



Tillsynsrapport

De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprovning
verksamhetsåret 2014

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 2015-62

Omslag | Svensk Information

Foto | Jesper Molin/Scandinav

Publicerad mars 2015

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska regelbundet analysera, sammanställa och återföra de viktigaste iakttagelserna från tillsynsarbetet. Detta sker bland annat i tillsynsrapporten som överlämnas till regeringen den 1 mars varje år. Tillsynsrapporten innehåller en sammanfattande analys av de viktigaste iakttagelserna i arbetet med tillsyn och tillståndsprövning under det gångna verksamhetsåret.

Iakttagelserna i tillsynsrapporten bygger på den information som kommer fram i IVO:s samlade tillsynsarbete. Detta innebär information i anmälningar, klagomål, tillståndsprövning, egeninitierad tillsyn och i särskilda tillsynsinsatser inom ramen för exempelvis regeringsuppdrag. Iakttagelser har också analyserats mot bakgrund av IVO:s riskanalys som också inkluderar andra aktörers iakttagelser, samt det som IVO återkommande iakttar i tillsynsarbetet.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Slutsatser och diskussion

Denna rapport fokuserar på de mest angelägna utvecklingsområdena inom socialtjänsten och inom hälso- och sjukvården. Rapporten ska således inte läsas som en bedömning av läget. IVO kan konstatera att det finns förbättringsområden att åtgärda inom både socialtjänstens område och inom hälso- och sjukvården. Många brister är specifika för just det enskilda området, men flera brister är gemensamma och återkommer i flera områden.

Iakttagelser

De brister som återkommer inom flera områden och som IVO bedömer som viktiga ur patientens och brukarens perspektiv är personal- och kompetensrelaterade brister samt otillräcklig eller utebliven samverkan.

Personalkontinuitet och kompetensförsörjning

Den bristande tillgången på rätt kompetens inom vården och socialtjänsten beror till stor del på hög personalomsättning, svårigheter att rekrytera personal med rätt kompetens och en stor andel tillfälligt anställd personal. IVO:s tillsyn visar att många brister kan kopplas till personalkontinuitet och svårigheter med tillgång till rätt kompetens inom exempelvis äldreomsorgen, primärvården, psykiatri, den somatiska specialistvården. Särskilt drabbas de patienter eller brukare som tillhör en riskgrupp, det vill säga de mest sjuka äldre, personer med funktionsnedsättning eller på annat sätt utsatta vuxna och barn, som kan ha svårt att själva ta ansvar för sin vård eller som har komplicerade tillstånd som ställer höga krav på samordning mellan verksamheter. Situationen inom hälso- och sjukvården är problematisk, men inom socialtjänsten bedömer IVO situationen som bekymmersam och på vissa håll alarmerande. Svårigheten att rekrytera socialsekreterare i allmänhet och behålla erfarna socialsekreterare inom den sociala barn- och ungdomsvården i synnerhet har lett till en situation där socialtjänsten inte klarar av att hantera sitt uppdrag. Detta har blivit tydligt, inte minst vad gäller socialtjänstens hantering av orosanmälningar och i några av de mycket tragiska händelser som skett.

Samverkan vård- och omsorgskedjan

Samverkan inom vård- och omsorgskedjan är ett område som har uppvisat stor förbättringspotential i många år. Här väljer vi att lyfta fram två specifika dimensioner inom detta område: bristande kommunikation mellan aktörer samt oklara ansvarsförhållanden.

Bristande kommunikation mellan aktörer

Bristande kommunikation är ett övergripande problem som återkommer inom de flesta av myndighetens tillsynsområden. IVO har under året kritiserat verksamheter för dålig kommunikation och bristande informationsöverföring. Det kan röra sig

om bristande information till brukaren och/eller patienten, mellan olika parter i vårdkedjan och mellan professionerna. Brister i kommunikation och informationsöverföring har ofta sin grund i bristande dokumentation som kan vara ett resultat av både under- och överdokumentation. Journalerna är för omfattningsrika, och riktlinjerna för många. Den totala mängden information upplevs som alltför omfattande för att den mottagande parten ska kunna ta till sig relevant information. Vårdokumentationen är dessutom i hög grad strukturerad med utgångspunkt från vårdens olika professioner och specialiteter. IVO bedömer att avsaknaden av en mer patientcentrerad sammanhållen journaldokumentation är ett allvarligt hinder för en effektiv informationshantering i vården.

Oklara ansvarsförhållanden

Vården av multisjuka äldre är ett angeläget område som påverkas negativt av oklara ansvarsförhållanden mellan primärvården och sjukhusvården när det gäller stöd till kommunerna. Brister i samverkan och planering av vård och omsorg orsakas bland annat av oklara ansvarsförhållanden mellan aktörer, exempelvis otydliga avtal och riktlinjer mellan aktörer. Svaga grupper drabbas särskilt hårt när samverkan mellan aktörerna inte fungerar tillfredsställande. Denna vårdkedjeproblematik drabbar bland annat barn och unga inom kedjan socialtjänst–primärvård–BUP samt mellan socialtjänsten och externa aktörer (till exempel polisen), vuxna funktionshindrade som bor i gruppboende där samverkan med sjukvården brister och missbrukare i kedjan primärvård–socialtjänst–psykiatri.

Val av åtgärder

Den största delen av IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvård består av att hantera klagomål från enskilda och anmälningar från vårdpersonal. IVO:s åtgärder består i dessa ärenden i huvudsak av att rikta kritik mot verksamheter eller utövare. Inom socialtjänstens område består stora delar av IVO:s tillsyn av inspektioner av hem för vård eller boende för barn (HVB). IVO konstaterar att de flesta HVB fungerar bra, även om det fortfarande finns boenden som har brister. Den egenutvärderade tillsynen situationsanpassar sina åtgärder för att nå största effekt för brukare eller patienter. Under 2014 har IVO använt sig av både hårda verktyg som att förelägga med vite eller att stänga verksamheter, som mjuka verktyg i form av dialog och rekommendationer.

Att skapa förbättring

Ovanstående problem är kända sedan länge och har påpekats av flera aktörer. I förra årets tillsynsrapport konstaterade IVO att det är samma brister som är kända sedan tidigare och att bristerna inte åtgärdas. Samma utvecklingsområden framkommer i IVO:s riskanalys. När IVO genomförde sin riskanalys 2014 inkluderades även andra aktörers iakttagelser. Dessa aktörer var bland annat patientnämnderna, patient- och brukarorganisationer, de förtroendevalda revisorerna och andra myndigheter.

Mer tillsyn och tillsynsåtgärder är inte alltid lösningen på kända problem, men tillsynen kan vara en del i att identifiera problem och stödja en utveckling. IVO vill peka på några strukturella frågor utan att hävda att svaren är enkla.

Har kommunernas storlek betydelse för vilka förutsättningar man har att ta sig an sitt uppdrag? Det finns en tendens till att IVO finner mer omfattande brister hos mindre kommuner. Det kan handla om att verkställa beslut, följa upp ärenden och att rekrytera och behålla personal. På senare tid har dock myndigheten på vissa håll kunnat skönja en förskjutning i problematiken där även större kommuner berörs i vissa avseenden.

Inom hälso- och sjukvården framkommer ofta svårigheten att rekrytera personal, läkare och sjuksköterskor inte minst. I en situation där Sverige har fler verksamma sjuksköterskor och läkare än någonsin kombinerat med korta vårdtider väcks frågor kring ledarskap, arbetsfördelning och organisation. Här tycks det övergripande problemet inte vara antalet personer med rätt utbildning som finns tillgänglig på arbetsmarkanden.

Även om flera landsting har svårt att rekrytera så finns i de flesta fall personal att tillgå via bemanningsföretag. Enligt Socialstyrelsens statistik ökar antalet sysselsatta läkare inom hälso- och sjukvården kontinuerligt. Tillväxten av antalet sysselsatta sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården har i det närmaste varit lika stor som för läkare. Den grupp som har minskat de senaste åren är specialistsjuksköterskor, även om situationen varierar mellan olika specialiteter. Det kan också vara så att det finns andra yrkesgrupper som inte används optimalt. Dock finns inte tillgänglig personalstatistik över olegitimerade grupper inom vård och omsorg.

Det finns inom hälso- och sjukvården stora frihetsgrader att fördela arbetet mellan olika yrkeskategorier. Det är varje verksamhetschefs ansvar att inom ramen för personella och övriga resurser som vårdgivaren ställer till förfogande leda arbetet och fördela arbetsuppgifterna allt efter art och svårighetsgrad och med hänsyn till behovet av kompetens och yrkeserfarenhet. Verksamhetschefen svarar för att den personal som ska utföra olika arbetsuppgifter har nödvändig kompetens för detta.

Är det så att arbetsfördelningen inom svensk hälso- och sjukvård inte är optimal? Inom socialtjänsten har främst socialsekreterarnas situation uppmärksammas. Det är svårt att rekrytera socialsekreterare och personalomsättningen är betydande. Vidare finns indikationer på att relativt oerfarna socialsekreterare får hantera mycket komplicerade personärenden.

I både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten finns behov av att man tar sig an chefs- och ledarskapsfrågor på ett mer systematiskt sätt. Personal med specifik kompetens bör lämpligen användas i uppdrag där deras kompetens nyttjas optimalt. IVO:s bedömning är att den möjligheten är sämre utnyttjad inom hälso- och sjukvården än inom socialtjänsten.

Avslutningsvis ser IVO ett behov av att vården och omsorgen samordnas på ett betydligt bättre sätt än idag, detta gäller särskilt för de grupper som har stora behov. En viktig del i detta är att nödvändig information följer med individen, oavsett vem det är som utför en insats. Brukaren och patientens perspektiv behöver särskilt beaktas i de samverkansavtal som tas fram mellan huvudmän.

Även de statliga myndigheterna har uppgifter på området. I arbetet med att förtydliga den statliga kunskapsstyrningen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst betonas att patienter och brukare är en viktig kunskapskälla för myndigheterna. Den statliga kunskapsstyrningen ska vara behovsanpassad och utgå från de behov som olika professioner inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt huvudmännen har.

IVO bidrar till detta genom att bland annat fortsätta utveckla myndighetens tillsynsarbete genom att arbeta ännu mer riskbaserat och att låta patientens och brukarens perspektiv genomsyra tillsynsarbetet. Myndigheten samlar också regelbundet in synpunkter och erfarenheter som professionerna och vård- och omsorgsgivare förmedlar. Vidare kommer IVO att ytterligare utveckla återföringen till vård- och omsorgsgivarna samt till professionerna så att tillsynens iakttagelser bidrar till lärande och stödjer en bättre samordnad vård och omsorg.

