

Vad har IVO sett 2018?

lakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018



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 2019-6

Foto | Johnér

Utgiven | februari 2019, www.ivo.se

Förord

IVO:S IAKTTAGELSER OCH slutsatser från 2018 visar att många av de problem och brister som finns i vården och omsorgen kvarstår sedan tidigare år.

VI SER ATT patienter och brukare inte får sina behov tillgodosedda och att det brister i personcentrering och samordning. Patienter och brukare utsätts också för allvarliga risker när det inte finns tillräckligt med personal eller kompetens. Vi konstaterar att vård- och omsorgsgivarna behöver ta ett större ansvar för att kvalitetsarbetet i verksamheterna verkligen fungerar. Inom tillståndsprövningen ser vi att det brister i lämplighet och kompetens bland flera av de huvudmän som ansöker om tillstånd vilket leder till att ansökningar avslås.

NATURLIGTVIS MÖTER IVO också många väl fungerande verksamheter. Det finns flera positiva exempel där patienter och brukare får ett bra bemötande och en god vård och omsorg. Konsekvenserna när detta inte sker kan däremot bli ödesdigra.

ATT PATIENTER OCH brukare inte blir lyssnade på och utsätts för risker är allvarligt. Vård- och omsorgsgivarna måste ha fokus på den enskilde patientens och brukarens behov och samordna sina insatser kring personen som berörs, både inom den egna organisationen och mellan de verksamheter som berörs. Verksamheternas egna prioriteringar, organisering och planering ska inte vara styrande.

FÖR ATT FOKUSERA tillsynens resurser där de gör mest nytta riktar IVO insatserna i största möjligaste mån mot de områden som är mest riskfyllda för patienter och brukare. Vi har under 2018 fortsatt att utveckla den riskbaserade tillsynen. Vi har genomfört förstudier och pilot tillsyner av ett antal prioriterade nationella riskområden som spänner över vård- och omsorgskedjan där patienten och brukaren står i centrum. Under 2019 genomför vi nationell tillsyn inom riskområdena. Detta är ett sätt för oss att belysa de organisatoriska mellanrum och stuprör där både patienter och brukare likväl som vårdens och omsorgens insatser fastnar.

UNDER DET FÖREGÅENDE året har vi också involverat patienter och brukare i större utsträckning. Patienter och brukare besitter särskilda erfarenheter och kompetens om hur vården och omsorgen fungerar. Det ger oss värdefull kunskap som vi använder när vi planerar och genomför tillsyn så att den blir så träffsäker och relevant som möjligt. I tillståndsprövningen har vi förtydligat patient- och brukarperspektivet genom att följa upp hur det framgår av utredningen att verksamheten beaktar enskildas möjlighet till inflytande och individuell anpassning av sina insatser.



VI HAR OCKSÅ bedrivit omfattande utvecklingsarbete i syfte att förbereda för ytterligare verksamheter som ska omfattas av tillståndsplikt från 2019. I det arbetet har vi fört dialog med brukarorganisationer, kommuner och branschföreträdare. Vi har också utvecklat tillståndsprövsprocessen för att kunna arbeta mer situationsanpassat och riskbaserat utifrån de nya krav som ställs från årsskiftet.

UNDER 2018 HAR IVO också fortsatt att anpassa tillsynen efter situation och verksamhet. Utformningen av tillsyn som är situations- och verksamhetsanpassad innehåller en större variation i vad man granskar men också *hur* man granskar. Då behoven i verksamheterna varierar och tillsynen enligt forskning påverkar verksamheter olika, behöver tillsynen också anpassas till situation och verksamhet för att skapa största möjliga nytta. Detta för att kunna bidra mer till utveckling där det finns potential för det, men fortfarande fungera kontrollerande där det finns allvarliga brister.

SAMMANFATTNINGSVIS KONSTATERAR JAG att både vården och omsorgen liksom IVO har ett fortsatt utvecklingsarbete framför sig. Vården och omsorgen behöver vidta åtgärder på flera nivåer för att komma till rätta med de brister som IVO uppmärksammar. Från högsta politiska ledning till förändrade arbetssätt inom de olika verksamheterna. I detta måste vården och omsorgen lyssna till och agera på patienternas och brukarnas kunskap. Jag bedömer också att IVO måste fortsätta den pågående utvecklingen av vår verksamhet. Den ska fokusera på risk, vara situations- och verksamhetsanpassad och inte minst utgå från ett patient- och brukarperspektiv. Det är patienterna och brukarna som IVO, liksom vården och omsorgen, ytterst är till för.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Sammanfattning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska varje år lämna en rapport till regeringen som innehåller en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, tillståndsprövning och klagomål enligt patientsäkerhetslagen under det gångna verksamhetsåret.

Rapporten beskriver våra viktigaste iakttagelser, de åtgärder som vi har genomfört med anledning av de brister vi sett och våra slutsatser för verksamhetsåret 2018.

Rapporten är i allt väsentligt avvikelsebaserad. Här redogör vi alltså främst för det som inte fungerar som det ska, för att peka på vad som behöver förbättras i vården och omsorgen.

Våra slutsatser är:

- Patienter och brukare får inte sina behov tillgodosedda när personcentrering och samordning brister.
- Patienter och brukare utsätts för allvarliga konsekvenser och risker när det inte finns tillräckligt med personal eller personalen inte har tillräcklig kompetens.
- Vård- och omsorgsgivarna behöver ta ett större ansvar för att kvalitetsarbetet verkligen fungerar.
- Brister i lämplighet och kompetens leder till att ansökningar om tillstånd avslås.

Slutsatserna vilar på våra viktigaste iakttagelser. Vi redovisar iakttagelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården i två kapitel. Iakttagelserna är i sin tur uppdelade på nio olika områden. Totalt redovisar vi arton viktiga iakttagelser.

Iakttagelserna är ett resultat av att vi analyserat en stor mängd ärenden i vår tillsyn, tillståndsprövning och upplysningstjänst. Analysen har till exempel omfattat egeninitierade tillsynsärenden, enskildas klagomål, beslut om tillstånd, tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och anmälningar om missförhållanden och vårdskador.

I rapporten beskriver vi även vår utveckling under 2018. Vi har bland annat utvecklat hur vi involverar dem vi finns till för, hur vi anpassar tillsynsinsatser efter situation och verksamhet, hur vi arbetar med riskbaserad tillsyn och hur vi har förberett oss för nya tillståndsplikter och ett förändrat tillsynsansvar.



Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning.....	4
Innehållsförteckning.....	6
Rapporten i korthet	7
Slutsatser	9
Tillsyn som bidrar till verksamhetsutveckling i vård och omsorg	19
Socialtjänst	24
Barn och familj.....	25
Äldreomsorg	31
Funktionshinderområdet	38
Missbruks- och beroendevården	43
Hälso- och sjukvård.....	48
Primärvård.....	49
Akutmottagningar och prehospital vård	55
Somatisk specialistsjukvård	61
Psykiatrisk specialistsjukvård	68
Tandvård.....	73
Bilaga 1 – Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen	78
Referenser.....	82



Rapporten i korthet

Våra slutsatser

Patienter och brukare får inte sina behov tillgodosedda när personcentrering och samordning brister.

Patienter och brukare utsätts för allvarliga konsekvenser och risker när det inte finns tillräckligt med personal eller personalen inte har tillräcklig kompetens.

Vård- och omsorgsgivarna behöver ta ett större ansvar för att kvalitetsarbetet verkligen fungerar.

Brister i lämplighet och kompetens leder till att ansökningar om tillstånd avslås.

Vår utveckling

Fortsatt att implementera ett tydligare patient- och brukarperspektiv – involverar de vi finns till för.

Fortsatt att anpassa tillsynsinsatser efter situation och verksamhet.

Utvecklat IVO:s riskbaserade tillsyn.

Förberett oss för nya tillståndsplikter och förändrat tillsynsansvar.

De viktigaste iakttagelserna inom socialtjänsten

Barn och familj

- Rättssäkerheten för barn och unga brister, både vid myndighetsutövning och vid utförandet av insatser.
- Barn och unga som utsätts för våld eller bevittnar våld riskerar att inte få det skydd och det stöd som de har rätt till.
- Det finns placerade barn och unga som utsätts för våld, kränkningar, och begränsningsåtgärder i sina boenden.

Äldreomsorg

- Äldre personer drabbas av vårdskador och missförhållanden som skulle gå att undvika.
- Personalen uppmärksammar inte symtom på kroppsliga skador eller sjukdomar hos äldre som exempelvis har en demenssjukdom.
- De äldre får inte sina behov tillgodosedda när samordningen brister.

Funktionshinderområdet

- Personer med funktionsnedsättning får vänta länge på insatser.
- Personer på boenden utsätts i vissa fall för en osäker miljö.
- Barn och ungdomar har möjlighet att kommunicera utifrån individuella behov.

Missbruks- och beroendevården

- Personer med missbruks- och beroendeproblematik och samtidig psykisk ohälsa riskerar att få sämre vård när samordningen brister.
- Socialtjänstens insatser är inte alltid anpassade till individens behov.
- Planering och uppföljning av vård- och behandlingsinsatser behöver förbättras.

De viktigaste iakttagelserna inom hälso- och sjukvården

Primärvård

- Vårdgivarna behöver samordna vården utifrån patientens behov för att den ska bli god och säker.
- Patienter riskerar allvarliga konsekvenser när diagnoser fördröjs.
- Vårdgivarna behöver utveckla sitt systematiska förbättringsarbete för att skydda patienterna mot vårdskador.

Akutmottagningar och prehospital vård

- Brister i kompetens inom akutmottagningar och prehospital vård leder till risker för patientsäkerheten.
- Risker för patientsäkerheten på akutmottagningar och inom prehospital vård är relaterade till långa väntetider.
- Riskerna för patientsäkerheten ökar när kommunikationen i vårdkedjan brister.

Somatisk specialistsjukvård

- Långa vårdköer till specialistmottagningar bidrar till fördröjd diagnosticering och behandling och försämrar prognosen för patienter med allvarliga sjukdomar.
- Allvarliga händelser riskerar att drabba fler patienter när vårdgivarnas utredningar brister.
- Brister i samverkan och kommunikation är vanliga orsaker till allvarliga händelser inom vården.

Psykiatrisk specialistsjukvård

- Utebliven helhetssyn kan leda till att personer som har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt får sämre vård och behandling.
- Barn och unga riskerar att få sämre vård och behandling när samordningen inte fungerar.
- Det finns brister i rättssäkerheten för personer som utsätts för tvångsåtgärder.

Tandvård

- Vårdgivare behandlar patienter med kronor, broar och implantat trots att patienterna har karies och tandlossning.
- Uteblivna bettutvecklingskontroller hos barn leder till försenade diagnoser.
- Patientjournaler saknar nödvändiga uppgifter.

Slutsatser

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) finns till för de människor som behöver vård och omsorg. Vårt uppdrag är att genom tillsyn, tillståndsprövning och upplysning bidra till en vård och omsorg som är säker, av god kvalitet och följer lagar och föreskrifter.

Vi möter många välfungerande verksamheter. Det finns flera goda exempel på att patienter och brukare blir väl bemötta och får en trygg och säker vård och omsorg. Men den här rapporten är i huvudsak baserad på att identifiera avvikelser. Rapporten beskriver IVO:s viktigaste iakttagelser och slutsatser om socialtjänsten och hälso- och sjukvården under år 2018. Vi redogör alltså främst för det som inte fungerar som det ska, för att peka på vad som behöver förbättras i vården och omsorgen.

Vården och omsorgen bildar ett komplext system. Vi ser att alla delar och nivåer i systemet påverkar varandra, och påverkar kvaliteten i den vård och omsorg som patienter och brukare får eller har rätt att få. Bland annat behöver de yrkesverksamma få rätt förutsättningar för att möta patienters och brukares behov. Faktorer som kan påverka de förutsättningarna är exempelvis styrning och ledning, personalomsättning och kompetensförsörjning, ekonomi och arbetsplatskultur. Vård- och omsorgsgivarna behöver dessutom förhålla sig till trender som att storstäderna fortsätter att växa och att de äldre är den grupp som ökar mest i befolkningen.¹ Behoven av vård och omsorg kommer troligen att öka över tid, parallellt med att allt färre förvärvsarbetande lär behöva försörja allt fler.² Samtidigt har vi bara sett början på vad digitaliseringen kan innebära för utvecklingen av våra välfärdstjänster. För att IVO på bästa sätt ska kunna bidra till lärande och utveckling, behöver vi vara lyhörda för komplexiteten och hur förutsättningarna förändras över tid.

Risk för minskat förtroende

Samhällen byggs på förtroende. Där människor har högt förtroende för varandra och för samhällets institutioner fungerar verksamheterna smidigare, snabbare och billigare och de uppfattas också vara mer legitima.³

Hur människor upplever att deras behov och önskemål tas om hand påverkar vilket förtroende de känner för vården och omsorgen. Förtroende påverkar i sin tur hur människor agerar. Från hälso- och sjukvården vet vi till exempel att om människor har ett lågt förtroende för den så är de mer benägna att undvika vård, byta läkare och ha mindre tilltro till läkarens bedömningar samt inte följa sin behandling lika väl.⁴ I det här sammanhanget är det oroande att befolkningens bedömning av hur sjukvården och äldreomsorgen fungerar har blivit mer negativ över tid.⁵

Många av de problem och brister vi ser är inte nya. Tvärtom, de flesta av våra iakttagelser och slutsatser har vi både sett och rapporterat om tidigare. Vi ser alltså att patienter och brukare utsätts för återkommande, oönskade och ibland allvarliga konsekvenser i vården och omsorgen. Risker är att det på sikt leder till att människors förtroende för vården och omsorgen minskar, vilket även kan påverka verksamheterna negativt.

Vård- och omsorgsgivarna behöver säkerställa att varje patient och brukare får en god och säker vård och omsorg. De behöver även bidra till att minska risken för att patienter och brukare får sämre förtroende för vård- och omsorgssystemet. För att uppnå det menar vi att styrningen och uppföljningen från vård- och omsorgsgivarnas högsta ledning är väsentlig.

1 Statistiska Centralbyrån 2018.

2 Statistiska Centralbyrån 2012.

3 Se till exempel Statskontoret 2015, Vårdanalys 2018d, kap. 3 och Holmberg, Sören och Weibull, Lennart 2013.

4 Vårdanalys 2018d.

5 Holmberg, Sören 2018.

Våra slutsatser

I det här kapitlet beskriver vi våra slutsatser. Slutsatserna vilar på våra viktigaste iakttagelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården.⁶ När vi beskriver slutsatserna hämtar vi genomgående exempel från de viktigaste iakttagelserna. Iakttagelserna beskrivs i sin tur mer ingående i kapitlen om socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Våra slutsatser är:

- Patienter och brukare får inte sina behov tillgodosedda när personcentrering och samordning brister.
- Patienter och brukare utsätts för allvarliga konsekvenser och risker när det inte finns tillräckligt med personal eller personalen inte har tillräcklig kompetens.
- Vård- och omsorgsgivarna behöver ta ett större ansvar för att kvalitetsarbetet verkligen fungerar.
- Brister i lämplighet och kompetens leder till att ansökningar om tillstånd avslås.

Patienter och brukare får inte sina behov tillgodosedda när personcentrering och samordning brister

Vården och omsorgen ska utgå från patienternas och brukarnas behov och önskemål (personcentrering).⁷ För att resultatet ska bli så bra som möjligt och utgå från människors samlade behov och önskemål behöver ofta flera aktörer samordna sina insatser runt den enskilde personen. Därför finns det krav på vård- och omsorgsgivarna att samordna sina insatser.⁸ Det finns även krav på god kvalitet och delaktighet som bland annat syftar till att sätta patienterna och brukarna i centrum.⁹

Många av våra iakttagelser handlar om att denna personcentrering och samordning inte fungerar som den borde. Verksamheterna vältrar över ett stort ansvar på personen själv och dess närstående när vården och omsorgen inte är lyhörda för människors samlade behov och önskemål och inte tar ansvar för att samordna insatserna på ett effektivt sätt. Vi ser att det leder till att många människor inte får sina behov tillgodosedda. Bristerna är välkända och har funnits under en längre tid.¹⁰ Med tanke på att cirka en miljon människor i Sverige behöver insatser från flera aktörer, samtidigt som de har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och omsorg, befärar vi att bristerna är mer omfattande än vad vi ser i vår tillsyn.¹¹

Personcentreringen är viktig för att få en helhetsbild av varje persons behov. Det är först med en sådan helhetsbild som vård- och omsorgsgivarna kan ta ett ändamålsenligt gemensamt ansvar. Vår slutsats är att vård- och omsorgsgivarna behöver prioritera och utveckla ett personcentrerat arbetssätt för att de ska kunna ge en sammanhållen vård och omsorg. För att det ska få genomslag behöver omställningen ske på samtliga nivåer – från styrningen av den högsta politiska ledningen till arbetssättet inom de olika verk-

6 Iakttagelserna är ett resultat av en analys av en stor mängd ärenden i vår tillsyn, tillståndsprövning och upplysningstjänst. Analysen har till exempel omfattat egeninitierade tillsynsärenden, enskildas klagomål, beslut om tillstånd, tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och anmälningar om missförhållanden och vårdskador.

7 Personcentrering innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av vård- och omsorgsprocessen – innan, under, mellan och efter ett möte eller en kontakt. Det handlar till exempel om att skapa enkla kontaktvägar in och att personal och patienter/brukare fattar gemensamma beslut. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters, brukares och närståendes erfarenheter och kunskaper i mötet med vården och omsorgen och i hur densamma utformas. Vårdanalys 2018c, s. 8. Vi har här utökat Vårdanalys definition till att även omfatta omsorgen.

8 Se till exempel 6 kap. patientlagen (2014:821), 7 kap 7 § och 11 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 3 kap. 5 § socialtjänstlagen (2001:453) och 7 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

9 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 1 kap. 1 § och 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453) och 5–6 §§ lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

10 Se till exempel IVO 2018f, IVO 2017a, IVO 2017c. Se även Vårdanalys 2017b, s. 7 och Vårdanalys 2017d.

11 Vårdanalys 2017b, s. 7.

samheterna, nära patienterna och brukarna.¹² Regeringen har nyligen påpekat att vården måste bli bättre på att sätta patientens behov i centrum, och vi ser samma sak.¹³

Det saknas helhetssyn

Våra iakttagelser inom hälso- och sjukvården visar bland annat att bristande personcentrering och samordning kan leda till att patienter inte får en sammanhållen, god och säker vård. Vi ser att vården inte alltid tar hänsyn till varje persons samlade behov. Varje verksamhet löser visserligen sin specifika uppgift, men det finns ingen gemensam helhetssyn utifrån patientens behov, önskemål och livssituation. Det innebär att nödvändiga insatser för patienterna riskerar att inte genomföras i rimlig tid, i rätt ordning eller helt utebli. Därmed riskerar patienterna att utsättas för onödigt oro och frustration och försämrad hälsa. Personer med komplexa behov som kräver en samordnad vård och som samtidigt har nedsatt förmåga att själv samordna sin vård är än mer utsatta för dessa risker.

Barn och unga med psykisk ohälsa drabbas av bristande samordning

Som ett exempel på bristande samordning ser vi att det ofta saknas någon som tar det övergripande ansvaret för den vård och det stöd som ges till barn och unga med psykisk ohälsa. De har ofta behov av insatser från exempelvis elevhälsovården, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänsten. Istället för att göra gemensamma bedömningar, planeringar och uppföljningar av vården, löser varje verksamhet sin specifika uppgift. Det gör att ansvaret för samordningen riskerar att vältras över på barnet och dess närstående, och att de får en osammanhängande vård- och omsorgskedja. Konsekvensen för barn och unga blir att de inte får den hjälp som de behöver eller att de får vård och omsorg av sämre kvalitet än de har rätt till.

Samordningen brister för personer med missbruksproblem

Våra iakttagelser inom socialtjänsten liknar delvis det vi sett inom hälso- och sjukvården. Vi fortsätter att se att samordningen brister för personer med missbruksproblem. Även här saknas ofta att någon tar ett övergripande helhetsansvar för personernas komplexa behov av vård och omsorg. Till exempel behöver de ofta flera olika stöd- och behandlingsinsatser samtidigt, vilket de inte alltid får. Vi ser också att personer med missbruksproblem inte får tillgång till hjälp för psykisk ohälsa i rimlig tid, och att verksamheterna ställer krav på att de ska vara drogfria för att få sådan hjälp.¹⁴ Även dessa personer får inte alltid insatser som motsvarar deras behov.¹⁵

Äldre personer är en utsatt grupp

Äldre personer är en annan utsatt grupp som drabbas av bristande samordning. Vi ser både att verksamheterna har svårt att samordna insatser som ges av olika personalkategorier och att samordna insatser som ges av olika arbetslag. För de äldre personerna ser vi att bristen på helhetsansvar och samordning riskerar att leda till försämrad hälsa. Det kan till exempel handla om fördröjd behandling, utebliven medicinering och vikttnedgång som personalen inte lagt märke till.

Kommunikation och dokumentation är viktiga förutsättningar

Vi ser också att brister i samordning av kommunikation medverkar till att patienter drabbas av allvarliga händelser. Det kan till exempel leda till missförstånd kring provsvar eller att patienter, på grund av bristande information, inte söker kontakt med vården när deras symtom förändras. Vad som är dokumenterat i journaler har också stor betydelse för förutsättningarna att ge varje person en sammanhållen och god vård. I många fall ser vi att det saknas nödvändig information i journalerna.

12 För ett sådant utvecklingsarbete har Vårdanalys nyligen pekat på centrala utgångspunkter och områden. Se Vårdanalys 2018c, kap. 5.

13 Regeringskansliet, socialdepartementet 2018, prop. 2017/18:83, s. 1.

14 Detta går emot Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Socialstyrelsen, 2018g, s. 9.

15 Socialtjänsten inleder till exempel inte alltid utredning om tvångsvård, trots att det finns uppgifter som tyder på att personen behöver tvångsvård. Vi ser också att kommuner snarare anpassar sitt stöd utifrån de insatser som de själva kan erbjuda, än att utgå ifrån de enskilda personernas behov.

Patienter och brukare utsätts för allvarliga konsekvenser och risker när det inte finns tillräckligt med personal eller personalen inte har tillräcklig kompetens

En stor del av våra iakttagelser handlar om att människor utsätts för allvarliga konsekvenser och risker när vård- och omsorgsgivarna inte har tillräckligt med personal eller rätt kompetens på rätt plats.

Vi har sett detta under flera år, och det finns långsiktiga trender och strukturella förhållanden som gör det sannolikt att kompetensförsörjningen inom vården och omsorgen kommer att fortsätta vara en utmaning framöver.¹⁶ Samtidigt är kraven på säkerhet och god kvalitet i vården och omsorgen oförändrade, vilket ställer höga krav på vård- och omsorgsgivarna. Vår slutsats är att vård- och omsorgsgivarna på högsta ledningsnivå behöver prioritera frågor om bemanning och kompetensförsörjning. Så länge dessa utmaningar finns kvar behöver vård- och omsorgsgivarna ha en förstärkt uppföljning av att patienter och brukare inte drabbas av oönskade konsekvenser. Här finns mycket kvar att göra för vård- och omsorgsgivarna.

Självklart finns det också många verksamheter som har den kompetens som krävs. Vi ser även att vård- och omsorgsgivare gör olika typer av satsningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. I ett sådant arbete kan vården och omsorgen behöva överväga behovet av förändrade arbetssätt, andra sätt att organisera verksamheten och hur olika personalkategorier används på ett så effektivt sätt som möjligt. I den här rapporten är dock vårt fokus på det som inte fungerar som det ska, för att vi ska kunna peka på vad som behöver förbättras i vården och omsorgen

Socialstyrelsen har konstaterat att det finns samband mellan personal- och kompetensbrister inom hälso- och sjukvården och risker för vårdskador.¹⁷ Analysen pekar på att brist på kompetens medför större risker än brist på personal. Åtgärder som Socialstyrelsen bedömer ha betydelse för att minska riskerna för vårdskador som beror på brister i bemanning och kompetens är bland annat att

- skapa förutsättningar för och stärka det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- integrera arbetsmiljöarbetet och patientsäkerhetsarbetet.
- ge patienter och närstående en större roll i patientsäkerhetsarbetet.
- stärka den verksamhetsnära kompetensutvecklingen och det kontinuerliga lärandet.¹⁸

Rätt kompetens är viktig för prioritering, diagnos och behandling

Våra iakttagelser inom hälso- och sjukvården visar framför allt på olika exempel på fördröjda, felaktiga eller uteblivna diagnoser, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för patienterna. Vi har sett det inom primärvården, vid akutmottagningarna, inom den somatiska och psykiatriska specialistsjukvården och inom tandvården.

Akutmottagningar bemannas ibland med personal som saknar tillräcklig erfarenhet och kompetens.¹⁹ Vi ser att personal på larmcentralerna inte alltid ställer de frågor som krävs för att kunna bedöma korrekt prioriteringsgrad för ambulansen, vilket kan vara livsavgörande för patienten. Inom primärvården kan vi konstatera att vårdgivarna själva ofta säger att en hög personalomsättning och personal- och kompetensbrister är orsaker till att personer drabbas av fördröjda diagnoser.

¹⁶ Se till exempel IVO 2018h och IVO 2017b.

¹⁷ Socialstyrelsen 2018f.

¹⁸ Socialstyrelsen 2018m, s. 39.

¹⁹ Det förekommer fortfarande att läkare på akutmottagningarna arbetar ensamma, är under utbildning och gör bedömningar utan stöd av bakjour. Detta trots IVO:s principbeslut från år 2016. Se IVO, "Icke legitimerade läkare som arbetar på akutmottagning." Även Vårdanalys poängterar vikten av en bred kompetens dygnet runt på landets akutsjukhus. Se Vårdanalys 2018a.

Ökat lidande och sämre prognos

I den somatiska specialistsjukvården har vi under flera år sett problem med kompetensförsörjning och brist på vårdplatser. Patienter får i vissa lägen snarare vård efter var resurserna är tillgängliga än efter sina behov, vilket bland annat leder till fördröjda diagnoser. Det leder i sin tur till mer utdragna vårdförlopp, vilket för patienterna kan innebära ökat lidande, bestående men och att de behöver mer omfattande behandlingar. Våra iakttagelser visar även att när patienterna får vänta på vård leder det till att deras tillstånd allvarligt försämras, till exempel att cancertumörer sprider sig eller växer och blir svåropererade.

Bristen på tandläkare leder till att vissa årskontroller av barns tänder görs av personal som inte har tillräcklig utbildning. Vi ser att det leder till ofullständiga kontroller av barns hörntänder vid tandväxlingen från mjölkttänder. Försenade diagnoser kan här medföra att barnen behöver mer omfattande tandreglering senare i livet.

Kommunerna behöver stärka handläggningen av våld i nära relationer

I den sociala barn- och ungdomsvården ser vi att barn som utsätts för våld eller bevittnar våld riskerar att inte få det skydd och det stöd de har rätt till. Det finns kommuner som inte alltid inleder en utredning när de får uppgifter om att barn kan ha upplevt våld, och det finns utredningar som saknar grundläggande information. Vi ser att dessa kommuner ofta saknar personal med tillräcklig kompetens. Det händer också att tjänstemän i kommunerna kontakter IVO för att fråga hur de ska handlägga dessa ärenden. Vi ser att tillämpningen av väsentliga bestämmelser i lag och föreskrift brister.²⁰

Otillräcklig kunskap om demenssjukdom i äldreomsorgen

Inom äldreomsorgen lägger inte alltid personalen märke till kroppsliga sjukdomar hos äldre med en demenssjukdom. Det kan till exempel handla om att de inte ser att en äldre person har en blodförgiftning eller ett benbrott, eller inte tar symptomen på allvar, utan detta ses ett uttryck för demenssjukdomen. Vi ser att detta delvis kan bero på otillräcklig kunskap om demens och psykisk ohälsa. Idag saknar 30–40 procent av baspersonalen inom äldreomsorgen grundläggande utbildning.²¹

Personal- och kompetensförsörjningen fortsätter vara en stor utmaning

Vår bedömning är att personal- och kompetensförsörjningen med all sannolikhet kommer att fortsätta vara en utmaning framöver. Medellivslängden ökar, samtidigt som dödligheten efter 65 års ålder minskar. År 2050 beräknas antalet personer som är 75 år eller äldre vara dubbelt så många som 2015.²² Behovet av både vård och omsorg kommer troligen att öka, eftersom äldre personer behöver mer vård och omsorg än yngre personer. Men behoven ökar också inom andra grupper. Andelen som vårdas för depression och neuropsykiatriska tillstånd ökar. År 2006–2016 ökade antalet personer som vårdades för neuropsykiatriska diagnoser med 500 procent för kvinnor och nästan 400 procent för män, och allt fler diagnosticeras med psykisk ohälsa.²³

Samtidigt finns det stora utmaningar i att matcha tillgång och efterfrågan på personal. Åtta av tio tillfrågade arbetsgivare säger att det råder brist på både nyexaminerade och yrkeserfarna grundutbildade sjuksköterskor. Fram till år 2035 bedöms bristsituationen för sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor inte förändras. På kort sikt är det också brist på läkare. Men Socialstyrelsen bedömer att den bristen kommer försvinna fram emot år 2035.²⁴ Socialsekreterare är en annan utsatt yrkesgrupp. Det är väl känt att arbetssituationen inom den sociala barn- och ungdomsvården har varit ansträngd under lång tid,

20 Den 1 oktober 2014 förändrades socialtjänstlagen (2001:453) i syfte att stärka skyddet för våldsutsatta barn. Sedan dess gäller också Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer.

