

Vad har IVO sett 2019?

lakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning.....	9
2	Analys och slutsatser.....	13
2.1	Översikt av 2019 års analys	13
2.2	Pågående initiativ för att förbättra vård och omsorg	14
2.3	Övergripande beskrivning av kvalitet och säkerhet i vård och omsorg.....	16
2.4	Utveckling av IVO:s riskanalys	31
3	Underlaget för vår analys.....	34
4	Barn och familj.....	36
4.1	Iakttagelser för 2019	36
4.2	Bakgrund	37
4.3	IVO kritiserar två av tio hem för vård eller boende och stödboenden, men finner brister i fler verksamheter	38
4.4	Rättssäkerheten för barn och unga på boenden brister.....	39
4.5	Antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende och stödboenden minskar, liksom antalet verksamheter.....	44
5	Äldreomsorg.....	47
5.1	Iakttagelser för 2019	47
5.2	Bakgrund	48
5.3	IVO fick 590 ansökningar om att bedriva hemtjänst efter tillståndsplikten för privata aktörer 2019	50
5.4	IVO har fått ett fåtal ansökningar om tillstånd för biståndsbedömt trygghetsboende efter tillståndsplikten för privata aktörer 2019.....	50
5.5	En hög andel av lex Maria-anmälningarna i hemsjukvården handlar om brister i läkemedelshanteringen	51
5.6	Äldre personer riskerar olyckor och allvarliga skador när personal använder hjälpmedel fel eller förflyttar äldre på ett osäkert sätt.....	51
5.7	En fjärdedel av lex Sarah-anmälningarna handlar om olika former av övergrepp	52
5.8	Antalet ej verkställda beslut som rör äldre personer har ökat.....	53

6 Funktionsnedsättning	56
6.1 Iakttagelser för 2019	56
6.2 Bakgrund	57
6.3 Barn och unga beskriver behov med alternativ kommunikation	59
6.4 Antalet ej verkställda beslut om daglig verksamhet har ökat mest	60
6.5 Alla barn, ungdomar och vuxna är inte trygga i sina boenden	62
6.6 Antalet personer som ordnar egen assistans har minskat	64
6.7 Andelen avslag på ansökningar om tillstånd	65
7 Missbruks- och beroendevården	68
7.1 Iakttagelser för 2019	68
7.2 Bakgrund	68
7.3 Vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem är fortfarande inte tillräckligt samordnad	70
7.4 Socialtjänsten erbjuder inte alltid insatser som svarar mot individens behov	72
7.5 Trots färre ansökningar om att bedriva verksamhet med behandling av missbruk har andelen beviljade tillstånd ökat	74
7.6 IVO riktade kritik i 30 procent av våra egeninitierade ärenden för brister i det systematiska kvalitetsarbetet.....	75
8 Förändringar i regelverk för tillståndsplikt och lämplighetsprövning	77
8.1 Nya tillståndsplikter inom omsorgen	77
8.2 Antalet ansökningar om tillstånd har minskat med en tredjedel.....	77
8.3 IVO beviljar cirka 70 procent av ansökningarna om tillstånd	77
8.4 Vissa verksamhetstyper får oftare avslag än andra	78
8.5 Införandet av en tillståndsplikt och en avgift tycks inte ha minskat antalet pågående hemtjänstverksamheter	78
8.6 Regeringen har gett IVO i uppdrag att analysera regelverket för tillståndsprövning	78
8.7 Stärkta möjligheter för lämplighetsprövning av aktiva verksamheter	79

9	Primärvård	82
9.1	Iakttagelser för 2019	82
9.2	Bakgrund	82
9.3	Det finns återkommande brister i samordning mellan primärvården och andra verksamheter.....	85
9.4	Brister i personalkontinuitet ökar risken för fördröjd, felaktig och otrygg vård för patienten	85
9.5	Problemen med fördröjda diagnoser finns kvar, liksom de allvarliga konsekvenser det medför	86
9.6	Ofullständiga journaler gör det svårt att följa patienternas vård och behandling	87
9.7	Det finns förutsättningar för en patientsäker vård i digitala vårdtjänster.....	88
10	Akutmottagningar och prehospital vård	90
10.1	Iakttagelser för 2019	90
10.2	Bakgrund	91
10.3	Det fortsätter att vara långa väntetider på sjukhusens akutmottagningar.....	92
10.4	Oerfarna AT-läkare får arbeta självständigt och utan handledning på akutmottagningar	93
10.5	Bristande kommunikation är den vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar	94
10.6	Bristande dokumentation är den näst vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar.....	95

11 Somatisk specialistsjukvård	97
11.1 Iakttagelser för 2019	97
11.2 Bakgrund	98
11.3 Utmaningar med kompetensförsörjning och brist på vårdplatser innebär högre risk för vårdskador	99
11.4 Brister i prevention, omvårdnad och övervakning ger ökad risk för fallolyckor och överfyllda urinblåsor	103
11.5 Patienter drabbas av allvarliga vårdskador när hanteringen av läkemedel brister	104
11.6 Återkommande brister i administration, kommunikation och dokumentation	105
12 Psykiatrisk specialistsjukvård	108
12.1 Iakttagelser för 2019	108
12.2 Bakgrund	109
12.3 Lex Maria-anmälningarna fortsätter att minska	110
12.4 Det finns fortsatta brister i samordningen av olika insatser för personer med psykisk ohälsa	110
12.5 En knapp tredjedel av lex Maria-anmälningarna handlar om brister i det systematiska kvalitetsarbetet	112
12.6 Tvångsåtgärder kan begränsas men egenkontroller behöver förbättras	112
13 Tandvård	115
13.1 Iakttagelser för 2019	115
13.2 Bakgrund	115
13.3 Återkommande brister i rotbehandlingar ökar risken för att patienter drabbas av rotspetsinfektioner	117
13.4 Patienters klagomål på tandvården handlar ofta om brister i återuppbyggnad av förlorad tuggfunktion och estetik (protetik)	118
13.5 Patientjournalerna saknar viktiga och nödvändiga uppgifter	120

14	Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.....	123
14.1	Iakttagelser för 2019	123
14.2	Bakgrund	123
14.3	Vi ser en ökande trend av oskicklighet i yrkesutövningen.....	125
14.4	Felaktig förskrivning är den vanligaste orsaken till att IVO kritiserar eller anmäler förskrivare till HSAN.....	126
14.5	I 30 procent av prövotidsärendena återkallas legitimationen.....	128
15	Medicinteknik.....	130
15.1	Iakttagelser för 2019	130
15.2	Bakgrund	130
15.3	Medicintekniska produkter återanvänds trots att riskerna för patientsäkerheten är okända.....	133
15.4	Felaktigt användande av medicintekniska produkter leder till allvarliga risker	134
16	Vävnadsinrättningar.....	136
16.1	Iakttagelser för 2019	136
16.2	Bakgrund	136
16.3	Fler vävnader skulle kunna tas till vara för att användas vid transplantationer	137
16.4	Det finns risker för patientsäkerheten när vävnadsinrättningens organisation är otydlig	139
16.5	Fler barnlösa och ensamstående kvinnor kan behandlas med donerade könsceller.	140
17	Blodverksamheter.....	143
17.1	Iakttagelser för 2019	143
17.2	Bakgrund	143
17.3	Blodverksamheterna behöver personal med rätt kompetens.....	144
17.4	Det finns brister i hur väl hälso- och sjukvårdspersonalen följer provtagningsrutiner	145

18	Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen.....	147
18.1	Antal klagomål som kommer in till IVO ökar	147
18.2	Stor variation mellan länen.....	148
18.3	Klagomålen rör främst personer över 18 år och kvinnor.....	149
18.4	De flesta klagomålen rör kirurgi och primärvården	150
18.5	Vård och behandling ligger bakom flest klagomål.....	150
19	Litteraturförteckning	152



1 Sammanfattning

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska varje år lämna en rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, tillståndsprövning och klagomål enligt patientsäkerhetslagen under det gångna verksamhetsåret. Rapporten beskriver våra viktigaste iakttagelser, de åtgärder vi har genomfört med anledning av de brister som vi har sett och våra slutsatser för 2019.

Rapporten består av två delar. I den första delen (kapitel 2) försöker vi ge en övergripande beskrivning av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen. Beskrivningen kompletterar de områdesspecifika analyserna och är inte heltäckande, utan ska ses som ett steg mot att kunna genomföra mer precis analys av kvalitet och säkerhet.

I rapportens andra del (kapitel 4–17) beskriver vi våra iakttagelser för 13 olika verksamhetsområden inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vi utgår på flera punkter från det som vi beskriver i rapportens första del. Några av de mest omfattande områdena är primärvård, somatisk specialistsjukvård, barn och familj samt äldreomsorg.

Vi har fem övergripande slutsatser. Slutsatserna ska inte läsas fristående från varandra. Vi menar att slutsatserna i allra högsta grad påverkar varandra. Det är i första hand med ledning och styrning som vårdens och omsorgens aktörer kan se till att patienter och brukare får en trygg och säker vård och omsorg av god kvalitet.

Våra övergripande slutsatser är:

- **Det finns flera utmaningar i ledningen och styrningen av vården och omsorgen.**

Vi konstaterar att det finns flera utmaningar i ledningen och styrningen av vården och omsorgen. Vi bedömer att utmaningarna påverkar kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen. Men det är svårt att ge en rättvisande bild av läget inom ledningen och styrningen i vården och omsorgen. I denna rapport tittar vi på några olika aspekter.

I den pågående omställningen till en god och nära vård ser vi att en utmaning för ledningen och styrningen är att gå från linjära organisationer till ledning av nätverksbaserade organisationer, där syftet mer är att samverka med andra utanför den egna organisationen.

En utmaning är vårdens och omsorgens ekonomistyrning. En välfungerande ekonomistyrning ger förutsättningar för stabilitet och kontinuitet i både arbete och bemanning. År 2019 överskred 19 av 21 regioner sin sjukvårdsbudget. Samtidigt riskerar ett 90-tal av Sveriges 290 kommuner ekonomiskt underskott efter årsslutet 2019.

En annan utmaning för vården och omsorgen är att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete på ett effektivt sätt. Även om det saknas en heltäckande bild av vårdens och omsorgens systematiska kvalitetsarbete, finns det flera indikationer på att det behövs förbättringar. Vi ser exempelvis att antalet lex Sarah-anmälningar har minskat inom flera verksamhetsområden, tydligast inom barn och familj och äldreomsorg. Vi ser också att vård- och omsorgsgivarnas utredningar brister och inte är tillfredsställande. En särskild granskning av lex Sarah-anmälningar inom barn och familj visar att IVO begärt kompletteringar i cirka en tredjedel (55 av 163) av anmälningarna.

Socialstyrelsen har analyserat utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet genom att granska alla regioners och 20 kommuners patientsäkerhetsberättelser. De fann att det var få regioner och kommuner som beskriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete från identifiering, via analys och åtgärder till uppföljning. Det saknas ofta beskrivningar av analys och resonemang om resultat och motivering av val av åtgärder (Socialstyrelsen, 2018e).