Innehåll

Förord	3
Slutsatser och diskussion	4
Iakttagelser	4
Personalkontinuitet och kompetensförsörjning.....	4
Samverkan vård- och omsorgskedjan	4
Bristande kommunikation mellan aktörer	4
Oklara ansvarsförhållanden.....	5
Val av åtgärder	5
Att skapa förbättring	5
Inledning	11
Underlag och avgränsningar	11
Hur åstadkommer vi förändring?	11
Prioritering efter riskanalys	11
Tillsynen fokuserar på det väsentliga	12
Återföring bidrar till utveckling	12
Iakttagelser inom socialtjänstens område.....	14
Barn och familj.....	14
Genomförd tillsyn.....	14
Hanteringen av barn och unga i behov av stöd.....	15
Barn och ungas delaktighet på HVB och SiS-ungdomshem är överlag bra.....	16
Sämre kvalitet i nystartade HVB för ensamkommande barn	16
Ungdomar på SiS-ungdomshem känner sig mindre trygga	17
Två boenden som utgjorde fara för ungdomarna stängda	18
Tillståndsprovning för hem för vård eller boende (HVB)	18
Bristande barnperspektiv vid arbete med hemlösa barn	19
Äldreomsorg	19
Genomförd tillsyn.....	19
Andra aspekter än de äldres behov påverkar beslut om särskilt boende	20
Brister i uppföljningen av insatser för äldre	20
Sviktande personalkontinuitet.....	21
Arbetet för att minimera tvångs- och begränsningsåtgärder kan stärkas.....	21
Verksamheter för personer med funktionsnedsättning	21
Genomförd tillsyn.....	21
Olagliga tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer	22
Brister i ledning och styrning	23

Stor majoritet av barn och ungdomar på LSS-boende har genomförandeplaner	23
Tillståndsprovning bostad med särskild service enligt LSS	24
Tillståndsprovning personlig assistans	24
Missbruks- och beroendevården	25
Genomförd tillsyn	25
Barn och unga uppmärksammas inte tillräckligt	26
Brister vid förhandsbedömningar är ett problem för rättssäkerheten	26
Rutinmässiga och generella integritetskränkande åtgärder	27
Samverkan kring samordnade individuella planer brister	27
lakttagelser inom hälso- och sjukvård	29
Psykiatrisk specialistsjukvård	29
Genomförd tillsyn	29
Strukturerade självmordsriskbedömningar görs inte alltid	30
Bristande kunskap om och tillämpning av tvångsvårdslagstiftningen	30
Kommunikation och information är ofta otillräckliga	30
Tillfällig anställning av hälso- och sjukvårdspersonal äventyrar patientsäkerheten ...	31
Primärvård	31
Genomförd tillsyn	31
Tillfälliga anställningar leder till kontinuitetsproblem och bristande patientsäkerhet ..	32
Diagnoser, vård och behandling missas eller fördröjs	32
Bristande kommunikation och informationsöverföring	32
Bristande kunskap om psykisk ohälsa i primärvården	33
Somatisk specialistsjukvård	33
Genomförd tillsyn	33
Flest klagomål inom den somatiska specialistsjukvården	34
Vårdgivare har problem med bemanning och kompetens	35
Akutmottagningar	36
Genomförd tillsyn	36
Patientsäkerhetsrisker är kopplade till bristande bemanning och kompetens	36
Olika typer av samverkansproblem kvarstår inom akutmottagningar	37
Tandvård	37
Genomförd tillsyn	37
Brister i odontologiska överväganden och i läkemedelshantering	38
Privata tandvårdsverksamheter fick mest kritik	38
Apoteksverksamhet	39
Genomförd tillsyn	39
Brister i produktion och leverans av dosförpackade läkemedel	39
Bilaga - Enskilda klagomål enligt PSL	40
Genomförd tillsyn	40
lakttagelser och åtgärder	41

Flest klagade på primärvårdsmottagningar	42
70 procent av klagomålsärendena föranledde ingen kritik	42
Referenslista.....	45

Inledning

Enligt instruktionen ska IVO senast den 1 mars varje år lämna en särskild rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) och tillståndsprovning under det gångna verksamhetsåret.

Rapporten ska innehålla de viktigaste iakttagelserna, de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen. I rapporten ska tillsynen av verksamhet som rör hälso- och sjukvård respektive verksamhet som rör socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade redovisas separat. I redovisningen av tillsyn av verksamhet som rör hälso- och sjukvård ska provningen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen ingå som en särskild del.

Underlag och avgränsningar

Denna rapport innehåller tillsynens viktigaste iakttagelser. Det innebär att stora delar av tillsynsområdet inte beskrivs i denna rapport. Detta betyder inte att de områden är mindre viktiga, utan att IVO gjort en bedömning vad som är viktigast att lyfta fram denna gång. Det underlag som använts för rapporten är i huvudsak de ärenden där myndigheten valt att vidta åtgärder. Iakttagelserna bygger på den information som kommer fram i IVO:s samlade tillsynsarbete. Det innebär information i anmälningar, klagomål, tillståndsprovning, egeninitierad tillsyn och i särskilda tillsynsinsatser inom ramen för exempelvis regeringsuppdrag. Iakttagelser har också analyserats mot bakgrund av IVO:s riskanalys som också inkluderar andra aktörers iakttagelser, samt det som IVO återkommande iakttar i tillsynsarbetet. Tillsynens iakttagelser belyser en begränsad del av verksamheterna. Generaliserbarheten i iakttagelserna behöver därmed hanteras med försiktighet.

Hur åstadkommer vi förändring?

Nedanstående avsnitt beskriver på vilket sätt IVO arbetar med tillsynen och vilka perspektiv och prioriteringar som ligger till grund för utvecklingsarbetet och hur IVO bidrar med erfarenheter och kunskap från tillsynen till vård och omsorg. Det är samma perspektiv som också ligger till grund för vår bedömning och vilka iakttagelser vi vill lyfta upp i årets rapport till regeringen.

Prioritering efter riskanalys

Tillsynen ska bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet och arbeta på ett sätt som bäst gagnar vård- och omsorgstagarna. Myndighetens tillsynsområde är omfattande, varför en tydlig prioritering av tillsynen är nödvändig. Tillsynen ska enligt myndighetens instruktion planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Tillsynens resurser ska därmed fokusera på tillsyn av verksamheter och områden där risken för brister i kvalitet och säkerhet bedöms som hög eller där

bristerna kan få allvarliga konsekvenser för befolkningen eller den enskilde. IVO har utvecklat och prövat en ny modell för myndighetens övergripande riskanalys. En övergripande riskanalys publicerades 2014 och ligger till grund för prioriteringen av den egeninitierade tillsynen 2015.

Tillsynen fokuserar på det väsentliga

Tillsynen ska således granska det som är väsentligt för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet. Tillsynen ska bedrivas ur ett brukar- och patientperspektiv och inriktas på sådant som är angeläget för enskilda och grupper av människor. IVO ser för närvarande över myndighetens förhållningssätt och metoder inom tillsynen för att kunna fokusera mer på vad resultatet blir för den enskilde. Detta arbete är just nu i en utvecklingsfas och har inte påverkat den tillsyn som redovisas i denna rapport.

Med utgångspunkten att myndigheten prioriterar utifrån sin egen riskanalys och fokuserar på det väsentliga för att skapa förändring så är myndighetens iakttagelser ofta fokuserade brister. Syftet är inte att hitta så många brister som möjligt utan att fokusera på det som kan förändras för att nå tillsynens syfte, det vill säga att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet.

IVO använder olika typer av metoder och verktyg i tillsynen, både kontrollerande och främjande. När IVO väljer att granska utifrån lagbestämmelser som är mer av målkarakter använder sig IVO av rekommendationer och inte av tvingande åtgärder. Val av verktyg görs utifrån vilken förväntad effekt det har på tillsynsobjekten samt utifrån vilka möjligheter lagstiftningen ger. Under 2014 har IVO använt sig av både hårda verktyg som att förelägga med vite eller att stänga verksamheter, som mjuka verktyg i form av dialog och rekommendationer. Den forskning som finns vad gäller vilken typ av tillsynsverktyg som ger effekt, visar att hårda verktyg kan fungera väl på kort sikt, men också att de kan styra fel och att de har en begränsad effekt på lång sikt. Mjukare verktyg, som att föra dialog, återföra information och ge rekommendationer, tycks ge en mer långsiktig effekt på ett förändrat beteende hos vård- och omsorgsgivare. Det senare kräver dock att vård- eller omsorgsgivaren är en seriös aktör som vill utveckla verksamheten. Därför är vår bedömning att flera metoder bör kunna användas och i vissa fall trappas upp, exempelvis från dialog och rekommendationer till förelägganden med vite.

Återföring bidrar till utveckling

Tillsynens resultat, som också kan inbegripa goda exempel, återförs till tillsynsobjekten för att åstadkomma ett lärande så att brister och missförhållanden inte upprepas. På det sättet blir tillsynen ett bidrag till utvecklingen av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen. Att sprida tillsynens iakttagelser och analyser till de ännu icke granskade är en viktig del för att öka effektiviteten hos tillsynen. Under 2014 publicerade IVO flera fördjupningsrapporter som behandlade olika verksamhetsområden som presenterade i olika regionala sammanhang. Under 2014 har konceptet IVO-dagen och webinarer utvecklats. IVO-dagen genomfördes vid sju tillfällen runt om i landet och besöktes av cirka 1250 externa deltagare. Dagen vänder sig till företrädare för offentlig, privat och ideell vård och omsorg och

patient-, brukare- och professionsorganisationer. Två externa webinarer har under året genomförts.

Iakttagelser inom socialtjänstens område

I detta kapitel redovisas tillsynens viktigaste iakttagelser och åtgärder inom socialtjänstens område för verksamhetsåret 2014. Detta innebär att alla områden som granskas inte kommenteras i denna rapport. Tillsynens iakttagelser belyser en begränsad del av verksamheterna. Generaliserbarheten i iakttagelserna behöver därmed hanteras med försiktighet.

Kapitlet redovisar också IVO:s resultat från tillståndsprövningen. IVO prövar ärenden om tillstånd att bedriva enskild verksamhet enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Tillstånd krävs exempelvis för att bedriva verksamhet som omfattar hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga, bostad med särskild service enligt LSS och personlig assistans.

Barn och familj

När det gäller tillsyn av HVB kan IVO konstatera att HVB i stort, och även LSS-boenden, uppfyller kraven i lagar och förordningar inom de områden som granskats och att barn och ungdomar i de flesta verksamheter tas väl om hand. Detta framgår av en rapport¹ från 2014 som sammanfattar våra viktigaste iakttagelser av arbetet med frekvenstillsynen.

IVO:s tillsyn visar dock att socialtjänsterna vid flera tillfällen brister i handläggningen av barnärenden. Bristerna gäller exempelvis att utredningar inte utförs eller inte utförs i tid och att socialtjänsten inte tar tillräcklig hänsyn till barnens perspektiv vid sina bedömningar.

Genomförd tillsyn

I detta avsnitt redovisas genomförd tillsyn av verksamheter för barn och unga under 2014, inklusive tillsynens iakttagelser av HVB för barn och unga, HVB för ensamkommande barn, HVB för barn och familj och SiS-ungdomshem.

¹ IVO 2013-13, *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010-2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS.*

GENOMFÖRD TILLSYN AV VERKSAMHETER FÖR BARN OCH UNGA UNDER 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom socialtjänst	233	1 746
Lex Sarah	12*	171
Egeninitierad tillsyn inom socialtjänst	75	129
Frekvenstillsyn HVB	164	1 487
Frekvenstillsyn SiS	7	62

* IVO ställer krav på åtgärd om omsorgsgivarens egen utredning av missförhållandet har brister. Utöver siffrorna i tabellen har IVO utfärdat förelägganden, förenade med viten, i åtta ärenden. Fem av dessa riktades mot kommuners myndighetsutövning och tre mot HVB-verksamheter.

Frekvenstillsyn innebär att samtliga verksamheter där barn och unga bor ska inspekteras minst två gånger varje år i enlighet med socialtjänstförordningen (2001:937) respektive förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Detta gäller HVB för barn och unga, HVB för ensamkommande barn, HVB för barn och familj, bostäder enligt 9 § 8 lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Som anges ovan kan IVO konstatera att barn tas väl omhand i de flesta HVB och LSS-boenden. Utöver detta finns det andra iakttagelser som belyses särskilt.

Hanteringen av barn och unga i behov av stöd

Under 2014 kan IVO i sin tillsyn konstatera att de socialnämnder som granskats har brutit i genomförandet av sitt uppdrag. Utredningar utförs inte i tid eller inte alls – trots att det finns skäl. Skyddsbedömningar hanteras bristfälligt, orosanmälningar blir liggande utan behandling och socialnämnden tar inte tillräcklig hänsyn till barnens perspektiv vid sina bedömningar. Detta framkom bland annat vid en tillsynsinsats av 24 nämnders hantering av barnavårdsärenden. IVO ställde krav på åtgärder mot 20 av dessa nämnder och utfärdade föreläggande mot 3. Bristande myndighetsutövning märks även bland de klagomål mot socialtjänsten som inkommit till IVO. Av de 233 klagomål där IVO ställt krav på åtgärd rör 162 rättssäkerhet, en kategori som främst handlar om myndighetsutövning.

Vidare har IVO även riktat kritik mot att barn och unga placeras på HVB utan att socialnämnden genomfört en tillräcklig utredning av barnets eller den unges situation och behov. Detta medför en risk att barnet eller den unge hamnar i en miljö som inte tillgodoser dennes behov. I värsta fall kan en felaktig placering ha en destruktiv inverkan på den unges liv. Till problematiken hör att många kommuners socialtjänst inte heller i tillräckligt hög grad följer upp barnet eller den unges situation efter placering.