21 Socialstyrelsen 2017a, s. 57.

22 Socialstyrelsen 2018o, s. 11ff.

23 Socialstyrelsen 2018m, s. 53.

24 Socialstyrelsen 2018a.

med hög personalomsättning och många som lämnat yrket.²⁵ Socialsekreterare är ett av de yrken som Arbetsförmedlingen bedömer att det på fem års sikt finns störst brist på.²⁶

Alla har rätt till en trygg och säker tillvaro

Hälso- och sjukvården ska uppfylla kraven på god vård, bland annat genom att tillgodose patienternas behov av trygghet och säkerhet. Den ska också bygga på respekt för deras självbestämmande och integritet.²⁷ Socialtjänsten ska arbeta för att frigöra och utveckla enskildas och grupperns egna resurser, och ska också bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet.²⁸

Alla människor kan någon gång i livet behöva vård, stöd eller insatser från hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Vissa människor är mer beroende än andra av samhällets stöd och vård för att leva sina liv. Det gör att de är i en starkare beroendeställning till vård- och omsorgsgivarna.

Ingen människa ska behöva utsättas för våld, övergrepp eller rättsosäkerhet i vården och omsorgen. Men vi ser sådana exempel i vår tillsyn, vilket är mycket oroande.

Vi vill betona att de flesta verksamheter vi granskar fungerar väl, och att många patienter och brukare berättar för oss att de känner sig säkra och trygga i vården och omsorgen.²⁹ Eftersom vi inte granskar all vård och omsorg under ett givet år kan vi inte ge en totalbild av läget i landet. Det spelar å andra sidan mindre roll för dem som faktiskt har utsatts för våld, övergrepp eller rättsosäkerhet i samhällets vård. Vad de har upplevt ska ingen behöva uppleva.

Misstänkt underrapportering av våld och övergrepp

Våra iakttagelser visar att det förekommer att personer med funktionsnedsättning på särskilda boenden utsätts för våld och övergrepp. Det rör sig om psykiska, fysiska, sexuella och ekonomiska övergrepp. Vad vi kan se tycks det vara lika vanligt att det är en medboende som en personal som utövar övergreppet eller våldet. Socialstyrelsen uppskattar att våld och hot förekommer på åtminstone 35 procent av samtliga boenden för vuxna med funktionsnedsättning.³⁰ Så många lex Sarah-anmälningar kommer inte in till oss, varför det finns skäl att tro att det finns en underrapportering av den här typen av händelser.

Ungdomar och andra utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder

Barn och unga som är placerade i hem för vård eller boende (HVB) utsätts i vissa fall för begränsningsåtgärder som saknar stöd i lagen. Det kan handla om att personalen bevakar deras utevistelser, beslagtar deras digitala utrustning eller genomför drogtestar utan att barnet eller den unge samtycker. Liksom tidigare år ser vi också att både barn och vuxna med funktionsnedsättning utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder på boenden. Det kan till exempel handla om att de blir fysiskt begränsade genom lås eller larm på dörrar.

Vid de särskilda ungdomshem som tvångsvårdar personer med allvarliga psykosociala problem har personalen särskilda befogenheter. Om en ungdom är våldsam eller påverkad av alkohol eller droger kan personalen avskilja ungdomen. Det betyder att ungdomen under en kortare tid får vara i ett särskilt rum som personalen kan låsa dörren till. Våra iakttagelser visar att det händer att ungdomar avskiljs på sätt som saknar stöd i lagen, till exempel utan att beslut fattats eller att avskiljningen pågår under för lång tid.

25 När Arbetsmiljöverket under år 2015–2017 inspekterade arbetsmiljön för socialsekreterare i hälften av landets kommuner fick samtliga 145 inspekterade socialkontor krav på förbättringar. Tillsynen visade på allvarliga brister och en ohälsosam arbetsmiljö, där hot och våld samt trakasserier är vanligt förekommande. Se Arbetsmiljöverket 2018.

26 Arbetsförmedlingen 2018, s. 41. Samtidigt bedömer Socialstyrelsen att det finns vissa tecken på att läget har stabiliserats vad gäller myndighetsutövningen inom den sociala barn- och ungdomsvården. Socialstyrelsen 2018d, s. 25.

27 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

28 1 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

29 I detta sammanhang kan det till exempel vara värt att framhålla att även om barn som är placerade i familjehem eller HVB är mer utsatta för misshandel än övriga barn, är det få barn som uppger att de blivit utsatta för misshandel i HVB eller familjehemmet. Troligen har våldet skett före placeringen. Se Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2017, s. 22.

30 Socialstyrelsen 2018e, s. 25.

I en tillsyn av psykiatriska slutenvårdsverksamheter³¹ ser vi att det i några verksamheter förekommer långvarig fastspänning av patienter. Vi ser också att psykiatripatienters mobiltelefoner med kamerafunktion återkommande beslagtas på sätt som saknar stöd i lagen.

Mer kunskap behövs hos ledning och personal

IVO:s slutsats är att det går att förebygga flertalet av dessa och liknande händelser. Bristerna uppstår ofta i verksamheter som inte har tillräckligt med personal med rätt kompetens eller där ledningen inte ser till att personalen följer de rutiner som gäller. Vi menar att personal och ledning i vården och omsorgen behöver mer kunskap och kompetens både om att förebygga och hantera utmanande situationer och om skillnaden mellan skyddsåtgärder och tvångs- och begränsningsåtgärder. Vi menar också att det går att minska risken att sådana här händelser uppstår om vård- och omsorgsgivarna systematiskt följer upp verksamheten. Särskilt om uppföljningen involverar patienter och brukare.

Vård- och omsorgsgivarna behöver ta ett större ansvar för att kvalitetsarbetet verkligen fungerar

I vården och omsorgen finns det krav på att vård- och omsorgsgivarna systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten i verksamheterna.³² Det betyder att vård- och omsorgsgivarna ansvarar för att det i verksamheterna finns ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete. Genom att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten ska vård- och omsorgsgivarna se till att de lever upp till de krav och mål som gäller.³³ Kvalitetsarbetet är ett centralt redskap för att åstadkomma en vård och omsorg som är säker, av god kvalitet och som följer lagar och föreskrifter.

Vi ser dessvärre många exempel på att kvalitetsarbetet inte fungerar. Exempelen finns i olika sektorer av vården och omsorgen och tar sig olika uttryck. Bristerna i kvalitetsarbetet leder till att patienter och brukare drabbas av oönskade händelser, vårdskador och missförhållanden som hade kunnat undvikas.³⁴ Att kvalitetsarbetet brister är också en bidragande förklaring till att till exempel personcentrering och samordning brister och att kompetens- och personalbrister leder till oönskade konsekvenser.

Kvalitetsarbetet behöver vara en integrerad del av styrningen och ledningen

IVO:s slutsats är att vård- och omsorgsgivarna behöver förbättra hur de styr och följer upp kvalitetsarbetet. Att de flesta av våra iakttagelser och slutsatser återkommer från tidigare år är även det en stark indikation på att kvalitetsarbetet inte fungerar tillfredsställande.

Kvalitetsarbetet behöver vara integrerat i den ordinarie verksamhetsstyrningen och ständigt pågående. Det ställer krav på att anpassa kvalitetsarbetet till de lokala förutsättningarna, och att ledningen har tillräcklig kompetens för att driva ett systematiskt förbättringsarbete. Vi menar att patienter och brukare skulle tjäna på att vård- och omsorgsgivarna tog ett större ansvar för att göra aggregerade analyser och att sprida goda exempel. Vi menar också att det är viktigt att använda patienters och brukares erfarenheter i kvalitetsarbetet. De har ofta unika kunskaper om hur vården och omsorgen fungerar och ser inte sällan sådant som personal och ledning kan missa.

31 Enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

32 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), 16 § tandvårdslagen (1985:125), 6 § lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade och 3 kap. 3 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453). Inom hälso- och sjukvården finns även krav på ett systematiskt patientsäkerhetsarbete för att skydda patienter från att drabbas av vårdskador. Det regleras i 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).

33 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

34 Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med missförhållande avses såväl utförda handlingar som handlingar som någon av försummelse eller av annat skäl har underlåtit att utföra och som innebär eller har inneburit ett hot mot eller har medfört konsekvenser för enskildas liv, säkerhet eller fysiska eller psykiska hälsa.

Bristfälliga utredningar och underrapportering av vårdskador

Som patient inom hälso- och sjukvården ska man kunna känna sig trygg med att vårdgivaren lär sig av sina misstag och genomför åtgärder som förhindrar att allvarliga händelser upprepas. Vårdgivarna har därför en skyldighet att utreda vårdskador och genomföra åtgärder som förhindrar att liknande händelser inträffar igen.³⁵ När vi granskar vårdgivarnas utredningar behöver vi ofta begära kompletteringar på grund av att utredningarna inte är tillfredsställande, till exempel att orsaksanalysen är för grund. Vi finner också vårdskador som inte anmäls av vårdgivarna eller anmäls först när de blivit informerade om att ett klagomål från patienten har kommit in till oss. Troligen finns det också ett mörkertal av händelser som borde ha anmälts. I det här sammanhanget är det oroande att vårdskadorna under de senaste åren inte visar på en nedåtgående trend.³⁶

Underrapportering och bristande analys i kommunerna

Problemen finns även i kommunerna. Våra iakttagelser visar att det ibland finns en underrapportering av avvikelser som rör insatser enligt socialtjänstlagen. Det kan till exempel röra fall där personalen förbiser en äldre persons behov av dubbelbemanning eller en missad matleverans. Det händer också att brukare eller vikarier rapporterar sådant som den ordinarie personalen borde ha rapporterat. Vi ser även att äldre personer utsätts för händelser som skulle gått att undvika, som till exempel fallolyckor, att läkemedel förväxlats och otillåten fastspänning. Ett fungerande kvalitetsarbete innebär bland annat att verksamheten löpande analyserar avvikelser och klagomål, och identifierar mönster och trender. Det gör att verksamheten kan förbättras och kunskap kan spridas till hela personalen, för att minska risken att samma sak händer igen.

Otillräcklig uppföljning

Ett annat tecken på att kvalitetsarbetet inte fungerar är allvarliga brister i den vård eller omsorg som patienter och brukare får eller har rätt att få. Vi ser exempelvis att ofullständiga kontroller inom tandvården leder till försenade diagnoser och att patienterna behöver mer omfattande behandlingar, och att socialtjänsten inte alltid inleder en utredning när ett barn utsätts för eller bevittnar våld. Allvarliga brister tyder inte sällan på en otillräcklig uppföljning, eller att vård- eller omsorgsgivarna genomför åtgärder som ska förbättra verksamheten utan att de vet vad grundorsaken är eller att ledningen inte ser till att personalen har tillräcklig kompetens.

Brister i lämplighet och kompetens leder till att ansökningar om tillstånd avslås

Det är möjligt för privata aktörer att utföra vård och omsorg enligt socialtjänstlagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. De privata aktörerna måste ha tillstånd från IVO för många sådana verksamheter. Vår slutsats är att flera av de huvudmän som ansöker om tillstånd har bristande lämplighet eller kompetens, vilket leder till att vi avslår många ansökningar om tillstånd. Brister i lämplighet eller kompetens tycks visa sig särskilt på marknader med lägre ingångströsklar (mindre resurskrävande verksamheter) och på marknader under förändring.

Den första mars 2017 beslutade riksdagen att entreprenader inom socialtjänsten och verksamheter som ger konsulentstöd till familje- och jourhem ska omfattas av tillståndsplikt. Fram till april 2018 gällde övergångsbestämmelser. Under 2018 avslag vi 27 procent av ansökningarna om att ge konsulentstöd till familje- och jourhem. Vi motiverade i åtta av tio fall våra avslag med bristande lämplighet hos verksamheternas företrädare, ofta som en följd av ekonomisk misskötsamhet. I vissa fall har det även handlat om bristande kompetens och förmåga att följa de lagar och regler som gäller för den verksamhet man bedriver. Vi har till exempel avslagit en ansökan om att ge konsulentstöd till familjehem när verksamheten i allt väsentligt bedrevs som ett stödboende och inte enligt bestämmelserna om familjehem. Merparten av ansökningarna om konsulentstöd rörde verksamheter som redan pågick. Det innebär alltså

35 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Kallas även lex Maria.

36 Socialstyrelsen 2018n.

att IVO i flera fall har ställt högre krav än vad de kommuner som tidigare anlidade verksamheterna gjorde.

Vad gäller entreprenaderna har vi framför allt handlagt ansökningar om boenden för äldre personer. Här är ingångströsklarna till marknaden betydligt högre, vilket kan vara en förklaring till att vi avslagit mindre än fem procent av ansökningarna.

En marknad med lägre ingångströsklar är personlig assistans. Här har vi avslagit 71 procent av ansökningarna om nytt tillstånd. Även här har vi motiverat åtta av tio avslag med bristande lämplighet, till följd av ekonomisk misskötsamhet eller bristande kompetens och erfarenhet. Av de ärenden där vi under året återkallade tillstånd dominerar personlig assistans.

Ett annat område där vi har avslagit många ansökningar under året är hem för vård eller boende (HVB) och stödboende. Vi beviljade bara 35 procent av de som sökte tillstånd att bedriva HVB och 40 procent av de som sökte tillstånd att bedriva stödboende. Förutom bristande lämplighet har avslagen skett på grund av bristande kompetens hos den föreslagna föreståndaren, och att ansökan har beskrivit en målgrupp som inte ger förutsättningar för god kvalitet. Det har då handlat om att man planerat att rikta sig till ett för stort åldersspann eller riktat sig till personer med vitt skild problematik. Många av dessa avslag har rört verksamheter som tidigare riktade sig till ensamkommande barn och ungdomar, som nu tänkte starta verksamhet med behandling. Det är också inom dessa verksamheter – HVB och stödboende – som vi har de flesta ärenden där vi ställt krav om åtgärder på grund av brister i hur verksamheterna följt sitt tillstånd.



Tillsyn som bidrar till verksamhetsutveckling i vård och omsorg

IVO ska bidra till att hela Sveriges befolkning får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och som bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. För att göra det, balanserar vi ett kontrollerande och ett utvecklande arbetssätt.

Vården och omsorgen är under stor omvandling. Samhället är mitt i stora demografiska förändringar, vi har utmaningar med kompetensförsörjning inom många områden och vi ser helt nya möjligheter att ge en bättre vård och omsorg genom ny kunskap, ny teknik och nya arbetssätt. För att hålla jämna steg med utvecklingen och för att kunna bidra på ett positivt sätt i den omvandling som sker, behöver IVO också utveckla hur vi arbetar med tillståndsprövning, tillsyn och upplösning.

Som ett led i den så kallade tillsynsreformen har regeringen betonat vikten av en lärande tillsyn.³⁷ Under 2018 lämnade Tillitsdelegationen sitt betänkande om den statliga tillsynen.³⁸ Vi ställer oss bakom Tillitsdelegationens rekommendationer, som också följer utvecklingen av tillsynen av vård och omsorg i flera andra länder i Europa, vilket vi själva också ser i våra europeiska samarbeten. I flera länder har tillsynen skiftat från att utgå strikt från regelverket till att utgå från frågan om människor får god vård och omsorg.

IVO har en verktygslåda med många verktyg, från samskapande dialog mellan oss och dem vi granskar till viten och möjlighet att stänga verksamheter. Vi behöver hela tiden utveckla hur vi arbetar med våra verktyg. Det handlar både om vad vi granskar och hur vi gör det. Vad är mest angeläget att granska? Hur kan vi utforma en tillsyn som bidrar mer till att de verksamheter vi granskar utvecklas? Under 2018 har vi bland annat

- fortsatt att implementera ett tydligare patient- och brukarperspektiv – vi involverar dem vi finns till för.
- fortsatt att anpassa våra tillsynsinsatser efter den situation och den verksamhet vi granskar.
- utvecklat IVO:s riskbaserade tillsyn.
- förberett oss för nya tillståndsplikter och ett förändrat tillsynsansvar.

Vi involverar de vi finns till för

Vårt uppdrag är att förbättra för de som behöver vård och omsorg. För att kunna avgöra vad som är viktigt för enskilda personer eller för grupper av människor och för att bli mer träffsäkra i vår tillsyn måste vi involvera patienter, brukare och närstående. Det här är också något som både Klagomålsutredningen och Tillitsdelegationen har påpekat, och tidigt 2018 förtydligade regeringen i IVO:s instruktion att "ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen".³⁹

Under året har vi utvecklat hur vi involverar patienter, brukare och närstående, och i vilka skeden av tillsynen vi gör det. Det har varit ett brett arbete som har involverat alla avdelningar, och rört hela kedjan från våra styrdokument till våra tillsynsmetoder. Vi har goda erfarenheter av arbetet. När patienter, brukare och närstående deltar i större utsträckning ger det oss värdefull kunskap, som vi använder när vi planerar och genomför tillsyn. Här följer några exempel på hur vi har involverat patienter och brukare under året:

³⁷ Regeringen. Finansdepartementet 2016.

³⁸ Tillitsdelegationen 2018.

³⁹ 2 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Barn och unga deltar i utvecklingen av vår tillsyn av HVB

IVO har i uppdrag att en gång per år granska alla hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga. Under 2018 utvecklade vi en ny metod, som bygger på att varje boende ska klassas utifrån kvalitet och risk för de barn och unga som bor där. De samtal vi haft med barn och unga som bor på hemmen vi granskar har vägt tungt när vi har utformat modellen för riskklassning. Barnen och ungdomarna får också uttala sig om det egna boendet i den riskanalys vi gör inför varje inspektionen. Den nya metoden gör att vi kan situationsanpassa tillsynen utifrån risker och kvaliteter i det enskilda fallet, och lägga mer tid och resurser där riskerna för barn och unga är större. Under 2019 börjar vi genomföra den nya metoden, som vi successivt ska skala upp till att gälla tillsynen av alla HVB-boenden.

Dialog med patienter och brukare inför och under tillsyn

I arbetet med IVO:s sju prioriterade riskområden 2018–2020 har vi fångat in patienters och brukares behov och erfarenheter av vården och omsorgen. Vi har till exempel

- ställt frågor till patienter hos en digital vårdgivare via en enkät.
- pratat med patientföreningar om samordning för personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.
- pratat både med brukare och med brukarorganisationer om boendemiljön och omsorgen i bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning.
- pratat med personer med en demenssjukdom och närstående om välfärdsteknik inom äldreomsorgen.

Detta har gett oss underlag inför tillsynen som vi inte hade kunnat få på något annat sätt, vilket har hjälpt oss att fokusera tillsynen bättre och att testa olika tillsynsmetoder.



Under senare tid så har patient- och brukarperspektivet förstärkts alltmer och IVO har tagit en inriktning mot att lyssna av och att därigenom kunna uppmärksamma vilka delar man behöver vara mest fokuserad på. Jag tycker att IVO rör sig i rätt riktning. Tillsynsuppdragen och synen på tillsyn är på väg mot ett alltmer patientfokuserat synsätt.”

Anders Printz, kanslichef på Vårdförbundet och ledamot i IVO:s insynsråd

Ett pilotprojekt för en ny observationsmetod som ska fånga upplevelser om vården och omsorgen från personer som inte själva kan föra sin talan⁴⁰

Många människor kan inte berätta vad de vill, eller föra sin egen talan. Det kan bero på demenssjukdom eller kognitiva funktionsnedsättningar. En observationsmetod som bygger på forskning, används idag i bred omfattning i England, Wales, Skottland och Nederländerna. Redan nu ser vi att metoden ger oss information om vårdens och omsorgens kvalitet, som vi inte kunnat hämta in tidigare.

Vi anpassar tillsynen efter situation och verksamhet

Forskning visar att verksamheterna vi granskar påverkas väldigt olika av tillsyn. Vi behöver anpassa tillsynen utifrån den verksamhet och den situation vi granskar, om vi ska kunna vara träffsäkra och relevanta och lyckas bidra till att verksamheterna utvecklas.⁴¹

Vår tillsyn spänner över mycket stora och varierande områden, från att granska enskilda stödboenden till att granska utvecklingen av nätbaserade vårdtjänster. Våra inspektörer måste kunna anpassa sig till sammanhanget i det specifika fallet, och förstå olika verksamheters förutsättningar både när det gäller tillsynen och bedömningarna. Vi behöver ha en större variation i vad vi granskar, och i hur vi granskar. För att bättre kunna bidra till att verksamheterna utvecklas har vi under 2018 anpassat tillsynen efter situation och verksamhet på

⁴⁰ SOFI-metoden (*Short Observational Framework for Inspection*).

⁴¹ Tillitsdelegationen 2018, s. 53ff och 90.

flera sätt. Vi har till exempel

- fortsatt att komplettera tillsynen av enskilda verksamheter med tillsyn som tar sin utgångspunkt i större riskområden som handlar om komplexa systemfel.
- genomfört förstudier inom våra riskområden, för att bättre kunna anpassa tillsynens upplägg utifrån riskområdenas olika karaktärer.
- utvecklat vår tillsyn med systemansats, för att kunna granska ett verksamhetsområde från den högsta politiska ledningen som styr över verksamheternas förutsättningar, till de medarbetare som möter patienter och brukare.
- utvecklat vårt arbete med ämnessamordnare, för att samla kompetens kring särskilda frågor, så att vi kan bli bättre på att anpassa oss efter situationen och sammanhanget.
- utvecklat hur vi arbetar med dialog och kommunikation som tillsynsметод, för att bättre kunna få de verksamheter vi granskar att se och förstå den problembild vi ser, eftersom det ger bättre förutsättningar för dem att förändras och utveckla sin verksamhet.

Situations- och verksamhetsanpassad tillsyn är en förutsättning för att tillsynen ska kunna bidra till utveckling där det finns potential för det, och fungera kontrollerande där det finns allvarliga brister. Nedan följer några exempel på situations- och verksamhetsanpassning med både kontrollerande och främjande ansatser.

Stängning av en patientfarlig tandläkarklinik

Vi fick allvarliga indikationer om risker för patienter hos en tandläkarklinik. När vi inspekterade fann vi att verksamheten var direkt patientfarlig. Till exempel fanns det allvarliga brister när det gällde hygien, hur de förvarade läkemedel, det systematiska patientsäkerhetsarbetet och kunskap om akutmedicinskt omhändertagande. Vi såg inga förutsättningar för verksamheten att utvecklas, och fattade därför beslut om att stänga den med omedelbar verkan.

Tillsyn av hela kedjan från den insats brukaren erbjuds till högsta ledning

I en kommun såg vi återkommande problem inom socialtjänsten, trots upprepade tillsyn. IVO genomförde därför en tillsyn med systemansats i kommunen. Vi intervjuade bland annat personer som hade kontakt med socialtjänsten för att identifiera brister som är väsentliga för brukare och deras närstående. Utifrån detta undersökte vi orsakerna till de brister vi identifierat, samt om verksamheten hade en kultur som främjade god kvalitet. Vi såg god potential för kommunen att utveckla sin verksamhet, och använde oss därför av dialog som en tillsynsметод. Det är ett sätt att skapa en gemensam problembild med de verksamheter vi granskar, vilket enligt forskningen ger bättre förutsättningar för verksamheten att utvecklas. Vi pratade med personer i hela ansvarskedjan, från den ansvariga nämnden, till verksamhetsansvariga och de som möter brukarna. Metoden gav oss goda förutsättningar att identifiera och analysera orsakerna till de brister vi sett, samt gjorde det möjligt att tillsammans med verksamheten diskutera vilka åtgärder som behövs för att göra verksamheten bättre för brukare och deras närstående.

Vi utvecklar den riskbaserade tillsynen

IVO har ett mycket stort uppdrag, som omfattar all vård och omsorg i Sverige, alla verksamheter och all legitimerad personal. För att kunna ge ett meningsfullt bidrag till vården och omsorgen behöver vi kunna prioritera våra resurser där de ger bäst resultat. Redan i 2 § i vår instruktion står att vi ska planera och genomföra tillsyn med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte lagar, förordningar eller särskilt beslut från regeringen säger något annat.⁴²

I den tillsyn vi gör utifrån anmälningar och klagomål agerar vi reaktivt och fokuserar på enskilda personer, verksamheter och händelser. Det är ett bra arbetssätt för händelser på individnivå. En riskbaserad tillsyn gör att vi kan bedöma var det är viktigast att göra tillsyn, och att ta ett större grepp om risker inom vården och omsorgen som gäller grupper av människor eller verksamheter. Eftersom flera utmaningar inom

42 2 § förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

vården och omsorgen handlar om att hantera en ökande komplexitet, är den riskbaserade tillsynen ett viktigt arbetssätt för de komplexa risker vi ser kring till exempel bristande samordning av vård och omsorg.

I och med att nya bestämmelser började gälla för klagomålshanteringen⁴³ i hälso- och sjukvården den 1 januari 2018 har vi fått goda möjligheter att öka vår riskbaserade tillsyn. Statskontoret bedömer att de åtgärder som IVO hittills har genomfört har gett bättre förutsättningar för att kunna bedriva en mer riskbaserad tillsyn med ett tydligt patient- och brukarperspektiv. Vi delar Statskontorets bedömning att vi bör kunna föra över stora resurser till den riskbaserade tillsynen redan under 2019.⁴⁴

IVO arbetar med flera former av riskbaserad tillsyn:

- Tillsyn inom IVO:s prioriterade nationella riskområden utifrån en nationell riskanalys.
- Riskbaserad tillsyn av hem för vård och boende som tar emot barn eller unga (HVB).
- Riskbaserad tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal.
- Tillsyn på förekommen anledning utifrån riskindikation.
 - Regionala tillsynsinsatser
 - Brådskaande tillsynsinsatser
 - Tillsyn utifrån lämplighetsprövning
 - Tillsyn utifrån riskbedömning kopplat till informationssäkerhet⁴⁵

Vi arbetar löpande med att utveckla alla typer av riskbaserad tillsyn. Nedan följer några exempel från 2018.

IVO prioriterar sju nationella riskområden under 2018–2020

Under 2018 har vi arbetat med förstudier inom alla riskområden. Det har inneburit ett viktigt steg framåt för vår förmåga att samverka med patienter, brukare och närstående, att utveckla och anpassa tillsynsmetoder och identifiera vilka verksamhetstyper som berörs.

IVO:S PRIORITERADE RISKOMRÅDEN 2018–2020

1. Barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja.
2. Personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg.
3. Samsjuka patienter riskerar att drabbas av bristande tillgång och omsorg.
4. Patienter som kräver multidisciplinärt omhändertagande riskerar att drabbas av brister i vården.
5. Patienter riskerar att inte behandlas utifrån sjukdomsbild och behov – tillgång på platser och personal blir styrande.
6. Personer utsätts för risker kopplade till nätbaserade vårdtjänster.
7. Personer utsätts för risker kopplade till välfärdsteknik.

Under 2018 genomförde vi ett antal pilot tillsyner, och under 2019 skalar vi upp tillsynen nationellt inom riskområdena.

⁴³ Hanteringen av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2001:659).

⁴⁴ Statskontoret 2018, s. 55.