Socialstyrelsen visar att bara 8 procent av kommunerna uppger att de inom området våld i nära relationer systematiskt har följt upp resultaten av insatser till vuxna, sammanställt dem på gruppnivå och använt dem för verksamhetsutveckling (Socialstyrelsen, 2019a). Inom äldreomsorgen är motsvarande uppgifter 9 procent inom ordinärt boende och 5 procent inom särskilt boende (Socialstyrelsen, 2019ö).

- **Vården och omsorgen har svårigheter att nå god tillgänglighet och jämlik kvalitet över landet.** Tillgängligheten brister och patienter och brukare tvingas till att vänta länge för att få vård och insatser. I december 2019 uppfylldes garantin om bedömning i primärvården till 83 procent och garantin om behandling (operation och åtgärd) i specialistvården till 73 procent. Vi kan också konstatera att väntetiderna på sjukhusens akutmottagningar fortfarande är en nationell utmaning. När patienter får vänta länge på vård finns risk för fördröjd diagnos och behandling, vilket kan leda till försämrad prognos.

Antalet regioner som ger barn en första bedömning vid BUP inom 30 dagar har minskat de senaste åren och skillnaderna mellan regionerna är stora. Vi ser att barn och unga som väntar på till exempel utredning för neuropsykiatriska diagnoser hos BUP ibland kan tvingas vänta så länge som upp till två år.

Inom omsorgen ser vi att antalet personer som inte har fått de insatser de har rätt till, trots att socialtjänsten har beviljat dem har ökat med 14 procent sedan 2016. 2019 låg antalet beslut som ej verkställts på runt 14 000. Långa väntetider kan ha stor inverkan på en persons livskvalitet.

- **Brist på personal och kompetens påverkar kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen negativt.**

Vården och omsorgen har stora utmaningar med kompetensförsörjningen av vård- och omsorgspersonal. Konsekvenserna av detta syns tydligt i våra ärenden. Vård- och omsorgsgivare behöver aktivt främja en god arbetsmiljö för att utveckla och behålla personal, identifiera nya arbetssätt och använda sig av digitaliseringens möjligheter.

Inom den somatiska specialistvården ser vi att patienter utlokaliseras till annan avdelning när vårdplatser saknas. Utlokaliserade patienter har en 60–70 procent högre frekvens av vårdskador än de som inte är utlokaliserade.

Vi ser exempel i våra ärenden på att personalen i äldreomsorgen inte alltid har tillräcklig kunskap och kompetens om hjälpmedel och förflyttningsteknik. Det finns därför risk för att äldre personer utsätts för vårdskador, olyckor, fysisk påverkan, otrygghet och obehag.

- **Bristande personcentrering och samordning påverkar kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen negativt.**

Bristande personcentrering och samordning lägger ett tungt ansvar på patienter, brukare och närstående samt leder till otrygghet, patientrisker, vårdskador och missförhållanden. Det är svårt att få en överblick över samordningsproblematiken inom vård och omsorg. Viss information finns i våra ärenden men den är långt ifrån heltäckande och behöver kompletteras med data från andra aktörer inom vård och omsorg.

I vår tillsyn som rör barn och unga med psykisk ohälsa ser vi att barnet eller dess vårdnadshavare ofta själva behöver förmedla information mellan olika aktörer. Vi ser också att samordningsproblematiken kan uppstå på grund av bristande samsyn och samfinansiering.

- **Alla barn, unga och äldre är inte trygga i sina boenden.**

Även om de flesta barn och unga har det bra i sina boenden, så förekommer det att de blir utsatta för våld, kränkningar och övergrepp, både av andra boende och av personal. I en särskild analys av 2018 års tillsyn där vi granskade 108 lex Sarah-anmälningar och 1 497 tillsynsärenden gällande boenden för barn och unga identifierade vi nära 200 uppgifter om våld och kränkningar vid olika boenden för barn. Även 2019 ser vi flera händelser som har påverkat placerade barns och ungas trygghet och säkerhet.

År 2019 handlade en fjärdedel av lex Sarah-anmälningarna inom äldreomsorgen om olika former av övergrepp, där ekonomiskt och fysiskt övergrepp är vanligast. Inom verksamheter för personer med funktionsnedsättningar har lex Sarah-anmälningarna om missförhållanden i form av tvångs- och begränsningsåtgärder ökat under de senaste åren. År 2019 avsåg knappt en tredjedel av anmälningar olika typer av övergrepp.

Det finns tecken på att lex Sarah anmälningar som kommer in till IVO inte motsvarar den verkliga omfattningen av allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden. Exempelvis finns det kommuner som sällan eller aldrig gör en lex Sarah-anmälan till IVO. Det finns alltså en risk att många övergrepp förblir dolda, trots anmälningskyldigheten.

Våra iakttagelser är i allt väsentligt avvikelsebaserade. Vi redogör alltså främst för det som inte fungerar som det ska, för att peka på vad som behöver förbättras i vården och omsorgen. Vi beskriver också de effekter vi hittills kan se av den nya lagstiftningen för den tillståndspliktiga omsorgssektorn.

Vi har i årets rapport utvecklat analysen med hjälp av en bredare användning av interna och externa datakällor. Våra slutsatser och iakttagelser vilar på en analys av uppgifter från våra tillsyns- och tillståndsärenden och vad personer som möter vården och omsorgen berättar för oss, men också på uppgifter från andra, exempelvis offentlig statistik och öppna jämförelser.



2 Analys och slutsatser

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) finns till för de som behöver vård och omsorg, det vill säga patienterna och brukarna. Vårt uppdrag är att bidra till en vård och omsorg som är säker och av god kvalitet samt som utförs i enlighet med lagar och regler. Det gör vi genom tillsyn och tillståndsprövning.

IVO möter många väl fungerande verksamheter, men som tillsynsmyndighet prioriterar vi insatser som riktar sig till verksamheter som har risker eller brister i kvaliteten och säkerheten. Denna rapport beskriver IVO:s iakttagelser och slutsatser om socialtjänsten och hälso- och sjukvården under 2019. Rapporten fokuserar på det som inte fungerar som det ska, och beskriver därmed inte läget i stort. Rapporten pekar snarare på förbättringsområden i vården och omsorgen.

De flesta av de iakttagelser och slutsatser som vi beskriver här har vi och andra rapporterat om tidigare. Det innebär att patienter och brukare utsätts för återkommande, oönskade och allvarliga risker och brister i vården och omsorgen.

2.1 Översikt av 2019 års analys

IVO:s uppdrag omfattar all vård och omsorg – en av de största sektorerna i Sverige. Enligt Statistiska Centralbyråns senaste uppgift (2017) motsvarar kostnaderna för hälso- och sjukvården 11 procent av Sveriges bruttonationalprodukt.¹ Det är i huvudsak regionerna som finansierar vården, med kostnader på ungefär 251 miljarder kronor 2018.² Det är i huvudsak kommunerna som finansierar omsorgen, med kostnader på ungefär 255 miljarder kronor 2018 för vård och omsorg³ (Statistiska Centralbyrån, u.d.). Kostnaderna för vård och omsorg ska gå till att arbeta för en god hälsa och omsorg i hela befolkningen. Den enskilt största kostnadsposten gäller specialiserad somatisk vård. En mindre del av vården finansieras av privata försäkringsföretag, cirka 1 procent av den totala vårdkostnaden (Svensk försäkring, u.d.).

Vården och omsorgen är kanske den största kontaktytan mellan invånarna och välfärdssystemet. I princip samtliga invånare i landet använder eller kommer i kontakt med dessa verksamheter någon gång under livet. IVO:s uppdrag spänner över ungefär 69 miljoner vårdbesök varje år, på cirka 100 sjukhus, 1 100 vårdcentraler, 5 400 vårdenheter och 4 400 tandvårdsmottagningar. Cirka 320 000 personer över 65 år bor på särskilda boenden och cirka 55 000 personer under 65 år. År 2018 fick 38 800 barn och unga någon gång under året vård enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) eller insatser enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU) (Socialstyrelsen, 2019e). IVO har också tillsyn över de omkring 225 000 personer som är legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och beslutar om cirka 4 100 tillståndsärenden varje år.

2.1.1 Ambition att utveckla IVO:s analys

I årets rapport har IVO utvecklat analysen genom att använda fler interna och externa datakällor än tidigare. Syftet med denna mer datadrivna analys är att kunna ge en mer heltäckande bild av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen. Denna bild kan IVO använda för att kvantifiera risker och brister och följa dessa över tid. De risker och brister vi beskriver i den här rapporten är väl kända i vård- och omsorgssystemet, men ändå svåra att kvantifiera och följa upp över tid. Vi avser att utveckla vår förmåga att identifiera och följa upp brister och risker, vilket kommer att behöva ske under lång tid, stegvis och med ett utforskande arbetssätt.

IVO följer utveckling och trender som påverkar risken för vårdskador, missförhållanden och andra kvalitetsbrister som kan drabba patienter och brukare. Det är en förutsättning för att kunna anpassa vår

1 I detta räknas kostnader för till exempel patientavgifter och läkemedel med samt ungefär tre fjärdedelar av det som klassas som kommunala kostnader och som avser vård till äldre och funktionsnedsatta.

2 Nettokostnad exklusive läkemedel inom läkemedelsförmånen.

3 Med kostnad avses här kostnad för eget åtagande som mäts som bruttokostnad exklusive interna intäkter och försäljning till andra kommuner och regioner.

tillsyn och tillståndsprovning så att vi gör så stor nytta som möjligt för patienter och brukare. Analysen för 2019 präglas av följande två pågående nationella trender:

- Omställningen till god och nära vård.
- Digitaliseringen av vård och omsorg.

2.1.2 IVO avser att följa utvecklingen över tid

Det är svårt att ge en rättvisande bild av kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg. IVO planerar att stärka analysförmågan för att kunna följa utvecklingen över tid, och för att identifiera riskområden för att kunna rikta våra resurser där det är mest angeläget för patienter och brukare.

För att följa utvecklingen av kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg bedömer vi att följande områden är viktiga:

- Risken för vårdskador inom hälso- och sjukvården.
- Risken för missförhållanden inom socialtjänsten.
- Personcentrerad och samordnad vård och omsorg.
- Befolkningens tillgänglighet till vården och omsorgen.
- Tillgång och efterfrågan på personal och kompetens.
- Huvudmännens förmågor till ledning och styrning.
- Risken att oseriösa aktörer bedriver vård och omsorg.

2.1.3 Disposition

Rapporten har två delar. I den inledande delen (kapitel 2) försöker vi ge en övergripande beskrivning av säkerhet och kvalitet i vården och omsorgen. Beskrivningen kompletterar de områdesspecifika analyserna och är inte heltäckande, utan ska ses som ett steg mot att kunna genomföra mer precis analys av kvalitet och säkerhet. Vi belyser fem övergripande områden som har bäring för att förstå kvaliteten och de brister vi ser inom vården och omsorgen.

I den andra delen (kapitel 4–17) redovisar vi iakttagelser för 13 olika verksamhetsområden inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Vi utgår på flera punkter från det vi beskriver i rapportens första del, när vi mer detaljerat beskriver våra iakttagelser inom olika verksamhetsområden. Några av de mest omfattande områdena är primärvård, somatisk specialistsjukvård, barn och familj samt äldreomsorg. Vi beskriver också de effekter vi hittills kan se av den nya lagstiftningen för den tillståndspliktiga omsorgsmarknaden.

