



# Bidrar klagomål från patient och närstående till ökad kvalitet och patientsäkerhet?

Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård

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.

**Artikelnummer** | IVO 2017-11

**Foto** | Mostphotos

**Utgiven** | April, 2017 [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

# Förord

---

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och hälso- och sjukvården. I det uppdraget ingår att bedriva tillsyn och regelbundet återföra myndighetens sammanställda resultat och iakttagelser. Denna rapport är en återföring och belyser tillsyn av somatisk specialistsjukvård som genomfördes under 2016 avseende samverkan, kompetens och bemanning som medfört patientsäkerhetsrisker. Tillsynen utfördes inom verksamheter i Uppsala/Örebro, Västra Götaland/Hallands och Östergötland/Jönköpings och Kalmars sjukvårdsregioner.

Rapporten är framtagen av projektledaren och inspektören Lillemor Bergman. Tillsynen har genomförts av inspektörer vid avdelning mitt, sydväst och sydöst. Huvudansvariga för tillsynen var inspektörerna Anna Norlund, Emil Mesaros, Kerstin Löjddqvist samt Madeleine Polsten.

Gunilla Hult Backlund

Generaldirektör

# Sammanfattning, diskussion och slutsatser

---

Denna rapport ska utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv belysa om enskildas klagomål (patienters och närståendes klagomål) på vården bidrar till ökad patientsäkerhet och kvalitet inom hälso- och sjukvården.

Runt 2 400 klagomål per år anmäls till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) rörande den somatiska specialistsjukvården. Drygt 35 % av dessa leder till att myndigheten riktar kritik mot vårdgivaren på grund av brister i vården och omsorgen inom vårdgivarens verksamheter. I denna tillsyn har IVO fokuserat på 80 av dessa klagomålsärenden som lett till kritik. Samtliga är från 2015.

De klagomålsärenden som IVO har följt upp i denna tillsyn rör händelser av allvarigare karaktär. Fortsättningsvis benämns dessa som *klagomål*. Inspektioner har under 2016 genomförts i 3 sjukvårdsregioner vid sammanlagt 30 sjukhus och 73 verksamheter. Några verksamheter har fler än ett klagomål. Tillsynen grundar sig på IVO:s nationella riskanalys i vilken myndigheten har identifierat ett antal riskområden, till exempel samverkan inom vård- och omsorgskedjan, kompetensbrister och personalrelaterade problem.

IVO har vid inspektionerna samtalat med representanter för vårdgivaren (ledning) samt personal om vilka åtgärder som har genomförts och i vilken omfattning vidtagna åtgärder har förankrats, följts upp och spridits i verksamheterna. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv vill IVO särskilt belysa följande slutsatser.

- ⊗ Klagomål bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet
- ⊗ Verksamheterna anser att vidtagna åtgärder får effekt...men åtgärderna följs sällan upp
- ⊗ Spridning och lärandet i vården från patienters klagomål kan bli bättre
- ⊗ Rutiner och organisation för klagomålshantering finns i större delen av verksamheterna

## ***Klagomål bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet***

Resultaten av den uppföljning IVO gjort tyder på att klagomål bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet med positiv effekt i verksamheten. Detta gäller främst inom den berörda verksamheten, t ex avdelning eller klinik hos vårdgivaren.

Klagomålen är en input till verksamheten om saker som inte fungerar tillfredställande och tillsynen visar att det finns ett lärande inom de egna verksamheterna kopplat till händelsen. Tillsynen visar även att det förekommer utvecklingsarbete som på olika sätt förbättrar patientsäkerheten och ökar patienters delaktighet.

Vårdgivares åtgärder vidtas främst i samband med en oönskad händelse men också då vårdgivaren vid avisering från IVO om anmäld händelse får vetskap om att något inte fungerar optimalt och bör åtgärdas. I några fall vidtas åtgärder först

efter IVO:s beslut med kritik. Liknande resultat har framkommit i en tidigare rapport<sup>1</sup>. Det går därför att diskutera hur vårdgivarnas egenkontroll och avvikelssystem kan utvecklas för att oönskade händelser i större utsträckning ska kunna identifieras på ett tidigt stadium och oavsett om patienten väljer att göra en anmälan eller inte.

IVO drar slutsatsen att det inte främst är myndighetens beslut med kritik som skapar en förändring eller ett lärande utan vårdgivarens egna initiativ att vidta åtgärder med anledning av en händelse eller i samband med avisering om anmäld händelse.

I en tiondel av IVO:s uppföljande inspektioner framkom att det redan pågick ett förbättringsarbete i verksamheterna som även ansågs hantera den uppkomna händelsen och att det därför inte vidtogs specifika åtgärder utifrån händelsen. I vissa fall hade chefbyten och hög personalomsättning påverkat att ingen satt sig in i ärendet förrän inför IVO:s inspektion.

IVO konstaterar att de verksamheter som arbetar mer systematiskt med patientsäkerhet och förbättring i större utsträckning uppger att implementeringen blir en naturlig del av kontinuiteten i patientsäkerhetsarbetet. I de fall det varit en hög personalomsättning har det även en negativ påverkan på implementeringen och delaktigheten från personalen.

### ***Verksamheterna anser att vidtagna åtgärderna får effekt.....men åtgärderna följs sällan upp***

Flera verksamheter beskriver tydliga effekter av vidtagna åtgärder. Några verksamheter beskriver en ”känsla” av ökad patientsäkerhet, och en ”upplevelse” av att det blivit bättre av de åtgärder som vidtagits. Men få uppger att de arbetar med systematisk uppföljning av vidtagna åtgärder och effekter. Resultatet visar tydligt på att uppföljningen av åtgärder och åtgärdernas effekter är ett förbättringsområde. Det framgår även av tillsynen att verkningskraften minskar om uppföljning inte görs systematiskt, särskilt vid hög personalomsättning. IVO konstaterar att det finns behov av att utveckla systematisk uppföljning för att åstadkomma ett än mer effektivt lärande i sin egen verksamhet och kunskapsspridning till övriga organisationen.

Inför IVO:s tillsyn har vissa verksamheter lyft upp ärendena internt för förnyad diskussion med ytterligare åtgärder som följd. Av detta drar IVO slutsatsen att den förannmälda tillsynen sannolikt har bidragit till att verksamheterna har genomfört fler åtgärder än vad som annars skulle ha varit fallet. Myndigheten har en roll att spela i det förebyggande patientsäkerhetsarbetet genom att utföra tillsyn och ha dialog med verksamheterna. Verksamheterna uttrycker att den direkta kontakten mellan vårdgivaren och IVO, i dialog med verksamhet och med patienten i fokus, är värdefull. IVO konstaterar att det är viktigt att utrymme finns för att bedriva riskbaserad tillsyn och uppföljning i verksamheter där patientsäkerhetsbrister uppkommit.