En identifierad bakomliggande orsak till den bristande handläggningen är att många kommuner har svårigheter att rekrytera och behålla erfaren personal inom socialtjänsten. Många socialsekreterare upplever också att deras arbetsituation är mycket stressig. Konsekvensen av detta kan bli försämrad arbetsmiljö och att

socialsekreteraren inte hinner hantera anmälningar och utredningar. Detta diskuteras vidare i den rapport IVO publicerade i oktober 2014 och som baseras på tillsynsinsatsens resultat.²

Barn och ungas delaktighet på HVB och SiS-ungdomshem är överlag bra. 2014 års frekvenstillsyn granskade barn och ungas möjligheter till delaktighet i utformningen av vistelsen på deras HVB eller SiS-ungdomshem. Efter varje inspektion har inspektören bedömt graden av delaktighet genom att sammanställa tillsynens resultat i en enkät. I enkäten besvaras ett antal frågor med något av alternativen *ja*, *delvis* eller *nej*.

Resultatet visar att delaktigheten överlag bedöms vara god. I de frågor som berör de ungas faktiska delaktighet i hur vården planeras och genomförs, deras kännedom om genomförandeplaner och deras möjlighet att påverka verksamhetens innehåll under vistelsetiden har en övervägande majoritet av verksamheterna svarat *ja*.

Samtidigt får ungefär var fjärde verksamhet svaret *delvis* och fem procent svaret *nej* på åtminstone en av frågeställningarna ovan. Medan delaktigheten överlag tycks vara god verkar det också finnas fortsatt utvecklingspotential i flera verksamheter.

ANDEL VERKSAMHETER INOM FREKVENSTILLSYVEN SOM FÅR HÖGSTA ALTERNATIVET JA PÅ FRÅGOR GÄLLANDE BARNENS OCH UNGDOMARNAS DELAKTIGHET I UTFORMNINGEN AV DERAS VISTELSE PÅ BOENDET

Fråga	Andel Ja
Får barnen vara delaktiga i hur vården planeras och genomförs?	89 %
Känner barnen till sina genomförandeplaner	84 %
Får barnen möjlighet att påverka innehållet i verksamheten under vistelsetiden?	86 %
Ja på samtliga ovan	72 %

Resultatet visar också att de unga i 95 procent av verksamheterna får förutsättningar att regelbundet ha kontakt med sin socialsekreterare.

Sämre kvalitet i nystartade HVB för ensamkommande barn

Till skillnad från HVB-verksamheter i stort, där barn tas väl omhand i de allra flesta fall, bedöms kvaliteten vara sämre i nystartade HVB för ensamkommande barn. I takt med det stigande antalet ensamkommande barn som anländer till Sverige ökar antalet HVB för den gruppen. Vid slutet av 2013 fanns det 378 HVB för ensamkommande barn, vid utgången av 2014 fanns det 490. HVB för ensamkommande barn utgör numera en majoritet av samtliga HVB i Sverige.

Några av IVO:s inspektioner utformas utifrån bakgrunden att verksamheten är nystartad. Resultaten från tillsynen visar att nystartade HVB för ensamkommande barn relativt ofta har brister. Framförallt gäller detta nystartade verksamheter i

² IVO, 2014-27, *Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn och unga? Hantering av anmälningar och genomförande av utredningar.*

kommunal regi. Vid de 18 inspektioner som utformats utifrån att verksamheten är nystartad och som riktas mot HVB för ensamkommande barn i kommunal regi, så har brister identifierats i mer än hälften av ärendena. Detta är en hög andel i jämförelse med övrig tillsyn av HVB-verksamheterna som i stort uppfyller kraven i lagar och förordningar inom de områden som granskats. Det totala antalet inspektioner som utfördes av HVB under 2014 uppgick till 1487.

De åtgärdskrav IVO riktade mot dessa verksamheter rör genomförandeplaner, kunskap om lex Sarah, ledningssystem, bemanning, riskanalys samt registerkontroll. Utöver detta har IVO i förekommande fall uppmärksammat verksamheterna på att föreståndaren inte har adekvat utbildning, att personalgruppens kompetens behöver höjas och att rutinerna för in- och utskrivningar har brister.

Ungdomar på SiS-ungdomshem känner sig mindre trygga

Verksamheter inom SiS-ungdomshem särskiljer sig gentemot HVB då behandlingen inkluderar tvångsvård. Placering på SiS-ungdomshem sker därför främst efter en dom från förvaltningsrätten.

Efter varje genomförd tillsyn besvarar inspektörerna ett antal frågor med *ja*, *delvis*, eller *nej*. Bland annat besvaras frågan ifall de unga får möjlighet att påverka hur vården planeras och genomförs under vistelsen. Ungefär sex av tio bedömda SiS-ungdomshem får svaret *ja*. Resten får svaret *delvis*. Motsvarande siffra för övriga HVB som fick *ja* är nästan nio av tio.

Resultatet från den enkät som barnen och ungdomarna fyller i själva tyder även den på att det är en skillnad i delaktighet mellan SiS och HVB. Barn och ungdomar på SiS-ungdomshem upplever i lägre grad än boenden på andra hem att de får vara med och bestämma. Detta hänger med största sannolikhet åtminstone delvis ihop med den särskilda typ av verksamhet SiS-ungdomshem utgör jämfört med HVB.

Boende på SiS-ungdomshem bedömer i lägre grad än barn och unga på HVB att de känner sig trygga i sitt boende. Främst gäller detta i relationen till personalen. Det framgår av den enkät barn och unga får möjlighet att besvara i samband med frekvenstillsynerna.

RESULTAT AV DEN ENKÄT SOM BARNEN OCH UNGDOMARNA BESVARAR I SAMBAND MED FREKVENSTILLSYNEN

Varje fråga besvaras utifrån en skala från 1 till 5, där 5 anger bästa omdöme.

	HVB	SIS
Medelvärde: delaktighet*	3,7	3,0
Medelvärde: hur trygg känner du dig här med personalen?	4,2	3,7
Andel av de unga som besvarar något av de två lägsta alternativen på frågan om hur trygga de känner sig med personalen	7 %	16 %
Medelvärde: hur trygg känner du dig här tillsammans med övriga barn/ungdomar?	4,1	4,1
Andel av de unga som besvarar något av de två lägsta alternativen på frågan om hur trygga de känner sig med övriga barn/ungdomar	7 %	6 %

*Resultatet bygger på ett index av två frågor: *Tycker du att du får vara delaktig här, det vill säga vara med och påverka och bestämma?* och *Tycker du att personalen lyssnar på dina synpunkter och klagomål?*

Två boenden som utgjorde fara för ungdomarna stängda

HVB-verksamheterna fungerar väl i stort. Trots det finns det undantag. Två av sammanlagt 784 HVB hade så allvarliga brister att IVO bedömde att verksamheten inte längre kunde bedrivas, då boendet utgjorde en fara för ungdomarnas liv, hälsa och personliga säkerhet. Bägge verksamheterna hade vid flera tidigare tillfällen fått åtgärdskrav riktade mot sig. Undermåliga lokaler, bristande kompetens hos personalen gällande ungdomarnas problematik och det faktum att sammansättningen av ungdomar ökade risken för destruktivt beteende var några av orsakerna till att IVO stängde verksamheterna.

Tillståndsprövning för hem för vård eller boende (HVB)

Drygt hälften av ansökningarna för att starta hem för vård eller boende (HVB) beviljas tillstånd. IVO biföll 66 ansökningar och avslog 52. Många som får avslag återkommer med en ny ansökan, där skälen för avslag är beaktade och omhändertagna och därmed kan beviljas tillstånd. En stor andel av de beviljade tillstånden är för målgruppen ensamkommande barn.

TILLSTÅNDSPRÖVNING AV HEM FÖR VÅRD OCH BOENDE 2014

Beslutade ärenden tillståndsprövning	Beviljade	Avslag
137*	66	52

*Bland de beslutade ärendena finns det 19 stycken som avslutats utan åtgärd (ad acta)

Bland ansökningarna som avslås utmärks de som vill starta verksamheter med en målgrupp som ligger inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde. Främst gäller detta huvudmän som ansöker om tillstånd för HVB där målgruppen är barn och unga med neuropsykiatriska diagnoser, självskadebeteende, fobier, trauman och depressioner.

Av flera ansökningar framgår det att verksamheterna planerar att genomföra integritetskränkande åtgärder. Det handlar om att exempelvis förbjuda mobiltelefonanvändning, slentrianmässigt ta urinprover utan samtycke från den unge och genomsöka rum, väskor och kläder. Detta kan utläsas av de rutiner som ingår i verksamheternas ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

En stor andel av de beviljade tillstånden för hem för vård eller boende är för målgruppen ensamkommande barn. Prognosen är att antalet tillståndsärenden för denna grupp beräknas öka kraftigt de närmaste åren.

Bristande barnperspektiv vid arbete med hemlösa barn

Med anledning av brister som IVO tidigare identifierat vid tillsyn av hemlösa barns situation granskades samtliga stadsområdesnämnder i Malmö stad. Resultatet visar på brister i handläggningens kvalitet och i stödet till barnen. Ledning och personal på nämnderna är medvetna om barnkonventionen och behovet av att se till barns bästa. Men synsättet tillämpas inte alltid i den faktiska handläggningen.

Bristande barnperspektiv riskerar att leda till att barnen inte får en skälig levnadsnivå. Det kan exempelvis innebära att barnen inte känner sig trygga, inte har plats för lek och samvaro eller inte kan läsa läxor eller vila utan att bli störda av andra personer i boendet.

De åtgärdskrav IVO har ställt handlar om att ta hänsyn till barnets bästa i valet av boende vid hemlöshet, att se till att barnet får relevant information vid åtgärder som rör barnet och att barnet också får möjligheter att framföra sina åsikter samt att nödvändiga rutiner utarbetas och fastställs, inklusive rutiner för egenkontroll av kvalitet. Åtgärdskrav ställdes mot samtliga fem stadsdelsområden. Tillsynens resultat återkopplades både till de enskilda nämnderna och i ett dialogmöte med kommunstyrelsen.

Äldreomsorg

IVO har i sin tillsyn sett att den äldres behov inte tillgodoses i tillräcklig utsträckning vid beslut om särskilt boende och att socialnämnderna i större utsträckning behöver följa upp den enskildes behov av stöd och hjälp. Vidare konstaterar IVO att en bakomliggande orsak till den bristande kvalitet som setts i tillsynsarbetet är sviktande personalkontinuitet och låg bemanning vissa tider på dygnet. Likaså kan arbetet för att minimera tvångs- och begränsningsåtgärder stärkas.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats.

Dessa rapporter återfinns i referenslistan.

Eftersom vård och omsorg till äldre ges med stöd av både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen anmäler verksamheterna dels allvarliga missförhållanden eller påtaglig risk för ett allvarligt missförhållande enligt lex Sarah, dels allvarliga vårdskador eller risk för allvarliga vårdskador enligt lex Maria. De klagomål på äldreområdet som inkommer till IVO handlar även de om både socialtjänst och

hälso- och sjukvård. Inte sällan ryms synpunkter på båda ämnesområdena i samma klagomål.

Tillsyn genomförs också genom regeringsuppdrag³ och genom IVO:s egeninitierade tillsyn. Tabellen nedan visar en fördelning av beslutade ärenden som avser enskildas klagomål, lex Sarah och egeninitierad tillsyn.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM ÄLDREOMSORG 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom socialtjänst	40	293
Lex Sarah	31*	618
Egeninitierad tillsyn inom socialtjänst	96	208
Klagomål inom hälso- och sjukvård	59	182**
Lex Maria	24*	282
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	7	23

* IVO ställer krav på åtgärd om vård- och omsorgsgivarens egen utredning av händelsen har brister.

** Siffran avser antal utredda klagomål

Utöver siffrorna i tabellen har IVO utfärdat förelägganden, förenade med viten, i fyra ärenden. Tre av dessa riktades mot kommuner och ett mot ett särskilt boende för äldre.