⁴⁵ NIS-direktivet är ett EU-direktiv om åtgärder för en hög gemensam nivå på säkerhet i nätverk och informationssystem inom hela EU. Det innebär bland annat att vissa leverantörer av samhällsviktiga och digitala tjänster, bland annat hälso- och sjukvården, ska vidta säkerhetsåtgärder för att hantera risker och incidenter i nätverk och informationssystem som de är beroende av för att kunna tillhandahålla tjänsterna. Se lagen (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

Riskbaserad tillsyn av HVB

Inom tillsynen av HVB-boenden har vi tagit fram en ny metod för hur vi kan kategorisera verksamheter utifrån risk, för att kunna ge mer resurser där det bäst behövs.

Vi utvecklar lämplighetsprövningen inom tillsynen

När verksamheter ansöker om tillstånd, bygger våra beslut på en lämplighetsprövning. Vi har möjlighet att fortlöpande lämplighetspröva tillståndspliktiga verksamheter inom tillsynen, vilket vi gör dels efter ett systematiskt urval, dels efter löpande bedömningar av riskindikationer. I vissa fall har vi återkallat tillstånd, eller ställt krav på åtgärder. Under 2018 har vi utvecklat våra metoder för att identifiera riskverksamheter genom att analysera interna och externa uppgifter. Arbetet fortsätter under 2019.

Vi utvecklar tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Under 2018 har vi gjort en särskild analys av tillsynen av hälso- och sjukvårdspersonal, dels som en del av återföringen av tillsynens iakttagelser, dels för att kunna utveckla tillsynen. Analysen visar att de ärenden där IVO har delat ut kritik eller anmält till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) oftast handlar om förskrivningar, oskicklighet, missbruk, brott eller behörighet. HSAN bifaller ungefär två tredjedelar av IVO:s yrkanden. Under 2018 såg vi en ökning av yrkanden till HSAN, som framförallt bestod av yrkanden på att återkalla legitimation.⁴⁶ Med den särskilda analysen som underlag kommer vi att fortsätta utveckla hur vi identifierar riskindivider under 2019.

Vi har förberett för nya tillståndsplikter och förändrat tillsynsansvar

Från och med den första januari 2019 behöver fler omsorgsverksamheter tillstånd från IVO för att få bedriva sin verksamhet.⁴⁷ Samtidigt började nya krav gälla för att få och för att behålla ett tillstånd. Under 2018 har vi förberett oss för att kunna hantera de nya typerna av ansökningar. Den utredning som ligger till grund för regeländringarna, räknar med att upp emot 1 200 hemtjänstverksamheter och ungefär hundratalet verksamheter som riktar sig till personer med funktionsnedsättning kommer att ansöka om tillstånd hos oss.

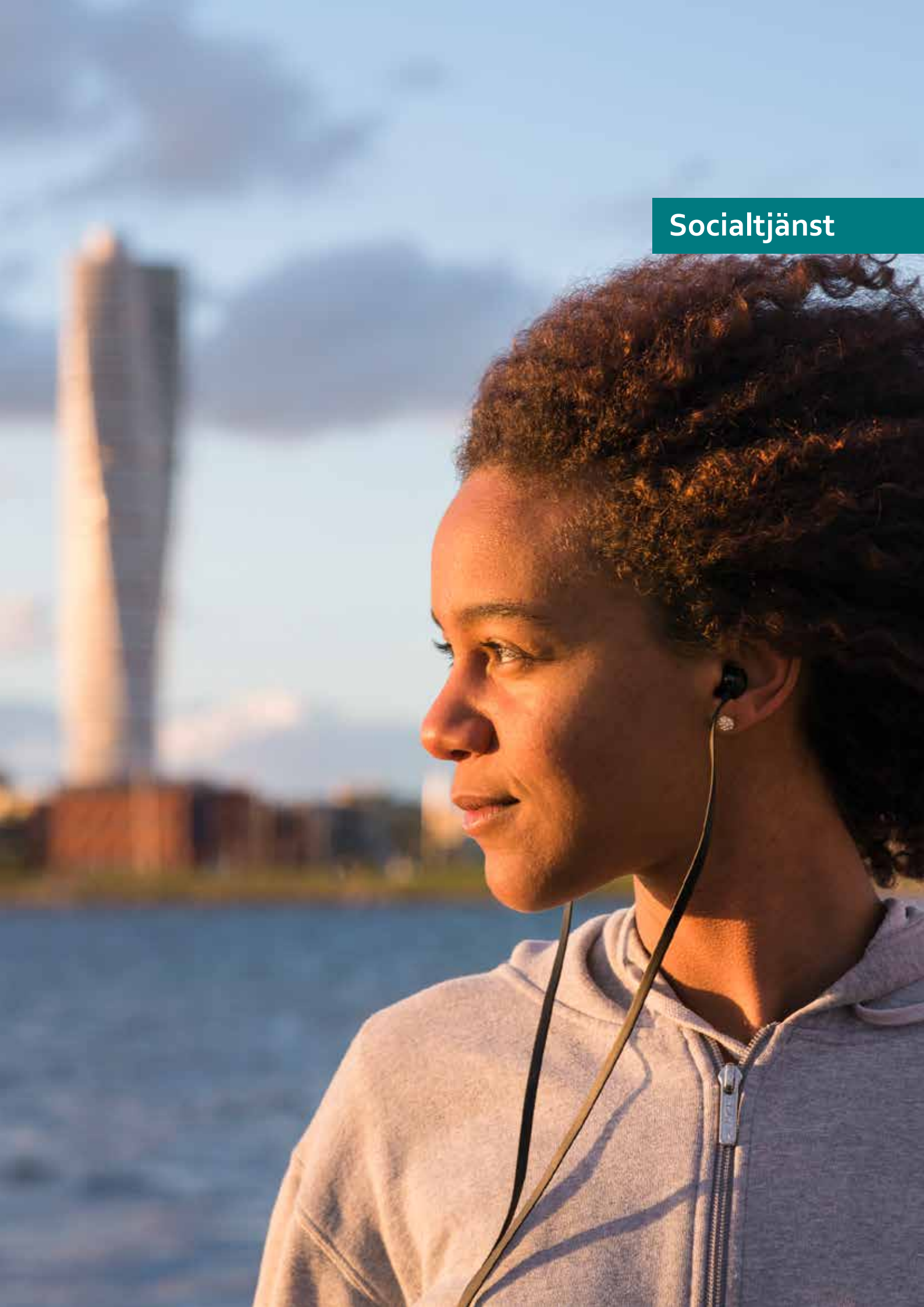
Inför förändringen har vi fört dialoger med brukarorganisationer, kommuner och branschföreträdare, för att sprida information och samla in synpunkter och frågor inför de nya tillståndsplikterna. En viktig del har varit arbetet med en extern referensgrupp, som har gett möjlighet till både dialog med oss, och för deltagarna att dela varandras perspektiv. För att nå ut till så många som möjligt av de som berörs av de nya kraven, har vi arrangerat webinarier på vår hemsida, samt fört dialog och spridit information även på andras arenor.

Vi har också utvecklat den nya tillståndprocessen för att kunna arbeta mer situationsanpassat och riskbaserat utifrån de nya krav som ställs. Vi har förtydligat patient- och brukarperspektivet i tillståndsprövningen genom att följa upp hur det framgår av utredningen att verksamheten beaktar enskildas möjlighet till inflytande och individuell anpassning av sina insatser.

⁴⁶ Från 29 stycken år 2017 till 62 stycken år 2018.

⁴⁷ Det rör hemtjänst, ledsagarservice, avlösarservice eller biträde av kontaktperson. Se Regeringskansliet, Finansdepartementet 2018, prop. 2017/18:158.

Socialtjänst



Barn och familj

Socialtjänsten ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden. Det innebär exempelvis att kommunen ska ta emot och handlägga orosanmälningar som gäller barn, samt inleda utredningar vid misstanke om att barn far illa och kan vara i behov av insatser från socialtjänsten.

Familjehem har länge varit den vanligaste formen för att placera barn och unga utanför hemmet. På senare år har detta förändrats, då fler ensamkommande barn och unga har kommit till Sverige. Enligt den senaste statistiken placerades omkring 30 500 barn och unga någon gång under 2016 i familjehem, hem för vård eller boende (HVB), stödboende⁴⁸ eller särskilt ungdomshem i regi av Statens institutionsstyrelse (SiS). Under samma period fick cirka 31 700 barn och unga minst en behovsprövad öppenvårdsinsats.⁴⁹

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Rättssäkerheten för barn och unga brister, både vid myndighetsutövning och vid utförandet av insatser.
- Barn och unga som utsätts för våld eller bevittnar våld riskerar att inte få det skydd och det stöd som det stöd som de har rätt till.
- Det finns placerade barn och unga som utsätts för våld, kränkningar, och begränsningsåtgärder i sina boenden.

Vi ser att barn- och ungdomsvården har fortsatta utmaningar, särskilt när det gäller den kommunala myndighetsutövningen. Det kan handla om att kommunerna inte gör omedelbara skyddsbedömningar vid orosanmälningar och att de inte inleder utredningar när de får uppgifter om att barn kan ha utsatts för våld eller bevittnat våld. Detta påverkar barn och ungas rätt till skydd, stöd och insatser negativt.

I våra möten med kommunerna beskriver de att de fortsätter ha svårt att rekrytera och behålla personal med tillräcklig kompetens och erfarenhet av barnutredningar, vilket blev mer påtagligt efter 2015. Öppna jämförelser för 2018 visar att andelen handläggare med socionomutbildning och minst tre års erfarenhet av barnutredningar har sjunkit från 70 procent 2015 till 57 procent i februari 2018.⁵⁰ Problemen med bemanning och kompetens i socialtjänsten är en orsak till att kommunerna har varierande förutsättningar att klara av sina uppdrag.

Fler barn än tidigare lider av psykisk ohälsa⁵¹ och har ett stort behov av vård och behandling. Det gäller bland annat ensamkommande barn. Vi ser att barn och unga placeras i HVB eller stödboende som inte kan tillgodose dessa behov. Det kan få allvarliga konsekvenser – det finns händelser där barn har försökt ta sina liv eller faktiskt begått självmord.

Rättssäkerheten för barn och unga brister, både vid myndighetsutövning och vid utförandet av insatser

Vi ser att rättssäkerheten inte är tillräcklig inom den sociala barn- och ungdomsvården, och att kommunerna inte alltid ser till barnens bästa i sina utredningar eller beslut om insatser och placeringar. Vi ser också brister i inskrivningsförfarandet vid HVB och stödboenden. Nedan beskriver vi flera olika exempel på detta, som vi sett i tillsynen.

48 Stödboenden är en boendeform som förutsätter att barn och unga som placeras i stödboende till stor del klarar av ett självständigt boende.

49 Socialstyrelsen 2017c. Socialstyrelsen redovisar enbart heldygnsinsatser för barn och unga med ett fullständigt personnummer. Det innebär att asylsökande barn, framförallt ensamkommande barn, inte ingår i de redovisade heldygnsinsatserna. En öppenvårdsinsats kan innebära att personen har en kontaktperson/kontaktfamilj eller i vissa fall en särskilt kvalificerad kontaktperson.

50 Socialstyrelsen 2018p, s. 3.

51 Folkhälsomyndigheten, "Därför ökar psykisk ohälsa bland unga" och Socialstyrelsen, "Kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna."

Barn och unga placeras utan samtycke

Det är ett stort ingrepp i ett barns liv att bli placerad utanför hemmet. Det kan även få stora konsekvenser för den övriga familjen. Därför krävs det samtycke⁵² från vårdnadshavare, god man eller personen själv för att placera barn och unga enligt socialtjänstlagen. Men tillsynen visar att barn ibland placeras utan samtycke. Samtycke kan saknas både till placeringen och till andra föreslagna insatser. Detta är något som även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat.⁵³

Förutom att kommunerna bryter mot kravet om samtycke brister de i sina skyldigheter att dokumentera och kommunicera, samt i skyldigheten att göra de som berörs delaktiga. Vårdnadshavare berättar i klagomål och i samtal till IVO:s upplysningstjänst att de upplever att de får knapphändig information från socialtjänsten om pågående utredningar och placeringar, och att de har svårt att få ut dokumentationen om sina placerade barn.

Barn och unga riskerar att placeras på fel boende när inskrivningsförfarandet brister

När ett barn eller en ungdom ska skrivas in vid ett HVB eller stödboende ska verksamheten ta ställning till om barnets vård- och behandlingsbehov stämmer överens med den verksamhet som boendet bedriver och har kompetens för – och tillstånd för, om det handlar om privata utförare. En förutsättning för att verksamheten ska kunna göra en korrekt bedömning är att kommunens utredning tydligt beskriver vilka behov som barnet eller den unge har. Vi ser att inskrivningsförfarandet inte alltid fungerar. Barnets eller den unges behov framgår inte alltid i socialtjänstens utredningar, utan kommer fram senare under placeringen. Vi ser också att verksamheter blandar olika målgrupper på ett sätt som medför påtaglig risk för ungdomarnas säkerhet och trygghet. När en verksamhet inte kan tillgodose ett barns behov eller inte kan säkerställa barnets trygghet ska den som leder verksamheten ta ställning till om barnet bör skrivas ut.⁵⁴ Men så sker inte alltid. Under 2018 har vi till exempel ställt krav på åtgärder i 39 ärenden avseende lämplighetsbedömning vid inskrivning i HVB och stödboende.

YTTERLIGARE UPPBROTT

En ungdom behövde omplaceras från ett HVB då verksamheten efter två veckor uppmärksammat att hens behov inte överensstämde med deras tillstånd. Nämnden kände till ungdomens behov men meddelande inte dessa till verksamheten vid placeringen.

Barn och unga placeras och hålls kvar på boende utan laglig grund

Barn som är placerade enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), är en särskilt utsatt grupp som samhället i vissa delar har tagit över ansvaret för. I ett antal fall har vi sett att bristfällig handläggning har lett till att tvångsplacerade⁵⁵ barn och unga på SiS ungdomshem har placerats eller hållits kvar på boendet utan laglig grund. Konsekvenserna för barn och unga blir att de utsätts för en situation som inte är

OLAGLIG VÄNTAN

En pojke kontaktade IVO:s barn- och ungdomslinje. Pojken var ledsen och upprörd över att stadsdelsnämnden hade lämnat honom beskedet att han skulle vara kvar på den låsbara avdelningen vid SiS ungdomshem trots att Förvaltningsrätten hade fattat beslut om att det inte längre fanns förutsättningar att hålla kvar pojken där.

52 Frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller. Definition från Socialstyrelsen, Socialstyrelsens termbank.

53 Vårdanalys 2018e, s. 11.

54 Detta ska ske utifrån den målgrupp som tillståndet omfattar för privata verksamheter eller om en kommunal verksamhet inte har förutsättningar att tillgodose ungdomens behov. Offentligt drivna HVB och stödboende är inte tillståndspliktiga men ska anmäla sin verksamhet till IVO

55 Enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

rättssäker i en redan utsatt situation.

Enligt SiS och kommunernas egna utredningar i samband med att de upprättar lex Sarah-anmälningar, är personalens osäkerhet i sin yrkesroll och bristande kunskaper om lagstiftningen, och hur de ska tillämpa den, möjliga orsaker till att detta har kunnat inträffa. Andra förklaringar som de för fram är att det kan råda en viss ovana från kommunernas sida att handlägga ärenden enligt LVU.

Barn som utsätts för våld eller bevittnar våld riskerar att inte få det skydd och det stöd som de har rätt till

Minst 150 000 barn lever i hushåll där det förekommer våld.⁵⁶ Det är socialtjänstens uppdrag att fånga upp barn som riskerar att bevittna eller utsättas för våld, för att så tidigt som möjligt kunna erbjuda stöd och skydd. Den 1 oktober 2014 förändrades socialtjänstlagen för att förbättra skyddet för våldsutsatta barn.⁵⁷ Trots det ser vi att socialtjänsten fortfarande inte alltid ger det stöd och skydd som barnen behöver och har rätt till. Vi ser flera exempel på att:

- Kommunerna saknar fastställda mål och upprättade rutiner för handläggning och samverkan kring våldsutsatta barn och vuxna som bevittnat våld.
- Kommunerna saknar personal med rätt eller tillräcklig utbildning eller erfarenhet av att utreda ärenden där det finns uppgifter om våld.
- Kommunerna brister när det gäller utredningarna. Kommunerna inleder inte alltid en utredning när det finns uppgifter om att barn kan ha upplevt våld. Det kan saknas grundläggande information i de utredningar som kommunen gör i samband med att ett barn har utsatts för eller bevittnat våld.

I ett tillsynsärende har IVO granskat nämndens handläggning av orosanmälningar som innehåller uppgifter om våld. Trots att det var odiskutabelt att det i två fall förekommit våld i nära relationer, inledde nämnden inte utredning. I två andra fall framgår det att nämnden ifrågasätter om uppgifterna om våld över huvud taget stämmer.

Från ett beslut i en egeninitierad tillsyn

Det finns placerade barn och unga som utsätts för våld, kränkningar, och begränsningsåtgärder i sina boenden

Vi ser att barn och unga känner sig oroliga och otrygga till följd av att de utsätts för olika typer av våld, kränkningar och begränsningsåtgärder på HVB, stödboenden och SiS ungdomshem. På flera HVB vidtar exempelvis personalen begränsningsåtgärder utan att ha stöd i lagen för det. Det kan röra sig om bevakade utevistelser, beslut av digital utrustning och drogtestar utan samtycke. På SiS ungdomshem händer det att personalen avskiljer⁵⁸ ungdomar på ett sätt som inte är förenligt med gällande bestämmelser. Men vi ser att antalet avskiljningar och tiden som ungdomarna är avskilda på SiS ungdomshem stadigt minskar, vilket är bra.

Exemplen till trots fungerar de flesta boendena väl,

Örfilad i en tumultartad situation, knuffad, fasthållen, utelåst, nedlagd på marken, avskild, kollektivt bestraffad och sexuellt utnyttjad. Detta är alla exempel på händelser som ungdomar har råkat ut för på HVB, stödboenden och SiS-institutioner.

Från beslut i flera tillsynsärenden

⁵⁶ BRÅ 2014, s. 73.

⁵⁷ 5 kap. 11 § socialtjänstlagen (2001:453).

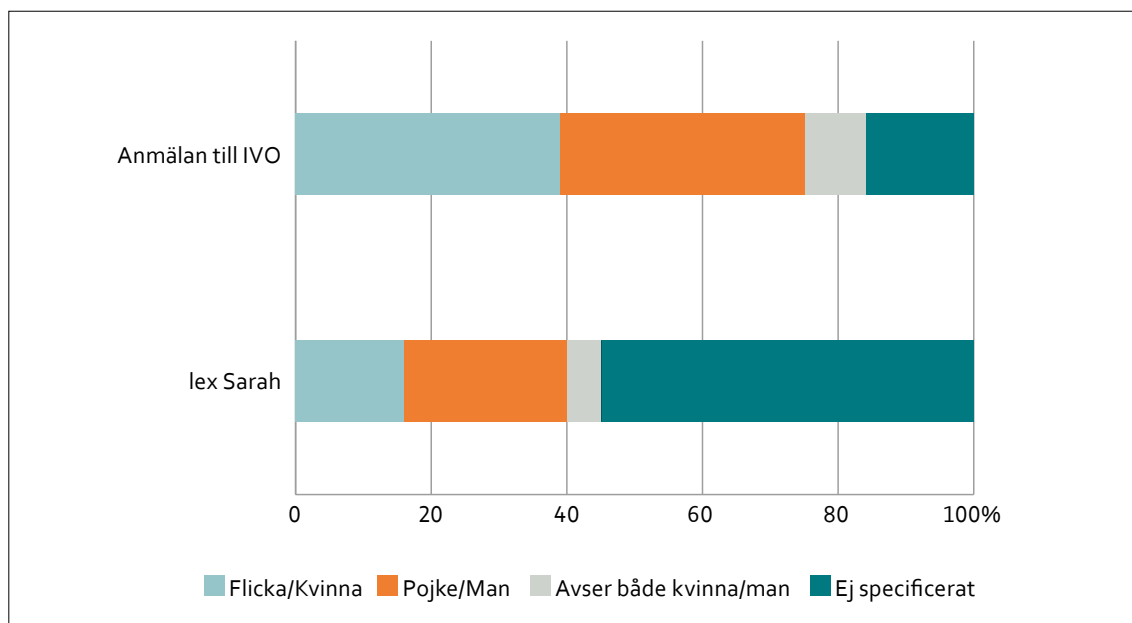
⁵⁸ Med avskiljning menas att den unge under en kortare tid, högst fyra timmar, får vara i ett särskilt rum som personalen kan låsa dörren till. Personalen ska vid avskiljning ha fortlöpande uppsikt av den unge. Avskiljning är en särskild befogenhet som SiS kan använda för att skydda ungdomen, övriga ungdomar och personal när någon uppträder våldsamt eller är påverkad. Om mindre ingripande åtgärder är tillräckliga ska de istället användas. Se 15c § och 20a § lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.

och har enligt vår bedömning förutsättningar att ge ungdomarna en trygg och säker tillvaro. Men det finns tillfällen då personalen brister i sitt bemötande och förhållningssätt gentemot ungdomarna. Dessa brister sker ofta i verksamheter som inte har tillräckligt med personal med rätt kompetens för att kunna ge ungdomarna en trygg och säker boendemiljö. Det kan även handla om att personalen inte följer verksamhetens rutiner om hur man ska bemöta ungdomar och hantera de situationer som uppstår.

Översikt

Majoriteten av anmälningarna till IVO som rör barn och unga handlar om brister i rättssäkerhet och bemötande. Under 2018 fick IVO in drygt 2 700 anmälningar. I drygt var femte ärende inledde IVO en ny tillsyn eller lämnade informationen till en tillsyn som redan pågick. I stort sett lika många anmälningar gällde kvinnor som män, och flickor som pojkar. Händelser i lex Sarah-anmälningar handlar huvudsakligen om brister i socialnämndens handläggning av ärenden. Under året har antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva HVB och stödboende fortsatt minska. Inom frekvenstillsynen⁵⁹ – den tillsyn som gäller verksamheter IVO ska göra tillsyn på varje år – ser vi, liksom tidigare år, att kommunerna placerar barn och unga i enskilda verksamheter som bedrivs utan tillstånd, eller som inte följer de tillstånd verksamheten har, vilket i båda avseendena är olagligt. Under 2018 har IVO gjort 9 polisanmälningar som gäller otillåten verksamhet.

Figur 1. Beslut i ärenden uppdelat per kön som avser barn och familj under 2018.



⁵⁹ Enligt 3 kap. 19 § socialtjänstförordningen (2001:937) ska vissa verksamheter tillsynas årligen, så kallad frekvenstillsyn. Det gäller HVB som tar emot barn eller unga, SiS ungdomshem, stödboende och bostäder med särskild service för barn och unga.

Tabell 1. Tillsyn och tillståndsprövning av barn och familj som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Anmälan till IVO	2 783	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	570 ¹
Lex Sarah	275 ²		
Egeninitierad tillsyn	625 ³	varav IVO har ställt krav på åtgärd	152
Författningsreglerad tillsyn	2 169	varav IVO har ställt krav på åtgärd	158
Tillståndsprövning	859	varav IVO har beslutat om avslag	306

* IVO:s ärenden kan innehålla flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² I lex Sarah-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

³ Siffrorna gäller bara ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 har nästan 4 000 personer kontaktat IVO:s upplysningstjänst inom området barn och familj med frågor och tips om missförhållanden inom socialtjänstens verksamheter. Myndighetsutövning är det område där vi tar emot flest synpunkter och frågor.

Tabell 2. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst om barn och familj under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	Antal
Totalt	3 942
från patient/brukare	165
från närstående/vårdnadshavare	1 992
från personal i vård/omsorg	1 017
från övriga frågeställare	768
om rättssäkerhet i handläggning	1 498
om missnöje med beslut	354
om utförandebrister	234
om övrigt ¹	1 856

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde, samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller bland annat kontakter om bemötande, frågor om anmälan och omvårdnad samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg



Äldreomsorg

En hörnsten inom svensk äldreomsorg är att underlätta för äldre personer att leva ett självständigt liv. Äldreomsorgen arbetar därför enligt en så kallad kvarboendepincip, som innebär att äldre personer ska kunna bo hemma så länge de vill och klarar det. I hemmet kan den äldre få hjälp av kommunen i form av exempelvis städning och läkemedelshantering, men många får även hjälp av anhöriga.⁶⁰ Den äldre kan också ansöka om särskilt boende. Särskilt boende är den vanligaste socialtjänstinsatsen näst efter trygghetslarm och hemtjänst.⁶¹ I detta avsnitt beskrivs iakttagelser som gäller äldreomsorgen, hemsjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården.

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Äldre personer drabbas av vårdskador och missförhållanden som skulle gå att undvika.
- Personalen uppmärksammar inte symtom på kroppsliga skador eller sjukdomar hos äldre som exempelvis har en demenssjukdom.
- De äldre får inte sina behov tillgodosedda när samordningen brister.

Äldreomsorgen måste kontinuerligt utvecklas för att kunna möta de behov och förväntningar som de äldre har. Socialstyrelsen har konstaterat att de största framtidsutmaningarna i vården av äldre personer är kopplade till bristen på kunskap. Exempelvis saknar idag 30–40 procent av baspersonalen inom äldreomsorgen en grundläggande utbildning.⁶² Det är också ett välkänt problem att vården och omsorgen inte är tillräckligt samordnad för äldre personer.⁶³ Det har visat sig vara svårt för aktörerna att koppla samman olika insatser till en helhet, och den samverkan som sker resulterar inte alltid i att vården och omsorgen blir bättre för de äldre.

I vår tillsyn ser vi allt detta. Bristande kunskap och samordning bidrar till att utsätta de äldre för allt från otrygghet till missförhållanden och allvarliga vårdskador.

Personalen kan exempelvis sakna kunskap om demenssjukdomar, hur de ska förflytta de äldre, hur de ska rapportera avvikelser eller om hur de använder den välfärdsteknik som finns. Liksom tidigare år ser vi även brister som rör personalens språkliga kompetens och brister kopplade till bemanningen på särskilda boenden för personer med demenssjukdom. Otillräcklig samordning av insatser framträder också tydligt i våra ärenden. Det handlar inte bara om samordningen av insatser som ges av olika aktörer, utan också samordningen av insatser som ges av en och samma aktör, men av olika personalkategorier eller av olika arbetslag.

Äldre personer drabbas av vårdskador och missförhållanden som skulle gå att undvika

Det finns flera exempel på händelser som skulle gå att undvika, händelser som utsätter äldre personer för obehag, onödigt lidande och i vissa fall leder till att de dör en för tidig död. Exempel på sådana händelser är att personalen förväxlar läkemedel, använder otillåtna begränsningsåtgärder eller att de äldre faller. Vår bedömning är att fler händelser hade kunnat undvikas om fler aktörer bedrev ett mer utvecklat kvalitetsarbete, som stöds och bärs upp av ledning och personal.

Vi ser att det är flera delar i kvalitetsarbetet som kan bli bättre. Det gäller inte minst analysen av de rapporter och klagomål som kommer in, och att förbättra kvaliteten i verksamheten utifrån de mönster och

60 Anhöriga svarar för mer än 75 procent av all omsorg som ges i hemmet. NKA 2014.

61 Socialstyrelsen 2018j. Drygt 180 000 personer har trygghetslarm, drygt 160 000 personer har hemtjänst och drygt 80 000 har insatsen särskilt boende. Uppgifterna avser antal personer med pågående SoL-insats den 31 oktober 2017. Nästan alla personer på särskilt boende får också kommunal hälso- och sjukvård, se Socialstyrelsen 2016. Drygt 300 000 personer får kommunal hälso- och sjukvård, varav de flesta dock bor hemma, se Socialstyrelsen 2017b.

62 Socialstyrelsen 2017a, s. 57.

63 IVO 2018b.

trender som identifieras. Aktörerna saknar ibland tillräckliga kunskaper för att kunna jobba systematiskt med frågan. Men det kan även finnas andra anledningar till att de inte arbetar systematiskt med att utveckla kvaliteten i verksamheten.

Avvikelse ger vid handen att patienten ramlade sju gånger på fyra månader. Av inkomna journalhandlingar framgår inte att det har gjorts några utredningar om orsaker till dessa fall eller om möjliga situationsanpassade fallförebyggande åtgärder.