---

<sup>1</sup> Statskontoret 2015:8, Inrättandet av Inspektionen för vård och omsorg, slutrapport

### ***Spridning och lärandet från patienters klagomål kan bli bättre***

IVO kan konstatera att spridningen av kunskap om åtgärder och effekter vanligtvis är god inom de tillsynade verksamheterna. Spridningen är däremot betydligt lägre utanför den egna verksamheten. Kunskap om händelser och åtgärder sprids oftast inte utanför den egna verksamheten och får därmed inte någon övergripande effekt. I praktiken innebär det att en händelse kan inträffa på en enhet där man inte har vetskap om en liknande händelse och vidtagna åtgärder på någon annan enhet. IVO menar därför att förutsättningarna för ett utvidgat lärande behöver utvecklas, särskilt avseende uppföljning och spridning till övriga verksamheter i vårdgivarens organisation. Patientsäkerhetsarbetet på en övergripande sjukhusnivå behöver också synliggöras i en större utsträckning för att skapa ett än bättre lärande i hela organisationen.

Organisationsformen påverkar spridning av kunskap om åtgärder. En ”tät och platt” organisation med närhet till ledning uppges av flera verksamheter som positivt för spridning av händelser och rutiner. Omorganisationer uppges bidra negativt och att det tar tid att ”hitta fram” till information och samverkan igen. Det framgår även kulturskillnader inom och mellan de olika klinikerna som försvårar förutsättningarna för att sprida resultat utanför den egna verksamheten. IVO menar att hälso- och sjukvården också har en utmaning i att främja patientsäkerhetsarbetet på bred front för att också utveckla en patientsäkerhetskultur.

### ***Rutiner och organisation för klagomålshandlingen finns i större utsträckning***

En majoritet av de tillsynade verksamheterna uppger sig ha rutiner och organisation för att ta emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående direkt till verksamheten. Hur de valt att organisera sig varierar. En stor andel av verksamheterna svarar att de sannolikt vidtar åtgärder om patienten vänder sig direkt till verksamheten med sitt klagomål och att de är den instans som på ett snabbt och enkelt sätt kan ge patienten en förklaring av vad som hänt och varför det inträffat. Detta ligger i linje med propositionen avseende klagomålshandling, där det föreslås att vårdgivaren ska vara skyldig att ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående samt att vårdgivaren är skyldig att snarast besvara klagomål på ett lämpligt sätt. Tillsynen visar att vårdgivarna har goda förutsättningar för att hantera klagomål på ett sätt som skapar utveckling i vården.

# Innehållsförteckning

---

Förord .....	3
Sammanfattning, diskussion och slutsatser .....	4
Inledning .....	8
Klagomål har betydelse för vårdens utveckling .....	10
Klagomålen bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet .....	10
Verksamheterna vidtar åtgärder vid kännedom om en händelse.....	11
Verksamheterna anser att vidtagna åtgärder får effekt.....	14
...men åtgärderna följs sällan upp.....	16
Kunskaper om händelser, åtgärder och effekter får begränsad spridning.....	17
Lärandet från patienters klagomål kan bli bättre .....	18
Rutiner och organisation för att ta emot och utreda klagomål.....	20
<b>Bilaga 1: Tillvägagångssätt.....</b>	<b>21</b>
Tillsynsmetod.....	21
Målgrupper för rapporten.....	22
<b>Bilaga 2: Tillsynade verksamheter.....</b>	<b>23</b>

# Inledning

---

Hälso- och sjukvården måste möta vårdbehovet hos en växande befolkning med ökad medellivslängd samt en växande grupp av patienter med komplexa och sammansatta behov. Det innebär utmaningar för vårdens kompetensförsörjning, men även ökade krav på samverkan – utmaningar och krav som vården står inför redan idag. Samverkan inom hela vård- och omsorgskedjan samt kompetens och personalkontinuitet är centrala delar för att kunna ge en patientcentrerad vård<sup>2</sup>. Detta gäller inte minst patienter med komplexa och sammansatta behov som behöver mycket kontakt med hälso- och sjukvården.

Vårdgivaren har, för att kunna erbjuda god och säker vård av hög kvalitet, ansvar för att planera, leda, kontrollera följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten<sup>3</sup>. Patienten och dennes närstående ska få möjlighet att delta i vårdgivarens patientsäkerhetsarbete<sup>4</sup>. Om en patient eller närstående upplever att vården brustit kan de vända sig till vårdgivaren med sina synpunkter. Anmälningarna ska utgöra ett underlag i vårdens kontinuerliga utvecklings- och förbättringsarbete och på så sätt kommer patienterna eller deras närståendes upplevelser och synpunkter vården till del. En statlig utredning<sup>5</sup> anser att vårdgivaren bör vara den huvudsakliga mottagaren av klagomål och synpunkter. Utredningen anser dock att patienten under vissa förutsättningar ska fortsatt få möjlighet till utredning av IVO om vården brister i sin utredningsskyldighet.

Nyttan av den nuvarande klagomålshanteringen hos IVO, i form av beslut som kan påverka vården att vidta åtgärder för att höja patientsäkerheten, har emellertid ansetts vara relativt liten i förhållande till det stora antal ärenden som utreds<sup>6</sup>.

Utöver klagomålshanteringen och vissa andra lagstadgade uppgifter har IVO även i uppdrag att bedriva en riskbaserad tillsyn av hälso- och sjukvården på ett sätt som bidrar till att förhindra vårdskador och kan leda till kvalitetsförbättringar ur patientens perspektiv. Den nu genomförda tillsynen bygger därför på myndighetens egen riskanalys.

Under 2016 har IVO genomfört en uppföljning av 80 enskildas klagomål där IVO i beslut riktat kritik mot vårdgivaren. Syftet med den genomförda tillsynen har varit att följa upp om vårdgivaren har vidtagit åtgärder utifrån de identifierade bristerna. Frågeställningarna i uppföljningen grundar sig på IVO:s riskanalys där IVO identifierat ett antal riskområden. Följande två övergripande riskområden för hälso- och sjukvård prioriterades för tillsynen under 2016<sup>7</sup>.

---

<sup>2</sup> Det finns ingen entydig definition på patientcentrerad vård men fem dimensioner används för analyser, patienten som medaktör, individuella behov, samordning och kontinuitet och helhetssyn på patienter samt närståendes medverkan. Vårdanalys 2012:5, Patientcentrerad i svensk hälso- och sjukvård

<sup>3</sup> 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen, 3 kap. 1-2 §§ SOSFS 2011:9

<sup>4</sup> 3 kap. 4 § patientsäkerhetslagen, 11 kap.4 §, patientlagen

<sup>5</sup> SOU 2015:102, Fråga patienten Nya perspektiv i klagomål och tillsyn

<sup>6</sup> Statskontoret 2013:24, Patientklagomål och patientsäkerhet: delrapport med förslag till förändringar av hanteringen av enskildas klagomål mot hälso- och sjukvården

<sup>7</sup> Nationell riskanalys 2015, IVO



- ⊗ *Samverkan och vård- och omsorgskedjan, som främst rör informationsöverföring och kommunikation samt oklara ansvarsförhållanden mellan aktörer.*
- ⊗ *Kompetens- och personalrelaterade problem, som rör kunskapsbrister hos personal, brister i ansvars- och arbetsuppgiftsfördelning, brist på kontinuitet samt chefs- och ledarskap.*

Syftet med denna rapport är att utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv belysa om enskildas klagomål bidrar till ökad patientsäkerhet och kvalitet. Utgångspunkten för rapporten är inspektioner som genomfördes av IVO vid sammanlagt 30 sjukhus i 12 län under 2016. Mot denna bakgrund och identifierade riskområden har IVO genomfört verksamhetstillsyner i den somatiska specialistsjukvården i sammanlagt 73 verksamheter (se bilaga 2) inom såväl privat som offentlig verksamhet. Det var något fler män än kvinnor som klagat på vården i de 80 klagomålsbesluten som ingått.