Andra aspekter än de äldres behov påverkar beslut om särskilt boende

Ansökningar om särskilt boende handläggs inte alltid tillräckligt snabbt. Ärenden blir vilande och beslut fattas först när det finns tillgängliga platser. IVO kan konstatera att socialnämndens resurser i många fall är mer avgörande för beslutsfattandet än den äldres behov. I dessa och liknande fall har IVO påpekat att det alltid är den äldres behov av stöd och omvårdnad som ska ligga till grund för beslutet.⁴

Brister i uppföljningen av insatser för äldre

Socialnämnderna fastställer sällan hur beslut om särskilt boende ska följas upp. Detta leder bland annat till att uppföljningen av insatser till äldre sker på en allmän nivå och därmed saknar ett individuellt perspektiv. IVO konstaterar att nämnderna måste ta ett större ansvar för att systematiskt följa upp de äldres individuella behov av stöd och hjälp.⁵

³ 62 särskilda boenden och deras tillhörande socialnämnd har granskas inom ramen för ett regeringsuppdrag som slutredovisades i rapporten: IVO 2014-25, *Får jag gå på promenad idag? Vem vet i vilken utsträckning äldres behov av hjälp och stöd tillgodoses på särskilda boenden? Rapport från tillsynsinsats med anledning av uppdrag från regeringen 2014.*

⁴ IVO 2014-25, *Får jag gå på promenad idag? Vem vet i vilken utsträckning äldres behov av hjälp och stöd tillgodoses på särskilda boenden? Rapport från tillsynsinsats med anledning av uppdrag från regeringen 2014.*

⁵ Ibid.

Sviktande personalkontinuitet

På flera håll i landet har det genomförts tillsyn av kvälls- och nattbemanning på särskilda boenden för äldre. Tillsynen visar att det under kvällar och nätter inte alltid finns ordinarie personal i tjänst och att vikarierna kan sakna både utbildning och erfarenhet. Det har också visat sig att nattbemanningen vid flera boenden är låg. Hemtjänsten har inte heller alltid den personalkontinuitet som är önskvärd för den äldres trygghet och behov.

I flera beslut har IVO ställt krav på att nämnderna i sitt ledningssystem ska ha processer och rutiner för att säkerställa att bemanningen är tillräcklig i förhållande till individuella behov av stöd och hjälp. Med ändamålsenlig bemanning och kompetens skapas förutsättningar för vård och omsorg av god kvalitet oavsett tid på dygnet. Den som bedriver verksamhet inom äldreomsorg måste också se till att vikarier har tillräcklig kompetens för sina uppgifter och att de får introduktion, stöd och tillräcklig information om de äldres behov.

Arbetet för att minimera tvångs- och begränsningsåtgärder kan stärkas

Personalen känner vanligtvis till och diskuterar vad som gäller vid tvångs- och begränsningsåtgärder. De flesta verksamheter arbetar också personcentrerat utifrån individuella behov för att minimera begränsningsåtgärder för den enskilde. Men det finns områden som behöver förbättras. Tillsynen visar exempelvis att det finns enheter som på natten har låsta dörrar och står utan personal. I flera av dessa fall har det varit oklart om de boende kan få hjälp omgående, om de upplever sig inlåsta eller vilka behov de har.

I dessa och liknande fall har IVO påtalat att insatser som ges enligt socialtjänstlagen bygger på frivillighet och inte innehåller några bestämmelser som tillåter den här typen av åtgärder. Inlåsting utan samtycke får inte förekomma.⁶

Verksamheter för personer med funktionsnedsättning

IVO har i sitt granskningsarbete sett brister i rättssäkerheten som gäller långa handläggningstider samt brister i styrning och ledning av bostäder med särskild service för vuxna. Det förekommer olagliga tvångs- och begränsningsåtgärder i bostad med särskild service enligt LSS. Inom IVO:s frekvenstillsyn av bostäder för barn eller ungdomar enligt LSS ser vi att verksamheterna för det mesta fungerar bra och att barn och ungas åsikter beaktas.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan. IVO har under 2014 genomfört egeninitierad tillsyn utifrån klagomål från enskilda och lex Sarah-anmälningar. Tillsynen har omfattat myndighetsutövning, kommunalt och enskilt drivna enligt LSS och enligt SoL. Exempel på insatser som granskats är bostad med särskild service enligt 9 § 9 LSS, personlig assistans 9 § 2 LSS.

⁶ Av 2 kap. 6, 8 och 20 §§ RF följer att kroppsligt tvång eller frihetsberövande endast får förekomma om det föreskrivs i lag.

GENOMFÖRD TILLSYN AV VERKSAMHETER FÖR VUXNA MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING SOL 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom socialtjänsten	19	127
Lex Sarah	1*	39
Egeninitierad tillsyn inom socialtjänst	8	27

* IVO ställer krav på åtgärd om omsorgsgivarens egen utredning av missförhållandet har brister.

GENOMFÖRD TILLSYN AV VERKSAMHETER FÖR VUXNA MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING LSS 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom socialtjänsten	43	415
Lex Sarah	12*	288
Egeninitierad tillsyn inom socialtjänst	78	177

Olagliga tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer

IVO har i sin tillsyn⁷ av 52 bostäder för vuxna enligt 9 § 9 LSS kunnat konstatera att det förekommer olagliga tvångs- och begränsningsåtgärder i form av kollektiva begränsningar i de boendes hemmiljö. Lås på kylskåp, frys, lådor och skåp bidrar till att den enskildes hem får en institutionsliknande prägel, vilket står i motsats till intentionerna i LSS. Andra tvångs- och begränsningsåtgärder som förekommer är inlåsning, omhändertagande av mobiltelefon och användande av positioneringsbälte. Sammantaget ger detta en bild av åsidosatt rättsäkerhet för personer med funktionsnedsättning. IVO ser allvarligt på de händelser som inträffat och anser att rättssäkerheten för denna grupp människor måste öka.

Kunskapen om regelverk kring tvångs- och begränsningsåtgärder hos ledning och personal är god i många verksamheter. I dessa verksamheter pågår en levande diskussion om vad som är tillåtet och inte. Andra verksamheter har inte kommit lika långt. IVO har identifierat att det många gånger handlar om ett glapp mellan de teoretiska kunskaperna om hur tvångs- och begränsningsåtgärder är reglerade i lagarna och hur de sedan arbetar i praktiken. Detta kunskapsglapp förekommer hos både personal och ledning. Mot denna bakgrund har IVO identifierat ett behov av målgruppsinriktad utbildning om regelverket kring tvångs- och begränsningsåtgärder.

⁷ IVO, 2015-56, *Skapa trygghet utan tvång – Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas.*

Brister i ledning och styrning

Det förekommer brister i ledning och styrning av verksamheter. Personalen upplever exempelvis att chefen eller föreståndaren är för lite närvarande, är tidspressad och har ont om tid för att organisera och leda arbetet. Det förekommer också att verksamheten sköts av en annan person än chefen eller föreståndaren. En sådan konstruktion gör det svårt för den som leder verksamheten att garantera en god kvalitet.

Stor majoritet av barn och ungdomar på LSS-boende har genomförandeplaner

Alla bostäder för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS ska inspekteras minst två gånger per år. Detta är en del IVO:s frekvenstillsyn. Inom ramen för denna tillsyn har IVO 2014 granskat hur barn och ungdomar kommer till tals, blir lyssnade till och hur de kan utöva inflytande, genom att granska genomförandeplaner i bostäder för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS.⁸ IVO har fattat beslut 375 ärenden varav 26 var beslut om åtgärd.

GENOMFÖRD TILLSYN AV BOENDEN FÖR BARN OCH UNGA MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING LSS 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom socialtjänst	6	19
Lex Sarah	0*	18
Egeninitierad tillsyn inom socialtjänst	2	11
Frekvenstillsyn 9 § 8 LSS	25	375

* IVO ställer krav på åtgärd om omsorgsgivarens egen utredning av missförhållandet har brister. Under året har IVO även utfärdat ett föreläggande, förenat med vite, mot en bostad för barn eller ungdomar enligt 9 § 8 LSS.

IVO bedömer att en majoritet av verksamheterna tar hänsyn till barnens åsikter och synpunkter. Av de inspekterade verksamheterna bedöms 86 procent göra det fullt ut, medan resterande verksamheter åtminstone delvis tar hänsyn till barnen och de ungas åsikter. I 94 procent av verksamheterna får vårdnadshavaren eller god man möjlighet till inflytande och medbestämmande.

Kunskapen om att den unge bör ha en genomförandeplan tycks vara väl etablerad. Nästan alla granskade akter innehåller en genomförandeplan. På verksamhetsnivå återfanns en genomförandeplan i samtliga granskade akter på nio av tio boenden. Men verksamheterna behöver ändå förbättra innehåll, implementering av och uppföljning av genomförandeplanerna.

⁸ Tillsynen har skett i samverkan med Socialstyrelsen som är en av 22 strategiska myndigheter som 2011 fick regeringens uppdrag att bidra till regeringens strategi för funktionshinderpolitiken under perioden 2011-2016. År 2011 genomfördes den första tillsynsaktiviteten gällande samma område. Tillsynen 2014 utgör således en uppföljning av tillsynen 2011.

Tillståndsprövning bostad med särskild service enligt LSS

Under året beviljade IVO sammanlagt 153 nya tillstånd om att bedriva verksamhet enligt LSS. Antalet avslag var betydligt fler än antalet beviljade tillstånd då 279 ansökningar utmynnade i avslagsbeslut. Det var således 35 procent av besluten som utmynnade i tillstånd.

TILLSTÅNDSPRÖVNING AV BOSTAD MED SÄRSKILD SERVICE ENLIGT LSS 2014

Verksamhet	Beslutade ärenden tillståndsprövning	Beviljade	Avslag
9.8 Bostad med särskild service barn och unga	23*	6	16
9.9 Bostad med särskild service för vuxna	162**	65	85

*Ett ärende avslutades utan åtgärd (ad acta)

**Bland de beslutade ärendena finns det 13 stycken som avslutats utan åtgärd (ad acta)

Ansökningar om nya tillstånd för bostad med särskild service för barn och unga var få till antalet. Föregående år inkom 19 nya ansökningar. Sex ansökningar fick avslag och 16 beviljades tillstånd.

2014 inkom 173 ansökningar om nya tillstånd för att bedriva bostad med särskild service för vuxna enligt 9 § 9 LSS. Under året beviljades 65 verksamheter tillstånd för sådan verksamhet och 84 fick avslag.

Om en kommun bedriver en verksamhet i egen regi och själv står för lokalerna, men avser att med stöd av 17 § LSS genom ett entreprenadavtal överlåta driften av verksamheten till ett privat företag, måste det privata företaget ha IVO:s tillstånd för att få bedriva verksamheten.

IVO har iakttagit, och särskilt för verksamheter som bedriver bostad med särskild service för vuxna, att om ett företag inte beviljats tillstånd kringgås kraven på tillstånd genom att det vid sidan om entreprenadavtalet upprättas ett särskilt avtal så att kommunen hyr in personal från samma bolag. På så sätt fungerar bolaget som ett bemanningsföretag, sannolikt i väntan på att bolaget uppnår kriterierna för att få tillstånd att bedriva verksamheten. Detta innebär att verksamheter kan bedrivas trots att IVO i tillståndsprövningen uppmärksammat brister.

Tillståndsprövning personlig assistans

2014 inkom 175 nya ansökningar om nya tillstånd för att bedriva personlig assistans enligt 9 § 2 LSS. Totalt 46 verksamheter beviljades tillstånd för att bedriva sådan verksamhet och 102 fick avslag.

TILLSTÅNDSPRÖVNING AV PERSONLIG ASSISTANS 2014

Beslutade ärenden tillståndsprövning	Beviljade	Avslag
155*	46	102

*Bland de beslutade ärendena finns det 7 stycken som avslutats utan åtgärd (ad acta)

De främsta orsakerna till avslag är kvalitetsbrister. Exempel på kvalitetsbrister är att ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete saknas, att rutiner för anmälningsskyldigheten enligt lex Sarah är felaktiga, att verksamheten inte tillräckligt har kunnat beskriva hur man ska arbeta i verksamheten och brister i personalens kompetens. Ofta kan inte verksamheten styrka tillräcklig kunskap om de lagar som reglerar och styr en LSS-verksamhet.