2.2 Pågående initiativ för att förbättra vård och omsorg

Vården och omsorgen är i omställning. Det handlar om komplexa förändringar som drivs av flera olika rörelser i samhället. Fler lever längre med kroniska hälsotillstånd, och samma person kan ha flera diagnoser och behov av vård och omsorg samtidigt. Detta kräver samordning inom vården, och mellan vård och omsorg. Det utgör ett förändringstryck på organisationer och arbetssätt men också på synen på dem som behöver vården och omsorgen – personerna det gäller. Rörelsen mot en mer personcentrerad vård är tydlig, vilket också är en bärande del av omställningen till god och nära vård. Även den pågående digitaliseringen i samhället driver förändringar i vården och omsorgen, till exempel mot mer digitala vårdkontakter och mot att utveckla mer välfärdsteknik.

2.2.1 Omställning till god och nära vård

Den pågående omställningen till en nära vård och omsorg är komplex och omfattande. Förändringen sker dessutom samtidigt som vården utsätts för andra starka påfrestningar.

En del av styrningen mot mer nära vård slussar resurser från den specialiserade somatiska vården till bland annat primärvården och omsorgen. Men den somatiska specialistvårdens kostnader har under en period ökat betydligt snabbare än övriga verksamhetsområden. En annan del av styrningen har att göra med att öka andelen öppenvård.

Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) minskar antalet slutenvårdsplatser (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d). Antalet vårddagar har minskat med 30 procent mellan 1999 och 2017, och antalet vårdtillfällen och vårdade personer i slutenvården har minskat med cirka 15 procent under samma period (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d). Men SKR menar att rörelsen från slutenvård inte är helt entydig. Minskningen av antalet vårdplatser drivs delvis av att det är svårt att rekrytera personal till slutenvården, samtidigt som antalet överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat under de senaste åren (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d).

Omställningen innebär också ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. En av grundbultarna handlar om att arbeta personcentrerat. Personcentrerad vård och omsorg är ett etiskt förhållningsätt som innebär att se den enskilda personen, involvera personen och anpassa vård och omsorg efter individens behov och förutsättningar. SKR:s kartläggning från maj 2018 visar att 13 av 21 regioner då hade tagit ett övergripande beslut om att skapa förutsättningar och samordna insatser för personcentrerad vård (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018d).

IVO har haft regeringens uppdrag att lämna förslag på hur myndigheten kan bidra till omställningen till nära vård (Inspektionen för vård och omsorg, 2019f). Regeringsuppdraget tar upp ett antal riskområden, till exempel brister i samordning, tillgänglighet, kontinuitet och patientdelaktighet. Vidare beskriver uppdraget ett antal grupper som drabbas av dessa brister, till exempel personer med kroniska sjukdomar, funktionsnedsättningar, multisjuklighet samt unga med psykisk ohälsa.

2.2.2 Personcentrerad vård och omsorg

Både vårdens professioner och befolkningen håller med om att vården och omsorgen ska vara personcentrerad, det vill säga utgå från den enskildes behov, preferenser och resurser (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018d). Mycket arbete pågår och på nationell nivå samordnar SKR omställningen mot en nära vård och omsorg, där personcentrering är vägledande både som förhållningssätt och arbetssätt.

Personcentrering innebär också att skifta från det organisationsfokus som hälso- och sjukvården traditionellt har haft till att fokusera på personen och personens livssituation. Det kan exempelvis handla om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att patienten får stöd att utföra egenvård. Personcentrering handlar också om att ta tillvara patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper.

I internationella undersökningar får Sverige svaga resultat på en rad områden som beskriver patientens erfarenheter av sina kontakter med vården, till exempel när det gäller delaktighet, information och samordning. Bland annat har bara fyra av tio patienter med långvariga sjukdomar diskuterat huvudsakliga mål och prioriteringar i sin vård, och bara en femtedel har fått en skriftlig plan för att själva kunna ta hand om sin sjukdom (Vårdanalys, 2016c).

2.2.3 Digitalisering och välfärdsteknik

Sverige har sedan ett antal år tillbaka höga ambitioner inom området digitalisering och välfärdsteknik. Sverige ligger också i framkant inom flera områden, exempelvis elektroniska recept, invånarens åtkomst till journaler via internet, regional uppkoppling till nationell patientöversikt och elektroniskt expertstöd för expediering av läkemedel vid apotek.

Som ett resultat av den ökade digitaliseringen kan invånarna nu söka vård digitalt, så kallade digitala eller digifysiska vårdmöten. Under 2018 genomfördes 550 000 vårdkonsultationer via internet, vilket är en ökning med 175 procent sedan 2017 (Sveriges Television, 2018). Antalet besök på 1177 Vårdguiden ökade med 15 procent under samma period (Vården i siffror, u.å. d).

Digitaliseringen innebär även möjligheter att använda nya digitala verktyg och arbetssätt med hjälp av välfärdsteknik. Det kan bidra till att utveckla både hemsjukvården och omsorgen. Men utvecklingen innebär även nya risker. Två av IVO:s nationella tillsynsinsatser under 2019 har fokuserat på områdena digitala vårdtjänster och välfärdsteknik. I tillsynen av digitala vårdtjänster granskades 13 digitala vårdgivare. IVO:s iakttagelser var i huvudsak positiva (Inspektionen för vård och omsorg, 2019j). I tillsynen av välfärdsteknik konstaterar vi att införandet av välfärdsteknik går relativt långsamt, men att både brukare och personal i många fall är positiva till användningen.

Samtliga regioner står inför att under de kommande åren helt byta eller i stora delar förnya sina it-system för vårdinformation. Det beror framför allt på att de befintliga it-stöden är gamla, att de inte är användarvänliga samt att de inte är kan användas effektivt för digitalt beslutsstöd eller för digital kommunikation med patienter och andra vårdgivare. Denna förändring kräver omfattande och komplexa åtgärder, med en hög grad av risk. Flera regioner arbetar exempelvis med frågor om patienternas integritetsskydd, bland annat som en följd av att vissa leverantörer som regionerna har upphandlat är amerikanska bolag. IVO kommer att fördjupa riskanalysen inom området inför vår tillsyn framöver.

2.3 Övergripande beskrivning av kvalitet och säkerhet i vård och omsorg

Vi försöker här att ge en övergripande beskrivning av säkerheten och kvaliteten i vården och omsorgen, trots att det är svårt att uttala sig om det på ett rättvist sätt. En ideal analys skulle behöva sätta de investerade resurserna i vården och omsorgen i relation till de effekter som verksamheterna har på befolkningens hälsa och livskvalitet. Eftersom en sådan analys är mycket svår att göra använder vi istället mått som beskriver ”produktion” inom olika områden. Vi använder till exempel antal läkar- eller sjuksköterskebesök, antal vårdplatser eller antal platser i olika boenden eller andra omsorgstjänster i vår analys. Vår beskrivning är inte heltäckande, utan är ett steg mot att vi ska kunna genomföra en mer precis analys av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen.

Vi inleder med två övergripande områden om nuläge i konsumtion och behov av vård och omsorg samt hur Sverige rankas i internationella jämförelser inom vård och omsorg. Sedan belyser vi fem områden som har grundläggande betydelse för kvalitet och säkerhet. På en övergripande nivå är dessa fem områden aktuella i våra bedömningar av risker och brister i vården och omsorgen.

I de flesta fall bygger vår beskrivning av respektive område på en kombination av vår egen och andras data, samt våra och andras riskanalyser. I så stor utsträckning som möjligt redovisar vi uppgifter för helåret 2019 tillsammans med jämförelser över tid. Men vi har tyvärr inte haft tillgång till ett sådant underlag för samtliga områden som denna rapport omfattar.

2.3.1 Konturerna av nuläget i konsumtion och behov av vård och omsorg

Antal läkarbesök och vårdtillfällen har minskat 2008–2018

År 2018 låg riksgenomsnittet på 2,7 läkarbesök per år och invånare. Det har minskat med 0,6 procent per år sedan 2008 (Vården i siffror, u.å. a). De flesta regioner ligger i ett intervall inom 15 procent från rikssnittet. Ett undantag är Region Stockholm, som hade 25 procent fler läkarbesök per invånare än rikssnittet (Vården i siffror, u.å. a).

I slutenvården har rikssnittet för antalet vårdtillfällen per invånare mellan 2008 och 2018 minskat med 0,8 procent per år (Kolada, u.å. l). Antalet disponibla vårdplatser per invånare har minskat med 2,7 procent per år under samma period (Vården i siffror, u.å. b). Vården genomförde 2018 fler vårdtillfällen per vårdplats än 2008, och ökningen har varit 1,9 procent per år (Kolada, u.å. l; Vården i siffror, u.å. b).

Antalet besök i tandvården har minskat långsammare än i den övriga vården. Minskningen har varit 0,4 procent per år 2010–2018 (antal personer som varit på tandvårdsbesök under de senaste två åren i relation till befolkningens storlek) (Vården i siffror, u.å. c). Antalet personer per 100 invånare med åtgärder genomförda inom tandvården har sjunkit med 1,1 procent per år 2010–2018 (Socialstyrelsen, u.å. e).

Andelen äldre än 65 år som får en insats enligt socialtjänstlagen har minskat kontinuerligt sedan 2010

Kommunerna ansvarar för omsorgen, och står för driften tillsammans med privata aktörer. Knappt 16 procent av alla invånare äldre än 65 år hade 2018 minst en verkställd insats enligt socialtjänstlagen (Socialstyrelsen, 2019d). Sedan 2010 har andelen personer med insatser i form av hemtjänst, särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet sjunkit med 2 procent per år. Av dessa använder drygt hälften hemtjänst och cirka en fjärdedel bor i särskilt boende.

Antalet personer med insatser enligt LSS har ökat mer än befolkningsökningen

Antalet insatser för äldreboende har minskat, men samtidigt har antalet personer i alla åldrar med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ökat med 2 procent per år sedan 2009 (Socialstyrelsen, 2019o). Det är mer än befolkningsökningen på 1 procent per år (Statistiska centralbyrån, 2020a).

Fler kommer att behöva vård och omsorg

Den demografiska utvecklingen förändrar förutsättningarna för vård och omsorg. Befolkningen ökar, åldersfördelningen förändras med en ökande andel äldre, och en större andel invånare har utländsk härkomst. Åldersgruppen 65–84 år har vuxit snabbare än andra åldersgrupper. Denna åldersgrupp behöver mer vård och omsorg än de yngre åldersgrupperna.

Sjukdomsbild och sjukdomsburda i förändring – kroniska sjukdomar och psykiska sjukdomar ökar

Sjukdomsbild och sjukdomsburda kan mätas på olika sätt: vilka diagnoser som är vanligast, som skattat välbefinnande i befolkningen eller hur många personer som är sjukskrivna. Sjukskrivningarna har ökat snabbare än befolkningsökningen. Det kan tyda på att sjukdomsburdan ökar. Samtidigt växer andelen psykiska sjukdomar i befolkningen.