Tillsynen har genomförts med inspektioner, där både ledning och personal deltagit, med fokus på följande:

- ⊗ Om klagomålen bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet.
- ⊗ Vidtagna åtgärder och åtgärdernas effekt på patientsäkerhet och kvalitet.
- ⊗ Spridning av resultat samt uppföljning av åtgärder.
- ⊗ Generella rutiner och organisatoriska förutsättningar för klagomålshantering i verksamheten.

Särskilda frågor av generell karaktär har ställts till personalgruppen utifrån 6 kap. 4§ patientsäkerhetslagen:

Vårdpersonalens skyldighet att rapportera vårdskador, risk för vårdskador samt händelser som kunnat medföra vårdskador till vårdgivaren.

Följande kapitel redogör för om verksamheterna anser att klagomål bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet, vidtagna åtgärder, uppföljning och spridning av åtgärder. Verksamheterna belyser också organisatoriska förutsättningar för klagomålshantering. För information om tillsynens tillvägagångssätt och metod, se bilaga 1. För tillsynade verksamheter, se bilaga 2.

## Klagomål har betydelse för vårdens utveckling

En av IVO:s främsta uppgifter är att svara för tillsyn av hälso- och sjukvården och granska att befolkningen får vård som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter.

IVO analyserar och drar slutsatser av de brister och missförhållanden som myndigheten ser i verksamheterna och riktar kritik samt ger råd och vägledning till verksamheterna och återför resultatet av tillsynen. Detta för att bidra till att skapa ett systematiskt lärande och för att undvika att brister och missförhållanden upprepas.

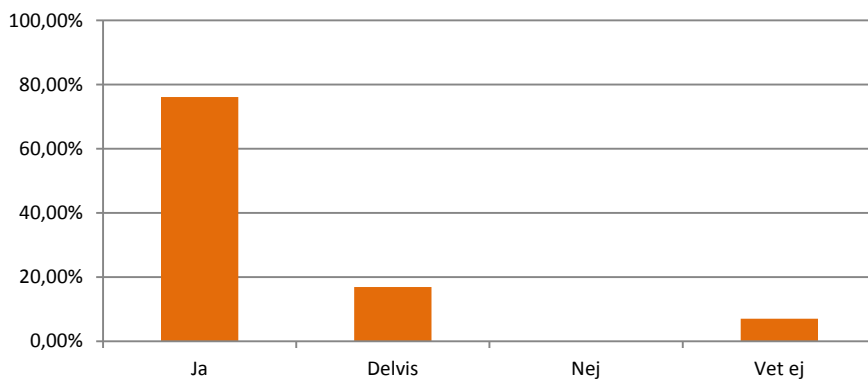
I det följande kapitlet redogörs för myndighetens uppföljning av de åtgärder som vårdgivarna själva har genomfört eller planerat genomföra med anledning av klagomål från patienter eller närstående, där IVO riktat kritik mot vårdgivaren med anledning av brister i vården. Sammanfattningsvis går det utifrån inspektionerna och av dialogen med ledning och personal att urskilja följande viktiga iakttagelser i de tillsynade verksamheterna:

- ⊕ Klagomålen bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet
- ⊕ Verksamheterna vidtar åtgärder vid kännedom om händelsen
- ⊕ Verksamheterna anser att åtgärder får effekt.....men åtgärderna följs sällan upp
- ⊕ Kunskaper om händelser, åtgärder och effekter får begränsad spridning
- ⊕ Rutiner och organisation finns för att ta emot och utreda klagomål

### Klagomålen bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet

Närmare 8 av 10 verksamheter bedömer att klagomålen bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet. En stor andel vårdgivare har vidtagit åtgärder i samband med händelsen och i vissa fall med anledning av IVO:s beslut med kritik.

Tabell 1. Andel av de totalt 73 verksamheterna som bedömer att klagomål enligt patientsäkerhetslagen bidrar till ökad kvalitet och patientsäkerhet i vården.



Källa: IVO

Både ledning och personal anser att vidtagna åtgärder i hög utsträckning har fått positiv effekt för den egna verksamhetens kvalitet och patientsäkerhet.

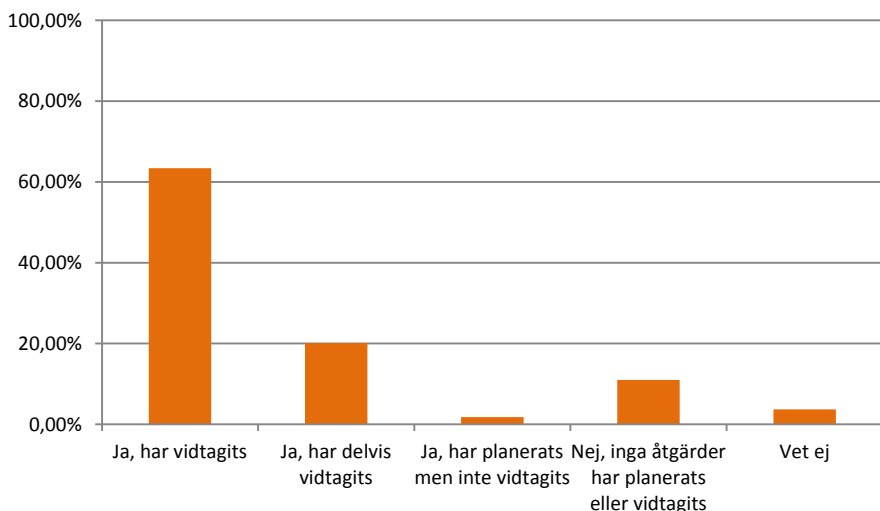
## Verksamheterna vidtar åtgärder vid kännedom om en händelse

Över 8 av 10 verksamheter har vidtagit eller delvis vidtagit åtgärder med anledning av den anmälda händelsen. Med delvis menas att fler åtgärder planerades med anledning av händelsen men att endast delar av åtgärderna var genomförda. Det framgår en marginell skillnad mellan ledningens och personalens svar. Endast ett fåtal av personalen uppger att de inte kände till händelsen. I dessa fall uppgavs orsaken främst vara personalomsättning och att händelsen inte tagits upp med ny personal.

