	50	50	0
Processer och rutiner, riktlinjer	73	13	4
Utbildning och kompetens	59	0	0
Total	84	10	6

Källa: IVO

Genomförda åtgärder kopplade till anmälningar enligt *lex Sarah* anses av de intervjuade ha fått önskad effekt i sju av tio fall. Arbetsrättsliga åtgärder anses i lägre utsträckning få effekt på kvaliteten då de ofta handlar om en enskild personal som omplaceras eller vars anställning avslutas. Åtgärden i sig medför att just den aktuella personalen inte kan utgöra en risk, däremot har åtgärden mindre påverkan på att undvika att händelsen upprepas.

En reflektion IVO gör är att det finns en ovana att identifiera bakomliggande orsaker till det inträffade och de åtgärder på systemnivå som ska förebygga liknande händelser i framtiden. Detta medför att de åtgärder som vidtas inte upplevs få avsedd effekt. Det innebär att risken minskar för att den omsorgstagare som drabbats av ett missförhållande ska drabbas igen, men att åtgärden inte motverkar risken för att liknande händelser ska drabba andra.

Tabell 7 Om olika åtgärder fått avsedd effekt, enligt de intervjuade – Lex Sarah omsorg om äldre (procent)

	Ja	Delvis	Nej
Händelsenära åtgärd	63	0	3
Information och kommunikation	74	0	4
Omgivning och organisation	90	10	0
Processer och rutiner, riktlinjer	70	26	4
Utbildning och kompetens	68	0	5
Annat	50	0	0
Total	70	26	4

Källa: IVO

För lite systematik i uppföljningarna

Allt för ofta går verksamheterna på känsla snarare än att de med systematik följer upp åtgärden. Det är inte ovanligt att ansvariga uppger att de har en känsla av att åtgärden blev bra och bidrar till en säkrare vård och omsorg, utan att ha gjort någon uppföljning av åtgärden. För att kunna vara en lärande och utvecklande verksamhet måste det finnas uppföljningar, med möjlighet att analysera vilka åtgärder som faktiskt leder till avsedd effekt. IVO menar att detta arbete släpar efter i många verksamheter. Arbetet med lex Maria och lex Sarah omfattar hela kedjan från personalens skyldighet att rapportera avvikelser, till att åtgärder vidtas och följs upp.

Att proaktivt arbeta med patientsäkerhet och kvalitet innebär ett ”kontinuerligt arbete med målformulering, uppföljning, analys samt återföring av resultat”⁸ i alla delar av organisationen. Det innebär att vård- och omsorgsgivare måste ta reda på hur det fungerar och om arbetet bedrivs som det är tänkt, med andra ord ska kontroll av den egna verksamheten genomföras kontinuerligt⁹. IVO anser att uppföljning/egenkontroll av åtgärder som vidtagits i samband med en anmälan enligt lex Maria eller lex Sarah är en viktig del i ett systematiskt kvalitetsarbete.

Det är knappt en tredjedel av verksamheterna som redovisar att de följt upp åtgärderna på ett systematiskt sätt. Det finns tydliga brister i arbetet med uppföljning av genomförda åtgärder. Följande brister återfinns inom majoriteten av de tillsynade verksamheterna:

- ⤷ I många fall görs inte någon systematisk uppföljning. Det framkommer att många upplever att genomförda åtgärder ”nog” har fått avsedd effekt, det finns en ”känsla” av att arbetet fungerar bättre.