Allt fler svenskar drabbas av kroniska sjukdomar och många lever allt längre med kroniska sjukdomar. Sverige har till exempel näst högst andel av diabetes typ I i världen, en andel som växer stadigt. Var femte svensk är drabbad av hjärt-kärlsjukdom, en andel som också ökar. Enligt Vårdanalys hade 44 procent av befolkningen år 2013 fått minst en kronisk diagnos under de senaste tre åren (Vårdanalys, 2014). Under samma tid stod vård för personer med kronisk sjukdom för cirka 80–85 procent av sjukvårdskostnaderna.

Sveriges rankas ofta högt i internationella jämförelser inom vård och omsorg

Sverige rankas högt när det gäller kvaliteten inom vården och omsorgen i internationella jämförelser (Fullman, o.a., 2018). I många avseenden hamnar Sverige bland de högst rankade länderna i världen, men inte alla (Fullman, o.a., 2017). Sveriges styrkor som goda medicinska utfall och högkvalitativ forskning (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018e). Samtidigt har svensk vård svårt att uppfylla fastställda nationella mål, och det finns skillnader i kvalitet över landet och mellan olika verksamhetsområden. Sverige står sig också sämre i personcentrering och tillgänglighet (Vårdanalys, u.d.).

Även den svenska omsorgsverksamheten faller ut väl i internationella jämförelser. Sverige kommer på andra plats i Aging Society Index, som rankar äldreomsorg i 18 OECD-länder (Chen, Goldman, Zissimopoulos, Rowe, & Research Network on an Aging Society, 2018). Jämfört med andra OECD-länder har den svenska äldreomsorgen ett gott utbud, till exempel mätt i antal sängar på äldreboenden. Endast tre procent av de äldre i Sverige upplever att kostnaderna medför problem när det gäller deras tillgång till vård, vilket är mindre än i andra länder (The Commonwealth Fund, 2017). Men Sverige har långa väntetider 28 procent av de äldre väntar sex eller fler dagar på ett möte om deras hälsa (The Commonwealth Fund, 2017).

2.3.2 Det är svårt att bedöma utveckling av vårdskador och missförhållanden – en utvecklad analys behövs

Vården och omsorgen är till för de som behöver vård och omsorg, och behöver planeras och genomföras utifrån deras behov och önskemål. Vården och omsorgen ska hålla hög kvalitet och vara säker, och inte leda till skada för individerna. Ett vård- och omsorgssystem som inte är säkert för individerna håller inte heller hög kvalitet.

När säkerheten brister i vården kan undvikbara vårdskador inträffa. När säkerheten brister i omsorgen kan så kallade missförhållanden inträffa. Missförhållanden är inte lika väl studerade eller definierade som vårdskador. Det finns inte heller ett lika tydligt system för att hantera konsekvenserna av missförhållanden som vid vårdskador, exempelvis försäkringslösningar och liknande. IVO kommer därför att utveckla analysen av missförhållanden under kommande år. Men här ligger tyngdpunkten på vårdskador.

Att följa utvecklingen av vårdskador på en aggregerad nivå skapar förutsättningar för en analys av kvaliteten i patientsäkerhetsarbetet. Det är en komplex analys och det går inte att dra några enkla slutsatser.

Övergripande utveckling av vårdskador

Det är svårt att få en rättvisande och heltäckande bild av vårdskador i svensk vård. Vi kan använda olika källor för att skapa en helhetsbild.

Vårdskador är ett allvarligt problem som i cirka 45 procent av fallen inom slutenvården leder till att patienten måste vara längre tid på sjukhuset (Socialstyrelsen, 2019z). I ungefär 1 200 dödsfall per år bedöms vårdskador ha varit en bidragande orsak till att patienten avled och i cirka 2 000 fall bidrog vårdskadan till att patienten fick bestående men (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e).

SKR gör stickprov varje månad för att undersöka hur vanligt det är med vårdskador inom slutenvården. Metoden som används är markörbaserad journalgranskning. Det finns ännu inga siffror för 2019. 2018 var det i genomsnitt 7 procent av alla vårdtillfällen inom somatisk slutenvård som medförde undvikbara vårdskador (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e). Detta innebär att antalet vårdskador per vårdtillfälle har minskat med 20 procent sedan 2013, då i genomsnitt 9 procent av alla vårdtillfällen inom somatisk slutenvård medförde undvikbara vårdskador (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e). Enligt SKR är den vanligaste skadan inom den somatiska slutenvården vårdrelaterade infektioner (34 procent) följt av skador i samband med kirurgi (13 procent) och skador i samband med läkemedelsbehandling (10 procent) (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018b).

En annan källa till uppgifter om vårdskador är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF), som betalar ut ersättning till personer som har drabbats av undvikbara skador inom vården. LÖF visar på ökade vårdskador, mätt som antal mottagna anmälningar från patienter. I över tio års tid har antalet anmälningar ökat stadigt. Mellan 2017 och 2018 har anmälningarna ökat med 4,3 procent till cirka 17 000 (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, u.å.), alltså mer än befolkningstillväxten på cirka 1 procent. LÖF bedömer att anmälningarna kommer att fortsätta öka. Det beror på att befolkningen växer, och även antalet äldre, vilket i sin tur ökar antalet vårdkontakter och därmed antalet anmälningar om skador. LÖF menar att andra bidragande faktorer som ökar antalet anmälningar kan vara att behandlingarna blir allt mer komplexa och att vårdgivarna arbetar mer aktivt med patientsäkerhet. Det kan också bero på att vårdgivarna har bättre följsamhet till 2011 års patientsäkerhetslag (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, u.å.).

Det är svårt att göra rättvisande jämförelser mellan länder

Det är svårt att göra rättvisande jämförelser av hur vanligt det är med vårdskador mellan olika länder. Enligt WHO resulterar 8–12 procent av alla vårdtillfällen inom Europeiska Unionen i vårdskador (WHO, 2020). En studie från 2015 visar att undvikbara vårdskador uppstår i 2–8 procent av alla vårdtillfällen i engelskspråkiga länder (till exempel Australien, Nya Zeeland, Storbritannien, USA) (Rafter, o.a., 2015). I en undersökning från 2013 som jämförde vårdskador kopplade till vårdtillfällen i Sverige och Norge såg forskarna inga signifikanta skillnader (Delikås, o.a., 2017).

Orsakerna är både många och komplexa

Det finns många orsaker till undvikbara vårdskador, till exempel brist på kompetens, bristande rutiner och dysfunktionell utrustning. Vårdskador kan också orsakas av bristande personcentrering och dålig samordning mellan olika vård- och omsorgsgivare. Vi har i flera rapporter konstaterat att patienter och brukare inte får sina behov tillgodosedda på grund av sådana brister (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a). Bristande samordning riskerar till exempel att leda till långa väntetider, fördröjd behandling, felaktig medicinering eller att vården inte alls genomför nödvändiga insatser för patienten. De grupper som är mest utsatta för dessa risker är personer med komplexa behov som kräver samordnade insatser från flera vård- och omsorgsgivare och personer som har nedsatt förmåga att själva samordna sin vård. Det handlar till exempel om äldre personer, personer som har två eller flera hälsoproblem samtidigt (samsjuklighet) och barn och unga med psykisk ohälsa.

Det finns ett samband mellan personal- och kompetensbrister och risken för vårdskador (Socialstyrelsen, 2018a). Personalbrist leder bland annat till längre vård och därmed större lidande för patienter när deras tillstånd försämras. Kompetensbrister kan leda till bland annat fördröjda, uteblivna eller felaktiga diagnoser.



Olika grupper drabbas av vårdskador och missförhållanden i varierande omfattning

Missförhållanden drabbar exempelvis personer med psykisk ohälsa och personer med funktionsnedsättningar i högre utsträckning än andra. I åldersgruppen 65 år eller äldre var andelen av vårdtillfällen som var förknippade med vårdskada högre än i den yngsta åldersgruppen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018b).

Även kön är en faktor som påverkar sannolikheten för vårdskador. Män är oftare utsatta för vårdtillfällen med skador än kvinnor. Under perioden 2013–2017 var 12,6 procent av mäns vårdtillfällen förknippade med skada, jämfört med 11,4 procent för kvinnor (Socialstyrelsen, 2019x). SKR har genom journalgranskning funnit att fler kvinnor (9,7 procent) än män (6,3 procent) drabbas av vårdskador inom allmänpsykiatri (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018c). Denna trend finns även för generella skador inom allmänpsykiatrisk vård där skador förekommer hos 21,5 procent av kvinnorna och 12,7 procent av männen. Det är inte känt varför det är så. (Uppgifter avser juridiskt kön.)

Utveckling av klagomål och lex Maria- och lex Sarah-anmälningar

IVO hanterar både privatpersoners klagomål och upplysningar, och vårdens och omsorgens anmälningar av sig själva. Alla dessa anmälningar ger värdefull kunskap om vad som har hänt och vad det beror på, kunskap som är helt nödvändigt för att vi ska kunna dra lärdomar av det som hänt. I rapportens andra del (kapitel 3 och framåt) beskriver den kunskap som vi har fått från bland annat kvalitativa innehållsanalyser av anmälningar och klagomål inom olika verksamhetsområden.

Vi kan inte använda klagomål och anmälningar som indikatorer för att uppskatta omfattningen och utvecklingen av vårdskador och missförhållanden. Det beror på att ett högre antal klagomål snarare kan handla om att kunskaperna om möjligheten att lämna in klagomål har ökat än att antalet brister i kvaliteten faktiskt har ökat. En verksamhet med många lex Maria- eller lex Sarah-anmälningar betyder inte att verksamheten har många vårdskador eller missförhållanden. Det kan i stället tyda på att verksamheten har ett aktivt, öppet och välfungerande kvalitetsarbete. I vilken utsträckning den allvarligaste typen av vårdskador och missförhållanden faktiskt anmäls till IVO beror på flera saker, exempelvis kännedom om bestämmelserna, kulturen kring avvikelser i verksamheten och vad verksamheten bedömer är allvarligt.

Vi bedömer att mörkertalet är betydande. Baserat på journalgranskningar som SKR har gjort förekommer ungefär 3 200 allvarliga vårdskador per år enbart inom den somatiska slutenvården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e). Samtidigt rapporteras totalt ungefär 2 500 lex Maria-anmälningar in till IVO varje år (Inspektionen för vård och omsorg, 2019k).

IVO utreder anmälningar om allvarliga vårdskador och missförhållanden. Alla vård- och omsorgsgivare är skyldiga att rapportera dessa händelser till IVO enligt bestämmelserna om lex Maria och lex Sarah. År 2019 tog IVO emot 2 270 lex Maria-anmälningar och 1 200 lex Sarah-anmälningar. Antalet lex Sarah-anmälningar har antalet legat relativt stabilt under 2016–2019. Antalet lex Maria-anmälningar varierar mer. Fler lex Maria-anmälningar kom in till oss under 2019 än under 2018, men det har ändå minskat med 15 procent jämfört med 2017.