I 9 av de 80 fallen där det finns klagomålsbeslut med kritik vidtogs inga åtgärder. Exempel på varför åtgärder inte vidtagits är:

- ⊕ Ett omfattande förbättringsarbete hade redan satt igång successivt de senaste åren. Detta omfattade även den aktuella händelsen, som avsåg processen vid utskrivning av patienter.
- ⊕ Utifrån att man funnit flera brister i utskrivningsprocessen hade man upprättat en ny rutin med checklistor. Arbetet hade emellertid inte vidtagits utifrån händelsen eller myndighetens beslut med kritik mot vårdgivaren.
- ⊕ Flera chefsbyten samt omsättning på övrig personal som inte satt sig in i ärendet förrän inför myndighetens inspektion. I samband med inspektionen hade verksamheten funnit brister i kommunikation och informationsöverföring.

Tabell 2. Redovisning av i vilken utsträckning vårdgivaren vid inspektionstillfället genomfört de planerade åtgärder man föreslagit i sin egen klagomålsutredning, redovisat som andel av det totala antalet ärenden (80 stycken).



Källa: IVO

Ett exempel på åtgärder är att en klinik gjort om röntgenronden dagen före operation till en behandlingsrond några veckor innan operation. På så sätt får samtliga ryggskirurger, radiologer samt övriga specialister möjlighet att diskutera operationen och inga beslut tas i sista minuten av annan kirurg än den opererande. Tydligare information ges till patienten innan operation om när patienten kan förvänta sig att opererande kirurg alternativt annan läkare kommer att informera patienten efter operationen. Personalen framför också att det efter händelsen är en självklarhet att patienten informeras före operationen om man har valt att byta operationsmetod.

Ett annat exempel är strukturella åtgärder, såsom schemalagd aktivitet "ansvar för provsvar" inom läkargruppen: att varje dag gå igenom, bedöma, hantera och signera enhetens provsvar. Åtgärderna började vidtas när vårdgivaren fick kännedom om händelsen av IVO.

IVO kan i analysen av de åtgärder som följts upp i tillsynen konstatera följande:

- ⊗ Med undantag av de verksamheter som haft hög personalomsättning råder det en relativt hög samstämmighet mellan ledningens och personalens redogörelse för de åtgärder som vidtagits av verksamheten. I verksamheter som haft hög personalomsättning har personalen ibland inte haft någon kännedom om händelsen.
- ⊗ Personalen behöver ha kännedom om vad som ligger bakom åtgärder för att få ett orsakssamband och därmed bättre förstå och följa förändrade arbetsätt.
- ⊗ Av de åtgärder som vidtagits med anledning av händelser är det sådana som rör procedurer, rutiner och riktlinjer som dominerar. För att rutiner och riktlinjer ska få avsedd långsiktig verkan behöver verksamheterna i större utsträckning fortlöpande arbeta med implementering och uppföljning. Flera verksamheter uppgav exempelvis att vardagsnära checklistor som de själva varit med och utformat har medfört hög följsamhet och en god effekt på kvaliteten och patientsäkerheten.
- ⊗ Andra områden där det är vanligt förekommande att åtgärder vidtagits är inom kommunikation och information, såväl inom verksamheten som i samverkan med andra verksamheter men också riktat till patienter.
- ⊗ Även organisatoriska åtgärder, utbildning och kompetensutveckling var relativt vanligt. Ledningen uppgav de sistnämnda åtgärderna oftare än personalen i sina svar.

---

Citat från intervjuer

---

*"Ett gränssnittsdokument har tagits fram för samverkan mellan klinikerna. Man upplever att detta var en helt nödvändig åtgärd och personalen har varit delaktiga i utformningen. Det blir diskussioner nästan varje jourpass och man tar då fram dokumentet som hjälp."*

*"Läkemedelsberättelse har införts där det ska framgå indikation varför ett läkemedel ordineras."*

*"Händelsen visar vikten av att dokumentera och inte 'bara' förutsätta att mottagaren vet."*

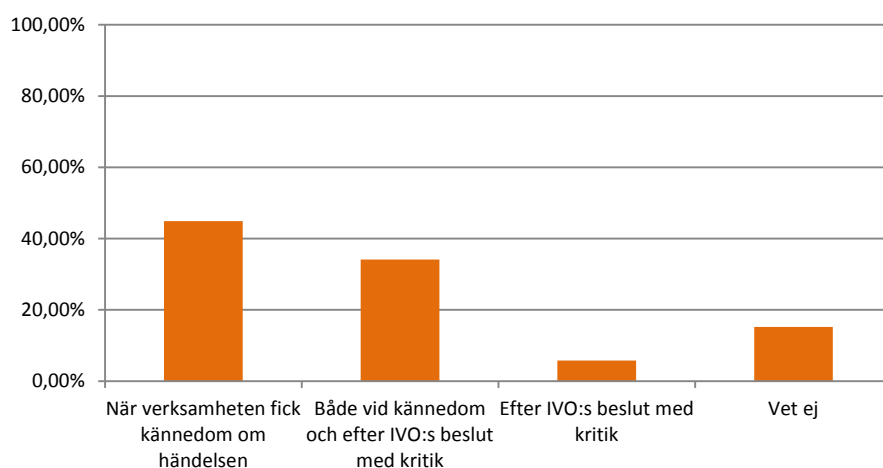
"Läkargruppen har utbildats i SBAR<sup>8</sup> och på APT<sup>9</sup> tar man upp att man ska lyssna mer på patient och anhöriga. Mer delaktighet i vården för patient och anhöriga, detta görs bland annat genom bedside-rond<sup>10</sup>."

"Åtgärder har vidtagits på akutkliniken. Man har infört triageteam mellan 7och19 med sjuksköterska och undersköterska. Alla patienter triageras<sup>11</sup> även under andra tider på dygnet. Man har även sett över dokumentationen särskilt då patienten skickas hem eller hänvisas till annan vårdnivå."

### **Flera vägar för kännedom om händelse**

Nära hälften av verksamheterna vidtar åtgärder så snart de får kännedom om en händelse - antingen i samband med det inträffade, vid avisering från IVO om att det inkommit ett klagomål eller via patientnämnd. Drygt 3 av 10 vidtar åtgärder både vid kännedom och efter myndighetens beslut och mindre än 1 av 10 enbart efter myndighetens beslut med kritik. Händelsen tas också upp i flera forum för olika yrkeskategorier efter myndighetens beslut med kritik.

Tabell 3. Redovisning av i vilket skede åtgärder vidtogs av vårdgivaren i de fall där vårdgivaren har vidtagit alla eller några av åtgärderna.



Källa: IVO

### Citat från intervju

*"Det hade varit önskvärt att patienten hade tagit kontakt direkt med verksamheten i första hand med sina synpunkter eller klagomål på bemötande, vård och behandling med mera. Möten med klagande patient eller anhörig ger bäst resultat."*

<sup>8</sup> En gemensam struktur för all kommunikation inom hälso- och sjukvården och som utgör en minnesregel som används av sjukvårdspersonal vid rapportering och överlämning av patienter  
<http://skl.se/download/18.535f453b144f9c99a83841ca/1398411918107/skl-sbar-bruksanvisning.pdf>

<sup>9</sup> Arbetsplatsträff

<sup>10</sup> En metod för överrapportering där patient och anhöriga löpande involveras och är delaktiga i informationsutbytet om tillstånd, omsorg, vård och behandling. Kommunikationsverktyg följer riktlinjer som säkerställer att viktig information förmedlas och förstås.