Från ett klagomålsärende

Vår tillsyn visar dessutom att avvikelser som rör insatser som socialtjänsten tillhandahåller inte alltid rapporteras. Det kan handla om att personalen inte rapporterar när de missar en matleverans, eller när de förbiser den enskildes behov av dubbelbemanning, det vill säga uteblivna eller fel utförda insatser. Ibland ser vi att den äldre personen, dennes anhöriga, eller vikarier uppmärksammar sådant som den ordinarie personalen borde ha rapporterat.

Vid inspektionen säger personalen att de rapporterar avvikelser, som till exempel om hantering av läkemedel och fall, men att de är dåliga på att rapportera andra typer av avvikelser.

Från en egeninitierad tillsyn

Personalen uppmärksammar inte symtom på kroppsliga skador eller sjukdomar hos äldre som exempelvis har en demenssjukdom

Vi ser flera exempel på att personalen inte lagt märke till äldre personers symtom på kroppsliga skador eller sjukdomar, eller inte tagit sådana tecken på allvar, exempelvis vid blodförgiftningar och benbrott.⁶⁴ Vi ser det framför allt när det handlar om personer som har en demenssjukdom, men även när det gäller personer med psykisk ohälsa, multisjuklighet, eller kommunikationssvårigheter. Att personalen inte ser symtom medför risker för att de äldre inte får ett lika adekvat medicinskt omhändertagande som andra äldre personer, och det kan i värsta fall leda till att de drabbas av allvarliga vårdskador.

Personalen kan tolka symtom på kroppsliga skador eller sjukdomar som något annat. Att den äldre personen reagerar eller beter sig annorlunda när personalen tar hand om hen kanske personalen säger beror på personens grundproblematik, som exempelvis en demenssjukdom, när det egentligen handlar om att hen har ont eller är sjuk. Detta kan i sin tur bero på att personalen inte har tillräckliga kunskaper om exempelvis demenssjukdomar och psykisk ohälsa, eller att samarbetet mellan olika personalkategorier inte

JAG TAS INTE PÅ ALLVAR

Patienten lider av demenssjukdom och bor på särskilt boende. Av anmälan framgår att patienten slutade att gå och var tvungen att använda rullstol. När anhöriga ifrågasatte detta fick de till svar att det bara var ett steg i sjukdomen. Personalen runt patienten började dock misstänka att något var fel på hennes höft då hon protesterade vid den dagliga omvårdnaden. Då de påpekade detta till ansvariga sköterskor fick de till svar att patienten bara var orolig och rädd. Senare ordnade anhöriga en röntgen och då identifierades en högersidig höftfraktur av äldre datum, inte opererbar. IVO kritiserar socialnämnden för att inte ha säkerställt att personalen i tillräcklig utsträckning utredde orsakerna till patientens försämrade gång- och förflyttningsförmåga.

Från anmälan och beslut i ett klagomålsärende

⁶⁴ Exempelvis blodförgiftning som orsakats av bakterier från urinvägarna och benbrott efter fall.

fungerar.⁶⁵ Bristande dokumentation och hög arbetsbelastning är ytterligare faktorer som vi ser bidrar till detta problem.

De äldre får inte sina behov tillgodosedda när samordningen brister

Vård- och omsorgsgivaren fogar inte alltid samman de vård- och omsorgsinsatser som den äldre behöver till en fungerande helhet. Det är många arbetsuppgifter som behöver koordineras och många samarbeten som måste fungera. Vi ser att det kan vara svårt för aktörerna att samordna insatser som ges av olika personalkategorier, däribland hälso- och sjukvårdspersonal å ena sidan och vård- och omsorgspersonal å den andra. Men vi ser även problem när det gäller insatser som ges av olika arbetslag hos samma aktör, som hemteam, larmteam och patrullverksamhet.

När samordningen brister saknas det ofta ett helhetsgrepp om hur olika insatser ska utföras och av vem, hur uppföljningar ska göras, vilka åtgärder som ska utföras och hur utvärderingar ska ske. Detta kan medföra att försämrade hälsotillstånd, som exempelvis vid viktnedgång, inte uppmärksammas i tid, att behandlingar blir fördröjda eller att medicinering uteblir.

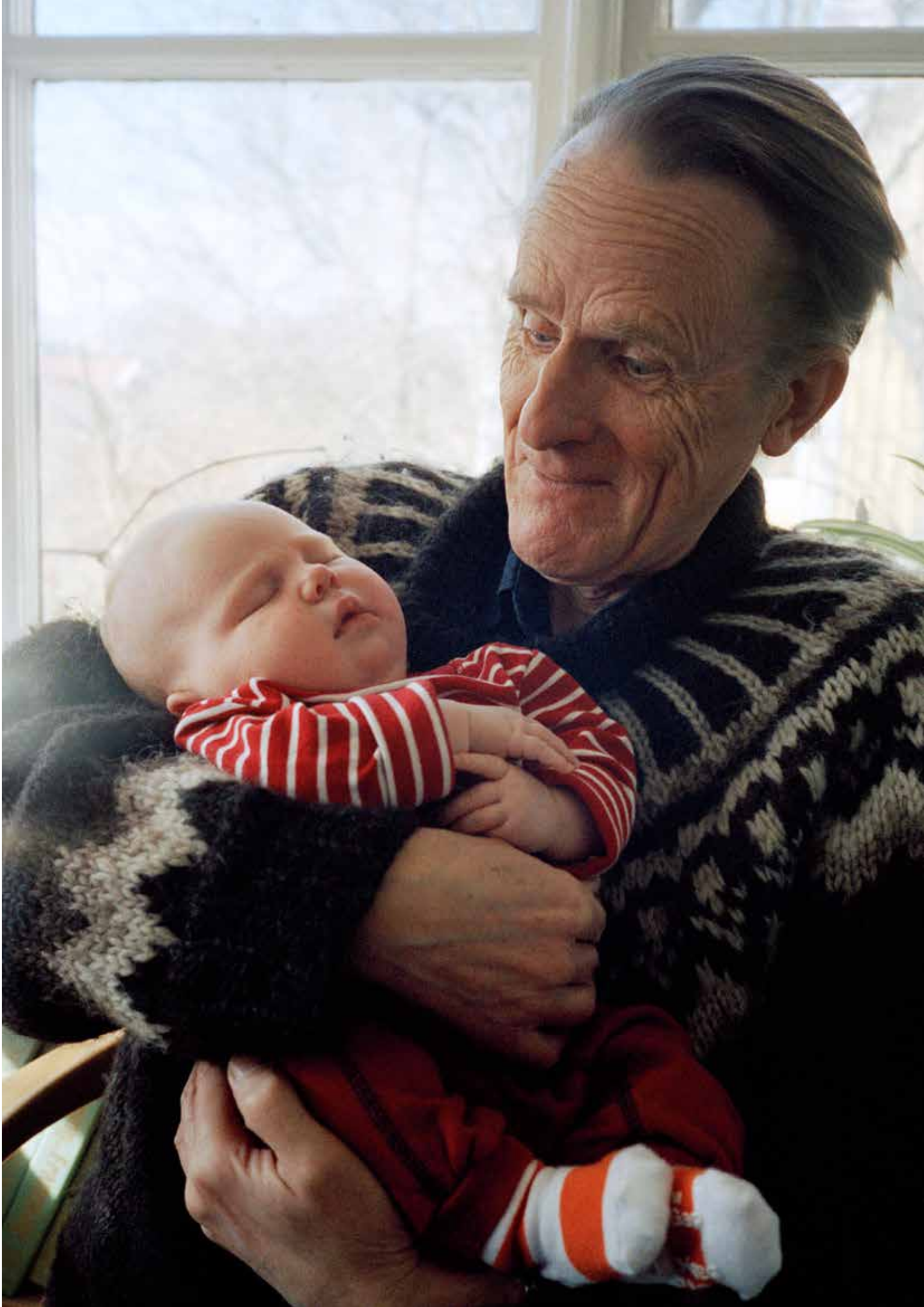
Att samordningen inte fungerar beror ofta på att rollerna är otydliga. Det kan också bero på att det finns organisatoriska mellanrum, som uppstår när en verksamhets ansvar och befogenheter tar slut utan att en annan verksamhets ansvar och befogenheter tar vid.

10 KILO SENARE

En person på ett särskilt boende vägs i november, och då visar vågen en vikt på 56 kilo. Omvårdnadsansvarig sjuksköterska letar efter föregående vikt och hittar en vikt från september året innan och den var 66 kilo. Patienten har alltså gått ner 10 kilo på 14 månader utan att det har uppmärksamats. Patienten är riskbedömd avseende fall och trycksår men inte avseende nutrition. Patienten vägs inte någon gång under perioden. Händelsen har bland annat orsakats av att ansvarsfördelningen avseende vägning inte är helt tydlig. Det har även varit många olika sjuksköterskor som har ansvarat för patienten under året. IVO poängterade bland annat vikten av god samverkan mellan olika personalkategorier.

Från en anmälan enligt lex Maria

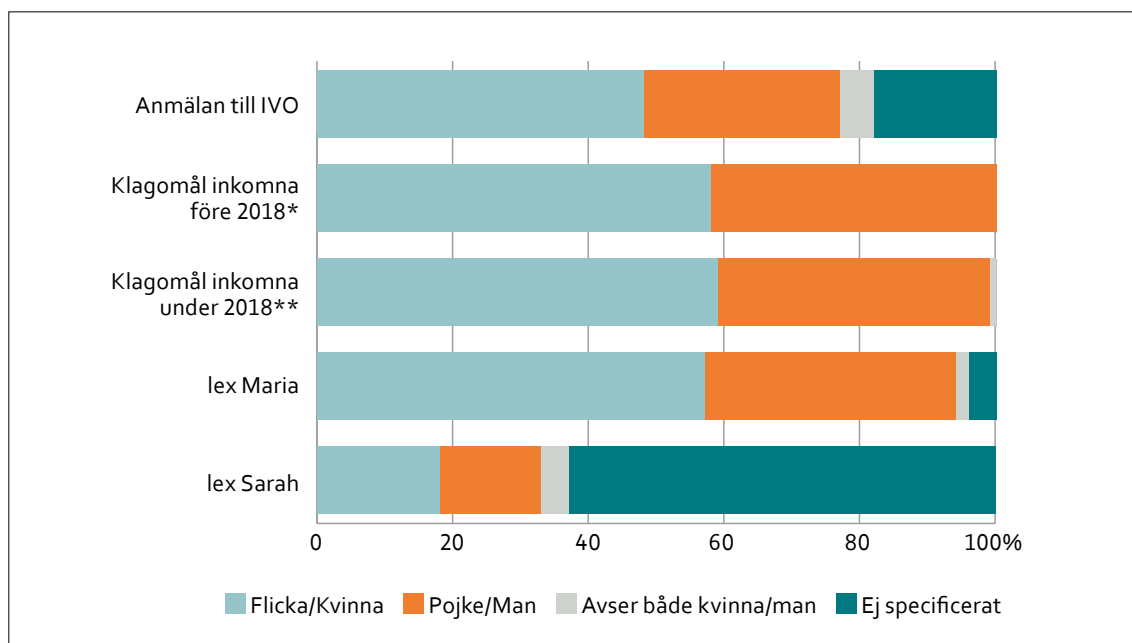
⁶⁵ IVO 2018e. Att kompetens och samordning brister även avseende demenssjukdomar framgår av Socialstyrelsen 2017a, s. 49 och 57-84.



Översikt

De flesta av våra tillsynsärenden rör kvinnor, vilket sammanfaller med att de flesta insatser inom äldreomsorgen riktas till kvinnor.⁶⁶

Figur 2. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som avser äldreomsorgen inklusive hemsjukvården under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Majoriteten av alla anmälningar till IVO och klagomål enligt patientsäkerhetslagen handlar om brister i omsorg och omvårdnad respektive vård och behandling. Den typ av anmälningar där vi andelsmässigt inleder flest tillsynen rör (otillåtna) begränsningsåtgärder och övergrepp från medboenden, det vill säga relativt allvarliga händelser.⁶⁷ I lex Sarah-anmälningarna dominerar händelser som rör insatser som varit felaktigt utförda eller som den äldre inte fått. I lex Maria-anmälningarna dominerar händelser kopplade till läkemedelshanteringen. De flesta ansökningar om nya tillstånd inom äldreomsorgsområdet har under 2018 rört särskilt boende.

För ärendeslaget *ej verkställda beslut* ser vi att det inte är ovanligt att äldre personer får vänta länge på att kommunen ska verkställa deras beslut om särskilt boende. Under 2018 fick vi in cirka 4 300 ärenden⁶⁸ där den äldre fått vänta mer än tre månader för att få plats på ett boende där hen faktiskt kan tänka sig att bo.⁶⁹ Under 2018 var medianväntetiden fem månader.⁷⁰ Samtidigt är medianboendetiden på särskilt boende ungefär två år, enligt uppgifter från Socialstyrelsen.⁷¹ I förhållande till de äldres behov och återstående livslängd får de alltså vänta relativt länge på att de faktiskt ska få sitt boende. Den äldre har ofta en hög ålder och en sviktande hälsa. I våra ärenden ser vi att de äldre ibland avlider innan de får plats på ett boende där

66 Socialstyrelsen 2018j.

67 För dessa anmälningar inleder vi tillsyn i 60–80 procent av fallen. Det är dock relativt få ärenden som berörs, knappt 20 stycken.

68 Antal ärenden motsvarar i princip lika många individer.

69 I drygt 40 procent av de ärenden som har avslutats under 2018 har den enskildes nekande till en beviljad plats bidragit till långa väntetider.

70 Medianväntetiden till särskilt boende är beräknad utifrån alla ärenden som har avslutats under 2018.

71 Socialstyrelsen 2016. Medianboendetiden har också blivit allt kortare. Karolinska institutet, "Särskilt boende för äldre – Boendetider, trender och framtida utmaningar."

de vill bo, eller att de är så pass sjuka att de inte kan flytta när det väl är dags. Deras behov av stöd och hjälp tillgodoses då genom ett korttidsboende eller utökade insatser i hemmet.

Tabell 3. Tillsyn och tillståndsprövning av äldreomsorgen inklusive hemsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Anmälan till IVO	669	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	179 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	322 ³	varav IVO har riktat kritik	171
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	38 ³	varav IVO har riktat kritik	18
Lex Maria	323	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	17
Lex Sarah	429		
Egeninitierad tillsyn	235 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	17
Tillståndsprövning	286	varav IVO har beslutat om avslag	13

* IVO:s ärenden kan innehålla flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria- och lex Sarah-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade knappt 1 400 personer vår upplysningstjänst om äldreomsorgen, hemsjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Vanligast var att kontakterna kom från närstående. Många kontakter handlade om olika brister i utförandet av en insats.

Tabell 4. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst om äldreomsorgen inklusive hemsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	Antal
Totalt	1 361
från patient/brukare	111
från närstående/vårdnadshavare	752
från personal i vård/omsorg	324
från övriga frågeställare	174
om utförandebrister	374
om behandling ¹	179
om rättssäkerhet i handläggning	90
om övrigt ²	718

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad samt annat om vård och behandling.

² Gäller bland annat kontakter om personalkompetens, missnöje med beslut och omvårdnad samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg



Funktionshinderområdet

Barn och vuxna med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning har enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (SoL) rätt till olika insatser, exempelvis boende och hemtjänst. Under 2017 hade 72 900 personer insatser enligt LSS.⁷² Jämfört med tidigare år har antalet kvinnor med minst en insats minskat medan antalet män med minst en insats ökat. Under 2017 fick 52 250 personer med funktionsnedsättning insatser enligt SoL.⁷³ Under de senaste 10 åren har de flesta insatstyperna varit någorlunda stabila till antalet. Ett undantag är boendestöd, en av de vanligaste insatstyperna, som i det närmaste har fördubblats. Samma person kan vara i behov av flera olika insatser inom både LSS och SoL. Utöver redan nämnda insatser har nästan 15 000 individer personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken.⁷⁴

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Personer med funktionsnedsättning får vänta länge på insatser.
- Personer på boenden utsätts i vissa fall för en osäker miljö.
- Barn och ungdomar har möjlighet att kommunicera utifrån individuella behov.

Under 2018 har IVO gjort liknande iakttagelser inom funktionshinderområdet som tidigare år. Att IVO identifierar samma brister år efter år tyder på att verksamheterna måste utveckla sitt systematiska kvalitetsarbete för att kunna förbättra stödet till personer med funktionsnedsättning.

Både LSS och SoL syftar till att personer som behöver stöd och hjälp ska ha samma möjligheter som andra att leva ett bra liv och delta aktivt i samhällslivet. För att uppnå det krävs att de som har rätt till insatser också får insatser. IVO och Socialstyrelsen⁷⁵ ser att personer med funktionsnedsättning både kan få vänta orimligt länge på att få beslut om insatser och på att de beslutade insatserna ska starta. Justitieombudsmannen (JO) har uttalat sig om att det inte går att sätta en bestämd tid för hur lång handläggningen av ett ärende får vara.⁷⁶ Det beror på de omständigheter som finns i det enskilda ärendet. JO har också uttalat sig om vanliga motiveringar till att handläggningstiden blir lång, och menar att skäl som otillräcklig kompetens och brist på resurser inte kan ses som tillräckligt bra skäl vid en rättslig granskning.⁷⁷

Personer som har olika funktionsnedsättningar är en blandad grupp med varierande behov av stöd och service. Det är därför viktigt att verksamheter och personal har kunskap om olika typer av funktionsnedsättningar och vad som behövs för att de ska kunna erbjuda ett bra stöd. IVO har tidigare år sett att kunskaperna brister, och att hela socialtjänsten måste förbättra sina kunskaper om funktionsnedsättning. Personalen saknar fortfarande tillräckliga kunskaper om tvångs- och begränsningsåtgärder. Att brukare utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder är att kränka deras mänskliga rättigheter.⁷⁸ Detta, i kombination med att vi ser anmälningar om våld och övergrepp som rör personer som bor på boenden för vuxna med särskild service, ger en bild av att dessa personer har en osäker boendemiljö.

En positiv iakttagelse inom funktionshinderområdet är att personalen i de flesta bostäder med särskild service för barn och ungdomar arbetar med att utveckla alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Det hjälper personer med kommunikationssvårigheter att både förstå andra och kunna uttrycka sig. Socialstyrelsen har också sett ett positivt arbete med AKK i andra insatser, exempelvis daglig verksamhet.⁷⁹ Men det är ett område som fortfarande är under utveckling.

⁷² Socialstyrelsen 2018e, s. 1.

⁷³ Socialstyrelsen 2018h, s. 1.

⁷⁴ Försäkringskassan, "Statistik om assistansersättning - Antal assistansberättigade och antal timmar, 1994-."

⁷⁵ Socialstyrelsen 2018e, s. 73.

⁷⁶ JO 2018.

⁷⁷ JO Thomas Norling, "Övergripande redovisning av iakttagelser under året 2017-2018."

⁷⁸ Förenta Nationernas konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, Ds 2008:23, s. 61.

⁷⁹ Socialstyrelsen 2018e, s. 79.

Personer med funktionsnedsättning får vänta länge på insatser

Personer med funktionsnedsättning kan behöva insatser från kommunerna för att de ska kunna leva som andra. Många som har fått ett beslut om en insats får vänta länge innan beslutet verkställs. Vi ser att detta problem är störst för de som väntar på bostad med särskild service för vuxna, på daglig verksamhet och på en kontaktperson.

Kommunerna har en skyldighet att kontinuerligt följa upp vilka personer som behöver insatser och att de får sina behov tillgodosedda.⁸⁰ Redan 2014 rapporterade cirka 45 procent av kommunerna att de hade ett underskott av bostäder för personer med funktionsnedsättning.⁸¹ År 2017 hade denna siffra ökat till nästan 60 procent. Sannolikheten är därför hög att fler individer kommer att behöva vänta på att beslut verkställs eller att de som väntar får vänta ännu längre.

Vi ser att de som ansöker om insatser kan få vänta orimligt länge när kommunerna handlägger ärenden. I någon kommun kan det dröja upp till sex månader innan ärendet blir tilldelat en handläggare. När kommuner har problem med både långsam handläggning och att verkställa insatser i rimlig tid, riskerar personer som behöver kommunens stöd att få vänta väldigt länge.

Personer på boenden utsätts i vissa fall för en osäker miljö

Under 2018 har IVO handlagt cirka 140 lex Sarah-anmälningar⁸² som rör personer som bor på boende med särskild service för vuxna. I 40 procent av ärendena handlar det om att någon har blivit utsatt för våld eller övergrepp. Det kan röra sig om psykiska, fysiska, sexuella eller ekonomiska övergrepp. Där det framgår i anmälningarna vem som stått för våldet eller övergreppet, är det lika vanligt att det är en medboende som en personal.

BEGRÄNSAD TILLGÅNG TILL EGENDOM

Personalen låste brukarens lägenhetsdörr varje gång de gick in i eller ut ur lägenheten. Hens ägodelar förvarades på ett sådant sätt att hen själv inte kunde plocka fram dem utan var beroende av att personal tog fram dem.

Från en anmälan till IVO

Vi har även tidigare år sett att barn och vuxna utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder på boenden. Vi ser det även under 2018. Det kan röra sig om att fysiskt begränsa barn eller unga vuxna, genom att verksamheterna sätter lås eller larm på dörrar. Det har även förekommit allvarigare händelser där personer exempelvis har blivit fasthållna av personal. Förutom att personalen behöver mer kunskaper om hur de förebygger och hanterar utmanande beteenden, så ser vi också att personalen behöver mer kunskap om skillnaden mellan tvångs- och begränsningsåtgärder å ena sidan, och skyddsåtgärder å andra sidan.

Det är positivt att IVO får in lex Sarah-anmälningar när det har inträffat eller varit nära att inträffa allvarliga negativa händelser. Det ger en signal om att det är något som verksamheterna tar på allvar och arbetar med. Med tanke på att Socialstyrelsen uppskattar att våld och hot om våld mot personer på boenden för vuxna har förekommit på åtminstone 35 procent av samtliga boenden under 2017⁸³ så finns det en anledning att tro att sådana händelser underrapporteras till oss.

Ett av IVO:s prioriterade riskområden är att personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg. Vi kommer att granska detta i en nationell tillsyn under 2019–2020.⁸⁴

Barn och ungdomar har möjlighet att kommunicera utifrån individuella behov

Varje år besöker IVO samtliga bostäder med särskild service för barn och ungdomar. I 2018 års tillsyn

80 5 kap. 8 § socialtjänstlagen (2001:453) och 15 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

81 Boverket, "Öppna data – Boverkets bostadsmarknadsenkät 2014 och 2017."

82 Den som driver en verksamhet har en skyldighet enligt lex Sarah att anmäla allvariga missförhållanden och risk för allvarliga missförhållanden till IVO.

83 Socialstyrelsen 2018e, s. 25.

84 Även Arbetsmiljöverket har ett pågående projekt för att undersöka arbetsmiljön för personal på boenden (både SoL och LSS) där de har sett att hot och våld är vanligt förekommande.

granskade vi särskilt boendenas arbete med alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Att arbeta med AKK handlar om att sätta barnet eller ungdomen i fokus och utveckla kommunikationen utifrån varje persons individuella förutsättningar.⁸⁵ Vi fick överlag en positiv bild av det arbete som bedrivs. De allra flesta boenden har kompetent personal och det har genomförts utbildningsinsatser i många delar av landet. Boendena har även samarbeten med exempelvis vårdnadshavare och skola för att ta tillvara barnens och ungdomarnas behov och utveckling av AKK. Bättre kommunikation kan förebygga utmanande beteenden och även leda till att barn och unga kan bidra med sin erfarenhet och kunskap för att utveckla kvaliteten.⁸⁶ Med det sagt finns det fortfarande boenden som inte förstår nyttan med förbättrad kommunikation och inte har den kunskap som behövs för en brukarcentrerad omsorg.

UTVECKLAD KOMMUNIKATION

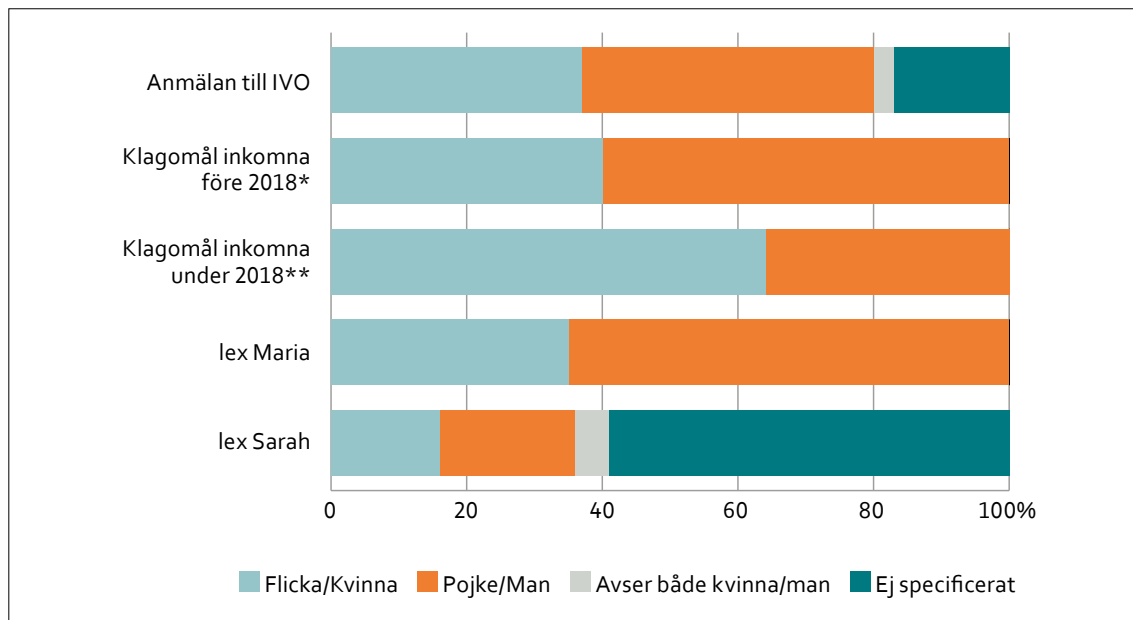
Ungdomen använder en surfplatta där det går att ta bilder, dokumentera etc. Personalen kan prata omkring det som dokumenterats. Surfplattan används även i samverkan som en sorts kontaktbok mellan skola, boende och vårdnadshavare.

Från ett inspektionsprotokoll

Översikt

Inom funktionshinderområdet får IVO in flest ärenden som rör personer med insatser enligt LSS. Under 2018 fick vi in 1 098 anmälningar som rörde funktionshinderområdet, varav 80 procent handlade om LSS. Flest anmälningar rör personer som bor på boenden med särskild service för vuxna och personer med personlig assistans. Generellt sett rör LSS-ärenden något oftare män än kvinnor, vilket överensstämmer med att fler män än kvinnor får insatser.⁸⁷

Figur 3. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller verksamhet för personer med funktionsnedsättning under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

⁸⁵ Socialstyrelsen 2015, s. 36.

⁸⁶ Socialstyrelsen 2015, s. 36.

⁸⁷ Socialstyrelsen 2018h, s. 1.

Lex Sarah-anmälningar rör också oftast personer som bor på boenden med särskild service för vuxna och personer med personlig assistans. Den vanligaste orsaken till dessa anmälningar är att en beviljad insats har blivit felaktigt utförd. Av de lex Maria-anmälningar som kom in till IVO under 2018 rörde 70 procent vuxna personer på boenden med särskild service, och ärendena handlade oftast om läkemedelshantering.

IVO prövar och beviljar tillstånd för verksamheter inom många olika områden. Under 2018 återkallade IVO 16 tillstånd inom samtliga tillsynsområden. Av dessa var 80 procent (13 stycken) tillstånd till privata utförare av personlig assistans.

Tabell 5. Tillsyn och tillståndsprövning av funktionshinderområdet som IVO genomförde under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutsstyp	Antal
LSS			
Anmälan till IVO	865	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	236 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	15 ³	varav IVO har riktat kritik	3
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	1 ³	varav IVO har riktat kritik	--
Lex Maria	33	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	--
Egeninitierad tillsyn	375 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	39
Författningsreglerad tillsyn	185	varav IVO har ställt krav på åtgärd	9
Tillståndsprövning	401	varav IVO har beslutat om avslag	129
SoL			
Anmälan till IVO	233	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	49 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	5 ³	varav IVO har riktat kritik	3
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	1 ³	varav IVO har riktat kritik	--
Lex Maria	7	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	--
Egeninitierad tillsyn	45 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	4
Tillståndsprövning	91	varav IVO har beslutat om avslag	25

* IVO:s ärenden kan innehålla flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade knappt 1 800 personer vår upplysningstjänst om funktionshinderområdet. Vanligast var att kontakterna kom från personal i vård och omsorg och från närstående och vårdnadshavare. Många kontakter rör olika brister i utförandet av en insats.