Tabell 1. Antal lex Maria- och lex Sarah-anmälningar som kom in till IVO 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Lex Maria-anmälan	2 469	2 680	2 009	2 270
Lex Sarah-anmälan	1 203	1 294	1 163	1 200

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vi får in flest lex Maria-anmälningar från verksamhetsområdena somatisk specialistsjukvård, primärvården, äldreomsorgen och den psykiatriska specialistsjukvården. IVO fattar allt färre beslut i ärenden som avser psykiatrisk specialistsjukvård, som utgör en tiondel av alla beslut 2019. Det motsvarar en minskning med drygt 60 procent sedan 2016.

Tabell 2. Antal lex Maria-anmälningar som IVO avslutade* under 2019, totalt per verksamhetsområde†

Verksamhetsområde	Antal
Akutmottagning	165
Hemsjukvård i ordinärt boende	135
Prehospital vård	44
Primärvård, utom hemsjukvård	370
Psykiatrisk specialistsjukvård	208
Somatisk specialistsjukvård – barnmedicin	43
Somatisk specialistsjukvård – invärtesmedicin	244
Somatisk specialistsjukvård – kirurgi	393
Tandvård	45
Äldreomsorg	215
Totalt	2 111

* När IVO tar emot en lex Sarah-anmälningar granskar vi verksamhetens egen utredning. Om vi bedömer att det finns anledning att granska händelsen eller verksamheten ytterligare genomför vi en egeninitierad tillsyn.

† Tabellen redovisar endast de vanligaste verksamhetsområdena.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Från socialtjänsten får vi in flest lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdena barn och familj, äldreomsorg och funktionsnedsättning, se tabell nedan. Andelen beslutade lex Sarah-ärenden inom barn och familj har minskat med 34 procent sedan 2016. Vi ser en minskning även inom äldreomsorgen, där antalet beslutade lex Sarah-ärenden har minskat med 21 procent sedan 2017.

Tabell 3. Antal lex Sarah-anmälningar som IVO avslutade* under 2019, totalt per verksamhetsområde

Verksamhetsområde	2019
Barn och familj	248
Ekonomiskt bistånd	25
Familjerätt	6
Funktionsnedsättning LSS	314
Funktionsnedsättning SoL	46
Missbruk	66
Äldreomsorg	407
Övrigt	58
Totalt	1 170

* När IVO tar emot en lex Sarah-anmälningar granskar vi verksamhetens egen utredning. Om vi bedömer att det finns anledning att granska händelsen eller verksamheten ytterligare genomför vi en egeninitierad tillsyn.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

IVO får klagomål och upplysningar från enskilda personer genom flera kanaler. De kan komma in som formella ärenden eller som upplysningar och information via vår upplysningstjänst och vår barn- och ungdomslinje. De klagomål som kommer in till IVO och som gäller vården har minskat. Det har vi också förväntat oss till följd av en lagförändring den 1 januari 2018 som gäller hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Men antalet har ökat igen under 2019. Vi besvarar cirka 34 000 samtal, mejl och webbformulär till upplysningstjänsten och 1 000 samtal till barn och ungdomslinjen varje år.

Tabell 4: Antal klagomål som kom till IVO på hälso- och sjukvård 2016–2019

	2016	2017	2018	2019
Klagomål till IVO	7 179	8 339	5 511	6 014

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Utveckling av tillsynen av legitimerad personal

Säkerhet och kvalitet hör samman med kompetensen hos den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen. Vi anmäler allt fler personer till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) utifrån vår tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Antalet anmälningar till HSAN under 2019 har ökat med drygt 70 procent sedan 2016.

Tabell 5. Antal anmälningar till HSAN 2016-2019

	2016	2017	2018	2019
Anmälningar till HSAN	94	120	174	164

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Denna ökning återspeglas också i HSAN:s verksamhet. HSAN beslutar bland annat om att återkalla legitimationer, om att begränsa förskrivningsrätt och om prövotid. HSAN rapporterar att antalet återkallade legitimationer har ökat från 33 år 2017 till 80 år 2019, vilket motsvarar en ökning med 140 procent. Under samma tidsperiod finns ingen tydlig trend när det gäller beslut om att begränsa förskrivningsrätt och om prövotid (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, 2019).

Vi bedömer att risken för att en person med legitimation är olämplig är relativt konstant. Vi konstaterar samtidigt att den ökande andelen personer med utbildning i tredje land⁴ innebär att denna risk kan komma att öka. Socialstyrelsens utfärdade 12 098 legitimationer under 2018, varav 495 till personer med utbildning i tredje land. Antalet utfärdade legitimationer till läkare med utbildning i tredje land var 267 under 2018 jämfört med 222 under 2014. Motsvarande siffror för sjuksköterskor var 71 respektive 52 utfärdade legitimationer. 58 procent av dem som fick sin läkarlegitimation i Sverige under 2014 hade utländsk utbildning, vilket ligger i nivå med de senaste fem årens siffror (Socialstyrelsen, 2019aa).

2.3.3 Utmaningar i ledningen och styrningen av vården och omsorgen

Det är i första hand med ledning och styrning som vårdens och omsorgens aktörer kan se till att patienter och brukare får en trygg och säker vård och omsorg av god kvalitet.

Ledning och styrning är en omfattande fråga som handlar om att ge goda förutsättningar för verksamheten att hålla hög kvalitet och vara säker. Det är också ett brett område som spänner över många frågor, till exempel förmågan att etablera en god arbetsmiljö, ett öppet klimat som främjar lärande, samordning mellan verksamheter, systematiskt kvalitetsarbete och ekonomistyrning. Det är svårt att ge en rättvisande bild av läget inom ledning och styrning i vården och omsorgen. Här beskriver vi några aspekter.

I den pågående omställningen till en god och nära vård kan vi förvänta att en utmaning för ledningen och styrningen är att gå från linjära organisationer till ledning av nätverksbaserade organisationer. I linjära organisationer är syftet i stort är att leda den egna interna organisationen. I nätverksbaserade organisationer är syftet mer att samverka med andra utanför den egna organisationen. Styrningen och ledningen i nätverksbaserade organisationer "måste, för att vara funktionella, vara mer horisontella än vertikala, mindre hierarkiska och mer fokuserade på tillit och värdeskapande aktiviteter" (SOU 2019:19, s. 35).

Förslag på förstärkt ledarskap i vården

Vårdanalys har kartlagt vilka utmaningar som chefer i hälso- och sjukvården möter och de har också tagit fram förslag på hur ledarskapet kan stärkas. Vårdanalys föreslår tre mål för nationella insatser för ett stärkt ledarskap. Ett av målen utgår från den förväntade utvecklingen inom hälso- och sjukvården, med demografiska förändringar, krav på effektiviseringar, ökad specialisering och att många patienter har kontakt med olika delar av vården. Vårdanalys pekar därför i målet på att vården behöver öka sin kapacitet för systemutveckling, förändringsledning och personcentrering i ledarskapet (Vårdanalys, 2019c).

4 Med tredje land avses alla länder som inte är Sverige, EU28/ESS eller Schweiz.

Flera regioner och kommuner går med ekonomiskt underskott

En av utmaningarna inom vården och omsorgen är ekonomistyrningen. En välfungerande ekonomistyrning ger förutsättningar för stabilitet och kontinuitet i arbete och bemanning.

Det är känt sedan tidigare att vårdens resurser behöver användas mer ändamålsenligt och effektivt. Regeringens och SKR:s överenskommelser 2016–2018 om professionsmiljarden och personalmiljarderna syftar också till att stödja bland annat effektivare arbetsfördelning, bättre administrativa stöd, kompetensförsörjning och förbättringar i arbetsmiljö och organisering. Socialstyrelsens uppföljning av professionsmiljarden visar att regionerna prioriterar de utvecklingsområden som har lyfts fram i överenskommelserna, till exempel att utveckla strategier för långsiktig kompetensförsörjning och introduktionsprogram för nyexaminerad vårdpersonal (Socialstyrelsen, 2019x).

År 2019 överskred 19 av 21 regioner sin sjukvårdsbudget (Westin, 2019). Samtidigt riskerar ett 90-tal av Sveriges 290 kommuner att få ekonomiskt underskott efter 2019. Cirka en tredjedel av kostnaderna för kommunerna är relaterade till omsorgsverksamheter (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019b). Besparingsprogram av olika slag är beslutade eller aviserade i flera regioner. Hittills har besparingarna huvudsakligen riktats mot bemannings- och administrationspersonal. Regionerna har blivit mer restriktiva när det gäller att tillsätta personal och de har även signalerat att de kan komma att ändra arbetssätt för att minska kostnaderna. Högre digitaliseringsgrad i patientkontakterna och omfördelning av arbetsuppgifter är två exempel.

En annan utmaning är att regionerna är beroende av inhyrd personal. Socialstyrelsen konstaterar att var femte läkartjänst i primärvården tillsätts av en hyrläkare eller vikarie, och att ungefär hälften av alla vårdcentraler i Sverige önskar anställa mer fast personal (Socialstyrelsen, 2019x). Hyrkostnaderna som andel av egna personalkostnader är lägst i stora sjukvårdsregioner såsom Västra Götaland och Skåne och högst i glesbebyggda regioner som Västernorrland och Norrbotten (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019f).

Målet för alla regioner är att bli mindre beroende av hyrpersonal, men bara hälften av regionerna hade mindre kostnader under första halvåret 2019 än under samma period 2018 (Sveriges Kommuner och Regioner, u.d.). Regionernas kostnader för hyrpersonal har alltså fortsatt att öka, trots att de har genomfört insatser för att minska kostnaderna. Mellan 2017 och 2018 ökade totalkostnaden för hyrpersonal med 4 procent, till 5,4 miljarder kronor (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019f). Det beror främst på kostnader för inhyrd personal i somatisk sjukhusvård (som ökade med 14 procent), medan kostnaderna minskade i primärvård (med 8 procent) och psykiatri (med 2 procent). Läkare stod för den största andelen av de totala hyrkostnaderna. Men det finns också positiva trender. Den totala kostnadsökningen är lägre än tidigare, och flera regioner minskade sina hyrkostnader (Socialstyrelsen, 2019x).

Även i kommunerna står inhyrd personal för stora kostnader, som också ökar snabbare än i regionerna. 2017 var den totala kostnaden för inhyrd personal inom kommunerna 2,45 miljarder kronor, en ökning med 17 procent från året innan (Carlbom, 2018).

Det finns flera indikationer på att det systematiska kvalitetsarbetet behöver förbättras

En annan utmaning är att arbeta med systematiskt kvalitetsarbete på ett effektivt sätt. Ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete ska säkra verksamhetens kvalitet. Vi har ingen heltäckande bild av vårdens och omsorgens systematiska kvalitetsarbete, men det finns ändå flera indikationer som pekar på arbetet behöver förbättras.

Socialstyrelsen visar att bara 8 procent av kommunerna uppger att de inom området våld i nära relationer systematiskt har följt upp resultaten av insatser till vuxna, sammanställt dem på gruppnivå och använt dem för att utveckla verksamheten (Socialstyrelsen, 2019å). Inom äldreomsorgen är motsvarande uppgifter 9 procent inom ordinärt boende och 5 procent inom särskilt boende (Socialstyrelsen, 2019ö).