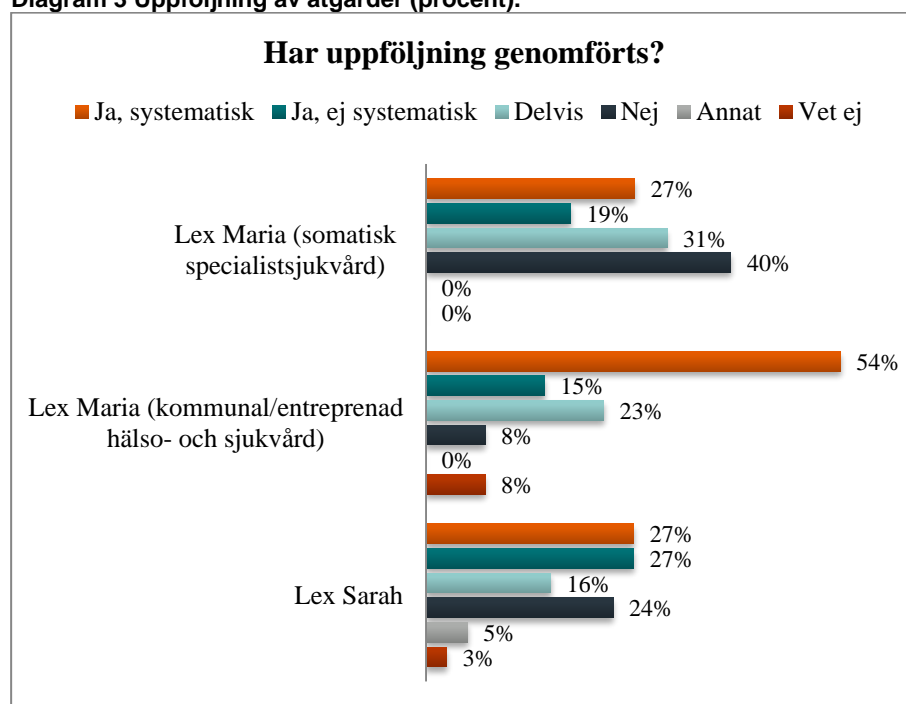
⁸ Nationella indikatorer för God vård, 2009. Socialstyrelsen.

⁹ Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete - 5 kap. 2 och 8 §§ om egenkontroll

- Uppföljning av vidtagna åtgärder ses inte som en naturlig del av det systematiska kvalitetsarbetet. Det medför att det inte finns någon plan för hur och när åtgärderna ska följas upp. Det ökar dels risken för att åtgärder som vidtas är av sådan karaktär att de inte går att följa upp, dels att åtgärderna inte få avsedd effekt.
- Vissa av de uppföljningar som görs innebär att ”checka av” åtgärder utan att kontrollera deras faktiska effekt. Exempelvis kontrolleras att ett visst antal anställda deltagit i en utbildning snarare än att följa upp om utbildningen i sin tur bidragit till att få effekt på kvaliteten i verksamheten. Det kan bl.a. noteras bland annat gällande SBAR-utbildningar¹⁰.

I tillsynen har flera verksamheter uttryckt att de behöver bli bättre på uppföljning generellt. Dessutom uttryckte de att det förekommer åtgärder som visat sig svåra att följa upp.

Diagram 3 Uppföljning av åtgärder (procent).



Källa: IVO

IVO anser att det är av stor vikt att verksamheterna arbetar för att få en bättre kontroll av om och hur de genomförda åtgärderna får effekt. Det handlar om att bli bättre på att identifiera vilka åtgärder som fungerar och vilka förutsättningar som krävs för att en åtgärd ska lyckas. Närmare en tredjedel av verksamheterna har inte följt upp åtgärderna på något sätt.

¹⁰ Kommunikationsverktyg för strukturerad informationsöverföring

Lex Maria och lex Sarah - ett viktigt verktyg?

I tillsynen fick de ansvariga i verksamheterna svara på om de anser att lex Maria/lex Sarah som företeelse bidrar till ökad patientsäkerhet alternativt en bättre kvalitet. Av svaren framkommer att en majoritet anser anmälningar enligt lex Maria bidrar till en ökad patientsäkerhet. De ansvariga menar att de bidrar till ett lärande och att en lex Maria ger mer tyngd åt den interna utredningen. En av de intervjuade förklarar att ”om en händelse bedöms bli en lex Maria är det lättare att få till en ordentlig utredning”.