<sup>11</sup> En process för att sortera och prioritera patienter med utgångspunkt från anamnes, symtom och ibland vitalparametrar såsom andningsfrekvens, puls och kroppstemperatur.

Som exempel från verksamheterna nämns att inför IVO:s inspektion har verksamheterna lyft upp klagomålsärendet för förnyad diskussion och vidtagit kompletterande åtgärder med förebyggande verkan. Av tillsynens resultat konstaterar IVO att den föränmälda tillsynen sannolikt har bidragit till att verksamheterna har genomfört fler åtgärder än vad som annars skulle ha varit fallet.

### ***Implementeringens utformning har betydelse***

Åtgärdernas implementering i verksamheten sker framför allt genom arbetsplats-träffar, läkarmöten och genom olika utbildningsinsatser. Det framkommer också att dagliga korta morgonmöten med utvecklade metoder för patientsäkerhetsfrågor blir allt vanligare, något som verksamheterna anser bidrar till att främja patientsäkerhetsarbetet. Implementeringen utgörs också av procedurer, riktlinjer och rutiner samt utbildningsinsatser på olika nivåer. Verksamheternas sammantagna intryck vid inspektionerna är att arbetet med klagomålen har inneburit ett lärande inom verksamheterna.

IVO noterar i analysen att implementeringen har olika genomslag. Vid hög personalomsättning har genomförda implementeringsåtgärder haft en begränsad effekt. De verksamheter som arbetar mer systematiskt med patientsäkerhet och förbättring uppger i större utsträckning att implementeringen blir en naturlig del av kontinuiteten i patientsäkerhetsarbetet.

---

Citat från intervjuer

---

*”Klagomål från patienten dokumenteras i dennes journal och tas upp på morgonmöten för personalen. Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen medför att personalen blir mer medvetna och det bidrar till ett lärande.”*

*”Vidtagna åtgärder av händelser återförs till personalen på morgonmöten, läkarmöten och APT. Om flera verksamheter är involverade återförs vidtagna åtgärder även till dessa berörda verksamheter”.*

### **Verksamheterna anser att vidtagna åtgärder får effekt**

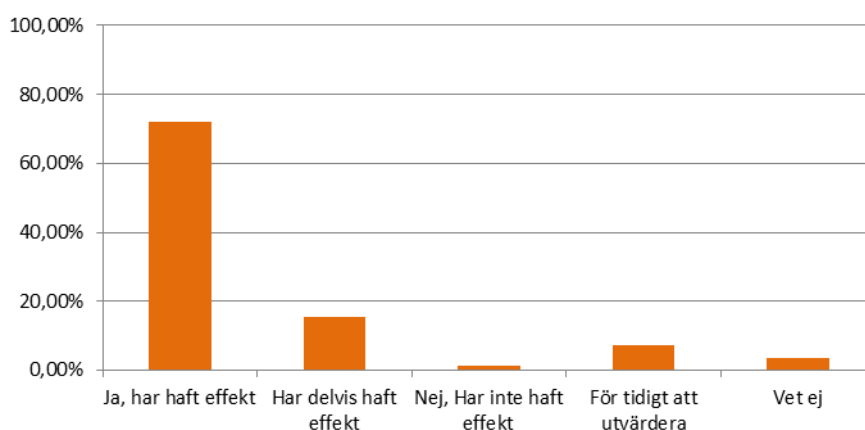
Merparten av verksamheterna beskriver tydliga effekter av vidtagna åtgärder. Delar av verksamheterna beskriver mer en ”känsla” av ökad patientsäkerhet, och en ”upplevelse” av att det blivit bättre efter händelsen med de åtgärder som vidtagits och effekterna av dessa. Verksamheterna uppger även att det är svårt att mäta effekter. Några verksamheter beskriver också att efter att åtgärderna vidtagits har det inte inträffat någon ny liknande händelse eller att klagomålen har minskat.

Mer än 7 av 10 verksamheter bedömer att vidtagna åtgärder har förbättrat patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheten. Knappt 2 av 10 verksamheter uppger att det delvis har förbättrat patientsäkerheten och kvaliteten och knappt 1 av 10 uppger att det är för tidigt att utvärdera eller svarade att de inte vet.

En verksamhet redovisade att de arbetar med rutiner och samverkan tack vare resurstillskott för vårdenhetsöverläkare som har fått ett tydligt ansvar för utbildning och fortbildning. Personalen anser att det arbetet har medfört nya vådrutiner och utbildningsinsatser med god effekt.

En annan verksamhet beskriver att förbättringsarbetet medför att färre händelser av allvarlig karaktär inträffar, att det har lett till snabbare analys och färre klagomål från patientnämnden samt till en positiv patientkulturmätning. Åtgärder som vidtagits med anledning av händelsen har lett till en upplevd ökad trygghet och säkerhet i läkargruppen, eftersom man arbetar och tänker mer lika nu. Övriga kliniker som deltar vid behandlingsrond i denna verksamhet menar att diskussionerna också är tydligare.

Tabell 4. Andel som bedömer att vidtagna åtgärder har effekt på patientsäkerheten och kvaliteten i verksamheten



Källa: IVO

#### Citat från intervjuer

*”Svårt att mäta resultatet av de införda åtgärderna. Det man sett är dock att klagomålen från patienterna har minskat markant. Problem inom specialiteten är dock att många patienter har orealistiska förväntningar på vad operationen kan hjälpa dem med, trots omfattande information.”*

*”Händelserna har medfört att verksamheten har ändrat rutiner och arbetsätt. Det har även lett till ett bättre patientsäkerhetsarbete.”*

*”Medarbetarna har blivit mer medvetna om sekretess, patientinformation och kommunikation. Klagomålen på dessa områden har minskat.”*

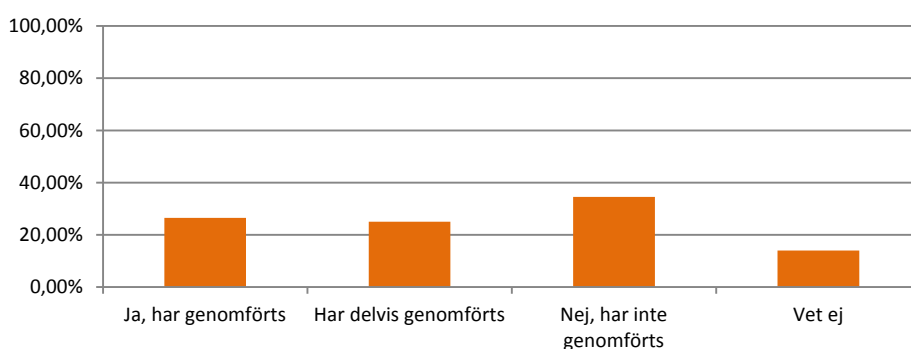
*”Det har inte inträffat några nya avvikelser som berör fördröjt provsvar efter att åtgärderna vidtogs.”*

*”Klagomålen har minskat. Positiv feedback har ökat. Inga fallolyckor har rapporterats.”*

...men åtgärderna följs sällan upp

Vårdgivaren ansvarar för att det finns ett ledningssystem för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det krävs ett fortlöpande systematiskt förbättringsarbete som fortsatt behöver utvecklas. I tidigare rapporter från IVO har just verksamheternas systematiska uppföljning av åtgärder visat sig vara dåligt utvecklad<sup>12</sup>. Så visar även resultatet av denna tillsyn där verksamheterna har genomfört uppföljning av åtgärder i knappt 3 av 10 verksamheter. Av resultatet framgår tydligt att såväl uppföljning av åtgärder och deras effekter som egenkontroll är förbättringsområden.