Tabell 6. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst om funktionshinderområdet under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	antal
Totalt	1 790
från patient/brukare	248
från närstående/vårdnadshavare	530
från personal i vård/omsorg	640
från övriga frågeställare	372
om utförandebrister	416
om rättssäkerhet i handläggning	220
om kompetens hos personal	51
om övrigt ¹	1 103

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller bland annat kontakter om omvårdnad, bemötande och behandling samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Missbruks- och beroendevården

Personer med missbruks- och beroendeproblematik kan dels få vård och behandling från hälso- och sjukvården, dels få insatser från socialtjänsten. De vanligaste av socialtjänstens insatser är individuellt behovsprövade insatser i form av öppenvård. Under 2017 fick cirka 10 900 personer en sådan insats. Av dessa var två tredjedelar män.⁸⁸ Många som söker hjälp har även psykisk ohälsa, ofta i form av ångestsjukdom eller depression.

Andelen yngre personer (15–19 år) som vårdas för drogberoende inom hälso- och sjukvårdens specialiserade öppenvård har ökat markant de senaste tio åren. Antalet personer som vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall har ökat med cirka 30 procent. Män är överrepresenterade i statistiken om narkotikarelaterad dödlighet. Under 2016 dog 910 personer och av dessa var 600 män.⁸⁹

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Personer med missbruks- och beroendeproblematik och samtidig psykisk ohälsa riskerar att få sämre vård när samordningen brister.
- Socialtjänstens insatser är inte alltid anpassade till individens behov.
- Planering och uppföljning av vård- och behandlingsinsatser behöver förbättras.

Kommuner och landsting har ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården. Vi ser samma problematik som vi såg 2017, och även tidigare år – att samverkan mellan de två huvudmännen fortfarande brister. Det påverkar vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblematik negativt.⁹⁰ I synnerhet drabbas de som har ett missbruk och samtidig psykisk ohälsa, eftersom de ofta har behov av vård och behandling från flera aktörer samtidigt.

I de klagomål på socialtjänstens handläggning som vi tar emot framgår att både anmälare och närstående upplever att de inte får hjälp i tid eller ett stöd som motsvarar deras behov. Anledningarna till att behovet inte alltid styr kan till exempel vara att utbudet av öppna insatser inom kommunen är begränsat, eller att socialtjänsten inte utreder personers behov i tillräcklig utsträckning.

Individuellt behovsprövade insatser är fortfarande den vanligaste insatsen i socialtjänsten. Men andelen personer som får denna typ av insats har minskat under de senaste tio åren.⁹¹ Det kan till viss del bero på att flera kommuner erbjuder serviceinsatser i högre utsträckning än tidigare. Kommunen har ingen skyldighet att dokumentera serviceinsatser eller att följa upp resultaten. Det är därför inte möjligt att utvärdera hur, eller om, dessa insatser leder till att individer får sina behov tillgodosedda.

Det finns få studier som mäter hur brukare själva uppfattar socialtjänstens arbete, och verksamheter inom individ- och familjeomsorgen följer sällan upp och utvärderar kvaliteten eller resultatet för de personer som får en behovsprövad insats.⁹² Den uppföljning som socialtjänsten gör utgår ofta från enskilda verksamheters ansvarsområden istället för de behövandes samlade behov.⁹³ Vi menar att socialtjänsten behöver utveckla och förbättra sitt arbete med att följa upp beviljade insatser för att se till att personer med missbruks- och beroendeproblematik får rätt vård och behandling.

⁸⁸ Socialstyrelsen 2018k, s. 3.

⁸⁹ Socialstyrelsen 2018d, s. 50 och 53.

⁹⁰ IVO 2018g, s. 12.

⁹¹ Socialstyrelsen 2018d, s. 58.

⁹² Socialstyrelsen 2018b, s. 12.

⁹³ Vårdanalys 2016a, s. 7.

Personer med missbruks- och beroendeproblematik och samtidig psykisk ohälsa riskerar att få sämre vård när samordningen brister

IVO fortsätter att se brister i samordningen av vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblematik. Det gäller både samordningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården men också samordningen inom respektive huvudman. För att kunna tillgodose personernas komplexa behov måste någon ta ett helhetsansvar. Vi ser att det ofta saknas någon som gör det. Istället fokuserar varje verksamhet på att lösa sina specifika uppgifter. Det försämrar förutsättningarna för att ge dessa personer en samordnad vård som tillgodoser deras samlade behov. En individuell plan (samordnad individuell plan, ofta kallad SIP) kan ge bättre förutsättningar för att en person ska få samordnade vård- och stödsatser. Men vi ser att de som är ansvariga inte alltid upprättar en SIP, trots att personen har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Personer med missbruksproblem är en särskilt utsatt grupp, som har svårt att ta tillvara sina egna intressen. De lider ofta av andra problem utöver sitt missbruk, såsom fysisk och psykisk ohälsa och social utsatthet. De behöver därför ofta flera olika stöd- och behandlingsinsatser samtidigt. Vi ser att de ansvariga aktörerna inte tillgodoser detta behov. Det är till exempel svårt att få hjälp för psykisk ohälsa i rimlig tid. Det ställs ibland också krav på att personer med missbruksproblem bör vara drogfria innan de kan få hjälp med sin psykiska ohälsa. Om de dessutom behöver vänta på sin behandling ökar risken att de återfaller i missbruk. Efter ett återfall måste de genomgå en ny behandling för sitt missbruk från socialtjänsten innan de igen kan bli aktuella för att få behandling för sin psykiska ohälsa.⁹⁴ Förutom att detta innebär tydliga risker för sämre vård och hälsa så går det också emot Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Riktlinjerna rekommenderar att personer med missbruk eller beroende av alkohol och narkotika och samtidigt har en svår psykisk sjukdom ska få integrerade och samtidigt behandlingsmetoder.⁹⁵

Socialtjänstens insatser är inte alltid anpassade till individens behov

Vi ser fortfarande att personer med missbruks- och beroendeproblematik inte alltid erbjuds insatser som motsvarar deras behov. Socialtjänsten inleder inte alltid en utredning enligt lagen om vård av missbrukare trots att det kan finnas skäl att bereda personer tvångsvård. Vi ser även att socialtjänsten ibland undviker att inleda utredning med stöd av socialtjänstlagen, trots att det finns tecken på att en person behöver insatser. Socialtjänsten anpassar också ofta sitt stöd utifrån vilka insatser den egna kommunen kan erbjuda. Det innebär att vissa personer inte får insatser som är anpassade till deras behov, vilket ökar risken att insatserna inte får avsedd effekt.

Av handlingarna i ärendet framgår det mycket tydligt att den enskilde ansöker om vård på behandlingshem. Vidare framgår det att kommunen förordar öppenvårdslösningar på hemmaplan och att den enskilde därför i första hand ska erbjudas det. Om nämnden inte har för avsikt att bevilja det ansökta biståndet ska ett avslagsbeslut fattas och den enskilde ska få en möjlighet att överklaga. IVO anser att nämndens handläggning i detta ärende inneburit att den enskildes möjlighet att snabbt komma igång med en nödvändig behandling har dröjt onödigt länge, vilket skulle kunna få allvarliga konsekvenser för den enskilde.

Från ett beslut i en egeninitierad tillsyn

Socialtjänstens handläggning tar ibland för lång tid. Det kan innebära att socialtjänsten missar möjligheter att motivera en person till vård och behandling. Personer som missbrukar är ofta som mest motiverade till vård i ett tidigt skede. Därför bör insatserna komma igång så fort som möjligt.⁹⁶

⁹⁴ IVO 2017c, s. 4.

⁹⁵ Socialstyrelsen 2018g, s. 9.

⁹⁶ IVO 2018g, s. 12.

Vi ser även att socialtjänsten ibland placerar personer med omfattande samsjuklighet⁹⁷ i boenden som inte kan erbjuda ett stöd som motsvarar deras behov. Det är boenden som inte behöver ha tillstånd från IVO för att bedriva sin verksamhet. När IVO gjort tillsyn på dessa boenden har vi kunnat konstatera vissa kvalitetsbrister, till exempel när boendena skrivit in nya personer. Där har vi sett att bedömningen av personernas problembild och behov av vård och stöd ibland har varit otillräcklig.

Planering och uppföljning av vård- och behandlingsinsatser behöver utvecklas

IVO ser brister i hur socialtjänsten planerar de insatser som de beviljar. När en insats är avslutad har inte alltid socialtjänsten någon planering för fortsättningen, till exempel om abstinensvård ska följas av någon annan behandling, eller hur tvångsvård ska följas upp med frivillig vård. Faktorer som försvårar planeringen kan vara att det är olika huvudmän som ansvarar för vården, och att huvudmännen inte i tillräcklig utsträckning tar ett gemensamt helhetsansvar för individernas behov.

En mormor ringer och berättar om sitt barnbarn som vårdas enligt lag om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Barnbarnets LVM-vård upphör snart men det finns ingen planering för vad som ska hända sen: ingen planering för fortsatt vård eller bostad efter LVM-vården. Socialtjänsten är svår att nå.

Från en kontakt med IVO:s upplysningstjänst

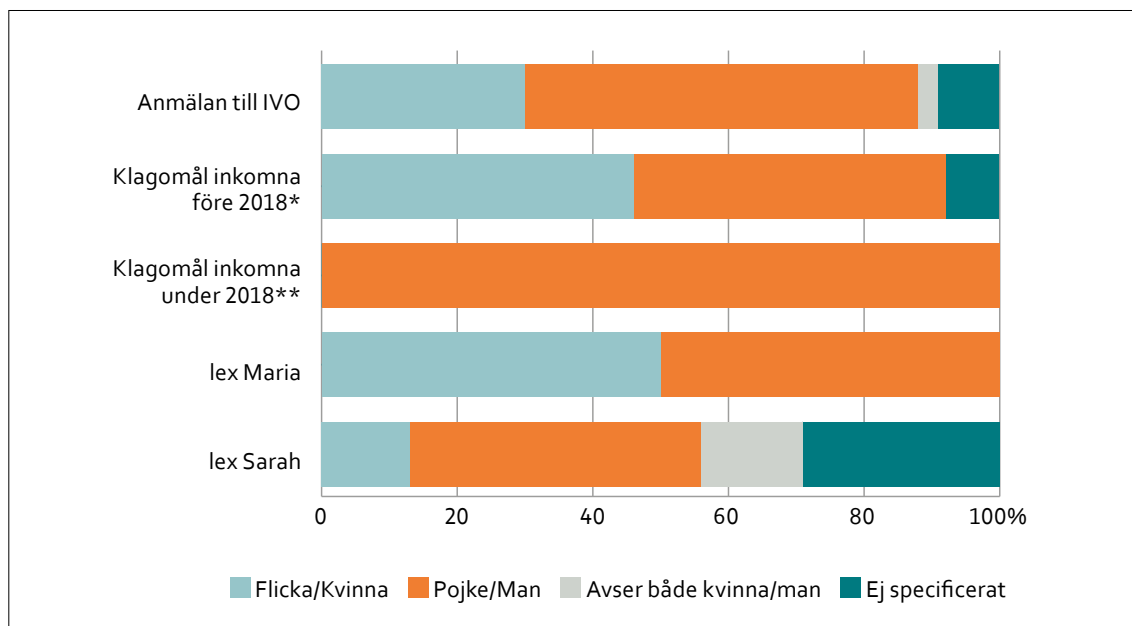
Ett annat område där socialtjänsten behöver utveckla sin verksamhet är hur de följer upp beviljade insatser. Personer med missbruks- och beroendeproblematik kommer ofta tillbaka och behöver ytterligare stöd och hjälp från socialtjänsten. När en insats tar slut ser vi att socialtjänsten inte alltid följer upp eller utvärderar den. De kan därför inte avgöra om insatsen leder till positiva förändringar för personen som tagit emot stödet eller behandlingen. Om insatser inte följs upp blir det också svårare att systematiskt följa upp insatser på gruppnivå. En sådan uppföljning skulle kunna ligga till grund för en mer strategisk styrning och ledning på alla nivåer i socialtjänsten.

⁹⁷ Samsjuklighet innebär att en person har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt, vilket är mycket vanligt vid psykisk sjukdom och vid missbruksproblem.

Översikt

Majoriteten av anmälningarna till IVO är klagomål på socialtjänstens myndighetsutövning. I ungefär en tredjedel av dessa ärenden inleder IVO tillsyn. Lex Sarah-anmälningarna handlar till största delen om rätts-säkerhet. Både i klagomål på socialtjänst och i enskildas klagomål på hälso- och sjukvården rör fler ärenden män än kvinnor.

Figur 4. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller missbruks- och beroendevård under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 tog vi emot 4 anmälningar om allvarlig vårdskada (lex Maria). Anmälningarna rör bland annat fall där personal inte har uppmärksammat en persons kroppsliga eller psykiatriska besvär i tillräcklig utsträckning. Av de 16 klagomål på hälso- och sjukvården som IVO tagit del av under 2018 avslutade IVO 6 med kritik.

De 60 tillståndsansökningar som gäller vård för personer med missbruk som IVO tagit emot under 2018 har framförallt handlat om att få driva hem för vård eller boende (enligt 7 kap. 1 § 1p socialtjänstlagen, SoL), eller att bedriva hem eller öppen verksamhet med vård en begränsad del av dygnet (enligt 7 kap. 1 § 4p SoL). En tredjedel av ansökningarna fick avslag. IVO har motiverat de flesta avslagen med att verksamheten inte har förutsättningar att uppfylla kraven på god kvalitet och säkerhet, eller inte behöver ett tillstånd för sin verksamhet.

Tabell 7. Tillsyn och tillståndsprövning av missbruks- och beroendevård som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Anmälan till IVO	344	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	121 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	15 ³	varav IVO har riktat kritik	5
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	1 ³	varav IVO har riktat kritik	1
Lex Sarah	44	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	--
Lex Maria	4	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	1
Egeninitierad tillsyn	153 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	46
Tillståndsprövning	60	varav IVO har beslutat om avslag	19

* IVO:s ärenden kan röra flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller bara ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

De som hör av sig till IVO:s upplysningstjänst är till största del närstående och brukare. Flest kontakter handlar om socialtjänstens myndighetsutövning samt HVB-hem. Under kategorin övrig kan det handla om synpunkter på övrig missbruksvård, till exempel öppenvård och stödboende för vuxna.

Tabell 8. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst om missbruks- och beroendevård under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	Antal
Totalt	614
från patient/brukare	174
från närstående	184
från personal i vård/omsorg	146
från övriga frågeställare	110
om behandling ¹	165
om rättssäkerhet i handläggning	106
om utförandebrister	72
om övrigt ²	271

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde, samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad samt annat om vård och behandling.

² Gäller bland annat kontakter om bemötande, kompetens hos personal, missnöje med beslut och läkemedel samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Hälso- och sjukvård



Primärvård

I hälso- och sjukvårdslagen definieras primärvård som öppen vård utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården ska tillgodose medborgarnas behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande insatser som inte kräver sjukhusens resurser.⁹⁸ I Sverige står primärvården för drygt 18 procent av hälso- och sjukvårdens resurser. Det är mindre än i många jämförbara länder.⁹⁹ Vad primärvården har för uppdrag, hur den är organiserad och styrd skiljer sig åt över landet.¹⁰⁰ Huvuddelen av primärvården bedrivs vid någon av landets drygt 1 100 vårdcentraler.¹⁰¹

Två tredjedelar av befolkningen besöker primärvården minst en gång under ett år.¹⁰² Sverige följer också den internationella trend där antalet digitala vårdbesök stadigt ökar, liksom antalet vårdgivare som erbjuder digitala vårdtjänster.¹⁰³ Under 2017 genomfördes knappt två procent av alla primärvårdsbesök i Sverige via nätläkare.¹⁰⁴

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Vårdgivarna behöver samordna vården utifrån patientens behov för att den ska bli god och säker.
- Patienter riskerar allvarliga konsekvenser när diagnoser fördröjs.
- Vårdgivarna behöver utveckla sitt systematiska förbättringsarbete för att skydda patienterna mot vårdskador.

De iakttagelser IVO har gjort är till stor del sedan länge kända utmaningar. Det handlar om att vård och insatser behöver vara mer samordnade och i större utsträckning utgå från patienternas behov, förutsättningar och önskemål, snarare än att de ska utgå från vårdens och omsorgens organisation och ansvarsområden. Det kräver att vårdgivarna ändrar både förhållningssätt och arbetssätt. De behöver förbättra förmågan att arbeta över organisatoriska gränser, kommunicera och arbeta förebyggande. Vi ser också att vårdgivarna måste överväga hur de, på olika nivåer, leder och styr sina verksamheter för att säkerställa att patienterna får god och säker vård med tillräcklig kompetens och bra kontinuitet. Det kräver ett tydligt och uthålligt ledarskap på alla nivåer, som skapar förutsättningar och ger mandat för förbättringsarbetet.

Primärvårdens utmaningar handlar också om att se till att patienter med allvarliga sjukdomar får sina diagnoser så tidigt som möjligt för att inte riskera att fördröja vårdförloppet och att de får sämre behandlingsresultat. Många patienter som senare visar sig ha cancer vänder sig först till primärvården med sina symptom. Cancerforskning i Danmark visar att människors konsumtion av primärvård ökar en tid före cancerdiagnosen, och att den är högre än för befolkningen i allmänhet.¹⁰⁵ Primärvården har därför en viktig uppgift i att identifiera de signaler som gör att cancer måste misstänkas och en utredning startas. Vi ser att primärvården behöver öka sin kompetens att upptäcka tidiga tecken på allvarliga sjukdomar. Här är regionernas pågående arbete med standardiserade vårdförlopp för allvarliga sjukdomar steg i rätt riktning.

Vården behöver samordnas utifrån patientens behov för att den ska bli god och säker

Vi ser att patienter som behöver insatser från flera vård- och omsorgsgivare får ta ett allt för stort eget ansvar för att föra över information mellan vårdgivare och för att samordna sina egna insatser. Detta gäller även de som behandlas av olika verksamheter inom samma vårdgivare. Vi ser också exempel på att patienter behand-

98 2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

99 Vårdanalys 2017a, s. 9..

100 Det går att tala om 21 olika primärvårdssystem i Sverige enligt Vårdanalys. Vårdanalys 2017a, s. 10.

101 SKL, "Ekonomi och verksamhetsstatistik för landsting och regioner: Verksamhetstabeller 2017."

102 Vårdanalys 2017a, s. 39.

103 CQC 2018.

104 SKL 2018.

105 Hansen, PL, Hjertholm, P och Vedsted, P 2015.

las för ett besvär i taget, utan att någon tar ansvar för deras samlade behov. De får heller inte alltid möjlighet att vara delaktiga i sin vård och behandling. Bristande samordning innebär en risk för att patienten inte får nödvändiga insatser i rimlig tid, i rätt ordning, eller att de inte får några insatser överhuvudtaget och att patientens situation därmed förvärras. Det kan också leda till utdragna perioder av oro och frustration för patienter och deras närstående. Personer med komplexa behov och nedsatt förmåga att själva samordna sin vård och behandling riskerar att drabbas särskilt hårt.



NÅNANNANISMEN?

Det framkommer av analysen att involverade enheter uppfattar egna bedömningar och åtgärder som korrekta men att någon annan borde ha agerat annorlunda. Det försvårar möjligheterna till kommunikation och samarbete vilket för denna patientgrupp är av största värde.”

Citat från en vårdgivares utredning i ett lex Mariaärende

Ett tydligt förbättringsområde för vårdens aktörer är att gemensamt identifiera, genomföra och följa upp åtgärder för att förbättra samordningen. Vi ser att vårdgivarna själva har identifierat att de behöver bli bättre på att samverka, liksom på att säkerställa överföringen av viktig information om patienter, som sjukdomshistoria, tidigare insatser och undersökningsresultat. Samtidigt ser vi att det ibland är svårt att få samverkan att leda till att aktörerna faktiskt samordnar insatser för patienterna. Ofta resulterar samverkan i att de delar upp ansvaret istället för att ta ett gemensamt ansvar. Men det finns verksamheter och vårdgivare som har arbetat gemensamt för att ta fram modeller för att integrera sina verksamheter och öka samordningen.¹⁰⁶ Detta är något som skulle behöva ske i betydligt högre utsträckning för att patienter ska få en god och säker vård.

Patienter riskerar allvarliga konsekvenser när diagnoser fördröjs

Fördröjd diagnos är ett av de vanligaste skälen till att patienter eller närstående anmäler klagomål eller kontaktar IVO:s upplysningstjänst. Det är också en av de vanligaste orsakerna till de anmälningar om allvarliga vårdskador (lex Maria) som vårdgivare gör till IVO.¹⁰⁷ Ofta är det personer med en allvarlig sjukdom, som exempelvis cancersjukdomar, hjärtsjukdomar eller diabetes som drabbas. En fördröjd diagnos innebär att patienten inte får rätt behandling i rätt tid, vilket kan leda till en svårare sjukdom och att patienten får bestående men eller avlider.

Både vår tillsyn och vårdgivarnas utredningar visar att flera faktorer bidrar till att patienters diagnoser blir fördröjda i primärvården. Det handlar till exempel om brister i den medicinska handläggningen, som att läkaren inte har frågat efter väsentliga uppgifter i personens sjukdomshistoria eller inte har genomfört tillräckliga undersökningar. Det handlar också om att remisser inte har bevakats och att prover och behandlingar inte har följts upp. Vi ser även att det handlar om att bedömningar och diagnoser inte omprövas i tillräcklig utsträckning. Vårdgivarna identifierar ofta hög personalomsättning, personal- och kompetensbrist och brist



Vi anhöriga upplever att man inte tagit min fars besvär på allvar. Man bestämde sig tidigt för en diagnos och gick på den linjen. Vi upplever att det brister i rutiner med provtagning, lämna provsvar och att få återbesök. Vi upplever också att det inte fanns någon som hade ansvar för pappa, som följde upp och drev frågan vidare när han inte blev bättre. Förmodligen hade det inte gått att göra något åt pappas sjukdom även om det upptäckts tidigare, men pappa hade kunnat få en bättre sista tid i livet.”

Citat från ett klagomålsärende

¹⁰⁶ Exempelvis ÄMMA-teamet (Äldre i Malmö Mobilt Akutteam) och Projekt hälsostaden i Ängelholm.

¹⁰⁷ Vårdgivaren ska utreda och anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till IVO. Denna regel kallas lex Maria och finns i 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659).



I korthet vill jag klaga på att jag inte fått adekvat vård utan bollats fram och tillbaka utan att få hjälp och utan att någon tagit ansvar för vården och kunnat ge en samlad bild av mitt sjukdomstillstånd. Detta fick till följd att mitt tillstånd förvärrades och jag fick till slut söka akuthjälp på sjukhuset .”

Citat från ett klagomålsärende

på gemensamma dokumentationssystem som bakomliggande orsaker till att sådana händelser inträffar. Vårdgivarna tenderar att stanna vid att de har svårt att påverka dessa omständigheter. Såväl personal- som kompetensbrister är stora utmaningar för vården, liksom bristen på stödjande administrativa system. Men vårdgivarna har fortfarande kvar sitt ansvar för att patienterna får en god och säker vård.

Vårdgivarna behöver utveckla sitt systematiska förbättringsarbete för att skydda patienterna mot vårdskador

Vi ser att patienter i primärvården drabbas på sätt som hade kunnat undvikas om vårdgivaren haft ett fungerande systematiskt förbättringsarbete. Under 2016 genomförde vi en nationell tillsyn med fokus på detta, och vi kan konstatera att det fortfarande är ett stort och viktigt utvecklingsområde.¹⁰⁸ Vårdgivarna är ofta bra på att genomföra åtgärder för att komma till rätta med en specifik brist när en patient har drabbats eller riskerat att drabbas av en vårdskada. Men för att det förebyggande arbetet mot vårdskador ska vara robust kräver det att det systematiska förbättringsarbetet ständigt pågår och är integrerat i den dagliga verksamheten, snarare än att det utförs som punktinsatser. Vårdgivarna behöver bland annat bli bättre på att utvärdera sina åtgärder för att se om de har bidragit till förbättringar för patienterna. De behöver också i högre grad arbeta löpande med egenkontroll och att analysera avvikelser och synpunkter för att utveckla verksamheten och förebygga att det uppstår brister. Det systematiska förbättringsarbetet behöver också i större utsträckning anpassas efter de utmaningar och förutsättningar som verksamheterna har att förhålla sig till. Om en vårdgivare exempelvis har problem med hög personalomsättning, personalbrist, stress och bristande kontinuitet så kräver det mer riskförebyggande arbete. Behovet av egenkontroll ökar då för att säkerställa att patienterna får god och säker vård.

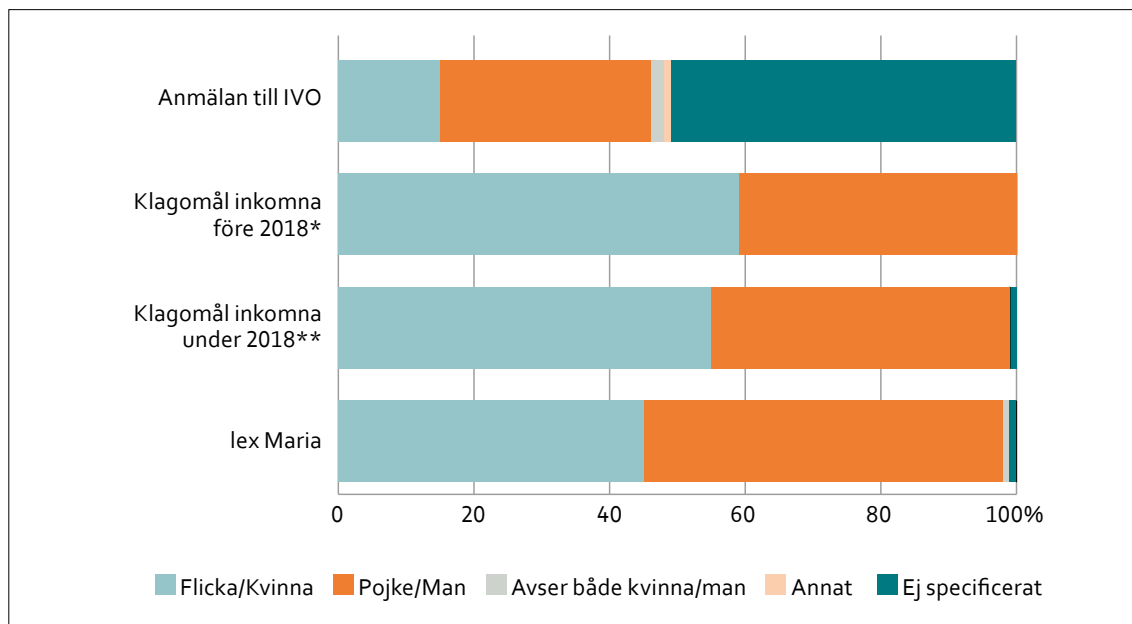
Vi ser också att vårdgivare på central nivå i större utsträckning kan bidra till det systematiska förbättringsarbetet. De kan exempelvis på aggregerad nivå analysera och sprida erfarenheter och goda exempel från verksamheternas förbättringsarbete, såväl inom organisationen som till andra vårdgivare. Utan en sådan spridning blir verksamheterna isolerade öar där vårdgivarens samlade kompetens inte tas tillvara. Patienter riskerar då att drabbas av brister och händelser som hade kunnat undvikas.

108 IVO 2017d.

Översikt

Under 2018 utredde vi 1 080 klagomålsärenden, varav något fler än hälften gällde kvinnor. I drygt 40 procent av de klagomålsärenden som omfattades av den tidigare klagomålslagstiftningen riktade vi kritik. I klagomål som kom in från den 1 januari 2018 riktade vi kritik i knappt 30 procent av ärendena. De ärenden där IVO riktat kritik handlar framförallt om brister i diagnostik, vård och behandling.