”Det är bra för verksamheten att utreda sig själv och göra händelseanalys. Verksamheten vet bäst sina förutsättningar”.
(Chefläkare)

Lex Maria anses viktig utifrån att det är någon som tittar på verksamheternas utredningar med ett externt och opartiskt perspektiv.

”Det blir som en extern granskning, har vi tänkt rätt?”
(Verksamhetschef)

Däremot uppfattar inte lika stor andel av de som ansvarar för anmälningar enligt lex Sarah att lex Sarah bidrar till en ökad kvalitet. Närmare hälften av de intervjuade är tveksamma. De menar bland annat att ”systemet är krångligt”.

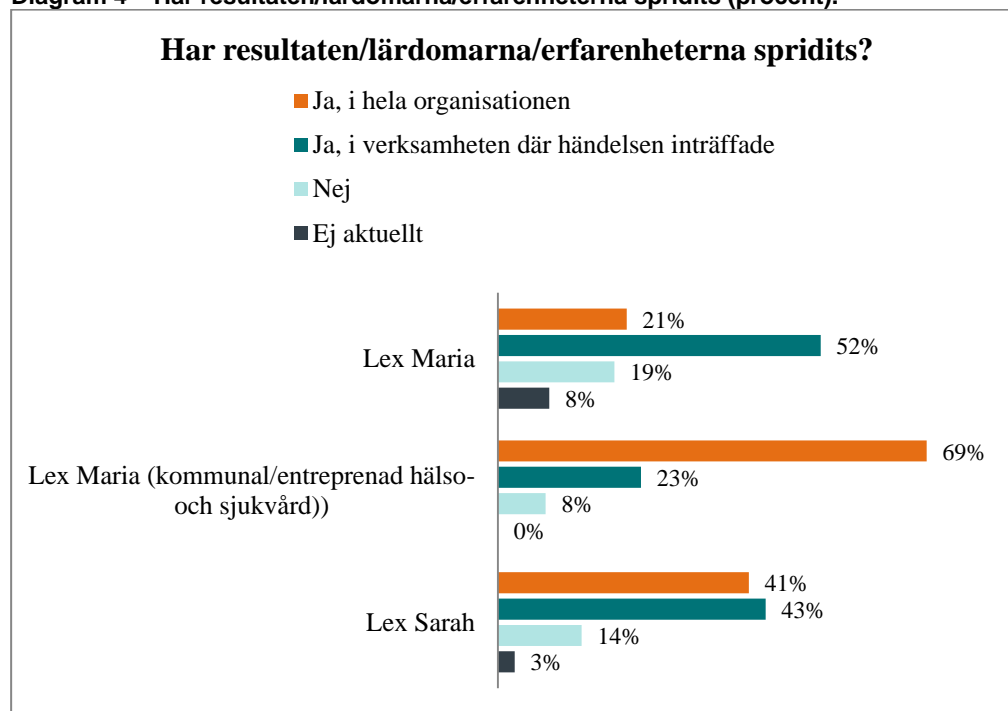
Lärdomar bör spridas mer

En viktig del i arbetet med att utveckla kvaliteten och säkerheten inom vård och omsorg innebär att lärdomar och erfarenheter sprids inom organisationen och inte stannar inom den involverade verksamheten. IVO:s tillsyn visar att arbetet med att sprida lärdomar från lex Maria- eller lex Sarah-utredningar varierar.

- ⊗ Efter en lex Maria-anmälan inom kommunal hälso- och sjukvård sprids resultatet oftare i hela organisationen än inom somatisk specialistsjukvård.
- ⊗ Erfarenheterna från lex Maria-anmälningar inom somatisk specialistsjukvård sprids vanligtvis inom den egna verksamheten, men sällan inom hela organisationen. Var femte anmälan sprids inte alls.
- ⊗ Erfarenheter från lex Sarah sprids både inom den egna verksamheten och inom organisationen.