Tabell 5. Redovisning av om vårdgivaren har följt upp vidtagna åtgärder, redovisat som andel av det totala antalet ärenden.



Källa: IVO

Personalen i de verksamheter som har en hög personalomsättning uppger oftare att de inte kände till händelsen och vidtagna åtgärder än vad personal i verksamheter som har en stabilare bemanningssituation gör. Däremot känner personalen ibland till effekter av genomförda åtgärder men kopplade inte detta till en specifik händelse. Sammantaget uppger drygt 8 av 10 verksamheter vid inspektionerna att det finns en ansvarig person för uppföljning av åtgärderna.

---

#### Citat från intervjuer

---

*”Händelsen togs upp på nytt med personalen cirka ett år efter händelsen i ett lärande syfte.”*

*”Personalen fick information om händelsen direkt, men den togs även upp på nytt efter ca ett år när IVO:s beslut kom. Bland läkarna har man diskuterat att besked till patienterna inte ska ges på en plats som inte lämpas för detta, utan på mottagnings- eller samtalsrum. Detsamma gäller svar på provtagningar”.*

*”SBAR och bed-side har följts upp, dels genom att efterhöra hur närstående upplever vårdtiden avseende närståendes och patientens upplevelser om bemötande, och delaktighet.”*

---

<sup>12</sup> IVO 2015-89, Gör lex Maria vården säkrare? IVO 2016-27, Blev det någon verkstad?



*”Någon systematisk uppföljning är inte gjord men personalen är överens om att det haft god effekt och gjort stor nytta angående samarbetet.”*

*”Någon systematisk uppföljning av åtgärderna har inte hunnit genomföras men inga nya händelser har hänt sedan införandet av åtgärderna.”*

*”Ingen strukturerad uppföljning men upplevelsen är att rutinerna är väl implementerade och följs. De anser att rutinen fungerar bra.”*

Verksamheternas sammantagna intryck vid inspektionerna är att klagomålen har inneburit ett lärande inom verksamheterna. Men IVO kan konstatera att lärandet kan utvecklas i en del av verksamheterna, särskilt avseende uppföljning<sup>13</sup> och återrapportering till övriga organisationen.

### Kunskaper om händelser, åtgärder och effekter får begränsad spridning

Av inspektionerna framgår att klagomålen utgör ett underlag för vårdgivarnas kontinuerliga utvecklings- och förbättringsarbete. 8 av 10 verksamheter uppger att kunskapsspridningen främst har skett inom den egna verksamheten. Men knappt 3 av 10 verksamheter uppger att spridning också sker utanför egna verksamheten. Några få procent uppger att det inte finns någon kunskapsspridning om åtgärder och effekter ens i egna verksamheten<sup>14</sup>.

Tillsynen visar att vid 64 av de 73 verksamheterna<sup>15</sup> finns det rutiner för återföring av information om åtgärder i samband med händelser i den egna verksamheten. Drygt hälften av verksamheterna uppger att det även finns rutiner för återföring till den övriga organisationen.

Flera av de tillsynade verksamheterna framhåller chefläkarfunktionen som ett stöd i spridning av kunskap om åtgärder och effekter mellan verksamheterna. I intervjuerna framgår dock uppfattningen att chefläkarfunktionen i än större utsträckning skulle kunna bidra till sådan kunskapsspridning inom hela organisationen. Med en systematiserad spridning som görs sökbar och lättillgänglig skulle olika verksamheter kunna dra lärdom av händelser som inträffat någon annanstans i organisationen.

IVO kan konstatera att spridningen av åtgärder och effekter vanligtvis är god inom de tillsynade verksamheterna och verksamheterna uppger att de tillämpar sina rutiner. Tillämpning av rutiner och spridning av åtgärder och effekter är däremot betydligt lägre utanför den egna verksamheten. Något som IVO anser både kan förbättras och medföra ökat lärande.

### **Organisationsform påverkar**

Sju av tio menar att organisationsformen påverkar spridning av kunskaper om händelser och åtgärder. En ”tät och platt” organisation med närhet till ledning uppges av flera verksamheter som positivt för kunskapsspridning. Det framkommer att en

<sup>13</sup> 3 kap 2 § SOSFS 2011:9

<sup>14</sup> Källa IVO

<sup>15</sup> Källa IVO

"platt" organisation, där ledning på olika nivåer sitter i samma ledningsgrupp, underlättar bred spridning av information i organisationen.

---

Citat från intervju

---

*"Den platta organisationsformen gagnar korta beslutsvägar och tydliggör processer."*

*"Det är svårare när man bland annat bemannar med hyrpersonal." "Svårare att sprida information i en större organisation." "Stuprörsorganisation är negativt."*

*"Svårigheter finns mellan slutenvård och primärvård. Det är 'vattentäta skott'. Ofta får patienterna vara budbärare. Inget kommunikationsnät finns."*

### **Olika förutsättningar och kultur**

Andra förutsättningar för att sprida åtgärder och resultat som efterfrågas av personalen i några verksamheter är tillgänglighet till digitala forum för information om händelser, åtgärder och effekter. Omorganisationer uppges kunna bidra negativt och beskrivs innebära att det tar tid att "hitta fram" till information och samverka igen.

Några verksamheter framför också att kulturskillnader inom och mellan de olika klinikerna försvårar förutsättningarna för att sprida resultat utanför den egna verksamheten. Kanske är det så att hälso- och sjukvården har en utmaning i att arbeta med kulturella synsätt på bred front för att främja också patientsäkerhetskulturen?

---

Citat från intervju

---

*"Bemötande-och informationsfrågor är vanliga. Upplever att förbättringsarbetet oftare handlar om att förbättra kulturfrågor än medicinska problem."*

### **Lärandet från patienters klagomål kan bli bättre**

Det finns ett lärande i verksamheten kopplat till händelser som lett till klagomål. IVO kan av resultatet av den genomförda tillsynen se att det förekommer arbete med att på olika sätt både förbättra patientsäkerheten och öka patienters delaktighet.