Figur 5. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller primärvård under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Vi fattade under 2018 beslut i cirka 330 lex Maria-anmälningar. Majoriteten av dessa handlade om brister i diagnostik, vård och behandling. I 45 procent av ärendena rörde anmälningarna kvinnor och i 54 procent av ärendena män.

Tabell 9. Tillsyn av primärvården som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Anmälan till IVO	138	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	45 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	956 ³	varav IVO har riktat kritik	400
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	124 ³	varav IVO har riktat kritik	39
Lex Maria	336	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	9
Egeninitierad tillsyn	107 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	1

* IVO:s ärenden kan röra flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade 2 200 personer vår upplysningstjänst om primärvården. De flesta av kontakterna kom från patienter. Vanligast var att kontakterna handlade om behandling, till exempel felaktig, fördröjd eller utebliven behandling.

Tabell 10. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst som gällde primärvård under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	antal
Totalt	2 237
från patient/brukare	1 485
från närstående/vårdnadshavare	525
från personal i vård/omsorg	144
från övriga frågeställare	83
om behandling ¹	920
om journaler/dokumentation	295
om bemötande	195
om övrigt ²	827

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad samt annat om vård och behandling.

² Gäller bland annat kontakter om kompetens hos personal, väntetider och läkemedel samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg



Akutmottagningar och prehospital vård

Akutsjukvård är ett brett begrepp och omfattar all vård som genomförs på grund av att en patient har ett akut medicinskt tillstånd. I akutsjukvården ingår vård och behandling inom såväl akut öppenvård som akut slutenvård. En central del av vården vid landets akutsjukhus är att ta emot personer med allvarliga akuta tillstånd. Under 2017 gjordes knappt fyra miljoner besök på akutmottagningar vid sjukhus i Sverige.¹⁰⁹ Ungefär var tionde besökare på akutmottagningarna kunde ha vårdats på annan vårdnivå eller via egenvård.¹¹⁰

Prehospital akutsjukvård omfattar omedelbara medicinska åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonal genomför utanför sjukhus.¹¹¹ Det vi redovisar i detta avsnitt gäller den verksamhet som ambulans och larmcentraler genomför. Under de senaste åren har cirka 3 miljoner samtal besvarats årligen av Sveriges nödnummer 112 och av dessa var knappt en tredjedel vårdärenden.¹¹²

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Brister i kompetens inom akutmottagningar och prehospital vård leder till risker för patientsäkerheten.
- Risker för patientsäkerheten på akutmottagningar och inom prehospital vård är relaterade till långa väntetider.
- Riskerna för patientsäkerheten ökar när kommunikationen i vårdkedjan brister.

Liksom tidigare år ser vi att det finns utmaningar med att säkerställa att personalen inom akutsjukvården och den prehospitala vården har rätt kompetens. När personalen saknar tillräcklig erfarenhet och kompetens kan det medföra brister i undersökningar och bedömningar av patienter. Detta kan leda till uteblivna eller fördröjda diagnoser som resulterar i ett förlängt vårdförlopp för patienten.

Väntetider på akutmottagning är en nationell utmaning för sjukvården. Patienterna får vänta på att bli bedömda av läkare eller sjuksköterskor och vänta på undersökningar och vårdplatser. Socialstyrelsen har i flera rapporter redovisat att väntetiderna fortsätter att öka.¹¹³ I olika delar av landet har det öppnats närakuter som ska avlasta akutmottagningarna. Närakuter ska ta hand om patienter vars tillstånd inte kräver akutsjukhusets fulla resurser, men som inte kan vänta på en läkarbedömning på vårdcentralen.¹¹⁴

De patienter som behöver läggas in på en vårdavdelning får ibland vara kvar länge på akutmottagningen på grund av att det saknas vårdplatser på vårdavdelningen. Detta kan innebära risker för patienten, till exempel att deras tillstånd förvärras. Det kan också leda till vårdskador och i värsta fall att patienten avlider.

Vi ser också att kommunikationen mellan vårdpersonalen och patienterna och deras närstående kan brista. Kommunikationen är avgörande för att patienterna ska förstå den information som de får och kunna vara delaktiga i att planera den fortsatta vården.

Brister i kompetens inom akutmottagningar och prehospital vård leder till risker för patientsäkerheten

Precis som tidigare år ser vi fortsatta utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen på landets akutmottagningar. Vi ser allvarliga konsekvenser som fördröjda, felaktiga eller uteblivna diagnoser när akutmottagningarna bemannas med personal som saknar tillräcklig erfarenhet och kompetens. Det är exempelvis inte ovanligt att de läkare som bemannar akutmottagningen fortfarande genomgår sin utbildning och ibland är ensamma, och att de gör egna bedömningar utan stöd av specialistkompetens. Detta trots IVO:s principbe-

¹⁰⁹ Socialstyrelsen, "Socialstyrelsens statistikdatabas."

¹¹⁰ Socialstyrelsen 2018m.

¹¹¹ 1 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om ambulanssjukvård m.m.

¹¹² SOS Alarm (utan år), s. 23–27.

¹¹³ Se till exempel Socialstyrelsen 2018l och Socialstyrelsen 2017f.

¹¹⁴ Sjukhusläkaren 2018, "Närakut i Göteborg fungerar som avlastning för akutmottagning".

slut från år 2015.¹¹⁵ Även Myndigheten för vård- och omsorgsanalys belyser det i sin nya rapport *En akut bild av Sverige*. I rapporten poängterar myndigheten hur viktigt det är att det finns en bred kompetens dygnet runt på akutsjukhus, och myndigheten rekommenderar landstingen att säkerställa kompetensnivån på akutmottagningarna.¹¹⁶ I dag har många akutmottagningar svårt att täcka sitt behov av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det gäller även behovet av erfarna sjuksköterskor och specialistutbildade läkare.¹¹⁷ Otillräcklig kompetens kan resultera i bristande personalkontinuitet och andra negativa konsekvenser.¹¹⁸

Inom den prehospitala vården ser vi att den personal som tar emot samtal vid larmcentralerna inte alltid ställer de frågor som krävs för att vården ska få rätt information. Det här beror till stor del på att personalen inte har tillräcklig kompetens, och det leder i sin tur till svårigheter att göra korrekta medicinska bedömningar. Det kan vara livsavgörande för patienten att personalen har korrekt information. Vi ser också att det förekommer att ambulanspersonal felaktigt lämnar kvar patienter hemma för fortsatt egenvård om de inte bedömer att patienterna uppfyller kraven för att få vård och behandling på sjukhus. När personalen prioriterar fel och hänvisar till en annan vårdnivå kan det leda till allvarliga konsekvenser, exempelvis att människor inte får den vård som är nödvändig. Vi ser också att personalen i vissa fall gör felaktiga bedömningar utifrån sina egna erfarenheter, utan att ta stöd av de riktlinjer som finns.

Risker för patientsäkerheten på akutmottagningar och inom prehospital vård är relaterade till långa väntetider

De långa väntetider på akutmottagningarna som vi sett tidigare år finns kvar. Väntetiderna varierar mellan regioner och mellan olika akutmottagningar.¹¹⁹ De uppstår också i olika skeenden av vården, så som

- innan patienten blir bedömd av en sjuksköterska eller en läkare
- inför undersökning eller under pågående utredning, exempelvis när patienten väntar på röntgen
- när patienten är färdigbehandlad vid akutmottagningen och väntar på en vårdplats på sjukhuset.



hela sjukhuset?”

Är det verkligen rimligt att få vänta med en snart 90-årig mor på akuten i 25 timmar innan hon blev inlagd på sal? Personalen gör så gott de kan men något fel är det. Är det också rimligt att under natten endast finns en jourläkare som ska se till

Citat från en kontakt med IVO:s upplysningstjänst

Vi har under flera år sett att en hög belastning på akutmottagningar på grund av brist på vårdplatser kan leda till allvarliga risker för patientsäkerheten, såsom fördröjd diagnos, utebliven diagnos och bristande omvårdnad. Det rör sig ofta om patienter som behöver läggas in på en vårdavdelning, men som på grund av brist på vårdplatser istället vårdas på akutmottagningen. Högt söktryck kombinerat med långa väntetider kan leda till en situation där antalet patienter och deras vårdbehov överstiger de tillgängliga resurserna på akutmottagningarna.¹²⁰ Väntetider på akutmottagningar kan även leda till att patienterna blir oroliga och frustrerade. Vi har också sett att det finns en risk att omvårdnaden brister för de som väntar på vårdplats, vilket ökar risken för en vårdskada. Om patienter väntar för länge på bedömning eller på undersökning finns det risk att sjukdomstillståndet förvärras.

När patienter får vänta för länge på ambulans kan det leda till allvarliga vårdskador så som förvärrat

115 Principbeslutet ska säkerställa att läkare med vikariatsförordnande inte ska arbeta självständigt vid akutmottagningarna utan tillgång till legitimerade läkare på plats som ansvarar för patienten.

116 Vårdanalys 2018a.

117 IVO 2015.

118 Socialstyrelsen 2018f, s. 45.

119 Socialstyrelsen 2018l, s. 2.

120 Socialstyrelsen 2017f.

sjukdomstillstånd eller i värsta fall att patienten hinner avlida. Ibland orsakas väntetiderna av att personalen på larmcentralen misstolkat symptom, vilket medför att ambulansen skickas ut med för låg prioriteringsnivå.

Riskerna för patientsäkerheten ökar när kommunikationen i vårdkedjan brister

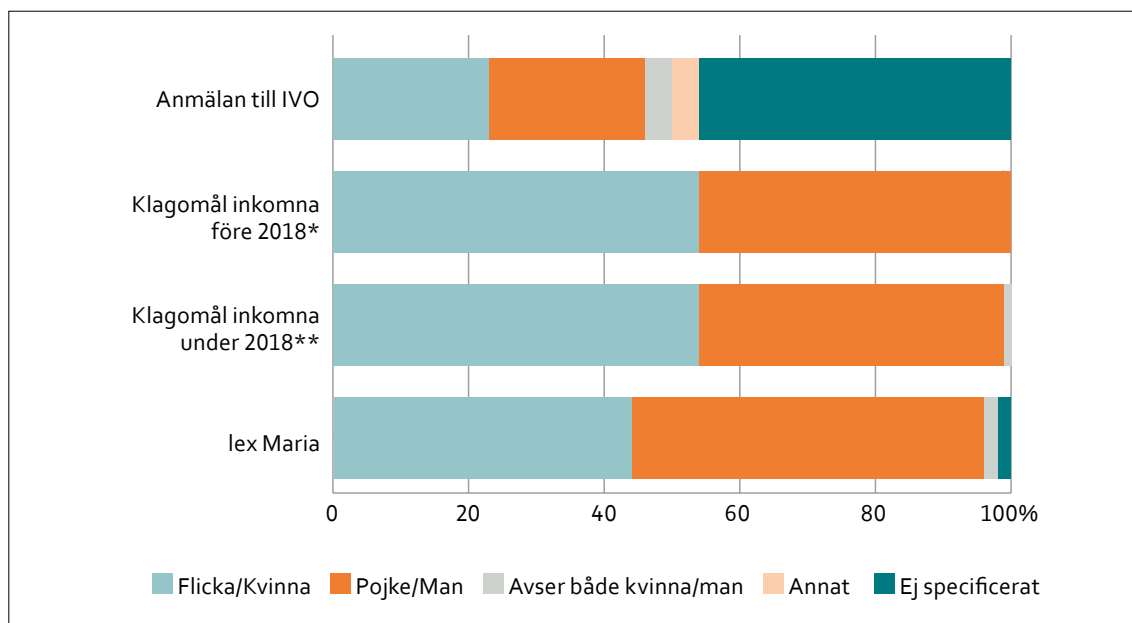
Kommunikationen mellan olika parter måste fungera för att vården ska bli bra. Det gäller både kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen och kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen och patienterna eller deras närstående. Bristande kommunikation mellan den inblandade hälso- och sjukvårdspersonalen kan leda till att personer skickas hem med livshotande tillstånd och till att symptom undervärderas på grund av felaktiga bedömningar. Brister kommunikationen med patienter och närstående kan det leda till att de inte får den information de ska ha. Vi ser att patienter inte alltid får tillräcklig information om vilka tecken som skulle kunna visa att deras tillstånd har försämrats eller när det är dags att söka vård igen. För lite information leder ofta till att patienterna känner sig otrygga och kan därmed skapa onödig oro. Om patienter inte får tillräcklig information och inte vet vart de ska vända sig om tillståndet försämrats eller inte blir bättre kan det också leda till att de söker vård på fel vårdnivå, vilket kan få allvarliga konsekvenser för patienten.

Kommunikationen brister ibland mellan olika vårdaktörer, som mellan 1177, 112, larmcentralen, ambulansen och akutmottagningen. Det kan leda till att patienter "faller mellan stolarna" och inte får den vård de behöver. Om de olika aktörerna inte följer rutiner och riktlinjer och gör felaktiga bedömningar, kan det exempelvis resultera i att patienten får en fördröjd, utebliven eller felaktig behandling.

Översikt

Under 2018 beslutade IVO i knappt 516 klagomålsärenden som gällde akutmottagningar och prehospital vård – 471 klagomål enligt de tidigare och 45 enligt de nuvarande bestämmelserna. IVO fattade beslut i 211 lex Maria-anmälningar som gällde akutmottagningar och prehospital sjukvård. Under 2018 tog IVO också emot 27 anmälningar om akutmottagningar och prehospital vård.

Figur 6. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller akutmottagningar och prehospital vård under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 11. Tillsyn av akutmottagningar och prehospital vård som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Akutmottagningar			
Anmälan till IVO	17	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	6 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	389 ³	varav IVO har riktat kritik	183
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	37 ³	varav IVO har riktat kritik	15
Lex Maria	171	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	4
Egeninitierad tillsyn	36 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	3
Prehospital vård			
Anmälan till IVO	10	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	1 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	82 ³	varav IVO har riktat kritik	46
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	8 ³	varav IVO har riktat kritik	4
Lex Maria	40	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	3
Egeninitierad tillsyn	9 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	--

* IVO:s ärenden kan innehålla flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade 700 personer vår upplysningstjänst om akutmottagningar och prehospital vård. Det var ungefär lika många som närstående eller vårdnadshavare som kontaktade oss. De flesta kontakter handlade om behandling, till exempel om felaktig, fördröjd eller utebliven behandling.

Tabell 12. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst om akutmottagningar och prehospital vård under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	Antal
Totalt	708
från patient/brukare	327
från närstående/vårdnadshavare	297
från personal i vård/omsorg	48
från övriga frågeställare	36
om behandling ¹	414
om bemötande	55
om journaler/dokumentation	46
om övrigt ²	193

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde, samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad vård och behandling samt annat som har med vård och behandling att göra.

² Gäller bland annat kontakter om kompetens hos personal, väntetider och diagnos samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg



Somatisk specialistsjukvård

Den kroppsliga (somatiska) specialistsjukvården omfattar en mängd olika specialiteter, både medicinska och kirurgiska, som till exempel ortopedi, obstetrik, neurologi och neonatologi.¹²¹ Vården bedrivs framförallt på sjukhus och specialistmottagningar, och står för en stor del av Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader.¹²² Antal hälso- och sjukvårdsbesök inom den somatiska specialistsjukvården har under de senaste två åren legat på ungefär samma nivå.¹²³

Som ett led i att förbättra de medicinska resultaten och att effektivisera vården kan vi i Sverige, liksom i övriga delar av västvärlden, se en övergång från slutna till öppna vårdformer inom den somatiska specialistsjukvården.¹²⁴ Inom slutenvården minskade antalet disponibla vårdplatser per 1 000 invånare med 6 procent mellan åren 2016 och 2017,¹²⁵ trots att fler sjukdomar är behandlingsbara och befolkningen blir äldre. Bristen på disponibla vårdplatser medför att patienter som behöver vård får vänta länge på att få vård och behandling.

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Långa väntetider till specialistmottagningar bidrar till fördröjd diagnostisering och behandling och försämrar prognosen för patienter med allvarliga sjukdomar.
- Allvarliga händelser riskerar att drabba fler patienter när vårdgivarnas utredningar brister.
- Brister i samverkan och kommunikation är vanliga orsaker till allvarliga händelser inom vården.

Vi har under flera år sett att den somatiska specialistsjukvården har problem med kompetensförsörjning och har brist på vårdplatser. År 2018 var inget undantag. Att vården har svårt att rekrytera nya medarbetare med rätt kompetens och att använda den befintliga personalen resurseffektivt leder till att patienterna snarare får vård efter hur mycket resurser vårdgivaren har än efter vilket behov patienten har. Detta leder dels till hög arbetsbelastning för den befintliga personalen, dels till att patienterna kan få vänta orimligt länge på utredning, diagnostisering eller behandling. Förutom skador som inträffar i samband med en operation så är försenad eller utebliven diagnos det som anmäls i störst utsträckning till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf).¹²⁶

Otillräckliga resurser och otillräcklig kompetens bidrar troligen också till de brister som vi ser i dokumentation och kommunikation. Brister inom dessa områden förekommer ofta i både klagomål och i anmälningar om allvarliga vårdskador (lex Maria). IVO:s förstudie om en sammanhållen vård visar att patienter dessutom riskerar att falla mellan stolarna när ingen tar ett helhetsansvar för patientens vård.¹²⁷ Särskilt utsatta är äldre personer och personer med komplexa vårdbehov.

Vårdgivarna har en skyldighet att analysera och lära av sina erfarenheter och misstag, och minimera risken att allvarliga händelser upprepas.¹²⁸ Vi ser dock att vårdgivarna i många fall lämnar bristfälliga interna utredningar till oss vid lex Maria-anmälningar, som de sedan får komplettera.

121 Ortopedi är en medicinsk specialitet för behandling av medfödda eller förvärvade sjukdomar och skador i rörelseorganen. Obstetrik är läran om graviditet och förlossning. Neurologi är läran om nervsystemets sjukdomar (men inte psykiska sjukdomar). Neonatologi är läran om nyfödda och deras sjukdomar.

122 SKL, "Ekonomi- och verksamhetsstatistik för landsting och regioner: Verksamhetstabeller 2017."

123 Cirka 21 miljoner besök.

124 Socialstyrelsen 2017d, s. 26.

125 SKL, "Ekonomi- och verksamhetsstatistik för landsting och regioner: Verksamhetstabeller 2017."

126 Löf 2017.

127 IVO 2018b.

128 3 kap. patientsäkerhetslag (2010:659).

FÖRBÄTTRINGSARBETE SOM KAN FÖREBYGGA

När brister i hantering av läkemedelslistor vid utskrivning upptäcktes startade lasarettet ett gediget förbättringsarbete. Bland annat genomfördes en journalgranskning avseende läkemedelsavstämning och läkemedelsgenomgång för att identifiera brister och felaktigheter. Därutöver har alla läkare fått en informationsfolder i fickformat innehållande en checklista att följa vid utskrivning. Dessutom har sjukhuset förbättrat introduktionen till alla nyanställda läkare med tid avsatt för diskussion kring regional utskrivningsinformationsfolder, samt föreläsning av farmaceut för läkare om kritiska läkemedel.

Från en lex Maria-anmälan

Långa vårdköer till specialistmottagningar bidrar till fördröjd diagnosticering och behandling och försämrar prognosen för patienter med allvarliga sjukdomar

Långa väntetider till specialistsjukvård riskerar att fördröja utredning, diagnostisering och behandling, vilket försämrar prognosen för svårt sjuka patienter. Det kan också göra att de upplever mer stress, oro och rädsla som kunde ha undvikits om patienterna hade fått diagnos och behandling tidigare. Vi ser att försenade diagnoser leder till ett fördröjt och mer utdraget vårdförlopp, vilket i sin tur kan ge patienterna mer smärta, förlänga vårdtiden, ge patienterna bestående men och att de behöver mer omfattande behandling än de annars hade behövt. I många fall hinner patienters tillstånd försämrats medan de väntar på vård, till exempel att tumörer hinner sprida sig eller växa och bli för stora för att operera. I värsta fall hinner patienten avlida.

Antal personer i vårdköerna ökar år för år, och det är få regioner som klarar av att leva upp till vårdgarantin.¹²⁹ Det är svårt för många vårdgivare att rekrytera och behålla läkare och sjuksköterskor med tillräcklig kunskap och erfarenhet, vilket gör att antalet disponibla vårdplatser ofta är färre än behovet.¹³⁰

För vissa patienter innebär satsningen på standardiserade vårdförlopp inom cancervården att väntetiderna har kortats.¹³¹ Samtidigt har vårdgivarna i många fall svårt att hålla de satta tiderna i de standardiserade vårdförloppen.¹³² Vi ser också att patienter med andra typer av diagnoser än cancer riskerar att trängas undan och få vänta längre till följd av de standardiserade vårdförloppen.



LÄTTILLGÄNGLIG VÅRD?

De fördröjda operationerna medförde för fyra av patienterna en sannolik tumörspridning. För de övriga sex patienterna medförde fördröjningen en risk för spridning eller att tumören växte och blev svåropererad.”

Citat från en lex Maria-anmälan

Allvarliga händelser riskerar att drabba fler patienter när vårdgivarnas utredningar brister

En allvarlig händelse som drabbar en patient och som vårdgivaren hade kunnat undvika ska inte kunna hända igen och drabba ytterligare patienter. En väsentlig del i vårdgivarnas kvalitets- och säkerhetsarbete är att göra grundliga analyser av avvikelser. Först då kan de identifiera de bakomliggande orsakerna och

129 Vårdgarantin beskriver hur länge du som längst ska behöva vänta på att komma i kontakt med vården och få vård som du behöver. Från och med att du erbjuds ett besök i vården ska det till exempel inte dröja mer än 90 dagar för besök på en specialistmottagning eller tills du erbjuds en behandling efter ett beslut om det. För utvecklingen över tid, se Vårdanalys 2017c, s. 14.

130 Socialstyrelsen 2018m, s. 40.

131 Socialstyrelsen 2018m, s. 30.

132 Regionala cancercentrum i samverkan 2018, s. 13.

genomföra effektiva åtgärder.¹³³

Vårdgivarna behöver i många fall komplettera sina utredningar i lex Maria-anmälningar för att IVO ska kunna bedöma dem som tillfredställande. I vissa fall får IVO ingen komplettering, trots att vi begär det. Det finns också ärenden där vi i enskildas klagomål har bedömt att en allvarlig vårdskada eller risk för allvarlig vårdskada har inträffat, men där vårdgivaren inte har gjort en lex Maria-anmälan eller där vårdgivaren gör det först när de blir informerade om att det har kommit in ett klagomål till IVO. I många fall kallar vårdgivarna oönskade händelser för komplikationer, och anmäler dem därför inte till oss, något de ska göra enligt bestämmelserna om lex Maria. Troligen anmäls alltså inte alla händelser som inträffat och som borde ha anmälts.

Brister i samverkan och kommunikation är vanliga orsaker till allvarliga händelser inom vården

Vi ser ofta att brister i kommunikation, dokumentation eller samverkan är primära eller bidragande orsaker till att allvarliga händelser inträffar. Svensk hälso- och sjukvård har svaga resultat när det gäller patienters

TUMÖREN GICK INTE LÄNGRE ATT OPERERA

En utdragen utredning till följd av bristande samverkan mellan landsting och vårdgivare resulterade i att patientens tillstånd försämrades. Fler utredningar skulle göras inför operation och patienten skickades mellan olika vårdgivare. Utredningarna borde ha skett parallellt med varandra. Det utdragna utredningsförloppet resulterade i att tumören inte längre gick att operera och patienten avled senare.

Från ett klagomålsärende

erfarenheter av vården. Det gäller till exempel information och samordning,¹³⁴ som i många fall är centralt för att samspelet mellan patienter och hälso- och sjukvården ska fungera. I vår tillsyn ser vi såväl brister i kommunikationen mellan hälso- och sjukvårdspersonal som brister i kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och patienter samt deras närstående. Det kan bland annat medföra att det blir missförstånd kring provsvar eller att patienter på grund av bristande information inte söker ny kontakt med vården när symtombilden förändras.

Tydlig och tillförlitlig dokumentation är nödvändig för en god och säker vård. Men ofta finns brister i dokumentation och journalföring, vilket kan bidra till att diagnoser fördröjs eller att patienten inte får rätt behandling i tid. Vi har i många fall sett att journalanteckningarna inte innehåller all nödvändig information, som till exempel information om ställningstaganden och uppföljning efter utförda undersökningar, eller hur läkaren motiverat fortsatt behandling. Vad som är

dokumenterat i journalerna har stor betydelse för vilka förutsättningar som nästa hälso- och sjukvårdspersonal eller verksamhet har att ge patienten en sammanhängande och god vård. Idag krävs dessutom flera olika IT-system för att tyda läkemedelslistor, och det är inte säkert att de olika systemen "pratar" med varandra eller att de innehåller samma information.

Brister i samverkan är ett återkommande problem. Vissa grupper är särskilt utsatta, till exempel personer med cancersjukdom, multisjuka äldre och personer med flera sjukdomstillstånd samtidigt. De kan ha svårare än andra att själva navigera genom systemet och ta ett större ansvar för att koordinera sin vård. Vi ser att dessa grupper riskerar att få en sämre eller felaktig uppföljning, eller ingen uppföljning alls.

Översikt

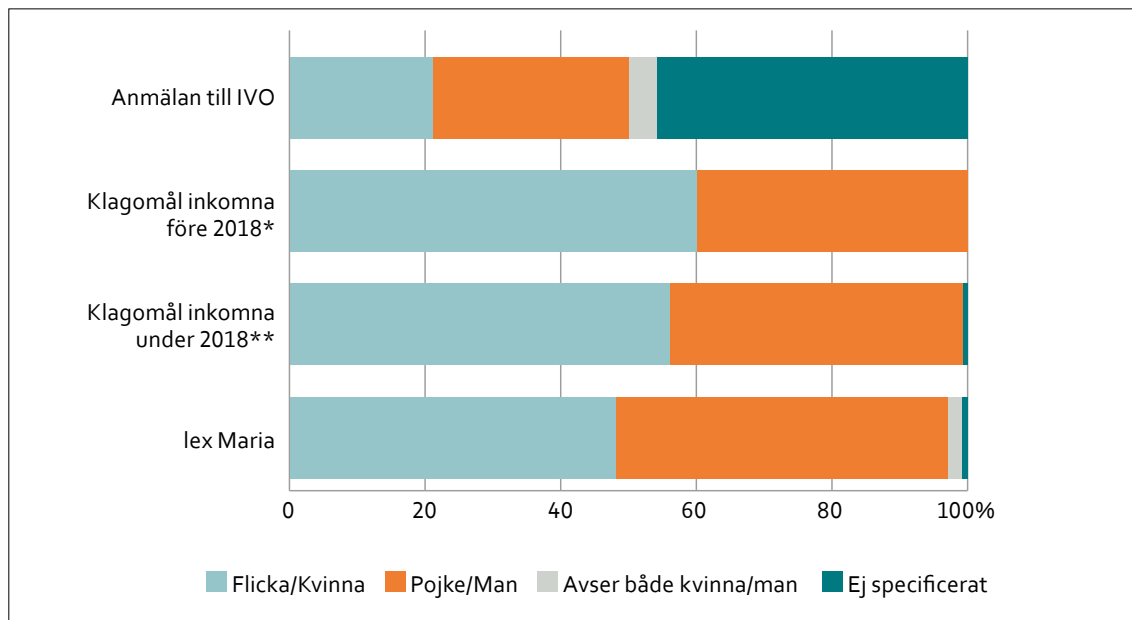
Majoriteten av alla klagomål och lex Maria-anmälningar handlar om vård och behandling eller diagnostisering. Liksom under föregående år rör det övervägandet antalet klagomål i år kvinnor, medan fördelningen mellan könen inom lex Maria-anmälningar är mer jämn. Det går till stor del att förklara skillnaden i

¹³³ Enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) har vårdgivaren en skyldighet att anmäla till IVO och utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada.

¹³⁴ Vårdanalys 2018c, s. 58.

könsfördelning¹³⁵ i enskildas klagomål med att förlossningsvården och gynekologin ingår i den somatiska specialistsjukvården.¹³⁶

Figur 7. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller somatisk specialistsjukvård under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 fattade vi beslut i 838 lex Maria-ärenden. Vi inledde fortsatt tillsyn i knappt 10 procent av dessa. Vi har även fattat beslut i 127 egeninitierade tillsynsärenden. När det gäller klagomål fattade vi beslut i totalt 1 756 utredda klagomål. Vi riktade kritik i 761 klagomålsärenden, vilket motsvarar 43 procent av antalet utredda klagomål.