Under 2014 återkallade IVO tre tillstånd för att bedriva personlig assistans.

Missbruks- och beroendevården

Ett kvarstående problemområde från tidigare tillsyn är att barn och unga som påverkas av en missbrukare inte alltid uppmärksammas. Det yttrar sig i att skyddsbedömningar genomförs alltför sent eller att de i vissa fall saknas helt.

IVO:s tillsyn visar också att förhandsbedömningar är ett problem för rättssäkerheten. Det beror på att förhandsbedömningarna ofta saknar tillräckliga motiveringar till varför varje enskild bedömning blev som den blev.

Samverkan om individuella vårdplaner är inte tillräcklig. Likaså ser vi att läkemedelshanteringen brister vid samverkan mellan olika aktörer. Ett annat problem är att det förekommer att integritetskränkande åtgärder används på ett generellt och rutinmässigt sätt.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan. Nedanstående tabell visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden inom missbruks- och beroendevården under 2014. Därefter presenteras de viktigaste iakttagelserna.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM MISSBRUKS OCH BEROENDEVÅRDEN 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom socialtjänsten	39	255
Lex Sarah	2*	35
Egeninitierad tillsyn inom socialtjänst	32	60
Klagomål inom hälso- och sjukvård	6	17**
Lex Maria	2*	17
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	0	7

* IVO ställer krav på åtgärd om vård- eller omsorgsgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

Utöver siffrorna i tabellen har IVO utfärdat ett föreläggande, förenat med vite, mot en kommuns myndighetsutövning.

Barn och unga uppmärksammas inte tillräckligt

IVO genomförde en tillsynsinsats inom samtliga kommuner i Södermanland under 2014.⁹ Vid denna tillsynsinsats uppmärksammades att skyddsbedömningar av de barn och unga som bor exempelvis i samma familj som personen som missbrukar inte alltid utförs skyndsamt och ibland saknas helt. När det gäller våld i nära relationer, som är nära kopplat till missbruksärenden, berörs ofta barn och unga vuxna. I dessa ärenden saknas ofta dokumentation om att nämnden har gjort en skyddsbedömning. När barn har bevittnat våld eller andra övergrepp i familjen ska nämnden genast bedöma om barnet behöver omedelbart skydd.

De krav på åtgärder som IVO ställt till verksamheterna har handlat om att upprätta en handlingsplan för arbetet med våld i nära relationer. Handlingsplanen ska också säkerställa att socialsekreterare har den kompetens som behövs för att handlägga den typen av ärenden.

Brister vid förhandsbedömningar är ett problem för rättssäkerheten

IVO:s tillsynsinsats som genomfördes i samtliga kommuner i Södermanland riktades specifikt mot nämndernas handläggning av förhandsbedömningar som inte har lett till utredning inom missbruksvården för vuxna.¹⁰ En majoritet av de granskade förhandsbedömningarna hade inte handlagts korrekt och visade därmed på brister i rättssäkerhet.

Förhandsbedömningarna saknade i flera fall motiveringar till varför en utredning inte har inletts. Där motiveringar fanns användes standardiserade eller knapphändiga motiveringar. Motiveringarna byggde inte på den enskildes specifika situation och behov och tog inte hänsyn till omständigheter i det enskilda ärendet.

⁹ IVO 2014-18 *Förhandsbedömningar i socialtjänsten – ett riskområde. Rapport från ett pilotprojekt i Sörmland vården 2014.*

¹⁰ Ibid.

Inte heller datum, namn och befattning på den som gjort ställningstagandet att inte inleda utredning var dokumenterat på ett godtagbart sätt.

Den enskildes situation behöver uppmärksammas och dokumenteras för att nämnden ska kunna bedöma om en utredning bör inledas eller inte. Genom att motiveringar saknas, är bristfälliga eller standardiserade, har inte den enskildes situation och behov uppmärksamats. Varje förhandsbedömning är en unik bedömning som rör en enskild individ med ett unikt problem. En standardbedömning kan inte användas med tanke på den enskilde individens specifika behov.

IVO fann också ansökningar om olika former av bistånd som hanterats inom ramen för förhandsbedömning, trots att en förhandsbedömning inte är aktuell vid ansökan om bistånd. När en enskild ansöker om bistånd hos nämnden ska alltid en utredning påbörjas utan dröjsmål. En ansökan om bistånd ska följas av en utredning som resulterar i ett beslut som går att överklaga. En grundförutsättning för en rättssäker handläggning är att den enskilde får ett beslut och underrättas om möjligheten att överklaga beslutet.

Brister i rättssäkerhet förekommer också i klagomålsärenden inom socialtjänsten och i lex Sarah-anmälningar. Krav på åtgärd ställdes framförallt i klagomålsärenden där rättsäkerheten har ifrågasatts.

Rutinmässiga och generella integritetskränkande åtgärder

IVO:s egeninitierade tillsyn visar på otillåtna integritetskränkande åtgärder på HVB, såsom rutinmässiga och generella urinprov och visitering av väskor eller rum utan individens samtycke. IVO fann också att enskilda lämnade urinprover för att nämnden skulle bedöma om en utredning skulle inledas. Sådana åtgärder är inte tillåtna vid förhandsbedömning utan enbart inom en utredning som avslutas med ett beslut.

De åtgärder som IVO krävt är att verksamheterna till exempel ska säkerställa att informationen om den här typen av integritetskränkande åtgärder ska vara tydlig och skriftlig för att klargöra för klienterna om att åtgärderna kan bli aktuella och att de bygger på frivillighet. Verksamheterna ska också säkerställa att samtycken om visitering av väskor och rum samt samtycken om användande av drogtester inte inhämtas generellt. Sådan visitering och drogtester ska bara användas vid samtycke och efter en individuell bedömning i varje enskilt fall.¹¹

Samverkan kring samordnade individuella planer brister

IVO har uppmärksammat att samverkan mellan olika aktörer kring planering av individuella insatser inte alltid fungerar. Kommuner och landsting har båda ett ansvar för att samverka kring brukaren/patienten och vid behov upprätta en samordnad individuell plan för den enskilde.

Egeninitierad tillsyn har exempelvis visat att individuella vårdplaner inte upprättats. Det har också framkommit att enskilda har bollats mellan de olika huvudmännen och hamnat i en situation som kräver på en samordnad individuell

¹¹ IVO 2014-18 *Förhandsbedömningar i socialtjänsten – ett riskområde. Rapport från ett pilotprojekt i Sörmland våren 2014*

plan ska förhindra. I vissa fall har den ansvarige nämnden inte formaliserat vad som ska göras och vem som ska göra det.

Tillsynen visar också brister vid samverkan mellan socialtjänsten, vårdcentralen och den kommunala hälso- och sjukvården när det gäller läkemedelshandlingen. Ungefär en tredjedel av lex Maria-anmälningarna gäller brister i läkemedelshandlingen. Likaså bland de få klagomålen inom hälso- och sjukvård som lett till kritik förekommer läkemedelshandlingen. Det har framkommit exempelvis att personal har avlagt sig ansvaret för läkemedelshandlingen på grund av hotfullt beteende från patienten utan att hälso- och sjukvården sedan löst situationen.

I VO har oftast krävt åtgärder som handlat om att säkerställa att det finns rutiner för att upprätta en samordnad individuell plan för personer som behöver samordnade insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I VO har också påpekat att det är viktigt att samverkansavtal konkretiseras i praktiken.

Iakttagelser inom hälso- och sjukvård

I detta kapitel redovisas tillsynens viktigaste iakttagelser och åtgärder inom hälso- och sjukvårdens område för verksamhetsåret 2014. Detta innebär att alla områden som granskats inte kommenteras i denna rapport. Tillsynens iakttagelser belyser en begränsad del av verksamheterna. Generaliserbarheten i iakttagelserna behöver därmed hanteras med försiktighet.

Psykiatrisk specialistsjukvård

Under de senaste två decennierna har flera nationella satsningar genomförts inom området psykisk ohälsa. Dock kan IVO konstatera att ett antal problem kvarstår.

IVO:s granskning visar att många lex Maria-anmälningar handlar om otillräcklig kommunikation och informationshantering. Bristerna förekommer både i övergången mellan olika vårdenheter och mellan medarbetare inom en verksamhet. Vidare kan IVO konstatera att patientsäkerheten äventyras om verksamheten under lång tid använder sig av tillfällig hälso- och sjukvårdspersonal.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan. Under 2014 fattade IVO beslut i 464 utredda klagomålsärenden inom psykiatrisk specialistsjukvård. I 34 procent av ärendena riktade tillsynsmyndigheten kritik.

Vårdgivaren har en skyldighet enligt lex Maria-bestämmelserna att anmäla om en patient i samband med undersökning, vård eller behandling, begått självmord eller inom fyra veckor efter vårdkontakt begått självmord.

Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden 2014.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM PSYKIATRISK SPECIALISTSJUKVÅRD 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	158	464**
Lex Maria	34*	545
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	19	101

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

På grund av otillåten övervakning av försändelser har IVO utfärdat ett föreläggande förenat med vite mot en rättspsykiatrisk klinik.

Cirka 86 procent av alla anmälningar enligt lex Maria handlade om försök, misstänkt försök till självmord eller fullbordat självmord. Många lex Maria-anmälningar handlar om otillräcklig kommunikation och information. Bristerna

förekommer både i övergången mellan olika vårdenheter och mellan medarbetare inom en verksamhet.

Strukturerade självmordsriskbedömningar görs inte alltid

Rutiner för strukturerade självmordsriskbedömningar följs inte i tillräcklig utsträckning. Av de granskade ärendena återfinns bristande följsamhet till rutiner och riktlinjer i hälften av dem. IVO initierade bland annat en verksamhetstillsyn med anledning av att det inkommit flera lex Maria-anmälningar om självmord. IVO konstaterade bland annat återkommande brister såsom avsaknad av dokumenterad självmordsriskbedömning, bristande kontinuitet i vårdkontakter och brister i samverkan.

Bristande kunskap om och tillämpning av tvångsvårdslagstiftningen

Under 2014 genomförde IVO tillsyn med anledning av inkomna underrättelser om tvångsåtgärder som avskiljning och fastspänning, inskränkning av elektroniska kommunikationstjänster, övervakning av försändelser och kroppsvisitering. En tredjedel av den egeninitierade verksamhetstillsynen avsåg just tvångsåtgärder.

IVO påpekade i beslut bland annat att beslut om tvångsåtgärder enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) som huvudregel enligt 39 § enbart får fattas av erfaren läkare vid sjukvårdsinrättningen inom någon av de psykiatriska specialiteterna eller av den specialistläkare som har chefsöverläkarens uppdrag. IVO riktade även kritik i 20 klagomålsärenden om tvångsåtgärder.

Tvångsåtgärder utan laga stöd var en av de vanligaste orsakerna till lex Maria-anmälningar som inte avsåg självmord. Myndigheten kritiserade även, utifrån klagomål, vårdgivare för just detta. Att händelserna kunde uppstå beror i huvudsak på bristande kunskaper om tvångsvårdslagstiftningen, knapphändig kommunikation och bristande dokumentation.

Kommunikation och information är ofta otillräckliga

Brister i kommunikation och informationsöverföring har identifierats som bakomliggande orsak till en stor andel av de lex Maria-anmälningar som inkommit. Kommunikationen och informationsöverföringen var i många fall otillräcklig såväl internt som externt. Bristerna återfanns framför allt i övergången mellan olika vårdenheter, men också mellan personal på den berörda enheten.

De patienter som drabbas särskilt är de som har en komplicerad sjukdomsbild och är i behov av både psykiatrisk och somatisk vård. Somatiska symtom upptäcks ofta senare hos personer med psykiatrisk diagnos och förutsättningarna för behandling blir därför sämre. När kommunikation och informationsöverföring brister försvåras korrekt utredning och rätt behandling av patienter.

IVO har kritiserat vårdgivare för bland annat brister i samverkan, informationsöverföring och planering av vård och omsorg. IVO har begärt att vårdgivare ska säkerställa ändamålsenliga rutiner för in- och utskrivning i slutenvården och förbättra samverkan och informationsöverföring mellan de inblandade aktörerna.