Bland annat berättar flera verksamheter om hur de arbetat med Gröna korset<sup>16</sup>. Metoden beskrivs av verksamheten som en enkel visuell metod för medarbetare att dagligen identifiera patientsäkerhetsrisker och vårdskador i realtid som kan bidra

---

<sup>16</sup> En enkel visuell metod för medarbetare i sjukvården att dagligen identifiera risker och vårdskador i realtid, som skapar underlag för riktat systematiskt förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten samt stärker patientsäkerhetskulturen.

till förbättringsarbete och ökad patientsäkerhet samt stärka patientsäkerhetskulturen.

Det framkommer även en ökad användning av metoder såsom Teach-back<sup>17</sup> och SBAR för att säkerställa kommunikationen och informationsöverföringen i arbetet med patienter och patientsäkerhet.

De verksamheter som har arbetat aktivt med tydlig patientinformation och kommunikation anser att de kan se en minskning av klagomål.

En stor andel av personalen uppger att de har en fungerande avvikelserapportering inom verksamheten vid en oönskad händelse. Närmaste chef är den som vanligtvis ser till att avvikelserapporteringen blir genomförd efter dialog med berörd personal. Personalen anser sig även ha kännedom om det systematiska patientsäkerhetsarbetet på framför allt den egna avdelningen i nästan 8 av 10 verksamheter. En betydligt mindre andel, 4 av 10, har kännedom om patientsäkerhetsarbetet på sjukhusnivå. 1 av 10 uppger sig inte ha någon kännedom om patientsäkerhetsarbetet<sup>18</sup>.

IVO drar slutsatsen av tillsynsresultatet att patientsäkerhetsarbetet på sjukhusnivå i en större utsträckning behöver synliggöras för att skapa ett än bättre lärande i hela organisationen.

---

#### Citat från intervjuer

---

*”Kliniken arbetar med patientsäkerhet varje dag vid morgonmöten och använder Gröna korset som metod för avvikelser och patientsäkerhetsarbete. Den dagliga genomgången är förebyggande och man för diskussioner om hur man kunde ha gjort annorlunda vid uppkomna händelser.”*

*”Gröna korset används i det dagliga arbetet. En gång per månad samlas alla avvikelser upp och tas på APT. Personalen var nöjd med hur de arbetar med patientsäkerhet. Rutiner är väl kända. De arbetar systematiskt med patientinformation före och efter ingrepp samt utskrivningsinformation.”*

*”Verksamheten har arbetet mycket med kommunikationsverktyget SBAR för all personal inom verksamheten. SBAR används vid ronder på vårdavdelning och mellan läkare vid jourövertagande.”*

*”Touchscreen<sup>19</sup> används och följs i receptionen dagligen. Ett utkast har utarbetats som patienten kan signera att det är införstådda med förväntat resultat. Teach-back har till viss del använts.”*

---

<sup>17</sup> En evidensbaserad, enkel och effektiv samtalsmetod för att minska missförstånd i patientmötet och öka patientsäkerheten.

<sup>18</sup> Källa IVO

<sup>19</sup> I detta avseende större pekskärm med uppföljande frågor till patienten.

## Rutiner och organisation för att ta emot och utreda klagomål

En majoritet av de tillsynade verksamheterna uppgav sig ha rutiner och organisation för att ta emot och utreda synpunkter och klagomål från patienter och närstående.

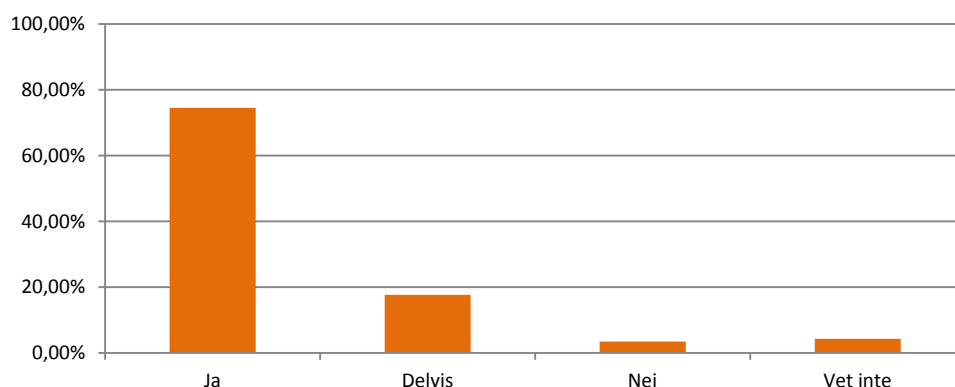
Det framkommer i intervjuerna att 67 av 73 verksamheter har eller delvis har rutiner för att ta emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående direkt samt från patientnämnd och IVO. En majoritet av verksamheterna svarar att de sannolikt hade vidtagit åtgärder om patienten hade vänt sig direkt till verksamheten med sitt klagomål<sup>20</sup>. Flera av verksamheterna har dessutom en etablerad organisation för klagomålshantering när patienter och närstående vänder sig direkt till verksamheten. Detta ligger i linje med propositionen avseende klagomålshantering, där det föreslås att vårdgivaren ska vara skyldig att ta emot klagomål mot och synpunkter på den egna verksamheten från patienter och deras närstående samt att vårdgivaren är skyldig att snarast besvara klagomål på ett lämpligt sätt<sup>21</sup>.

Hur verksamheterna valt att organisera sig varierar. Ett exempel är funktioner såsom patientvägledare eller motsvarande som patienten kan vända sig till. Patientvägledaren samverkar i sin tur med berörd verksamhet och tillsammans med verksamheten värderas och hanteras patientens klagomål. Patientvägledaren beskrivs också hjälpa patienten till rätt nivå och vid behov informera patienten om patientnämnden, Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF)<sup>22</sup> och IVO.

I andra fall är det verksamhetschefer eller controllers som tar emot och hanterar klagomål från patienter eller närstående.

I regel får samtliga medarbetare som varit berörda av händelsen ta del av klagomålet och det återkopplas även till övrig personal internt i verksamheten. Vanligt är att individuella samtal förs med berörd personal. Hur omfattande utredningen av ett klagomål är uppges bero på händelsens dignitet.

Tabell 6. Andel av inspekterade verksamheter som har rutiner för att ta emot synpunkter och klagomål från patienter och närstående. Totalt antal verksamheter uppgår till 73 stycken.



Källa: IVO

<sup>20</sup> Källa IVO

<sup>21</sup> Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården, regeringens proposition 2016/17:122

<sup>22</sup> [www.lof.se](http://www.lof.se)

# Bilaga 1: Tillvägagångssätt

---

Tillsynen omfattar enskilda klagomål där Inspektionen för vård och omsorg (IVO) under 2015 i sitt beslut riktat kritik mot vårdgivaren. Inspektionerna som genomförts omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare inom Uppsala/Örebro, Västra Götaland/Hallands och Östergötland/Jönköping/Kalmars sjukvårdsregion.