135 Baseras på män och kvinnor i åldersgruppen 30-49 år. Den stora skillnaden återfinns inom somatisk specialistsjukvård kirurgi.

136 IVO 2018c, s. 16.

Tabell 13. Tillsyn av somatisk specialistsjukvård som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Kirurgi			
Anmälan till IVO	52	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	17 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	1 062 ³	varav IVO har riktat kritik	469
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	147 ³	varav IVO har riktat kritik	61
Lex Maria	522	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	32
Egeninitierad tillsyn	68 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	1
Invärtesmedicin			
Anmälan till IVO	18	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	4 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	416 ³	varav IVO har riktat kritik	180
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	51 ³	varav IVO har riktat kritik	19
Lex Maria	254	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	8
Egeninitierad tillsyn	50 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	--
Barnmedicin			
Anmälan till IVO	15	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	6 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	68 ³	varav IVO har riktat kritik	27
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	12 ³	varav IVO har riktat kritik	5
Lex Maria	62	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	--
Egeninitierad tillsyn	9 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	--

* IVO:s ärenden kan röra flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn.

Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade 1 200 personer vår upplysningstjänst om somatisk specialistsjukvård. Det var lika vanligt att kontakterna kom från patienter som från närstående eller vårdnadshavare. De flesta av kontakterna handlade om behandling, till exempel felaktig, fördröjd eller utebliven behandling.

Tabell 14. Kontakter med upplysningstjänsten om somatisk specialistsjukvård under 2018.
Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	antal
Totalt	1 216
från patient/brukare	572
från närstående/vårdnadshavare	551
från personal i vård/omsorg	59
från övriga frågeställare	34
om behandling ¹	823
om journaler/dokumentation	49
om bemötande	47
om övrigt ²	297

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad samt annat om vård och behandling.

² Gäller bland annat kontakter om kompetens hos personal, väntetider och vårdplanering samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg



Psykiatrisk specialistsjukvård

De flesta personer i Sverige upplever att de har en god hälsa. Samtidigt visar statistiken att den psykiska ohälsan ökar, framförallt bland unga.¹³⁷ Personer med psykisk ohälsa har ofta två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt, till exempel även kroppsliga sjukdomar. Även substansmissbruk och beroende är vanligare bland personer med psykisk ohälsa än hos befolkningen i övrigt.¹³⁸ Psykisk sjukdom innebär en ökad risk för självmord. Under 2017 tog 1 544 personer sina liv. Av dessa var 157 personer under 24 år.¹³⁹ Den psykiatriska specialistvården ska ge stöd, insatser, vård och behandling för personer med psykisk sjukdom. En person som har allvarlig psykisk sjukdom kan behöva sluten vård eller psykiatrisk tvångsvård. Varje dag tvångsvårdas ungefär 3 000 personer i Sverige.¹⁴⁰

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Utebliven helhetssyn kan leda till att personer som har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt får sämre vård och behandling.
- Barn och unga riskerar att få sämre vård och behandling när samordningen inte fungerar.
- Det finns brister i rättssäkerheten för personer som utsätts för tvångsåtgärder.

Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete ska ge en verksamhet förutsättningar att ge en god och säker vård. Det är verksamhetens ledning som ska planera, leda och kontrollera arbetet. De ska se till att samverkan och samordning fungerar, att det finns tillräcklig bemanning och kompetens och att kommunikation och dokumentation fungerar. De ska också se till att det finns regler och procedurer som bidrar till säkerhet för patienterna. Vi har under åtskilliga år sett att verksamhetsledningarna brister i hur de leder och styr det systematiska kvalitetsarbetet inom den psykiatriska specialistvården. Årets iakttagelser illustrerar alla dessa brister.

EN LÄRANDE KULTUR?

IVO konstaterade att uppföljning av patientens tillstånd uteblev trots att det efterfrågades både av patienten och hans närstående. Den närstående pekade i klagomålet på flera upplevda brister. I verksamhetens internutredning efter patientens självmord står bland annat att läsa att "inga riskförebyggande åtgärder vidtas då händelsen inte anses ha gått att förebygga".

Från ett klagomåls- och ett lex Mariaärende

Vården för personer inom den psykiatriska specialistvården utförs inte alltid utifrån en helhetssyn på patienten.¹⁴¹ Till exempel brister den kroppsliga (somatiska) vården för personer med psykisk sjukdom, och de riskerar en sämre hälsa genom att vården inte uppmärksammar allvarliga sjukdomstillstånd eller att diagnoser fördröjs.¹⁴²

Den psykiska ohälsan hos barn och unga vuxna ökar.¹⁴³ Vi ser att vård- och omsorgsgivarna ofta brister i att ta ett helhetsansvar för vården och behandlingen när det gäller barn och unga med psykisk ohälsa. De olika verksamheterna, till exempel barn- och ungdomspsykiatri (BUP), elevhälsan och primärvården, utför sin del av vården, samtidigt som den övergripande samordningen brister eller uteblir. Det kan innebära att

137 Nationell samordnare inom området psykisk hälsa (utan år), s. 8-9.

138 Socialstyrelsen, "Kunskapsguiden.se – Tvångsvård."

139 Karolinska institutet, "Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – självmord i Sverige." Siffrorna avser både säkra och osäkra självmord.

140 Socialstyrelsen, "Tvångsvård."

141 Socialstyrelsen 2014, s. 7-9.

142 Socialstyrelsen 2011.

143 Socialstyrelsen 2017e, s. 7.

barnen inte får insatser utifrån sina samlade behov. Istället kan det bli så att utbudet av insatser i den egna verksamheten styr vilka av barnens behov vården tillgodoser.¹⁴⁴

När en person vårdas under tvång är det viktigt att vården utförs rättssäkert, eftersom patienterna har begränsade fri- och rättigheter under den period de är under vård.¹⁴⁵ Vi ser brister i hur vård- och omsorgsgivarna följer regelverket om användande av tvångsåtgärder.

Utebliven helhetssyn kan leda till att personer som har två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt får sämre vård och behandling

Personer med psykisk ohälsa har ofta två eller flera sjukdomstillstånd samtidigt (en samsjuklighet), och därför behöver de ofta stöd och hjälp från olika vård- och omsorgsverksamheter. Vi ser fortfarande brister i samordningen av vården, dels mellan den psykiatriska specialistvården och andra aktörer inom hälso- och sjukvården, dels mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Brister i samordningen av vården påverkar förutsättningarna att göra en vårdplanering som utgår från en persons samlade behov.

Personer med psykisk sjukdom kan ha svårt att göra sina röster hörda. Därför är det viktigt att vården gör närstående delaktiga i deras vård. Vi ser att vården inte gör detta i tillräcklig utsträckning. Vi ser också att bemanningen ibland är otillräcklig, och att vissa verksamheter saknar personal med tillräcklig kompetens. Det gör att patienterna får sämre vård och behandling än de har rätt till. Det kan till exempel leda till att patienters kroppsliga besvär inte uppmärksammas, vilket kan leda till att personen inte får vård i tid eller att diagnoser förbises.¹⁴⁶

Under 2019 inleder IVO en tillsyn för att undersöka hur vårdpersonal och beslutsfattare inom vården kan utveckla sin samverkan och kompetens för att förbättra situationen för personer med samsjuklighet.

Utredningen har visat att det saknats helhetssyn inom vården. Samverkan mellan olika enheter och vårdgivare är viktig, inte minst för patienter med otillräckliga psykiska resurser. Denna samverkan har brustit. För att minska risken att andra patienter drabbas på liknande sätt ska arbets sättet samordnad individuell planering (SIP) lyftas i regionen och funktionen fast vårdkontakt ska stärkas.

Från en lex Mariaanmälan

Barn och unga riskerar att få sämre vård och behandling när samordningen inte fungerar

BUP och socialtjänsten behöver fortfarande bli bättre på att samordna den vård och det stöd de ger till barn och unga. Vi ser att det ofta saknas någon som tar det övergripande helhetsansvaret för de komplexa behov som barnen och ungdomarna har. Istället för att göra gemensamma bedömningar, planeringar och uppföljningar av vården, löser varje verksamhet sina specifika uppgifter. Då kan barnet och dess närstående istället behöva ta ett stort ansvar för att samordna vården.¹⁴⁷ Barnen har ofta flera svåra diagnoser och sociala problem, vilket gör dem än mer utsatta om samordningen inte fungerar.¹⁴⁸ Vi har tagit emot anmälningar med mycket tragisk utgång, där barnet trots olika typer av både vård- och behandlingsinsatser har tagit sitt eget liv.

Vi ser att ansvarsfördelningen mellan primärvården och BUP är otydlig. Vi ser också att kompetensen inom primärvården, som är den första vårdinstansen, ibland är otillräcklig, vilket leder till att primärvården hänvisar tillbaka till BUP. Om barnet inte hamnar rätt ökar risken för att vård och behandling fördröjs, eller att rätt vård och behandling i vissa fall helt uteblir.

Under 2019 granskar IVO samordningen av vården och omsorgen för barn med psykisk ohälsa.

¹⁴⁴ IVO 2018a.

¹⁴⁵ Socialstyrelsen 2018c, s. 8.

¹⁴⁶ IVO (utan år).

¹⁴⁷ IVO 2018e.

¹⁴⁸ IVO 2018a.

Det finns brister i rättssäkerheten för personer som utsätts för tvångsåtgärder

Personer som tvångsvårdas har ofta stora vårdbehov och behöver omfattande insatser.¹⁴⁹ IVO har tidigare sett brister i hur vårdgivare följer lagstiftningen som reglerar hur de får använda tvångsåtgärder. Under 2018 genomförde IVO en tillsyn inom psykiatriska verksamheter som bedriver slutenvård.¹⁵⁰ Tillsynen fokuserade främst på tvångsåtgärder. I tillsynen har IVO bland annat samtalat med patienter som själva har utsatts för tvångsåtgärder.

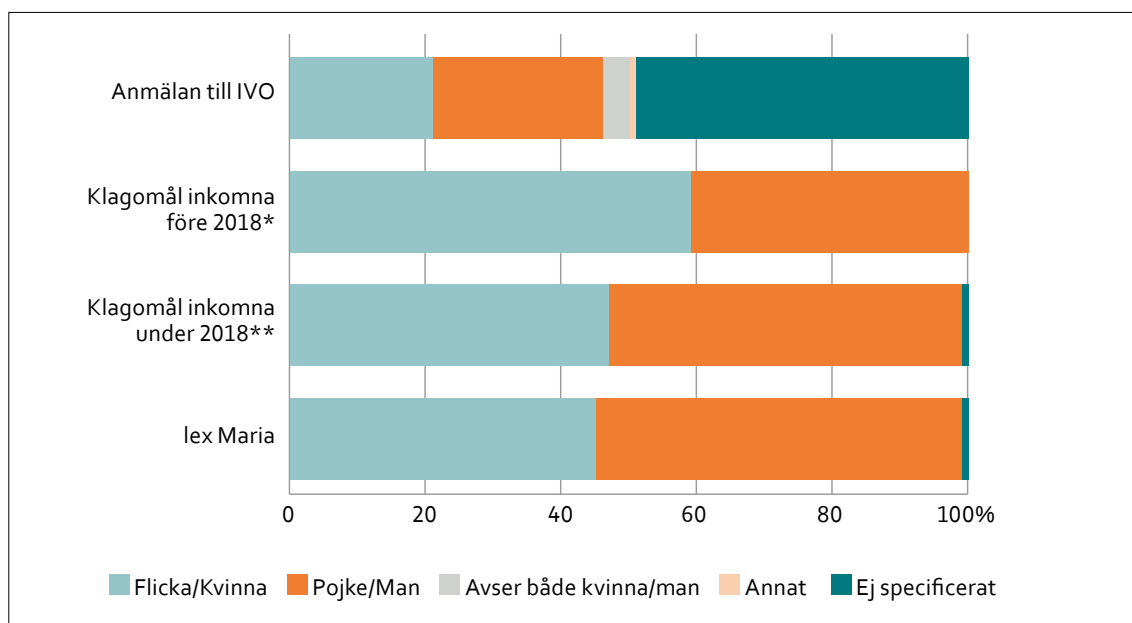
Vi ser att många verksamheter har ett systematiskt kvalitetsarbete som ger förutsättningar att begränsa användandet av tvångsåtgärder. Men vi ser också att vissa verksamheter brister helt eller delvis i egenkontrollen och hur de följer upp tvångsåtgärder. I några verksamheter finns också brister i vården i samband med långvarig fastspänning, till exempel att den personliga läkarundersökning som ska göras efter fyra timmar inte alltid utförs i tid. Uteblivna personliga läkarundersökningar kan medföra hälsorisker för patienten, såsom risk för blodproppar.

I de underrättelser vi tar emot om hur vårdgivarna använder särskilda tvångsåtgärder¹⁵¹ ser vi att vårdgivare ofta tar ifrån patienterna deras mobiltelefoner med kamerafunktion utan att de har stöd i lagen för det.

Översikt

Under 2018 utredde IVO 457 klagomålsärenden (inkomna senast 31 december 2017) som gällde psykiatrisk specialistsjukvård, varav 59 procent gällde kvinnor och 41 procent gällde män. Majoriteten av enskildas klagomål handlade om allmänpsykiatri och området vård och behandling. Inom området allmänpsykiatri är det fler kvinnor än män som anmäler klagomål, men inom övriga områden ser vi inga större skillnader mellan könen. I cirka hälften av klagomålen avslutar vi vår bedömning med kritik.

Figur 8. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller psykiatrisk specialistsjukvård under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

149 Socialstyrelsen, "Kunskapsguiden.se – Tvångsvård."

150 Slutenvård enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

151 Det vill säga fastspänning, avskiljning och inskränkande av elektroniska kommunikationstjänster/övervakning av försändelser.

Anmälningar om allvarlig vårdskada (lex Maria) handlar framförallt om självmord. I ärenden där vi genomfört fortsatt tillsyn har vi främst pekat på brister i kommunikationen mellan olika utförare av vården, bristfälliga självmordsriskbedömningar och vårdplaner och brister i kontakten med närstående.

Antalet anmälningar om allvarlig vårdskada inom psykiatrisk specialistvård som har kommit in till IVO har minskat från 557 år 2017 till 313 för år 2018. IVO hänvisar till en sammanställning som publicerats tidigare i år som beskriver vad IVO har sett efter att den obligatoriska skyldigheten att anmäla självmord som inträffat inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt togs bort i september 2017. Det kan vara en förklaring till varför anmälningarna minskar. Men detta bör studeras närmare.¹⁵²

Tabell 15. Tillsyn av psykiatrisk specialistsjukvård som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutsstyp	Antal
Anmälan till IVO	147	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	26 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	457 ³	varav IVO har riktat kritik	211
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	62 ³	varav IVO har riktat kritik	31
Lex Maria	313	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	14
Egeninitierad tillsyn	146 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	5

* IVO:s ärenden kan röra flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den statistik som redovisas här.

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade knappt 2 000 personer vår upplysningstjänst om den psykiatriska specialistsjukvården. De flesta kontakterna kom från patienter. Anhöriga är en växande grupp som kontakter oss. De upplever ofta att det är svårt att ha kontakter med vården, och vill ha hjälp med detta. De vanligaste kontakterna med upplysningstjänsten handlade om behandling.

Tabell 16. Kontakter med upplysningstjänsten om psykiatrisk specialistsjukvård under 2018

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	Antal
Totalt	1 975
från patient/brukare	1 085
från närstående/vårdnadshavare	593
från personal i vård/omsorg	190
från övriga frågeställare	107
om behandling ¹	917
om journaler/dokumentation	172
om bemötande	143
om övrigt ²	743

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad samt annat om vård och behandling.

² Gäller bland annat kontakter om kompetens hos personal, väntetider och diagnos samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

152 IVO, "Antalet självmord som anmäls som vårdskada till IVO har minskat kraftigt."



Tandvård

Nästan 4 miljoner vuxna patienter gjorde knappt 10 miljoner besök i tandvården 2018.¹⁵³ Av de vuxna patienterna valde 58 procent att få sin tandvård genom privata vårdgivare och 42 procent genom Folktandvården. De privata vårdgivarna varierar i storlek, från små verksamheter där tandläkaren och vårdgivaren är en och samma person, till större tandvårdskedjor med flera mottagningar. Av de cirka 1 650 privata vårdgivare som fanns 2018 bedrev ungefär 1 000 verksamhet vid endast en mottagning. Regionerna ansvarar för barn- och ungdomstandvård, tandvård till långvarigt sjuka samt tandvård till personer med funktionsnedsättning.

De viktigaste iakttagelserna 2018

- Vårdgivare behandlar patienter med kronor, broar och implantat trots att patienterna har karies och tandlossning.
- Uteblivna bettutvecklingskontroller hos barn leder till försenade diagnoser.
- Patientjournaler saknar nödvändiga uppgifter.

Det förekommer att patienter får tandersättningar såsom kronor, broar och implantat trots att de har obehandlade tandsjukdomar som karies och tandlossning. Detta försämrar avsevärt prognosen för behandlingen. För patienten kan det innebära smärta, försämrad tuggfunktion, estetiska problem och inte minst att de senare behöver nya behandlingar som är kostsamma både för patienten och samhället. IVO har uppmärksammat dessa brister tidigare,¹⁵⁴ och vi kommer fortsätta identifiera vårdgivare som utför sådan vård.

Vi ser att barn får diagnoser onödigt sent på grund av att vårdgivare inte kontrollerar barnens bettutveckling i tillräcklig utsträckning. Det gäller främst att tandvården missar att diagnosticera att hörntänder i överkäken inte kommer fram vid tandväxlingen från mjölkttänder. Bristen på tandläkare gör att tandhygienister eller tandsköterskor utan tillräcklig utbildning i att kontrollera bettutvecklingen gör vissa årskontroller av barn. Det kan innebära att de missar just att kontrollera bettutvecklingen. Det finns redan idag för få tandläkare och det är ett problem som förväntas öka eftersom många tandläkare kommer att gå i pension de närmaste åren.¹⁵⁵ Vårdgivarna behöver därför hitta lösningar på hur de ska säkra sin kompetens när det gäller bettutvecklingskontroller.

ÅTERKOMMANDE AVVIKELSER OM FÖRSENADE DIAGNOSER

Utifrån återkommande avvikelser och lex Maria-utredningar kring försenad diagnostik av hörntänder i överkäken som inte kommit fram som de ska, har Folktandvården i en region arbetat fram en handlingsplan för att komma till rätta med problemen. Vårdgivaren konstaterade att det faktiska antalet avvikelser inom verksamheten var 70–75 per år men att långt ifrån alla rapporterades in i avvikelssystemet. Genom den nya handlingsplanen hoppas vårdgivaren att kraftigt kunna minska antalet försenade diagnoser.

Vi har under flera år sett brister i journalföringen.¹⁵⁶ Om journalerna saknar viktiga uppgifter om till exempel ökad blödningsrisk eller uppgifter om allergier kan det få allvarliga konsekvenser för patienten. Patienten riskerar då att under behandlingen få en allvarlig blödning eller en livshotande allergisk reaktion. Att det saknas uppgifter i journalen kan också få rättsliga konsekvenser, till exempel när det uppstått en vårdskada och försäkringsbolag och IVO ska utreda ärendet. Vi ser att det är vanligt att vårdgivarna utformar doku-

¹⁵³ Patienter inom regionernas särskilda tandvårdsstöd ingår inte i dessa uppgifter. Det särskilda tandvårdsstödet innefattar tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift som ges till vuxna med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift finansieras av regionerna.

¹⁵⁴ Se exempelvis IVO 2018d, s. 17.

¹⁵⁵ Socialstyrelsen 2018a, s. 81.

¹⁵⁶ Se exempelvis IVO 2018d, s. 18–20 och IVO 2018h.

mentationen för att den ska passa Försäkringskassan och det statliga tandvårdsstödet snarare än beskriva patientens vård. Vårdgivarna inom tandvården måste därför öka sin kunskap om vad journalen ska fylla för funktion, och se till att den information som ska finnas där faktiskt finns där.

Vårdgivare behandlar patienter med kronor, broar och implantat trots att patienterna har karies och tandlossning

Vi ser att patienter får tandersättningar såsom kronor, broar och implantat trots att de har obehandlade tandsjukdomar som karies och tandlossning. När vi granskat röntgenbilder kan vi i flera fall se tydliga tecken på patienten har tandsjukdomar under nygjorda konstruktioner. Att vårdgivarna utför sådana behandlingar trots att patienter har pågående tandsjukdomar försämrar avsevärt prognosen för behandlingsresultatet, och leder i många fall till att patienterna får stora problem och behöver ytterligare vård.

Inför behandlingar med olika tandersättningar krävs en noggrann undersökning där alla skador och sjukdomar dokumenteras, en plan för behandlingen samt en bedömning av prognosen. Patientens tandsjukdomar ska vara under kontroll innan vårdgivare börjar en behandling med tandersättningar. Bara tillfälliga tandersättningar kan göras direkt, utan att först kontrollera om patienten har någon tandsjukdom.

Att behandling av karies och tandlossning försenas eller helt uteblir är också ett problem som vi ser i tandvården. Obehandlad karies och tandlossning kan leda till stora skador i munnen, som i sin tur kan leda till smärta, infektioner och risk för att tänder går förlorade. När behandlingen försenas, eller helt uteblir, innebär det ofta att patienten i ett senare skede måste genomföra mer omfattande behandlingar än vad som hade varit nödvändigt om sjukdomarna behandlats i ett tidigare skede.

Uteblivna bettutvecklingskontroller hos barn leder till försenade diagnoser

En majoritet av de anmälningar om allvarlig vårdskada (lex Maria) som under 2018 kom in till IVO från tandvården handlade om för sen diagnos inom barn- och ungdomstandvården. Anmälningarna handlade i första hand om ofullständiga kontroller av hörntänder som inte kommit fram vid tandväxlingen från mjölkttänder. De nya tänderna tar ibland en felaktig väg genom käkbenet, vilket kan göra att angränsande tandrötter skadas (resorptionsskador). De skadade tänderna måste då vanligtvis tas bort och det kan bli nödvändigt med en omfattande tandreglering för att skapa en god bettfunktion och ett bra utseende hos patienterna.



Klagomålet handlade om en patient som fått flera permanenta kindtänder utdragna på grund av resorptionsskador (skador på angränsande tandrötter). Vårdgivarens utredning visade att den bakomliggande orsaken varit flera års bristande bettkontroll och röntgendiagnostik då patientens felställda och retinerade kindtänder inte uppmärksammats. Under sju års tid undersöktes patienten av flera olika tandhygienister men ingen tandläkare.”

Citat från ett beslut i ett klagomålsärende

Patientjournaler saknar nödvändiga uppgifter

Vi ser återkommande problem med journalföringen.¹⁵⁷ Journalerna är ofta mycket kortfattade. De saknar exempelvis ofta uppgifter om varför patienten sökt vård, patientens sjukdomshistoria, vilka läkemedel patienten fått, registreringar av patientens tandhälsa, behandlingsplaner och behandlingsalternativ. Patienternas samtycken är sällan dokumenterade. Journalerna saknar också ofta nödvändiga uppgifter i samband med exempelvis antibiotikabehandling och rotbehandling.

Vi ser också att vårdgivarna i många fall utformar dokumentationen för Försäkringskassan och för att motivera att vårdgivarna ska få ersättning från det statliga tandvårdsstödet snarare än för att beskriva vården. Det är vanligt att tandläkare använder färdiga textmallar och färdigskrivna texter (frasmallar). Rätt hanterat

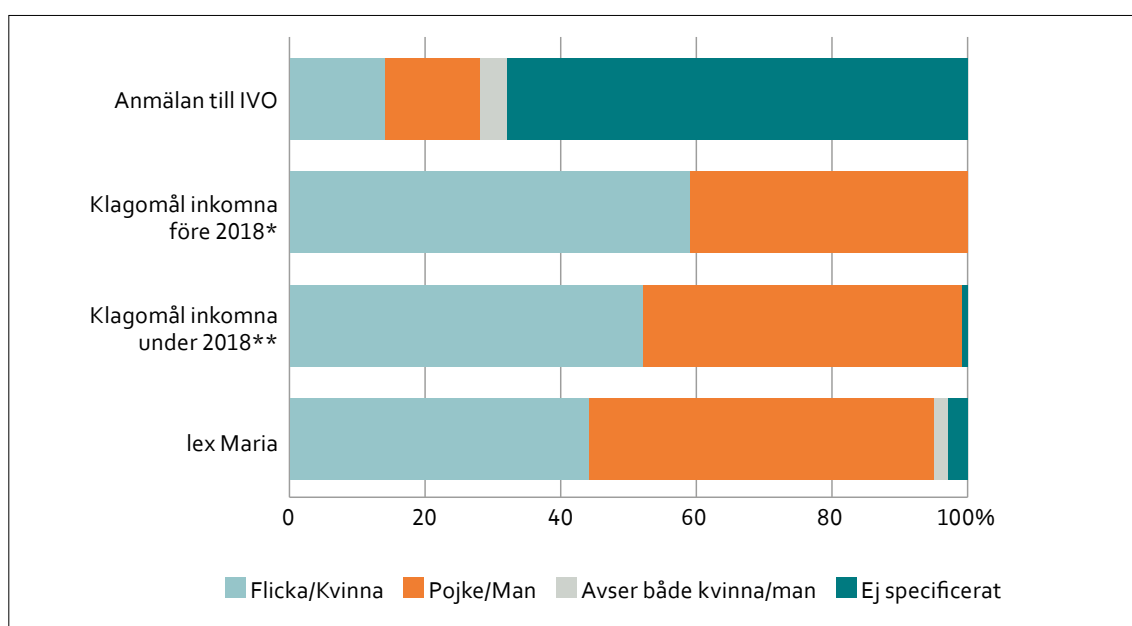
¹⁵⁷ Se exempelvis IVO 2018d, s. 18-20 och IVO 2018h.

kan dessa hjälpmedel bidra till att patienterna får en god vård, eftersom det hjälper tandläkaren att komma ihåg vilka uppgifter hen ska föra in i journalen. Om textmallarna däremot används på fel sätt blir resultatet det omvända. Ofullständiga journaler medför en risk för att patienternas fortsatta behandling inte blir säker och av god kvalitet.

Översikt

Under året utredde vi sammanlagt 270 klagomålsärenden, enligt både de tidigare och de nuvarande bestämmelserna om klagomål. I 49 procent av dessa ärenden riktade vi kritik. Kritiken gällde framför allt brister i vård och behandling samt diagnostisering.

Figur 9. Beslut i ärenden uppdelat efter kön som gäller tandvård under 2018.



* Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

** Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 fattade vi beslut i 64 lex Maria-ärenden (anmälan om allvarlig vårdskada) och vi tog emot 56 anmälningar. I 13 fall bedömde vi att vi skulle inleda fortsatt tillsyn efter att vi tagit emot anmälan.

Tabell 17. Tillsyn av tandvård som IVO genomfört under 2018.

Uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att myndigheten ska inleda fortsatt tillsyn.*

Ärendeslag	Antal beslut	Beslutstyp	Antal
Anmälan till IVO	56	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	13 ¹
Klagomål inkomna före 2018 ²	221 ³	varav IVO har riktat kritik	108
Klagomål inkomna under 2018 ⁴	49 ³	varav IVO har riktat kritik	24
Lex Maria	64	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas ⁵	--
Egeninitierad tillsyn	58 ⁶	varav IVO har ställt krav på åtgärd	45

* IVO:s ärenden kan innehålla flera olika verksamhetsområden.

¹ Om IVO gör bedömningen att en anmälan omgående ska gå vidare till tillsyn avslutar IVO anmälan och för över den till egeninitierad tillsyn. Anmälningar som i ett senare skede utgör underlag för tillsyn ingår inte i den här redovisade statistiken

² Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de var utformade till och med den 31 december 2017.

³ Siffran gäller antal utredda klagomål.

⁴ Gäller klagomål enligt patientsäkerhetslagens (2010:659) bestämmelser så som de är utformade från och med den 1 januari 2018.