Lärdomarna från de vidtagna åtgärderna sprids framförallt inom den verksamhet där händelsen som föranledde anmälan inträffade. Det kan dock konstateras att det i drygt en tredjedel av de händelser som följts upp i IVO:s tillsyn även finns spridning av resultaten utanför den egna verksamheten, något som IVO ser positivt på.

Diagram 4 – Har resultaten/lärdomarna/erfarenheterna spridits (procent).



Källa: IVO

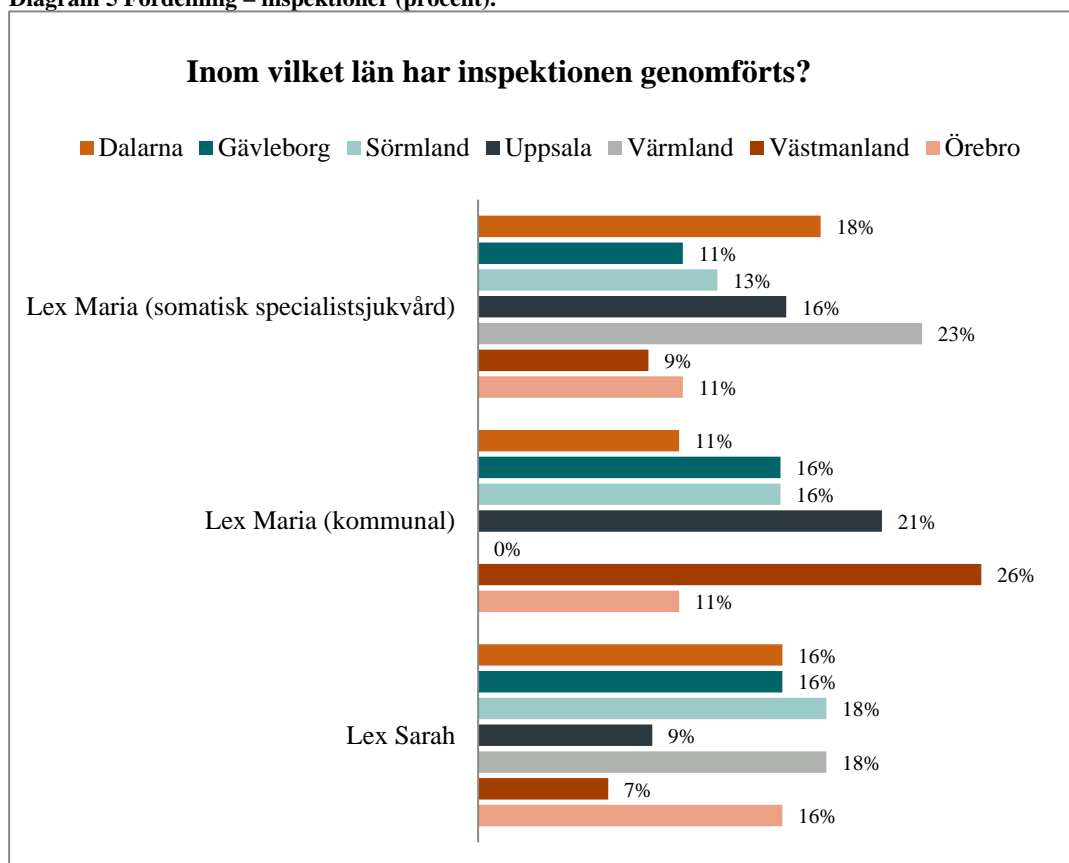
Bilaga 1: Tillvägagångssätt

Rapporten baseras på underlag från ett av IVO:s egeninitierade tillsynsprojekt som bedrivits av avdelning mitt. Avdelningen ansvarar för tillsynen av hälso- och sjukvården samt dess personal och för den socialtjänst som bedrivs i följande län; Gävleborg, Uppsala, Västmanland, Dalarna, Värmland, Örebro och Södermanland. I myndighetens riskanalys (2015) identifierades övergripande riskområden:

- ☞ Samverkan och vård- och omsorgskedjan
- ☞ Kompetens- och personalrelaterade problem
- ☞ Informationssäkerhet

Med utgångspunkt i dessa tre riskområden har ett antal lex Maria och lex Sarah-anmälningar där IVO fattade beslut under 2014 valts ut för uppföljande under 2015.