Få kommuner uppger att de inom området våld i nära relationer har använt enskildas uppfattning om kvaliteten i verksamheten, för att utveckla myndighetsutövningen (12 procent) respektive utförarverksamheten (11 procent) för vuxna som utsatts för våld av närstående (Socialstyrelsen, 2019å). Inom den sociala barn- och ungdomsvården rapporterar mindre än hälften (37 procent) av de kommuner som har genomfört en brukarundersökning inom myndighetsutövningen att de har använt resultaten för att utveckla verksamheten (Socialstyrelsen, 2019ä).

Socialstyrelsen har granskat alla regioners och 20 kommuners patientsäkerhetsberättelser och funnit att få regioner och kommuner beskriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete från identifiering, via analys och åtgärder till uppföljning. Det saknades ofta beskrivningar av analys och resonemang om resultat och motivering av val av åtgärder (Socialstyrelsen, 2018e).

Vi ser att antalet lex Sarah-anmälningar har minskat inom flera verksamhetsområden, tydligast inom barn och familj och äldreomsorg. Vi ser också att vård- och omsorgsgivarnas utredningar brister och inte är tillfredställande. I en särskild granskning av lex Sarah-anmälningar inom barn och familj hade IVO begärt kompletteringar i cirka en tredjedel (55 av 163) av anmälningarna.

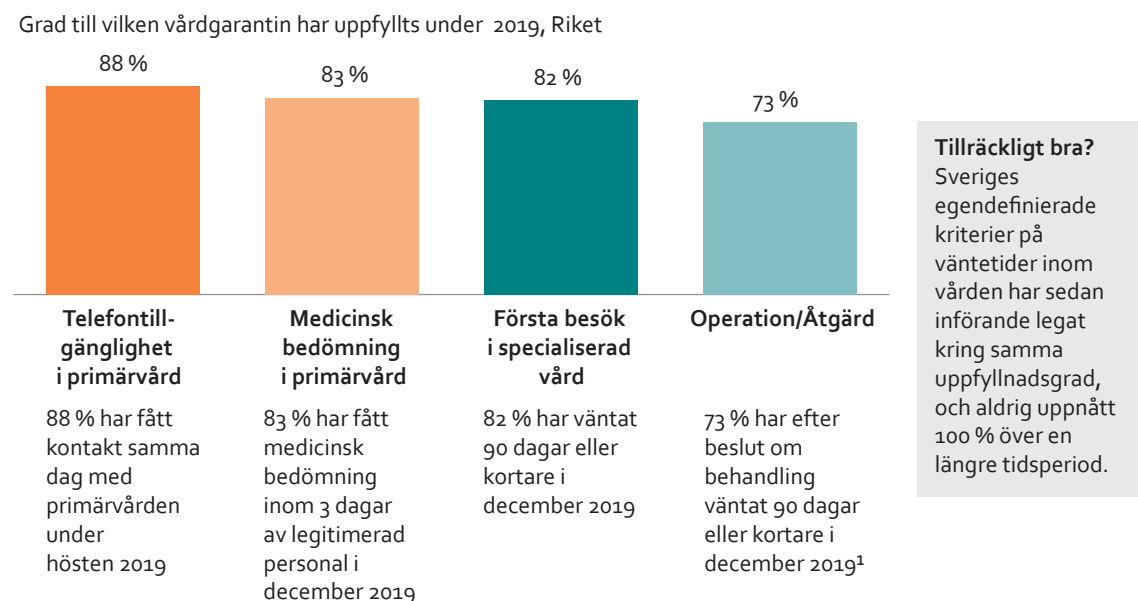
2.3.4 Svårt för vården att nå god tillgänglighet – det behövs bättre överblick över tillgänglighet inom omsorgen

Vården behöver ge befolkningen tillgång till den vård den behöver i rimlig tid för att vården ska vara säker och ha god kvalitet. Därför är det viktigt att belysa tillgängligheten inom vården.

Ett vanligt sätt att bedöma tillgänglighet i vården är att utgå från den nationella vårdgarantin. Den anger att vården ska ge patienter kontakt med primärvården samma dag som de söker en sådan kontakt, att legitimerad vårdpersonal i primärvården ska ge en medicinsk bedömning inom tre dagar. Ett besök i den specialiserade vården ska ske inom 90 dagar och behandling ska påbörjas inom 90 dagar.

Vården uppfyllde garantin om bedömning i primärvården till 83 procent och garantin om behandling (operation/åtgärd) i specialistvården till 73 procent (december 2019).

Figur 1. Måloppfyllelse av vårdgarantin 2019



¹Data från Sahlgrenska sjukhuset avser mars 2018

Källa: SKR (väntetider.se)

Den senaste rapporten om International Health Policy Survey (IHP 2019), som jämför 10 OECD-länders primärvård, visar att det är relativt svårt att få kontakt med primärvården i Sverige. Endast 12 procent av de som ger primärvård i Sverige har öppet efter klockan 18 minst en dag i veckan, jämfört med det internationella medelvärdet på 44 procent (Vårdanalys, u.d.).

Tillgänglighet hänger samman med kontinuitet, det vill säga att träffa en viss läkare och inte bara vilken läkare som helst. IHP-studien från 2016 belyste kontinuiteten och visade att 42 procent av patienterna i Sverige då hade fast kontakt med en läkare. I andra länder låg andelen runt 80–90 procent. Men andelen som uppger att de har en fast vårdmottagning är nästan densamma bland alla undersökta länder. Det är ett tecken på att svenska patienter återkommande går till samma vårdgivare, men att de ändå ofta får träffa olika läkare vid besöken. IVO anser att brister i kontinuitet försämrar möjligheterna för vården att personcentrera och att förstå helheten i en patients situation.

Svårt att få en övergripande bild av tillgängligheten inom omsorgen

Det är svårt att få en övergripande bild av tillgänglighet inom omsorgen. Vi avser att under kommande år utveckla analysen av tillgängligheten inom omsorgen.

Antalet personer som inte har fått de insatser de har rätt till, trots att socialtjänsten har beviljat dem, ökar 2016–2019. Under 2019 hade runt 14 000 beslut inte verkställts. Beslut om bistånd och insatser som kommunerna fattar enligt SoL och LSS ska verkställas skyndsamt. Om ett beslut inte har verkställts inom tre månader ska kommunerna rapportera detta till IVO.

Långa väntetider kan försämra en persons livskvalitet. Långa väntetider kan även leda till att kommunen får betala särskilda avgifter. Av de ej verkställda beslut som har rapporterats till IVO under januari–september 2019 ser vi att cirka 4 500 äldre fick vänta i mer än tre månader på att få plats på ett boende som uppfyllde deras önskemål. Det motsvarar cirka 5 procent av de drygt 82 000 personer som under 2018 hade särskilt boende via socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2019d). Men ofta beror detta på att personen själv har tackat nej till en erbjuden plats. I drygt 40 procent av de ärenden som IVO hanterade under januari–september 2019 bidrog personen själv till långa väntetider genom att avböja platsen. Det skiljer sig mellan kommuner hur många beslut som inte verkställs inom tre månader.

Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat

En annan aspekt av tillgängligheten är sjukhusens behov av att utlokalisera och överbelägga patienter. Samtidigt som antal disponibla vårdplatser har minskat har antalet överbeläggningar ökat. Under perioden 2013–2018 har riksgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,8 till 4,3 per 100 disponibla vårdplatser. Dessutom behöver patienter också vårdas utlokaliserat, vilket betyder att patienter är inskrivna och vårdas på andra vårdenheter än de som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienterna. Utlokaliseringarna har också ökat, från 1,4 till 2,1 per 100 disponibla vårdplatser under samma tidsperiod (Socialstyrelsen, 2019x). Patienter som vårdas utlokaliserat har en 60–70 procent högre frekvens av vårdskador än patienter som inte är utlokaliserade (Sveriges kommuner och landsting, 2019e). IVO genomför just nu en nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter, se avsnitt 11.3.4.

Ojämligheter i tillgänglighet och kvalitet

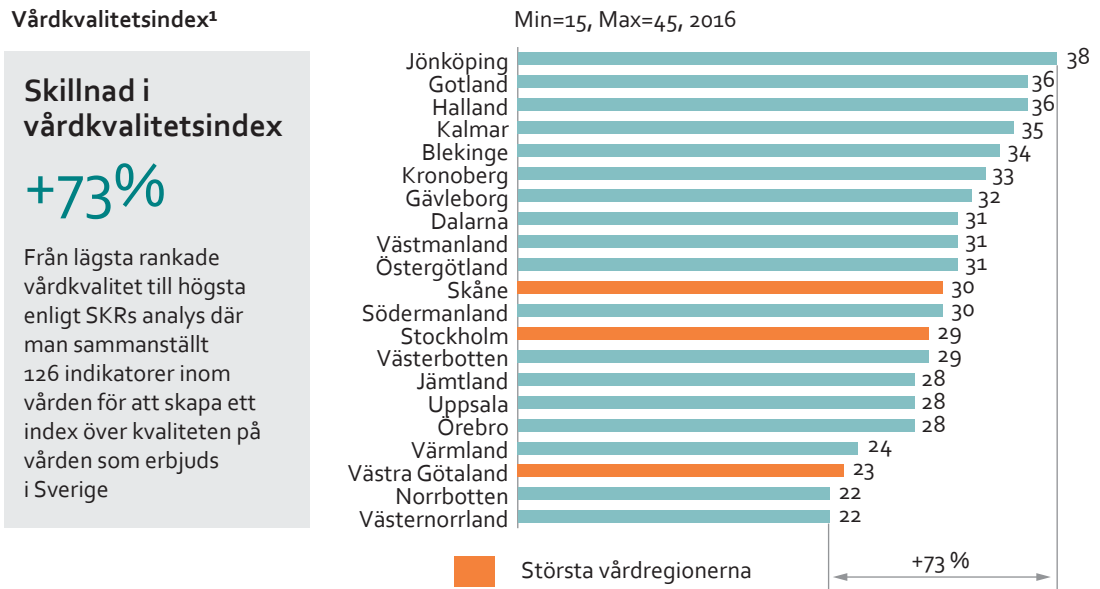
Tillgängligheten i vården är inte jämnt fördelad. Det finns skillnader i väntetider som beror på bland annat utbildningsnivå, kön och födelseland (Vårdanalys, 2019a). Det finns också skillnader mellan olika regioner, både när det gäller den vård de ger (exempelvis läkemedelsförskrivning och väntetider) och de konsekvenser som vården leder till (exempelvis vårdskador och klagomål).

Väntetiderna på akutmottagningar varierar mellan regioner. Generellt har de mindre sjukhus kortare väntetider på akutmottagningar medan större sjukhus tar emot fler besök och har längre väntetider. Små akutmottagningar i Region Norrbotten hade 2019 kortast väntetid med ett genomsnitt på under 30 minuter, medan större sjukhus som Sahlgrenska universitetssjukhuset och Södersjukhuset hade över 1 timme och 30 minuters genomsnittlig väntetid (Socialstyrelsen, 2019x).

Det finns också regionala skillnader som påverkar tillgången på vård. Vi ser också skillnader i väntetider inom vissa patientgrupper, beroende på var i Sverige en person vårdas. Tjocktarms- och bröstcancerpatienter är exempel på grupper där det finns skillnader i väntetider över landet (Vårdanalys, 2019a).