Tillfällig anställning av hälso- och sjukvårdspersonal äventyrar patientsäkerheten

Ett problem som länge har uppmärksammats inom psykiatrisk specialistsjukvård är svårigheter att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens. Tillfälliga anställningar av läkare och sjuksköterskor utgör en patientsäkerhetsrisk inom såväl psykiatri som andra verksamhetsområden. IVO har, utifrån signaler om risker och brister, tagit initiativ till granskning av den psykiatriska hälso- och sjukvårdens patientsäkerhet och kvalitet.

IVO:s tillsyn visar att flera verksamheter har svårt att rekrytera hälso- och sjukvårdspersonal inom flera yrkeskategorier såsom psykologer, specialistläkare och specialistsjuksköterskor. IVO kan i sin tillsyn konstatera att användningen av tillfällig hälso- och sjukvårdspersonal ställer stora krav på att verksamheterna har tydliga rutiner för bland annat introduktion och uppföljning för de anställda.

Primärvård

I IVO:s tillsynsarbete framkommer att bakomliggande orsaker till bristande patientsäkerhet är kompetens- och kontinuitetsproblem, bristande kommunikation och informationshantering samt bristande kunskap inom psykisk ohälsa.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan. Under 2014 fattade IVO beslut i 1 222 utredda klagomålsärenden inom primärvården. I 30 procent av ärendena riktade IVO kritik. Vidare stod primärvården för cirka 16 procent av alla lex Maria-anmälningar som myndigheten fattade beslut i under året. Under 2014 fattade IVO beslut i 56 egeninitierade ärenden där flera inspektioner genomfördes med utgångspunkt från inkomna lex Maria-anmälningar. Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden 2014.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM PRIMÄRVÅRDEN 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	408	1 222**
Lex Maria	41*	399
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	21	56

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

Lex Maria-anmälningarna handlade framför allt om problem vid diagnostisering och vård och behandling samt självmord som skett inom fyra veckor efter vårdkontakt. Drygt hälften av alla klagomål där IVO riktat kritik handlade om problem vid diagnostisering.

Tillfälliga anställningar leder till kontinuitetsproblem och bristande patientsäkerhet

IVO:s tillsyn visar att det är stora svårigheter att rekrytera läkare med specialistkompetens till primärvården. Detta leder till tillfälliga anställningar och att läkare utan specialistutbildning kan bli aktuella. Att använda tillfälliga anställningar är inget problem i sig om mottagningarna i övrigt har en bra bemanning och organisation.

Där tillfälliga anställningar har utgjort en stor del av personalstyrkan har det lett till problem med bristande kontinuitet för patienter som är i behov av återkommande läkarkontakter. En hög omsättning av personal kan leda till att många grundläggande kliniska rutiner brister. Detta ställer stora krav på verksamhetschefer och ordinarie personal när det gäller introduktion och uppföljning av tillfälligt anställd personal.

IVO har bland annat ställt krav på att vårdgivare ska säkerställa kompetensen hos läkare för att tillgodose patienters behov av kontinuitet och säkerhet.

Diagnoser, vård och behandling missas eller fördröjs

Närmare hälften av alla beslutade lex Maria- anmälningar (188) och klagomål med kritikbeslut (227) avsåg diagnostisering. Ett stort problemområde som identifierades i primärvården under 2014 var framför allt fördröjd diagnos. På grund av kompetensbrist hos berörd hälso- och sjukvårdspersonal samt att verksamhetens rutiner frångås, saknas eller inte är kända så sker felbedömningar av symtom, bristfälliga undersökningar görs och prov- och undersökningsresultat missas. Bland klagomålen finns exempel på att personalen inte uppmärksammade vanliga symtom på förmaksflimmer och hjärtsvikt och att patienters diagnos av cancer fördröjdes.

Bristande kommunikation och informationsöverföring

I en tredjedel av de granskade anmälningarna enligt lex Maria angav primärvårdsverksamheterna bristande kommunikation och information som en bakomliggande orsak till de allvarliga händelserna. Detta innebar bland annat att uppföljningar av patienter uteblev på grund av att kommunikation och information i många fall var otillräcklig, såväl internt som externt. Utebliven och bristfällig informationsöverföring och remisshantering har lett till att lämplig utredning fördröjts och att diagnoser försenats. Otydlig information och tolkning av remisser gör att viktig information om patienter går förlorad och att remisser kommer fel eller bollas mellan olika enheter där det är oklart vem som ska utföra vilka undersökningar. Detta leder till allvarliga konsekvenser som exempelvis fördröjd och/eller felaktig medicinsk behandling.

Under 2014 granskade IVO hur verksamheterna säkerställer samverkan och informationsöverföring mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården samt mellan primärvården och psykiatrin. Tillsynen visade att myndighetens tidigare kritik lett till förbättringar. Verksamheternas redovisade åtgärder gav i flera fall förutsättningar för att den enskilde kan få den vård och omsorg denne behöver. Men i ett fall bedömde IVO att bristerna i samordningen även fortsättningsvis kan innebära en patientsäkerhetsrisk. Myndigheten har för avsikt att följa upp fallet inom ramen för den löpande verksamhetstillsynen.

Bristande kunskap om psykisk ohälsa i primärvården

Primärvården utgör första linjens hälso- och sjukvård och tar emot en stor andel av de som lider av psykisk ohälsa, allt från depression till ångest. Det ställs höga krav på kompetens och kontinuitet för att personalen i primärvården ska kunna bedöma lämplig vårdnivå och ge den vård och behandling som de enskilda är i behov av.

Omkring en tredjedel av alla lex Maria-anmälningar från primärvården handlade om självmord. IVO kan konstatera efter att ha granskat anmälningarna att primärvården har bristande kunskap om riskfaktorer och risksituationer för självmord. Primärvården tar inte heller, i de granskade fallen, tillräcklig hänsyn till dessa riskfaktorer och risksituationer, även när kunskapen om dem finns.

IVO har granskat vårdcentralernas förutsättningar och kompetens för att bedriva första linjens hälso- och sjukvård för personer med psykisk ohälsa. IVO krävde åtgärder som framförallt rörde att verksamheterna skulle säkerställa att uppdraget avseende barn och unga med psykisk ohälsa blir känt i verksamheterna, samt att personalen följer dokumentationsskyldigheten. Efter att åtgärderna genomförts hade de granskade verksamheterna ökade förutsättningar för att bedriva första linjens psykiatri.

Somatisk specialistsjukvård

IVO:s tillsyn visar att brister som tillsynen uppmärksammat inom den somatiska specialistvården framförallt är kopplade till bemanning och kompetens. Bristande informationsöverföring ligger även ofta bakom problem med samverkan mellan olika aktörer i vård- och omsorgskedjan. Informationsöverföringen verkar också försvåras av att olika verksamheter använder olika IT- och journalsystem för dokumentation.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellerna nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan.

IVO:s tillsyn inom den somatiska specialistsjukvården sker huvudsakligen genom handläggning av lex Maria-anmälningar och klagomål från enskilda.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM SOMATISK SPECIALISTSJUKVÅRD BARNMEDICIN 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	29	99**
Lex Maria	4*	49
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	1	7

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

GENOMFÖRD TILLSYN INOM SOMATISK SPECIALISTSJUKVÅRD INVÄRTESMEDICIN 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	202	596**
Lex Maria	22*	252
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	3	21

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

GENOMFÖRD TILLSYN INOM SOMATISK SPECIALISTSJUKVÅRD KIRURGI 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	432	1 363**
Lex Maria	36*	402
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	5	39

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

Flest klagomål inom den somatiska specialistsjukvården

Somatisk specialistsjukvård utgör den största delen av det totala antalet utredda klagomålsbeslut inom hälso- och sjukvård och dominerar även där IVO riktat kritik. Under 2014 fattade IVO beslut i totalt 1 363 klagomålsärenden som rör kirurgi, varav 432 resulterade i kritik till vårdgivaren. När det gäller invärtesmedicin utredde IVO 596 klagomålsärenden och riktade kritik i 202 av dessa. Klagomålen handlar oftast om brister i diagnostisering samt vård och behandling. Kritikbesluten handlar om komplikationer efter operationer, fördröjda eller missade diagnoser gällande bland annat cancer, diabetes, hjärtinfarkt och olika infektionssjukdomar.

ANTAL UTREDDA KLAGOMÅLSBESLUT MED KRITIK FÖRDELADE EFTER VERKSAMHETSOMRÅDE SAMT VAD ÄRENDET AVSER 2014

Verksamhetsområde	Diagnos- tisering	Vård och behandling	Informa- tions- överföring	Planering av vård och omsorg	Omsorg/ Omvårdnad
Somatisk specialistsjukvård Barnmedicin	14	12	5	2	3
Somatisk specialistsjukvård Invärtesmedicin	103	112	26	18	15
Somatisk specialistsjukvård Kirurgi	176	303	59	41	29

De flesta anmälda händelserna enligt lex Maria har inträffat inom kirurgi följt av invärtesmedicin och därefter barnmedicin. Inom kirurgiska specialiteter är det vanligast med händelser inom obstetrik och gynekologi samt ortopedi. De vanligaste händelserna inom invärtesmedicinska specialiteter inträffar främst inom kardiologi, geriatrik och onkologi. Inom området barnmedicin inträffar de flesta händelser inom framför allt allmän barn- och ungdomsmedicin och neonatologi.

De lex-Maria anmälningar som har gjorts under 2014 har framförallt handlat om brister inom diagnostisering, vård och behandling. När det gäller kirurgi handlar över hälften av anmälningarna om felaktig medicinsk behandling. Knappt hälften av anmälningarna anger fördröjd behandlingen som orsak, vilket i sin tur troligtvis beror på fördröjd diagnostisering. I lex Maria-anmälningarna har vårdgivarna identifierat brister i rutiner och riktlinjer följt av kommunikations- och informationsbrister som de vanligaste bakomliggande orsakerna till händelser som orsakat allvarliga vårdskador.

ANTAL LEX MARIA FÖRDELADE EFTER VERKSAMHETSOMRÅDE SAMT VAD ÄRENDET AVSER 2014

Verksamhetsområde	Diagnostisering	Vård och behandling
Somatisk specialistsjukvård Barnmedicin	12	12
Somatisk specialistsjukvård Invärtesmedicin	62	61
Somatisk specialistsjukvård Kirurgi	140	187

I 35 procent av ärendena har IVO identifierat brister i utredningarna. De vanligaste bristerna handlade om att utredningarna inte var kompletta, det vill säga att det saknades riskbedömningar och konkreta åtgärder för de brister som vårdgivarna har identifierat. När IVO har begärt kompletteringar efterfrågades vanligtvis redovisning om vilka riskförebyggande åtgärder som vidtagits eller planerats med utgångspunkt från riskbedömningen.

Vårdgivare har problem med bemanning och kompetens

Det finns olika dimensioner i bemannings- och kompetensproblematiken. En är svårigheten att rekrytera, men det handlar även om kunskapsbrister som inte kompenseras. Av tillsynen framkommer det att AT-läkare, underläkare och läkarstudenter kan jobba utan handledning. Bristen på kompetens och kontinuitet har blivit särskilt påtaglig eftersom det är vanligt med hyrläkare från bemanningsföretag.

Sommar och semesterperioder är extra sårbara på grund av bemanningsproblemen och förekomsten av så kallade satellitpatienter från andra specialiteter. Detta kan medföra att personalen inte känner sig förberedda inför vården av patienter med en annan typ av diagnos än den specialitet avdelningen är inriktad på, som personalen är utbildade för och har erfarenhet av.