Diagram 5 Fördelning – inspektioner (procent).



Källa: IVO

Tillsynen syftade till att granska om verksamheterna vidtagit de åtgärder som de redovisat i lex Maria- och Sarah-anmälningarna och vilken effekt på kvalitet och säkerhet åtgärderna har haft. Tillsynen genomfördes genom inspektioner där en intervju genomfördes med en personalgrupp och en intervju med ansvariga för

verksamheten. Inom somatisk specialistsjukvård deltog ofta även chefläkare och/eller anmälningsansvarig vid intervjun med ansvariga för verksamheten.

Underlag för rapporten

IVO:s egeninitierade tillsyn: Sammanlagt ligger 95 ärenden till grund för rapporten. Ärendena fördelar sig enligt följande:

- ⊗ 42 lex Maria-anmälningar inom somatisk specialistsjukvård
- ⊗ 16 lex Maria-anmälningar inom kommunal hälso- och sjukvård
- ⊗ 37 lex Sarah-anmälningar inom omsorg av äldre

Samtliga huvudmän har fått beslut från IVO, något enstaka ärende har resulterat i krav på åtgärder i tillsynad verksamhet.

Till grund för besluten finns genomförda inspektioner med strukturerade intervjuer med personal och ansvariga för verksamheterna. Vid intervjuerna ställdes frågor om:

- ⊗ Genomförandet av åtgärder
- ⊗ Hinder i genomförandet
- ⊗ Effekten av genomförda åtgärder
- ⊗ Om andra åtgärder vidtagits
- ⊗ Hur åtgärderna har följts upp
- ⊗ Hur resultaten/lärdomarna spridits

Avslutningsvis fick ansvariga för verksamheterna svara på om de anser att lex Maria och lex Sarah bidrar till en ökad patientsäkerhet respektive ökad kvalitet i verksamheterna. Svaren från intervjuerna har analyserats och bearbetats både kvantitativt och kvalitativt.

Diskussioner med sakkunniga vid IVO: Inspektörerna Cecilia Askerskär Philipsson, Thomas Carnell och Petra Johnson samt enhetscheferna Anna Karin Nyqvist och Peder Karlsson.

Underlag:

- ⊗ 2 a § och 31 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- ⊗ 3 kap. 5 § och 7 kap. 23 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
- ⊗ Socialstyrelsen föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldigheten enligt Lex Maria.
- ⊗ 3 kap. 3 § och 14 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453)

- ⊗ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah.
- ⊗ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ⊗ Handbok: Risk och händelseanalys – analysmetoder för att öka patientsäkerheten, SKL, 2015.

Innehållsanalys

Materialet har kategoriserats och sammanställts utifrån de i tillsynen granskade områdena och de åtgärder som ansvariga redovisat i den interna utredningen. Huvudsakliga frågor som i analysen har ställts till materialet är följande:

- ⊗ Vilka åtgärder redovisas i internutredningarna?
- ⊗ Vilka åtgärder genomförs och vilka genomförs inte?
- ⊗ Vilka hinder finns i genomförandet?
 - > Vilka hinder medför att åtgärder inte vidtas?
- ⊗ Vidtas fler åtgärder än redovisade?
- ⊗ Leder åtgärderna till en säkrare vård och omsorg?
 - > Får åtgärderna avsedd effekt?
 - Varför inte?
 - > Hur följs åtgärder upp?

Blev det någon verkstad?
Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg?
Artikelnr: IVO 2016-27
Utgiven www.ivo.se, maj 2016

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator@ivo.se
www.ivo.se