Det finns också skillnader i vårdkvaliteten. SKR:s vårdkvalitetsindex visar markanta skillnader mellan den bästa och den sämsta regionen. Bäst i den senaste mätningen från år 2016 var Jönköping, Gotland och Halland. De tre största vårdregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne hör till den nedre halvan av indexet (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017a).

Figur 2. Kvalitet enligt vårdkvalitetsindex 2016



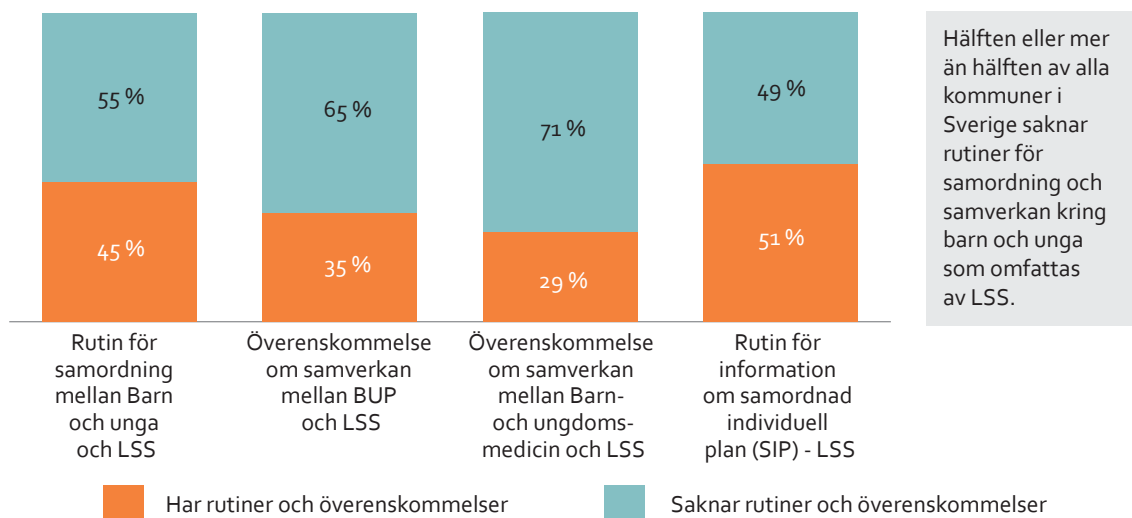
¹ Mäter kvalitet inom 15 olika hälso- och sjukvårdsområden: Övergripande, befolkningens syn, patienterfarenheter, väntetider, läkemedelsbehandling, psykiatri, hjärtsjukvård, stroke, diabetes, ortopedisk sjukvård, cancer, kirurgisk behandling, reumatoid artrit, njursjukvård, palliativ vård

Källa: SKR (Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden)

Även inom omsorgen kan vi se lokala skillnader när det gäller kvalitet. Ett exempel är att endast 30–50 procent av alla kommuner har fastställt rutiner och överenskommelser för samordning och samverkan kring barn och unga som omfattas av LSS, vilket framgår i Socialstyrelsens öppna jämförelser (Socialstyrelsen, 2019ab).

Figur 3. Förekomst av rutiner och överenskommelser hos kommuner för samordning kring barn och unga som omfattas av LSS

Andel av kommuner som saknar rutiner och överenskommelser för samordning och samverkan kring barn och unga som omfattas av LSS



Källa: Socialstyrelsen Öppna jämförelser 2019 - Stöd till personer med funktionsnedsättning - LSS

2.3.5 Det förekommer oseriösa aktörer i vården och omsorgen

Oseriösa aktörer finns i alla branscher, så även inom vård och omsorg. Oseriösa aktörer driver verksamheter som riskerar att inte hålla god kvalitet. Vi ser att det finns en ökande medvetenhet om förekomsten av oseriösa aktörer inom vården och omsorgen.

Begreppet oseriösa aktörer är brett, och innefattar allt från enskilda personer som inte har förmåga att hålla hög kvalitet och säkerhet i verksamheten de bedriver, till organiserad brottslighet – alltså både aktörer som saknar förmåga och de som saknar vilja att bedriva lagenlig verksamhet med god kvalitet.

Nationellt underrättelsecentrum pekar på att brottslighet mot välfärdssystemen är fortsatt omfattande och allvarlig (Polismyndigheten, 2019). Det finns flera typer av brottslighet inom välfärdssektorn, till exempel ekonomisk brottslighet, arbetskraftsexploatering och försäljning av arbetstillstånd, osanna intyg och oriktig folkbokföring som orsakar felaktiga utbetalningar, överdrivna assistansbehov, utföra mindre assistans än vad man har begärt ersättning för, alternativt inte utföra någon assistans överhuvudtaget.

Organiserad brottslighet som driver företag inom välfärdssektorn åsidosätter systematiskt lagar och regler, vilket snedvrider konkurrens till hederliga företags nackdel, och leder både till risker för de brukare och patienter som kommer i kontakt med företagen och till risker för minskat förtroende för samhällsinstitutioner såväl som terrorfinansiering via bidragsbrottslighet.

Kunskapen från andra statliga myndigheter visar på särskilda risker för ekonomisk brottslighet, skatte- och bidragsfusk i två områden som IVO arbetar med: tandvård och assistansbolag (Nationellt underrättelsecentrum, 2019; Delegationen för korrekta utbetalningar, 2019; Polismyndigheten, 2019).

Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen (2019) uppskattade att 5,5 procent av utbetalningarna inom tandvårdsstödet betalas ut felaktigt, vilket motsvarade 302 miljoner kronor för 2016 års utgifter. Två tredjedelar av felen misstänktes vara avsiktliga. Omfattningen av avsiktligt felaktiga utbetalningar inom den personliga assistansen verkar vara svårare att uppskatta (Delegationen mot felaktiga utbetalningar, 2007; SOU 2012:6).

Det krävs ett brett samarbete mellan olika samhällsaktörer för att stävja och hindra att oseriösa aktörer tar sig in och verkar i välfärdssektorn. Tillståndsplikt med lämplighetsprövning och tillsyn är två viktiga verktyg för att förhindra oseriösa aktörer, och vi ser ett ökat behov av samverkan mellan flera myndigheter och andra aktörer för att få fler och bättre möjligheter att förhindra dem.

IVO arbetar med att bygga upp vår kapacitet inom området och utforskar arbetssätt som till exempel myndighetsgemensamma inspektioner där flera myndigheter (så som IVO, Polisen, Skatteverket, Migrationsverket, Arbetsmiljöverket med flera) inspekterar en verksamhet tillsammans. Vi är aktiva i det så kallade Myndighetsgemensamt arbete mot organiserad brottslighet, samt ytterligare initiativ för myndighetsövergripande samarbete mot missbruk av välfärdssystemen där 18 myndigheter ingår (Polismyndigheten, 2019).

Vi ser behov av att stärka det myndighetsgemensamma arbetet ytterligare. Oseriösa aktörer genererar ofta komplexa ärenden, där vi ser att det är svårt att nå resultat på egen hand. Ofta behöver flera myndigheter arbeta tillsammans och agera samordnat.

2.3.6 Brist på personal och kompetens

Tillräcklig bemanning och god kompetens är självklara grunder för att kunna hålla god kvalitet och säkerhet. När vi skriver om brist på personal menar vi att efterfrågan inte matchar tillgången på personal inom ett visst område. När vi skriver om kompetensbrist menar vi här att kunskap och erfarenhet som är nödvändig för att utföra uppgiften med god kvalitet saknas.

Flera aktörer rapporterar om brister på läkare och sjuksköterskor i vården och om brister på undersköterskor och vårdbiträden i omsorgen. Enligt en undersökning från Socialstyrelsen om tillgång och efterfrågan på personal inom legitimationsyrkena bedömer mer än hälften av regionerna att det är brist på fler än 20 specialiteter (Socialstyrelsen, 2019w). Bristerna varierar över landet, men generellt saknas många sjuksköterskor, barnmorskor och specialistläkare. Regionala skillnader märks, exempelvis är vissa yrkesgrupper bättre representerade i storstäder (apotekare, psykologer, tandläkare) och andra i småstäder (receptarier, tandhygienister). En annan yrkeskategori som det är stor brist på är undersköterskor.



Sverige har många läkare per capita jämfört med andra länder

Internationellt sett har Sverige ett högt antal läkare per capita (OECD, 2019). De senaste 20 åren har antalet läkare inom sjukvården ökat från cirka 23 500 år 1997 till 40 000 år 2017 (Socialstyrelsen, u.å. d). Antalet läkare per 100 000 invånare ökade från 267 till 395 under samma period. Men samtidigt tar läkarna i den svenska vården i genomsnitt emot färre patienter än andra länder. Trenden är också att antalet besök per läkare per år blir färre i Sverige. Antalet sjuksköterskor ligger i Sverige strax under genomsnittet i 36 OECD-länder, mätt som antal sjuksköterskor per läkare.

En fjärdedel av socionomerna var 2017 under 34 år

Inom omsorgen har antalet socionomer ökat, som en följd av att fler socionomer utbildas. Mellan 1990 och 2017 ökade antalet yrkesverksamma socionomer per 1000 invånare från 3,4 till 5,4 (Vårdanalys, 2019b). Det har även skett en generationsväxling bland de yrkesverksamma socionomerna. Andelen socionomer under 34 år har ökat sedan 2010 och var år 2017 drygt 25 procent. Vårdanalys bedömer att den ökande andelen yngre kommer att medföra svårigheter, eftersom en stor del av handläggarna kommer att behöva vidare-utbildning och stöd för att bygga upp sin praktiska erfarenhet (Vårdanalys, 2019b).

Antalet tandläkare har varken ökat eller minskat

Antalet tandläkare verksamma inom hälso- och sjukvården relativt befolkningen har varit nästan konstant de senaste 20 åren, runt 81 tandläkare per 100 000 invånare. Men antalet tandhygienister har ökat kraftigt under perioden, cirka 80 procent mellan 1997 och 2017. Det finns nu 43 tandhygienister per 100 000 invånare (Socialstyrelsen, u.å. d).

De regionala skillnaderna är betydande

Det finns betydande skillnader mellan regioner när det gäller antal läkare och sjuksköterskor per invånare (Vårdanalys, 2018c). Det kan delvis förklaras av var de stora vårdgivarna finns i landet. Exempelvis har sju av de nio regioner som har fler läkare per invånare än rikssnittet ett universitetssjukhus (Socialstyrelsen, u.å. d). Enligt Vårdanalys kan skillnaderna delvis bero på bristande bemanning i glesbebyggda regioner ger sämre möjligheter att utbilda nya ST-läkare på grund av färre handledare (Vårdanalys, 2018c). Därmed har dessa regioner också sämre förutsättningar till god försörjning av läkare. Vårdförbundet bedömer att dålig löneutveckling i glesbebyggda regioner och bättre arbetsvillkor hos till exempel bemanningsföretag också delvis kan förklara personalbristerna (Lundahl, 2019).