⁵ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁶ Siffrorna gäller enbart ärenden som IVO har avslutat.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2018 kontaktade cirka 750 personer vår upplysningstjänst om tandvården. En övervägande majoritet av de som kontaktade oss var patienter. Kontakterna handlade framför allt om behandling, till exempel om felaktig, fördröjd eller utebliven behandling.

Tabell 18. Kontakter med IVO:s upplysningstjänst om tandvård under 2018.

Uppdelat på totalt antal kontakter, frågeställare och vad kontakten rörde.*

Kontakter	Antal
Totalt	764
från patient/brukare	545
från närstående/vårdnadshavare	101
från personal i vård/omsorg	92
från övriga frågeställare	26
om behandling ¹	445
om journaler/dokumentation	44
om kompetens hos personal	42
om övrigt ²	233

* Tabellen redovisar de tre vanligast förekommande kategorierna av frågeställare och vad kontakten rörde samt totalsumma för övrigt.

¹ Gäller felaktig, fördröjd, utebliven, nekad samt annat om vård och behandling.

² Gäller bland annat kontakter om bemötande, fråga om anmälan och vårdhygien samt även de kontakter som inte har kunnat kategoriseras.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg



BILAGA 1

Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen

Antalet klagomål till IVO minskar. Anledningen till minskningen är de nya bestämmelser som ändrade reglerna för vad IVO var skyldiga att utreda. Under 2018 tog vi emot 5 535 klagomål, vilket är cirka 2 800 färre klagomål på hälso- och sjukvården än under 2017. Vi fattade också beslut i nästan 800 fler klagomålsärenden 2018 än föregående år. Patienter och närstående lämnar framför allt in klagomål som gäller kirurgi och primärvård. Men oavsett vilket verksamhetsområde klagomålen gäller så handlar de flesta klagomål om händelser som rör vård och behandling eller diagnosticering. Klagomålen rör i högre utsträckning kvinnor än män, särskilt i åldersgruppen 18–49 år.

Nytt klagomålssystem infördes 2018

Den 1 januari 2018 infördes ett nytt klagomålssystem, vars främsta syfte var att förtydliga ansvarsfördelningen och öka effektiviteten i hanteringen av klagomål inom hälso- och sjukvården.

Det är numera i första hand vårdgivarna som ska ta emot och besvara klagomål från patienter och deras närstående. Vårdgivarna ska också förklara vad som inträffat och genomföra åtgärder för att liknande händelser inte ska inträffa igen om det behövs. Möjligheterna till snabbare svar ökar när patienter framför sina klagomål där vården utförs. Det ger också vårdgivarna utrymme att i ett tidigt skede genomföra åtgärder för att förebygga vårdskador.

IVO:s utredningsskyldighet har också begränsats, så att tyngdpunkten ligger på allvarliga händelser där en patient i samband med hälso- och sjukvård har fått permanenta eller oföränderliga besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov, eller där patienten avlidit. IVO ska även utreda klagomål från patienter som tvångsvårdas, samt händelser i vården som på ett negativt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

Antalet klagomål minskar

Antalet klagomål som kommit in till IVO minskar på grund av de nya bestämmelserna. Under 2018 kom det in 5 535 klagomål vilket är en minskning med 2 805 klagomål jämfört med 2017. Vi fattade beslut i 8 366 klagomål, vilket är en ökning med 804 beslut jämfört med 2017. Under 2018 utredde vi 4 332 klagomål varav nästan 43 procent avslutades med kritik. Vi avstod från att utreda 4 034 ärenden där myndigheten bedömde att klagomålet inte uppfyllde kraven för att IVO ska göra en utredning.

När det gäller klagomål som kom in till och med sista december 2017 har IVO utrett 93 procent av beslutade ärenden i sak under 2018. Detta är att jämföra med 58 procent föregående år. Skillnaden i antal utredda ärenden beror i huvudsak på att klagomål som inte utreds i sak har kortare handläggningstid än de som utreds i sak. Därmed har majoriteten av klagomålen som inkommit före 2018 redan beslutats under 2017.

Tabell 19. Beslutade klagomål 2018 uppdelat på ärenden inkomna för och efter 2018-01-01.

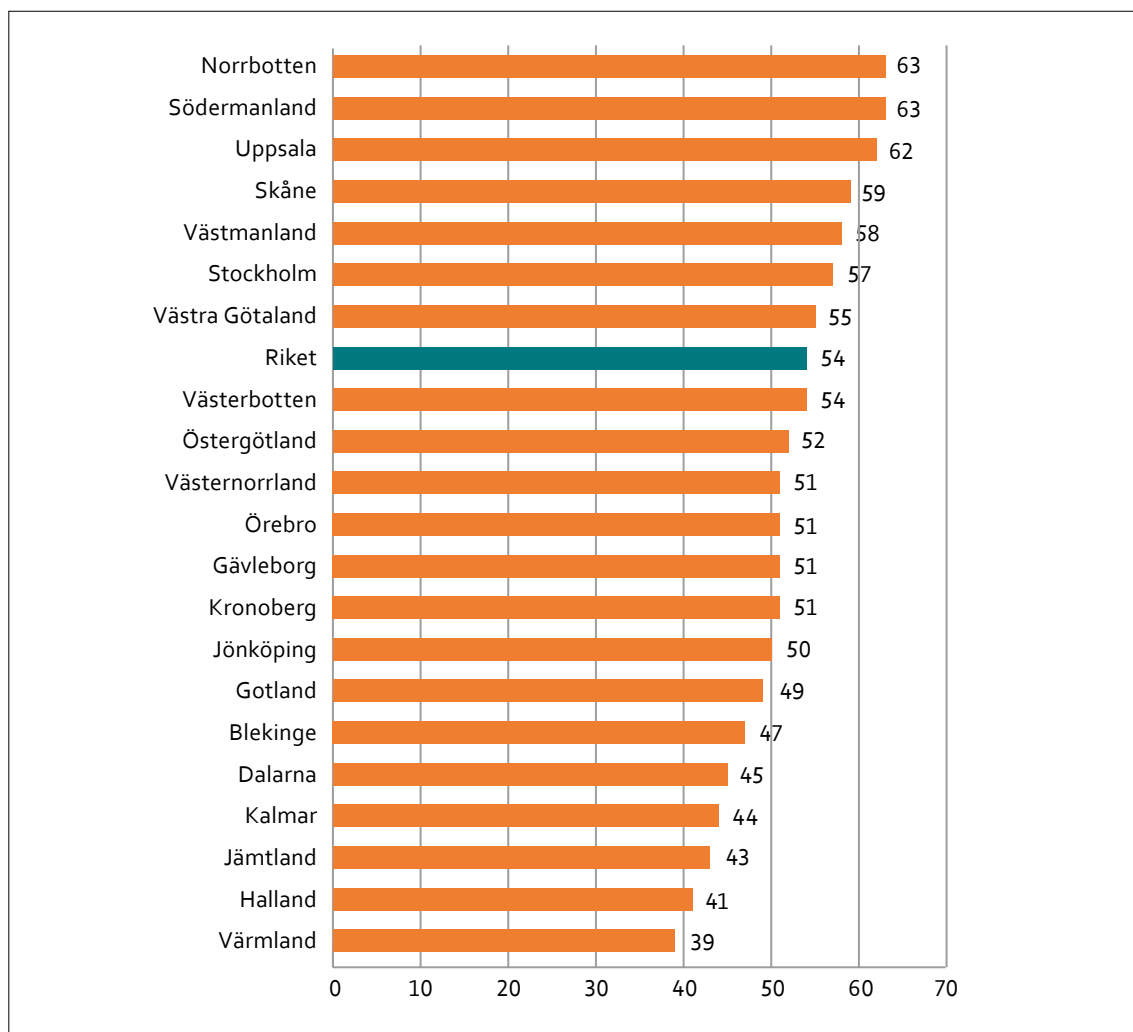
	Beslutade	Utredda i sak	Varav kritikbeslut	Utan utredning
Klagomål inkomna före 2018-01-01	4 108	3 818	1 672 ¹	290
Klagomål inkomna under år 2018	4 258	514	207	3 744
Totalt	8 366	4 332	1 879	4 034

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Stor variation mellan länen

Det kom in 54 klagomål per 100 000 invånare under 2018. Men spridningen mellan länen är stor. Norrbotten och Södermanland är de län som har flest klagomål per invånare. Det har under året kommit in minst antal klagomål per 100 000 invånare för Värmland och Halland.

Figur 10. Antal inkomna klagomål per län och 100 000 invånare.

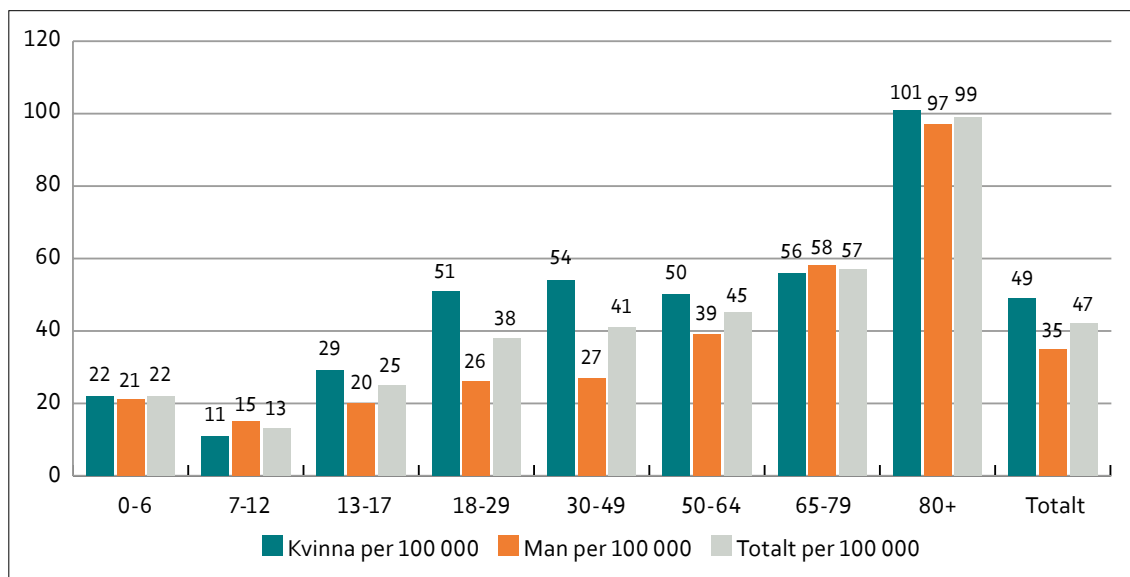


Källa: Inspektionen för vård och omsorg och befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån.

Klagomålen rör främst personer över 18 år och kvinnor

Majoriteten av alla de klagomål som vi utredde i sak under 2018 gäller personer som är 18 år eller äldre. Om man jämför antalet klagomål med antalet invånare per ålderskategori ser vi att flest klagomål rör personer som är 80 år eller äldre. Jämför vi dessutom antalet klagomål med antalet kvinnor och män i befolkningen ser vi att relativt fler klagomål rör kvinnor. Störst könsskillnad finns i åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år.

Figur 11. Beslutade klagomål utredda i sak uppdelat på kön och ålder.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg och befolkningsstatistik 2018 från Statistiska Centralbyrån.

De flesta klagomål rör kirurgi och primärvården

Under 2018 klagade patienter och närstående framför allt på kirurgi och primärvården. Tillsammans svarar de två verksamhetsområdena för nära hälften av alla klagomål som vi utredde i sak under året. Andelen beslut som avslutas med kritik varierar mellan verksamhetsområdena, från 59 procent inom äldreomsorgen till 41 procent inom den psykiatriska specialistsjukvården.

Tabell 20. Utredda klagomål och kritikbeslut fördelade på de vanligaste verksamhetsområdena och totalt, antal och andel.*

Verksamhetsområde	Antal utrett i sak 2018	Avslutas med kritik 2018	Andel med kritik
Kirurgi	1 215	533	44 %
Primärvård	1 087	443	41 %
Psykiatrisk specialistsjukvård	519	242	47 %
Invärtesmedicin	470	200	43 %
Akutmottagning	428	200	47 %
Tandvård	270	132	49 %
Äldreomsorg	246	146	59 %
Totalt samtliga verksamhetsområden	4 862	2 147	44 %

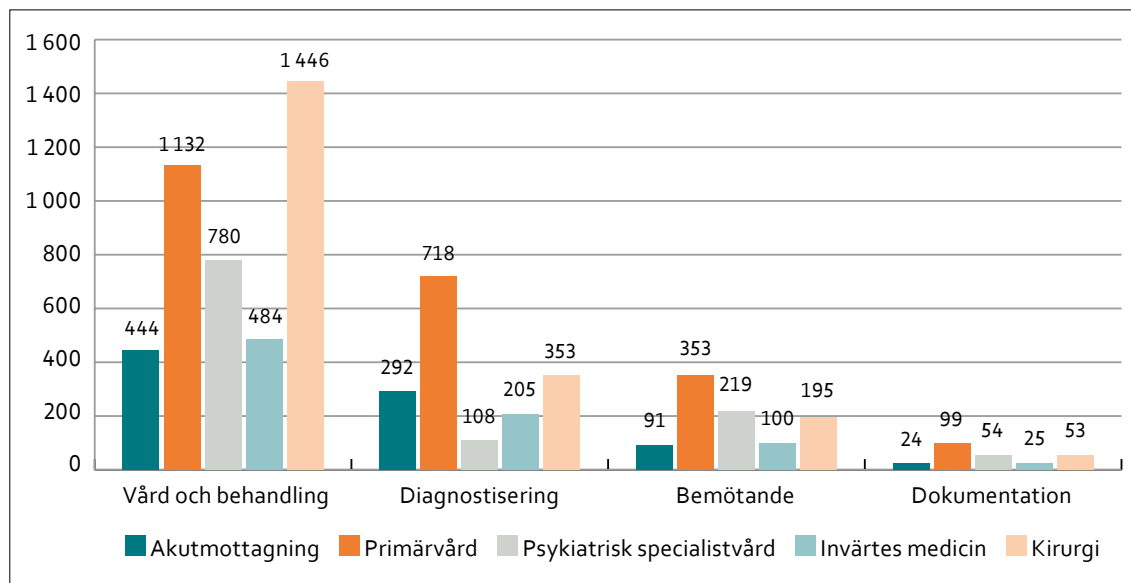
* Ett ärende kan gälla ett eller flera verksamhetsområden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vård och behandling ligger bakom flest klagomål

De vanligaste anledningarna till att enskilda skickar in klagomål till IVO är händelser som rör vård, behandling och diagnostisering. Det kan exempelvis handla om att undersökningen brister eller att vårdpersonalen gör felaktiga bedömningar, som i sin tur leder till fördröjd eller utebliven diagnos.

Figur 12. De vanligaste händelsekategorierna inom de mest förekommande verksamhetsområdena, antal.*



* Ett ärende kan gälla en eller flera händelsekategorier.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Referenser

Rapporter, artiklar, faktablad, med mera

- Arbetsförmedlingen 2018. *Var finns jobben? Bedömning för 2018 och på fem års sikt*. (URA 2018:1)
- Arbetsmiljöverket 2018. *Projektrapport "Socialsekreterares arbetsmiljö"*. (Beteckning 2015/051465)
- BRÅ – Brottsförebyggande rådet 2014. *Brott i nära relationer – En nationell kartläggning*. (Rapport 2014:8)
- CQC – Care Quality Commission 2018. *The state of care in independent online primary health services – Findings from CQC's programme of comprehensive inspections in England*. (CQC-404-032018)
- Hansen, PL, Hjertholm, P och Vedsted, P 2015. *Increased diagnostic activity in general practice during the year preceding colorectal cancer diagnosis*. International Journal of Cancer, 137(3)
- Holmberg, Sören och Weibull, Lennart 2013. *"Det viktiga institutionsförtroendet"*. I Weibull, Lennart, Oscarsson, Henrik och Bergström, Annika (red.) *Vägsäl – 43 kapitel om politik, medier och samhälle*. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet. (SOM-rapport nr 59 s. 225-245)
- Holmberg, Sören 2018. *"Offentlig verksamhet får sämre betyg"*. I Andersson, U. et al. (red.) *Sprickor i fasaden*. Göteborg: Göteborgs universitet, SOM-institutet. (SOM-rapport nr 72 s. 103-115)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg, utan år. *IVO:s prioriterade riskområden 2018-2020*.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2015. *Hur står det till med våra akutmottagningar? Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion*. (Artikelnummer IVO 2015-76)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2017a. *Att skapa goda förutsättningar – Tillsyn av samverkan och kompetens på korttidsboenden*. (Artikelnummer IVO 2017-13)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2017b. *Tillsynsrapport 2016 – De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016*. (Artikelnummer IVO 2017-8)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2017c. *Unga personer inom missbruks- och beroendevården – Nationell tillsyn av samverkan mellan olika aktörer samt socialtjänstens myndighetsutövning*. (Artikelnummer IVO 2017-7)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2017d. *Varför händer det igen? Om patientsäkerhetsarbete i primärvården*. (Rapport 2017-9)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018a. *Barn och unga som riskerar att drabbas av bristande samordning och osammanhängande vård- och omsorgskedja*. (Förstudie inför nationell tillsyn)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018b. *En sammanhållen vård och omsorg för varje person – hur når vi dit?* (Förstudie inför nationell tillsyn)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018c. *Enskildas klagomål enligt PSL – slutredovisning av regeringsuppdrag*. (Artikelnummer IVO 2018-1)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018d. *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården*. (Artikelnummer IVO 2018-5)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018e. *Samsjukliga patienter riskerar att drabbas av bristande tillgång till vård och omsorg*. (Förstudie inför nationell tillsyn)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018f. *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande – Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017*. (Artikelnummer IVO 2018-12)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018g. *Socialtjänstens handläggning av ärenden i missbruksvården – vikten av egenkontroll*. (Artikelnummer IVO 2018-9)
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg 2018h. *Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017*. (Artikelnummer IVO 2018-8)
- JO – Justitieombudsmannen 2018. *En undersökning av några kommuners handläggning av LSS-ärenden med inriktning på frågan om handläggningstiderna*. (Beslut 2018-12-18, diarienummer 7477-2017)

- Löf – Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag 2017. *Anmälningar till Löf 2017*.
- NKA – Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2014 *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga*.
- Regionala cancercentrum i samverkan 2018. *Jämförelse av data i kvalitetsregister och i SKL:s databas Signe – utvärdering av kvaliteten i mätningen av väntetider för patienter som genomgår standardiserade vårdförlopp för cancer (SVF)*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting 2018. *Uppgift per mejl om andel digitala vårdbesök 2018*. (Avdelningen för ekonomi och styrning 2018-12-21)
- Socialstyrelsen 2011. *Socialstyrelsens rapportserie om den somatiska vården och sjukligheten vid samtidig psykisk sjukdom*. (Artikelnummer 2011-6-15)
- Socialstyrelsen 2014. *Öppna Jämförelser 2014 – Jämlik vård – somatisk vård vid samtidig psykisk sjukdom*. (Artikelnummer 2014-12-26)
- Socialstyrelsen 2015. *Att förebygga och minska utmanande beteende i LSS-verksamhet*. (Artikelnummer 2015-12-3)
- Socialstyrelsen 2016. *Statistik om särskilt boende*. (Artikelnummer 2016-12-5)
- Socialstyrelsen 2017a. *En nationell strategi för demenssjukdom – Underlag och förslag till plan för prioriterade insatser till år 2022*. (Artikelnummer 2017-6-4)
- Socialstyrelsen 2017b. *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016*. (Artikelnummer 2017-5-3)
- Socialstyrelsen 2017c. *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016*. (Artikelnummer 2017-09-20)
- Socialstyrelsen 2017d. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – lägesrapport 2017*. (Artikelnummer 2017-3-1)
- Socialstyrelsen 2017e. *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016*. (Artikelnummer 2017-12-29)
- Socialstyrelsen (2017f). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*. (Artikelnummer 2017-2-16)
- Socialstyrelsen 2018a. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård – Nationella planeringsstödet 2018*. (Artikelnummer 2018-2-23)
- Socialstyrelsen 2018b. *Betydelsen av socialtjänstens organisering och ärendebelastning för kvaliteten i verksamheten – En kunskapsammanställning*. (Artikelnummer 2018-8-9)
- Socialstyrelsen 2018c. *Förbättrad uppföljning av tvångsvården – Alternativa metoder för att samla in data*. (Artikelnummer 2017-12-15)
- Socialstyrelsen 2018d. *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2018*. (Artikelnummer 2018-2-20)
- Socialstyrelsen 2018e. *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*. (Artikelnummer 2018-2-18)
- Socialstyrelsen 2018f. *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet – Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. (Artikelnummer 2018-2-15)
- Socialstyrelsen 2018g. *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende – Stöd för styrning och ledning*. (Artikelnummer 2017-12-23)
- Socialstyrelsen 2018h. *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2017*. (Artikelnummer 2018-4-9)
- Socialstyrelsen 2018i. *Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2017*. (Artikelnummer 2018-9-4)
- Socialstyrelsen 2018j. *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2017*. (Artikelnummer 2018-11-5)
- Socialstyrelsen 2018k. *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2017*. (Artikelnummer 2018-5-15)
- Socialstyrelsen 2018l. *Statistik om väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2017*. (Artikelnummer 2018-9-18)

- Socialstyrelsen 2018m. *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2018*. (Artikelnummer 2018-3-4)
- Socialstyrelsen 2018n. *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017*. (Artikelnummer 2017-4-3)
- Socialstyrelsen 2018o. *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2018*. (Artikelnummer: 2018-2-7)
- Socialstyrelsen 2018p. *Öppna jämförelser 2018 – Social barn- och ungdomsvård*. (Artikelnummer 2018-6-4)
- SOS Alarm, utan år. *Verksamhetsrapport 2017 – 112 i Sverige*.
- Statistiska Centralbyrån 2012. *Sysselsättningen 2030 – kan dagens försörjningsbörda bibehållas?* (Temarapport 2012:4)
- Statistiska Centralbyrån 2018. *Sveriges framtida befolkning 2018–2070*. (Demografiska rapporter 2018:1)
- Statskontoret 2015. *Att styra mot ökat förtroende – är det rätt väg?*
- Statskontoret 2018. *Utvärdering av det nya klagomålssystemet inom hälso- och sjukvården*. (Delrapport 2018:26)
- Stiftelsen Allmänna Barnhuset 2017. *Våld löser inget! Sammanfattning av en nationell kartläggning om våld mot barn*
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016a. *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården – Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. (Rapport 2016:2)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2016b. *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. (PM 2016:1)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017a. *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. (Rapport 2017:3)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017b. *Från medel till mål – att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*. (Rapport 2017:9)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017c. *Löftesfri garanti – En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. (Rapport 2017:6)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2017d. *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014-2017*. (Rapport 2017:2)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018a. *En akut bild av Sverige- Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning*. (Rapport 2018:13)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018b. *Fatta läget – Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga*. (Rapport 2018:9)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård och omsorgsanalys 2018c. *Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård*. (Rapport 2018:8)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018d. *Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. (Rapport 2018:4)
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018e. *Lika läge för alla? Om omotiverade skillnader inom den sociala barn- och ungdomsvården*. (Rapport 2018:10)

Statens offentliga utredningar, propositioner och direktiv

- Nationell samordnare inom området psykisk hälsa, utan år. *Regeringens strategi för psykisk hälsa 2016-2020 – Fem fokusområden fem år framåt*
- Regeringen. Finansdepartementet 2016. *Tillit i styrningen*. (Kommittédirektiv dir. 2016:51)
- Regeringskansliet. Finansdepartementet 2018. *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden*. (Proposition 2017/18:158)
- Regeringskansliet. Socialdepartementet 2018. *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. (Proposition 2017/18:83)

Tillitsdelegationen 2018. *En lärande tillsyn - Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg*. Stockholm: Nordstedts juridik. (Statens offentliga utredningar 2018:48)

Webbplatser

Boverket. "Öppna data – Boverkets bostadsmarknadsenkät 2014 och 2017." Tillgänglig: <https://www.boverket.se/sv/om-boverket/publicerat-av-boverket/oppna-data/bostadsmarknadsenkaten/> [2018-12-11]

Folkhälsomyndigheten. "Därför ökar psykisk ohälsa bland unga." Tillgänglig: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/> [2019-01-21]

Försäkringskassan. "Statistik om assistansersättning - Antal assistansberättigade och antal timmar, 1994-" Tillgänglig: <https://www.forsakringskassan.se/statistik/funktions%C2%ADnedsattning/assistansersattning> [2018-12-04]

IVO – Inspektionen för vård och omsorg. "Antalet självmord som anmäls som vårdskada till IVO har minskat kraftigt." Tillgänglig: <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2018/antalet-sjalmord-som-anmals-som-vardskada-till-ivo-har-minskat-kraftigt/> [2019-01-21]

IVO – Inspektionen för vård och omsorg. "Icke legitimerade läkare som arbetar på akutmottagning." Tillgänglig: <https://www.ivo.se/publicerat-material/principiella-beslut/halso--och-sjukvard/icke-legitimerade-lakare-som-arbetar-pa-akutmottagning/> [2019-02-08]

JO – Justitieombudsmannen Thomas Norling. "Övergripande redovisning av iakttagelser under året 2017-2018." Tillgänglig: <https://www.jo.se/sv/Om-JO/Justitieombudsmannen/JOarnas-overgripande-redovisning/JO-Thomas-Norling--iakttagelser/> [2018-12-04]

Karolinska institutet. "Nationellt centrum för suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – självmord i Sverige." Tillgänglig: <https://ki.se/nasp/sjalmord-i-sverige-0> [2019-01-21]

Karolinska institutet – Stockholms universitet och Äldrecentrum, Pär Schön. "Särskilt boende för äldre – Boendetider, trender och framtida utmaningar." Presentation. Tillgänglig: <http://www.aldrecentrum.se/sites/default/files/Global/PDFer/2015/Feb/ABF-%C3%A5h%C3%B6rare%20par%20schon.pdf> [2019-01-21]

Socialstyrelsen. "Kraftig ökning av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna." Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kraftigokningavpsykiskohalsahosbarnochungavuxna> [2019-01-21]

Socialstyrelsen. "Kunskapsguiden.se – Tvångsvård." Tillgänglig: <http://www.kunskapsguiden.se/psykiatri/Teman/tvangsvard/Sidor/default.aspx> [2019-01-21]

Socialstyrelsen. "Socialstyrelsens termbank." Tillgänglig: <http://termbank.socialstyrelsen.se/> [2019-02-06]

Socialstyrelsen. "Socialstyrelsens statistikdatabas." Tillgänglig: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/vantetiderochbesokvidsjukhusbundnaakutmottagningar> [2019-02-06]

Socialstyrelsen. "Tvångsvård." Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/tvangsvard> [2019-02-06]

Sjukhusläkaren (2018). "Närakut i Göteborg fungerar som avlastning för akutmottagning." <https://www.sjukhuslakaren.se/narakut-i-goteborg-fungerar-som-avlastning-for-akutmottagning/> [2018-12-20]

SKL – Sveriges kommuner och landsting. "Väntetider i vården." Tillgänglig: <https://www.vantetider.se/> [2019-02-06]

SKL – Sveriges kommuner och landsting. "Ekonomi- och verksamhetsstatistik för landsting och regioner: Ekonomitabeller, ekonomistatistik." Tillgänglig: <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomioch-verksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html> [2019-01-21]

SKL – Sveriges kommuner och landsting. "Ekonomi- och verksamhetsstatistik för landsting och regioner: Verksamhetstabeller 2017." Tillgänglig: <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html> [2019-01-21]

Regionala cancercentrum i samverkan (2019-01-30). "Nationell samverkan för kortare väntetider i cancervården." Tillgänglig: <https://www.cancercentrum.se/samverkan/> [2019-02-06]

Lagstiftning

Ds 2008:23 FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

SFS 1985:125 Tandvårdslagen.

SFS 1990:52 Lag om särskilda bestämmelser om vård av unga.

SFS 1991:1128 Lagen om psykiatrisk tvångsvård.

SFS 1991:1129 Lagen om rättspsykiatrisk vård.

SFS 1993:387 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

SFS 2001:453 Socialtjänstlagen.

SFS 2001:937 Socialtjänstförordningen.

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen.

SOSFS 2014:4 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.

SFS 2014:821 Patientlagen.

SFS 2017:30 Hälso- och sjukvårdslag.

SFS 2018:1174 Lagen om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.

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