Akutmottagningar

IVO:s tillsyn visar att patientsäkerhetsriskerna på akutmottagningar främst beror på svårigheter med bemanning samt problem med det interna patientflödet på sjukhusen. IVO:s tillsyn visar också att kompetensbrister hos läkare utan legitimation inte kompenseras. Det innebär att det förekommer att AT-läkare och underläkare får arbeta utan handledning. IVO har också sett att olika typer av samverkansproblem finns kvar på många akutmottagningar.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan. IVO utredde 464 klagomålsärenden inom akutmottagningar varav 164 resulterade i kritik. Ärenden som utmynnade i kritik handlade främst om brister i diagnostisering, informationsöverföring och brister i vård och behandling. IVO har fattat beslut i 125 lex Maria-ärenden och 18 beslut i egeninitierade ärenden inom akutmottagningar. Tabellen nedan visar antalet tillsynsärenden inom akutmottagningarna 2014.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM AKUTMOTTAGNINGAR 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	164	464**
Lex Maria	15*	125
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	4	18

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

Patientsäkerhetsrisker är kopplade till bristande bemanning och kompetens

Det framgår av IVO:s verksamhetstillsyn av ett flertal akutmottagningar att organisationen, resurserna och kompetensförsörjningen inte gjorde det möjligt att bedriva en patientsäker vård på akutmottagningarna. Det förekommer ibland att akutmottagningar har svårt att få tillgång till vissa specialiteter. På andra ställen är det svårt att få en röntgenundersökning genomförd under jourtid. Ibland förekommer det att vissa undersökningar inte kan genomföras alls under jourtid eftersom det inte finns läkare närvarande.

Användningen av inhyrd personal är utbredd – på vissa håll uppgår bemanningen av inhyrd personal till 50 procent. Den höga andelen inhyrd personal leder till bristande kontinuitet, vilket i sin tur kan leda till förlängda vårdtider och bristande säkerhet i vården. Vidare framkommer det ur tillsynen att kunskapsbrister hos läkare utan legitimation inte kompenseras då det förekommer att AT-läkare och underläkare jobbar med bristande handledning eller att det har fått alltför kort introduktionsutbildning.

På vissa akutmottagningar har brister bedömts vara så allvarliga att IVO planerar att följa upp verksamheterna under 2015–2016.

Olika typer av samverkansproblem kvarstår inom akutmottagningar

Det förekommer olika typer av samverkansproblem inom akutmottagningar. Det gäller framför allt samverkansbrister mellan kliniker, men även samverkan med andra vårdgivare och vårdinrättningar såsom primärvården. Det handlar då om patienter som har behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och insatser från den kommunala hälso- och sjukvården eller socialtjänsten, till exempel multisjuka äldre och personer med missbruk.

Samverkansproblem mellan akutmottagningar och socialtjänsten kan exempelvis handla om personer med missbruk som nämndes tidigare, men även våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Under 2012–2013 genomförde Socialstyrelsen/IVO en nationell tillsyn av om kommuners, hälso- och sjukvårdens samt kvinnojourers arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Tillsynen gällde bland annat somatiska akutmottagningar. IVO konstaterade brister i de granskade verksamheterna och ställde krav på åtgärder. Bristerna har i huvudsak rört anmälningsskyldigheten, det systematiska kvalitetsarbetet och samverkan. I tillsynen framkommer att bristande kompetens inom området, avsaknad av rutiner, stor omsättning av personal och tidsbrist är faktorer som medfört brister i verksamheternas arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld.

Under 2014 genomförde IVO en uppföljande tillsyn inom området för att kontrollera att gällande bestämmelser följs och att brister har åtgärdats. IVO konstaterade brister i 28 av de 90 granskade verksamheterna inom hälso- och sjukvården och ställde krav på åtgärder.¹²

Tandvård

I merparten av klagomålsärendena där IVO riktat kritik framkom brister i undersökning och diagnostik. Det förekommer också flest klagomålsärenden från privat driven tandvård.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Inom vissa områden har IVO även genomfört en djupare analys som har publicerats. Dessa rapporter återfinns i referenslistan.

Under 2014 utredde IVO 222 klagomålsärenden inom tandvården. I knappt hälften av ärendena riktade tillsynsmyndigheten kritik. Kritiken rörde i huvudsak vård och behandling, dokumentation och diagnostisering.

IVO fattade beslut i 52 anmälningar enligt lex Maria. Anmälningarna rörde i huvudsak vård och behandling och diagnostisering. Under 2014 fattade IVO beslut i 24 egeninitierade ärenden.

Förutom att granska tandvårdsverksamheter utifrån anmälningar om vårdskador eller klagomål från patienter har IVO också valt att på eget initiativ under 2014 inleda tillsyn av 24 tandvårdsverksamheter. Totalt har IVO fattat 24

¹² IVO, 2014-2, *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld - Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013*.

beslut i ärenden som myndigheten själv initierat. 4 av dessa ärenden resulterade i beslut med krav på åtgärd och samtliga riktades till verksamheter i privat regi.

Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden inom tandvård för 2014.

GENOMFÖRD TILLSYN INOM TANDVÅRD 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	101	222**
Lex Maria	4*	52
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	4	24

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål.

I ett klagomål på tandvården har vårdgivaren trots påminnelser inte inkommit med de handlingar som IVO begärt varför IVO utfärdade ett föreläggande förenat med vite.

Brister i odontologiska överväganden och i läkemedelshantering

I merparten av klagomålsärendena där IVO riktat kritik framkom brister i undersökning och diagnostik. I många fall handlar det också om felaktiga behandlingar och bristande utvärderingar som har lett till att patienten behövt genomgå ytterligare behandling. Tillsynsmyndigheten har i några fall konstaterat att det saknas rutiner kring hur verksamheten tar hand om patienter med svårbehandlade smärttillstånd och att vårdgivaren saknar rutiner för förskrivning av läkemedel. Läkemedel skrivs ut utan angiven indikation och det saknas uppgifter om preparat, dosering och koncentration av läkemedlet.¹³

Privata tandvårdsverksamheter fick mest kritik

Klagomål där IVO har riktat kritik gäller 77 av 101 klagomål privata tandvårdsverksamheter. Klagomålen har huvudsakligen handlat om felaktig behandling eller komplikationer efter bristande behandling. Kritiken från IVO har exempelvis handlat om brister i genomförande, bedömningar och postoperativ uppföljning. Inte så sällan har kritiken även handlat om personalens kompetens, till exempel att tandläkaren utför ingrepp som just den tandläkaren inte är kompetent att utföra.

¹³ IVO, 2014-14, *Tillsyn av tandvården 2013 – en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen.*

Apoteksverksamhet

Verksamhet inom detaljhandel med läkemedel räknas som hälso- och sjukvård. De som bedriver apoteksverksamhet räknas därför som vårdgivare.

Genomförd tillsyn

Tillsynens iakttagelser bygger på ärenden som presenteras i tabellen nedan. Förutom praktisk tillsyn har IVO under året publicerat två rapporter som berör apoteksverksamhet. Den ena behandlade vårdskador inom öppenvårdsapotek 2010–2013¹⁴. Den andra behandlade farmaceuternas anmälningsskyldighet vid misstanke om överförskrivning.¹⁵

GENOMFÖRD TILLSYN INOM APOTEKVERKSAMHET 2014

Ärendeslag	Antal ärenden där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd	Totalt antal beslut
Klagomål inom hälso- och sjukvård	2	11**
Lex Maria	2*	40
Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård	7	14

* IVO ställer krav på åtgärd om vårdgivarens egen utredning av händelsen har brister

** Siffran avser antal utredda klagomål

Brister i produktion och leverans av dosförpackade läkemedel

Marknaden för dosverksamhet omreglerades 2013. Sedan dess har det genom bland annat klagomål och lex Maria-anmälningar framkommit problem med upphandlade nyetablerade dostjänster. Problematiken rör uteblivna eller felaktiga leveranser och fel innehåll i dospåsarna.

Med anledning av de uppmärksammade problemen genomförde IVO en tillsynsinsats av dosförpackade läkemedel. Insatsen riktades mot tio landsting och två dosföretag. Förutom bristerna som nämns ovan framkom problem med det IT-baserade ordinationsverktyget Pascal.

Tillsynsinsatsen resulterade i krav på åtgärd mot tio av aktörerna.

¹⁴ IVO, 2014-16, *Apotekens vårdskador – analys av lex Maria och klagomål inom apotekverksamhet 2010–2013*.

¹⁵ IVO, 2014-15, *Överförskrivning – rapport 2: Tillsyn av apotek – apotekspersonalens skyldighet att anmäla misstänkta överförskrivare*.

Bilaga - Enskilda klagomål enligt PSL

IVO utreder klagomål från patienter, närstående med flera mot hälso- och sjukvården och dess personal. Det kan röra händelser då en patient i samband med vård eller behandling råkat ut för en vårdskada eller upplevt brister i patientsäkerheten.

Som ett led i IVO:s arbete att öka tillgängligheten och servicen mot medborgarna startade IVO en upplysningstjänst under hösten 2014. Upplysningstjänsten svarar på frågor samt tar emot synpunkter och tips från enskilda som är missnöjda med hälso- och sjukvården. IVO har arbetat med att förtydliga IVO:s roll som tillsynsmyndighet gentemot allmänheten och med att göra IVO:s dokument lättare att förstå. IVO har lanserat en ny e-tjänst för att ta emot klagomål på hälso- och sjukvården. I samband med lanseringen förändrades även strukturen och innehållet på webbplatsen ivo.se för att stötta och underlätta för den enskilde. Under 2014 har IVO även effektiviserat handläggningsprocessen för enskilda klagomål.

Genomförd tillsyn

Under 2014 inkom 6 832 klagomål på hälso- och sjukvården, vilket är en ökning med 338 ärenden jämfört med 2013. IVO fattade beslut i 7 559 klagomål vilket är en ökning med 2 581 beslut jämfört med 2013.

I en femtedel av alla beslutade klagomålsärenden fann IVO att vårdgivarens eller hälso- och sjukvårdspersonalens agerande stridit mot lag och annan föreskrift eller agerat olämpligt med hänsyn till patientsäkerheten. IVO har därmed riktat kritik.

Under 2014 avslutades nästan 40 procent av ärenden utan utredning. IVO får avstå från att utreda ett klagomål om det är uppenbart att klagomålet är obefogat eller om klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten. IVO ska inte heller utreda händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden, om det inte finns särskilda skäl. Nedan följer en redovisning över ärendena under 2014.

INKOMNA KLAGOMÅLSÄRENDEN FRÅN ENSKILDA UNDER 2014, ANTAL

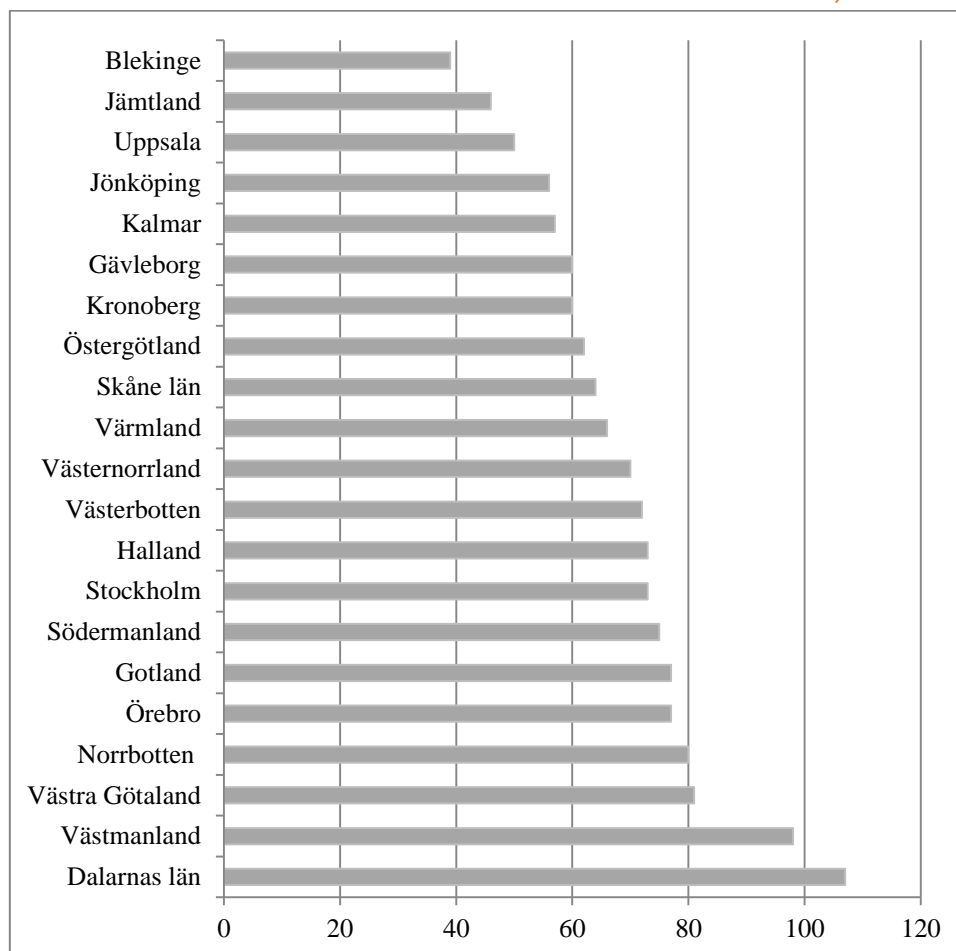
Inkomna ärenden	Totalt antal beslut	Varav utredda i sak	Varav kritikbeslut
6 832	7 559	4 630	1 503

Från och med juni 2013 lämnar IVO varje månad en rapport till Regeringskansliet (Socialdepartementet) om utvecklingen av ärendebalanser och handläggningstider av enskilda patientklagomål. Uppdraget ska slutrapporteras i december 2015.