Huvudsakliga frågeställningar till verksamheterna var:

- ⊕ Vilka var vårdgivarens planerade och vidtagna åtgärder utifrån händelsen?
- ⊕ Har åtgärderna haft effekt på patientsäkerhet och kvalitet?
- ⊕ Har åtgärder vidtagits enbart baserat på patientens/närståendes information om händelsen?
- ⊕ Sker det någon spridning av resultatet och effekter av vidtagna åtgärder i den egna och övriga organisationen?
- ⊕ Följer vårdgivaren upp vidtagna åtgärder?
- ⊕ Finns det en organisation för att ta emot klagomål i verksamheten?
- ⊕ Påverkar organisationsformen spridningen av åtgärder?
- ⊕ Vad händer om en patient klagar på er verksamhet?
- ⊕ Skriver personalen avvikelserapporter?
- ⊕ Har personalen kännedom om patientsäkerhetsarbete på avdelningen, kliniken och sjukhuset?

Tillsynsmetod

## Inspektioner

Sammanlagt genomförde IVO inspektion vid 30 sjukhus och 73 verksamheter i 12 län under 2016 (se sammanställning i bilaga 2). Utgångspunkten var 80 enskilda klagomål där IVO under 2015 i beslut riktat kritik mot vårdgivaren. Vid några inspektioner tillsynades flera verksamheter samtidigt, vilket ledde till 73 tillsynade verksamheter totalt. Kritiken har avsett samverkan och vård- och omsorgskedjan samt brister i kompetens och bemanning som medfört patientsäkerhetsrisker. För att bidra till ett lärande i de inspekterade verksamheterna utgår myndigheten från patient- och närståendeeinformation som framkommer i klagomålen. IVO har vid tillsynen fört samtal med personer både från ledning och personal för att få en bild av hur verksamheten fungerar och vilka åtgärder som har genomförts både i samband med händelsen och efter IVO:s beslut med kritik samt i vilken omfattning vidtagna åtgärder har förankrats i organisationen.

## **Intervjufrågor till ledning och personal**

Ett semistrukturerat nationellt frågeformulär utarbetades med frågor i löpande text och svarsalternativ för att fånga in ledningens och personalens uppfattning. Likaså tog projektet fram gemensamma mallar för inspektionsmeddelande och beslut. Inspektionerna genomfördes planerat. Verksamheterna tillsändes ett inspektionsmeddelande i förväg där de klagomålsärenden IVO avsåg att följa upp angavs. Vid intervjuerna användes IT-stödet Easyresearch. Vid andelsredovisning (%) är resultatet avrundat till närmast heltal. Verksamheten fick en direkt återkoppling med beslut efter genomförd tillsyn och får en sammanställd rapport och information om webinarium där deltagarna kan ställa frågor, diskutera och föra dialog med IVO.

Verksamheterna har generellt ansett det positivt att IVO genomfört inspektion på plats och i dialog. IVO har i sin tur satt stort värde på informationen om verksamheterna och den utveckling som klagomålen har lett till. Delar av tillsynen har också genomförts med uppföljning av hela vård- och omsorgskedjan där flera verksamheter varit involverade i ett klagomålsärende.

## **Avgränsningar**

De klagomålsärenden som avser händelser som också lett till en lex Mariaanmälan har inte ingått i tillsynen.

## **Målgrupper för rapporten**

- Granskade verksamheter
- Övriga verksamheter
- Patienter och närstående
- Patientnämnder
- Patientorganisationer
- Media
- Berörda myndigheter
- Anställda på IVO

## Bilaga 2: Tillsynade verksamheter

Tabell 7: Sjukhus där IVO har genomfört en uppföljning och vidtagna eller planerade åtgärder med anledning avenskildas klagomål där IVO riktat kritik mot vårdgivaren. Tillsynen har omfattat 80 klagomålsärenden med kritik inom samverkan och vård- och omsorgskedjan samt kompetens och bemanning.

Sjukhus	Verksamhet
Dalarna Avesta lasarett	Medicinkliniken
Dalarna Falu lasarett	Akutmottagningen Anestesikliniken Ortopedkliniken
Gävleborg Bollnäs sjukhus	(Aleris Specialistvård) Akutmottagning/Familjeläkarjouren
Gävleborg Gävle sjukhus	VO <sup>23</sup> Anestesi VO Kirurgi VO Infektion VO Ortopedi
Gävleborg Hudiksvall sjukhus	VO Internmedicin VO Anestesi
Södermanland Kullbergsska sjukhuset	Akutmottagningen Medicinkliniken
Södermanland Mälarsjukhuset	Barnkliniken Centraloperation Ortopedkliniken Öron-näs-halskliniken
Södermanland Nyköpings lasarett	Akutmottagningen Kirurgkliniken
Uppsala Akademiska sjukhuset	Akademiska barnsjukhuset VO Ortopedkliniken VO Plastik- och käkkirurgi
Värmland Centralsjukhuset Karlstad	Akutmottagningen Kirurgkliniken Ögonkliniken
Västmanlands sjukhus Västerås	Kirurgkliniken Kvinnokliniken Medicinkliniken Ortopedkliniken
Västmanlands sjukhus Köping	Medicinkliniken
Örebro Karlskoga lasarett	Ortopedkliniken
Örebro Lindesbergs lasarett	Kirurgkliniken Kliniken för medicin och geriatrik

<sup>23</sup> VO - Verksamhetsområde

Örebro Universitetssjukhuset	Ambulanssjukvården Anestesi kliniken Handkirurgiska kliniken Kirurgkliniken Kvinnokliniken Röntgenkliniken
Hallands sjukhus Halmstad	Ortopedkliniken
Hallands sjukhus Varberg	Akuttagningen Medicinkliniken Ortopedkliniken
NU-sjukvården	Ortopedkliniken Medicinkliniken
Capio	Kirurg- och ortopedverksamheten, Lundby Närsjukhuset Ögonverksamheten, Medocular Göteborg
Skaraborgs sjukhus	Akuttagningen Kirurgkliniken
SU/Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Infektionskliniken Kirurgkliniken
Södra Älvsborgs sjukhus	Akuttagningen Kvinnokliniken
Jönköping Höglandssjukhuset Eksjö	Urologkliniken Ortopedkliniken Akutkliniken Medicinkliniken
Jönköping Länssjukhuset Ryhov	Ögonkliniken Kvinnokliniken Operations- och intensivvårdskliniken
Jönköping Värnamo sjukhus	Kirurgkliniken
Kalmar Länssjukhuset Kalmar	Akutkliniken Ortopedkliniken Medicinkliniken
Kalmar Västerviks sjukhus	Kvinnokliniken
Östergötland Motala lasarett	Akutkliniken
Östergötland Universitetssjukhuset Linköping	Akutkliniken Barnmedicin Medicinkliniken Radiologen Ögonkliniken
Östergötland Vrinnevisjukhuset Norrköping	Barn och ungdomskliniken Medicinkliniken



Bidrar klagomål från patient och närstående till ökad kvalitet och patientsäkerhet?  
Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård  
Artikelnr: IVO 2017-11  
Utgiven [www.ivo.se](http://www.ivo.se), april 2017

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