Ärendebalansen har visat en sjunkande trend sedan mars 2014. Liksom föregående år kom flest klagomål från storstadsregionerna. Stockholm, Västra Götaland och Skåne län stod tillsammans för totalt 3 703 klagomål. Relaterat till antalet invånare var antalet klagomål relativt jämnt fördelade med undantag för

Dalarna, Västmanland och Blekinge län. Dalarna och Västmanlands län ligger i topp med flest antal anmälningar, 107 respektive 98 per 100 000 invånare. Blekinge utmärker sig som det län där minst antal anmälningar per 100 000 invånare görs, 39 per 100 000 invånare. Se diagrammet nedan.

ANTAL KLAGOMÅL PÅ HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN PER 100 000 INVÅNARE, PER LÄN.



lakttagelser och åtgärder

Efter en genomgång av enskilda klagomål på hälso- och sjukvården 2014 kan IVO konstatera följande:

- ⊕ Majoriteten av klagomålen som utreddes handlar om somatisk specialistsjukvård och primärvård. Uppdelat på verksamhetstyper utredde IVO flest klagomål på primärvårdsmottagningar.
- ⊕ 70 procent av alla utredda klagomål ledde inte till någon kritik från IVO. Vård och behandling och diagnostisering var återkommande områden för dessa klagomål.
- ⊕ IVO:s kritikbeslut riktades i huvudsak mot primärvårdsmottagningar, akutmottagningar, allmänpsykiatri, obstetrik, ortopedi och allmän tandvård. Kritiken gällde i första hand brister i fördröjd vård och behandling samt diagnostisering.

Flest klagade på primärvårdsmottagningar

Majoriteten av klagomålen som myndigheten utredde och fattade beslut i handlade om somatisk specialistsjukvård och primärvård. Tillsammans utgjorde de nästan hälften av alla utredda klagomål under året.

Den somatiska specialistsjukvården svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader, följt av primärvården och den psykiatriska specialistsjukvården som utgör 17 respektive 9 procent av de totala kostnaderna.¹⁶ Verksamhetsområdena har årligen en stor genomströmning av patienter med en stor variation av vårdbehov. Därför är det inte anmärkningsvärt att majoriteten av klagomålen rör just dessa områden.

Under de månader som IVO:s upplysningstjänst har varit i drift handlade även majoriteten av synpunkterna och tipsen om just akutsjukvård, kirurgi, förlossning, psykiatri och vårdcentraler. Nedan följer en redovisning av andelen utredda klagomål på de sex verksamhetstyper som flest klagomål berörde.

UTREDDA KLAGOMÅL FÖRDELADE PÅ SEX VERKSAMHETSTYPER UNDER 2014, ANDELAR

Verksamhetstyp	Andel utredda klagomål
Primärvårdsmottagning	24 procent
Akutmottagning	10 procent
Egeninitierad tillsyn	9 procent
Allmänpsykiatri	7 procent
Obstetrik/gynekologi	6 procent
Allmän tandvård	4 procent

För många verksamhetstyper fick IVO endast ett fåtal klagomål. Exempel på dessa är apotek, företagshälsovård och mödrahälsovård. Myndigheten fick även in en del klagomål om estetisk kirurgi och komplikationer efter sådana operationer.

70 procent av klagomålsärendena föranledde ingen kritik

70 procent av alla utredda klagomål hade inga identifierade brister och avslutades utan kritik. Klagomålen rörde i huvudsak vård och behandling och diagnostisering. Anmälningarna handlade bland annat om komplikationer som inträffat i samband med operationer samt om felaktig och försenad diagnos. Mindre vanliga, men återkommande, områden i klagomålen var bemötande, dokumentation, och informationsöverföring.

Under hösten mottog även upplysningstjänsten synpunkter och tips som motsvarade klagomålens återkommande områden, vård och behandling, bemötande och läkemedel. Nedan följer en tabell över de fem mest återkommande områden där utredda klagomål inte föranledde någon kritik från myndigheten.¹⁷

¹⁶ Socialstyrelsen och SKL, *Öppna jämförelser 2013:68 Hälso- och sjukvård. Jämförelser mellan landsting.*

¹⁷ Ett klagomål kan tilldelas fler än ett område gällande vad ärendet avser. Därav stämmer inte andelen med totalen.

DE VANLIGAST FÖREKOMMANDE OMRÅDEN DÄR UTREDDA KLAGOMÅL INTE FÖRANLEDDE NÅGON KRITIK FRÅN MYNDIGHETEN

Ärendet avser	Andel
Vård och behandling	62 procent
Diagnostisering	32 procent
Bemötande	13 procent
Dokumentation	4 procent
Informationsöverföring	4 procent

Som regel utreder inte IVO klagomål som enbart handlar om bemötande. En del klagomål gäller krav på ekonomisk ersättning och då ska den enskilde vända sig till det försäkringsbolag som handlägger vårdgivarens patientförsäkring, oftast Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF).

Merparten av klagomålen handlade om, som framgår av tabellen nedan, vård och behandling. Anmälningarna handlade bland annat om komplikationer som inträffat i samband med operationer och vård och behandling. IVO bedriver inte tillsyn över vilken behandling en patient ska få. Det är den behandlande läkaren som ska bedöma vilka vårdåtgärder som är rimliga, effektiva och relevanta. Val av behandling ska göras i samråd med patienten, men beslutet ligger fortfarande hos den behandlande läkaren. Vad IVO kan göra är att granska om bedömningar skett, att det finns diagnostiska resonemang och att behandling faktiskt överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Många ärenden avsåg diagnostisering. De rörde ofta felaktig och försenad diagnos. I denna typ av ärenden gör IVO en bedömning om personalen har genomfört rimliga och adekvata ställningstagande utifrån de förutsättningar och omständigheter som förelåg vid de aktuella händelserna. I en femtedel av alla beslutade klagomålsärenden riktade IVO kritik. Det var ofta flera samverkande orsaker som tillsammans ledde till en negativ händelse. Nedan följer en tabell över de fem mest återkommande områdena som ledde till kritik från IVO.

DE VANLIGAST FÖREKOMMANDE OMRÅDEN DÄR UTREDDA KLAGOMÅL FÖRANLEDDE KRITIK FRÅN MYNDIGHETEN

Ärendet avser	Andel
Vård och behandling	57 procent
Diagnostisering	40 procent
Dokumentation	16 procent
Informationsöverföring	10 procent
Planering av vård och omsorg	8 procent

Ofta identifierade IVO flera brister i ett och samma ärende vilket innebär att totalsumman överstiger 100 procent. Vidare är området *vård och behandling* mycket brett och har otydliga gränser eftersom händelser kategoriseras under just detta område även om det avser exempelvis läkemedelsbehandling.

Primärvårdsmottagningar, akutmottagningar, allmänpsykiatri, obstetrik/gynekologi, ortopedi och allmän tandvård återfinns i 63 procent av alla kritikbesluten. I övrigt var det många verksamhetstyper som få klagade på. Av dessa riktade myndigheten dock kritik i en stor andel av klagomålen. Exempel på dessa var elevhälsan, ambulanssjukvården och sjukvårdsupplysningen, där myndigheten riktade kritik i 52, 39 respektive 50 procent av klagomålen. Men ärendena är så få i antal så att siffrorna bör beaktas med försiktighet.

De ärenden där myndigheten riktat kritik handlade ofta om att vård och behandling var felaktig eller fördröjd och att läkaren ordinerat olämpligt läkemedel. Många klagomål handlade också om felaktiga, uteblivna eller försenade diagnoser. IVO var också kritisk till begränsade och otillräckliga undersökningar och utredningar samt till att det har skett bristfälliga bedömningar av patienters tillstånd. IVO kritiserade också vårdgivare för att de inte följt bestämmelser för journalföring vilket in sin tur medfört att sjukvårdsförloppet inte går att följa. Journaldokumentationen gav otillräcklig information och saknade bland annat ställningstaganden och överväganden. Det saknades även läkemedelsordinationer och dokumentation om vilken information som patienten fått.

Avseende allmän tandvård var IVO särskilt kritisk mot journaldokumentation och diagnostisering som bland annat lett till att friska tänder behandlats i onödan och till komplikationer efter behandling.

IVO kritiserade ofta vårdgivare för dålig kommunikation av olika slag. Informationsöverföringen var bristfällig, dels mellan patient och vårdkontakter, dels mellan vårdpersonal och mellan vårdenheter. Detta har lett till att patienter inte känt sig delaktiga i sin vård och behandling, att samordningen för patienter inte har fungerat samt att diagnostisering och vård och behandling har fördröjts. IVO riktade bland annat kritik för att vårdgivare skickat hem patienter utan planerad uppföljning, kontakt med anhörig eller hemtjänst och utan att upprätta en gemensam vårdplan. IVO framförde även i sin kritik till vårdgivare att det ska finnas rutiner vid överföringar som säkerställer att patienterna inte upplever att de saknar en fast vårdkontakt under vårdtiden.

Vårdgivare kritiserades även för att det har varit oklara ansvarsförhållanden mellan olika vårdnivåer vilket försvårade bedömningen av vårdbehov och vårdnivå. När flera aktörer varit inblandade i patienternas vård och behandling och kommunikationen brustit har det resulterat i att patientens behov av vård och behandling inte har tillgodosetts.

Referenslista

IVO 2013-13, *Vad har vi sett? Resultat från inspektioner 2010–2013 av HVB för barn och unga och bostäder enligt 9 § 8 LSS*

IVO, 2014-2, *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013*

IVO, 2014-14, *Tillsyn av tandvården 2013 – en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen.*

IVO, 2014-15, *Överförskrivning – rapport 2: Tillsyn av apotek – apoteks-personalens skyldighet att anmäla misstänkta överförskrivare*

IVO, 2014-16, *Apotekens vårdsador – analys av lex Maria och klagomål inom apoteksverksamhet 2010–2013*

IVO 2014-18 *Förhandsbedömningar i socialtjänsten – ett riskområde. Rapport från ett pilotprojekt i Sörmland våren 2014*

IVO, 2014-21, *Underlag för prioritering av den egeninitierade tillsynen 2015- Riskanalys.*

IVO, 2014-25, *Får jag gå på promenad idag? Vem vet i vilken utsträckning äldres behov av hjälp och stöd tillgodoses på särskilda boenden? Rapport från tillsynsinsats med anledning av uppdrag från regeringen 2014*

IVO, 2014-27, *Tar socialtjänsten sitt ansvar för barn och unga? Hantering av anmälningar och genomförande av utredningar*

IVO, 2014- 29, *Kommunikationsbrister i vården*

IVO, 2015-56, *Skapa trygghet utan tvång – Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas*

IVO, 2015- 59, *När temperaturen stiger – Åtgärder inom äldreomsorgen under värmeböljan 2014*

Socialstyrelsen och SKL, 2013:68 *Öppna jämförelser – 2013 Hälso- och sjukvård Jämförelser mellan landsting*

Tillsynsrapport

De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2014

Artikelnr: IVO 2015-62

Utgiven i mars 2015

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Box 45184, 104 30 Stockholm

Telefon: 010-788 50 00

registrator@ivo.se

www.ivo.se