Vårdens och omsorgens problem med personal- och kompetensbrister speglas i de iakttagelser vi gör 2019. Vi ser exempelvis att vissa vårdgivare låter oerfarna AT-läkare arbeta ensamma på akutmottagningar utan handledning (se avsnitt 10.4). Vi ser också att det saknas information i journalerna inom primärvården, eller att den information som finns är ofullständig (se avsnitt 9.6). Enligt vår analys är den vanligaste orsaken till de ofullständiga journalerna hög arbetsbelastning och brist på personal.

Arbetsmiljön påverkar troligen bristen på personal och kompetens

Vi kan konstatera att Sverige har relativt många läkare och sjuksköterskor, samtidigt som många vårdgivare uppfattar att de har brist på personal. Det är därför viktigt att även se till andra aspekter än antalet yrkesutövare. En avgörande fråga handlar om arbetsmiljö. Det gäller till exempel hur stor andel av den legitimerade vårdpersonalen som väljer att lämna yrket. Denna andel kan användas som en indikation på både arbetsmiljö och hur väl arbetsgivarna värnar om sin personal.

Enligt en undersökning från Vårdförbundet har 45 procent av medlemmarna funderat på att byta yrke och lämna vården (Vårdförbundet, 2019). Vårdförbundet organiserar bland annat barnmorskor, biomedicinska analytiker och sjuksköterskor. Andra undersökningar visar att 20 eller 40 procent av sjuksköterskorna överväger att lämna yrket (Olsson, 2019; Wihlborg, 2019). För de som väljer att stanna kvar i yrket kan dålig arbetsmiljö leda till ökad personal-rörlighet mellan vårdgivare. Det riskerar i sin tur att leda till minskad produktivitet och i förlängningen till högre sjukskrivningstal.

För personal inom omsorg och sociala tjänster menar Arbetsmiljöverket att överbelastning är en av de huvudsakliga arbetsmiljöriskerna, tillsammans med stress, hot och våld samt risk att bli smittad (Arbetsmiljöverket, u.d.). Arbetsmiljöverket anger att omsorg och sociala tjänster är den bransch där sjukskriv-

ningar som beror på sociala och organisatoriska faktorer (Arbetsmiljöverket, u.d.). Vårdanalys pekar på att Arbetsmiljöverket tidigare har riktat kritik mot arbetsmiljön inom socialtjänst och omsorg. Det gäller särskilt den stora mängden ärenden per handläggare i socialtjänsten, och de identifierar att den bristfälliga bemanningen är en möjlig orsak (Vårdanalys, 2019b). Arbetsmiljöverket bedömer att de problem som har med arbetsmiljön att göra har ett genusmönster, där mansdominerade tekniska förvaltningar har bättre arbetsmiljö och mer resurser än den kvinnodominerade hemtjänsten (Arbetsmiljöverket, 2014).

Digitaliseringen skapar både möjligheter och risker

För att kunna möta befolkningens förväntningar på och behov av vård och omsorg behöver digitaliseringens möjligheter tas tillvara på bästa sätt. Digitaliseringen kan bidra till ökad kvalitet och säkerhet, om vården och omsorgen använder den på rätt sätt. Digitaliseringen ger också upphov till nya risker, som vården och omsorgen måste förebygga och hantera.

I rapport till Expertgrupper för studier i offentlig ekonomi (ESO) redovisar författarna digitaliseringens effekter på sjukvården utifrån en genomgång av forskningslitteraturen. De drar slutsatsen att kvalitetsförbättringar kan uppnås inom nästan alla områden. Samtidigt betonar de att vinsterna inte kommer av sig själva "utan behöver aktivt stöd i form av styrning, organisering och samarbete" och att riskerna för patienterna kan vara betydande om det går snett (Blix & Levay, 2018, s. 7).

I en studie gjord av McKinsey Global Institute av hur digitala tekniker som automatisering och artificiell intelligens kan komma att påverka olika sektorer i samhällsekonomin är prognosen att digitalisering och automatisering kan leda till betydande produktivitetsvinster (McKinsey Global Institute, 2018). Enligt samma studie kommer den demografiska utvecklingen – att allt fler människor lever allt längre med fler kroniska sjukdomar – att leda till en fortsatt ökning i antalet arbetade timmar i hälso- och sjukvårdssektorn. Av alla sektorer som granskades i studien var hälso- och sjukvården den enda där antalet arbetade timmar inte bedömdes minska för någon av typ av arbetsuppgift.

2.3.7 Samordningsproblematiken i vården och omsorgen kan förväntas öka

Allt fler lever allt längre med komplexa hälsotillstånd och omsorgsbehov, tack vare en fantastisk utveckling inom vården och omsorgen. Detta innebär att fler personer kommer att behöva en samordnad vård och omsorg.

Bristande samordning ger upphov till risker för personer som behöver vård och omsorg från flera verksamheter. Vårdanalys uppskattar att cirka 1 miljon personer i Sverige har flera parallella behov och svårigheter med att själva samordna sin vård och omsorg (Vårdanalys, 2016b). Det har länge funnits en ambition att stärka samordningen i den svenska vården och omsorgen. Det finns även lagkrav om samordning. Men samtidigt saknas det kunskap om vad som faktiskt bidrar till en mer samordnad vård och omsorg ur patientens och brukarens perspektiv (Vårdanalys, 2017c).

IVO utgår från den definition av samordning som Vårdanalys har formulerat: "När alla aktiviteter ingår i en väl fungerande helhet runt personen, samtidigt som personen ges möjlighet att vara delaktig och medskapande efter förmåga och preferenser." Denna definition fokuserar på resultatet för patienten och brukaren. Samordning skiljer sig därmed från samverkan, som i stället utgår från ett organisatoriskt perspektiv.

Det är svårt att i siffror följa upp hur samordning utvecklar sig. Två mått som kan vara användbara är antal utskrivningsklara patienter per 1 000 invånare och andelen vårdplatser på sjukhus som är belagda med utskrivningsklara patienter. Båda dessa mått har minskat under 2017–2018. Andelen vårdplatser som är belagda med utskrivningsklara patienter har minskat från 6 procent 2017 till 4 procent 2018 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d).

För att nå en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv menar vi att vården och omsorgen så långt det är möjligt bör erbjuda kontinuitet. En fast vårdkontakt ska utses för patienten om hen begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Men det finns inget motsvarande lagkrav för omsorgen (Vårdanalys, 2016a). I Sverige har cirka 40 procent av befolkningen en fast läkare, medan det i jämförbara länder är vanligt att över 90 procent har en egen läkare i primärvården (Sjögreen, 2018).

Hälften av Sveriges kommuner har rutiner för att informera om individuella planer

Ytterligare ett mått på bristande samordning är andelen samordnade individuella planer (SIP). Både SoL och hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kräver att kommuner och regioner ska upprätta en samordnad individuell plan (SIP) när de bedömer att insatser behöver samordnas, och personen samtycker till det. Kraven gäller också de privata utförare som kommuner och regioner har avtal med. Men under 2019 hade bara hälften av Sveriges kommuner en rutin för att informera om möjligheten till en SIP. Det är samma andel som under de föregående två åren (Socialstyrelsen, 2019n).

Uppföljning med den enskilde i fokus sker sällan

Alla i vård- och omsorgssystemet behöver också mer kunskap om hur olika initiativ faktiskt leder till en mer samordnad vård och omsorg. Vårdanalys har visat att samordningsinitiativ sällan följs upp eller utvärderas med den enskilde personen i fokus. Fokus är i stället på vårdens och omsorgens processer och strukturer (Vårdanalys, 2017c). Här finns ett stort utrymme för vården och omsorgen att utveckla styrning, uppföljning och utvärdering med fokus på vilka resultat som uppnås för de berörda personerna.

I vår tillsyn har vi de senaste åren särskilt belyst samordningsbrister i vården av personer med samtidig psykiatrisk och somatisk sjukdom, barn och unga med psykisk ohälsa samt personer som behöver ett multidisciplinärt omhändertagande. I tillsynerna berättar patienter, brukare och närstående om ett system som inte hänger ihop – att den ena handen inte vet vad den andre gör.

De som vi har pratat med beskriver att otillräckliga förutsättningar för att dela information är ett hinder mot att nå en sammanhållen vård och omsorg. Orsaker till detta problem är exempelvis lagstiftning om vilken slags information som de facto får delas och bristande it-system som inte klarar av att enkelt samordna information. Detta leder till att patienten själv är den enda bäraren av informationen.

Vår tillsyn som rör barn och unga med psykisk ohälsa visar att barnet eller dess vårdnadshavare ofta själva behöver förmedla information mellan olika aktörer. Därmed riskerar information att falla mellan stolarna. Vi ser också att samordningsproblem kan uppstå på grund av bristande samsyn och på grund av bristande samfinansiering. Barn och ungdomar slussas runt mellan vård- och omsorgsgivare utan tillräcklig behandling eller uppföljning, eftersom de olika aktörerna saknar gemensam helhetssyn om barnets behov och verksamheterna finansieras med olika medel.

Bristande samordning leder inte bara till tungrott arbete för patienter och brukare utan också otrygghet, patientrisker och faktiska vårdskador och missförhållanden. Vi beskriver konsekvenser av bristande samordning för brukare och patienter i bland annat missbruks- och beroendevården (se avsnitt 7.3), mellan primärvården och andra verksamheter (se avsnitt 9.3) och i den psykiatriska specialistsjukvården (se avsnitt 12.4).

2.4 Utveckling av IVO:s riskanalys

IVO har förutsättningar att bli en drivande aktör när det gäller att analysera vård och omsorg. Det kan leda till att IVO utvecklar sin förmåga att utföra än mer träffsäker tillsyn och till ett bredare lärande för aktörer i sektorn. IVO har också ett unikt mandat att hantera och kräva in den data som behövs för att genomföra dessa analyser. Vi kommer att långsiktigt bygga upp vår analysverksamhet för att förstärka myndighetens förmåga, kapacitet och kompetens att genomföra analyser.

2.4.1 Utveckling av IVO:s förmåga att utföra tillsyn baserat på riskanalyser

IVO:s omfattande uppdrag förutsätter att vi löpande utvecklar strategier för att bedriva tillsynen så träffsäkert som möjligt. Utvecklingen de senaste åren har ökat vårt utrymme för att arbeta med riskbaserad tillsyn. Det innebär att vi riktar arbetet med tillsyn mot de områden där riskerna och bristerna är som störst. Det reformerade klagomålssystemet har lett till att IVO ansvarar för att utreda en mindre del av de totala klagomålen än tidigare, vilket har frigjort tid för den riskbaserade tillsynen. En del av tillsynen av omsorgsverksamheterna har numera lägre frekvens än tidigare och sker nu en gång per år i stället för två. Det har också ökat utrymmet för den riskbaserade tillsynen.

Överföringen av resurser till den riskbaserade tillsynen kan och bör förstärkas

Vi har följt upp överföringen av medel till riskbaserad tillsyn, och på vilka grunder vi öppnar riskbaserade ärenden. Vi ser både att vi kan och bör föra över mer resurser än vad vi hittills har gjort, och att vi behöver utveckla gemensamma och strukturerade arbetssätt för riskbedömningar.

Genomlysningen av grunderna för riskbaserade egeninitierade ärenden där IVO fattade beslut under januari till och med september 2019 visar att av totalt 1 044 granskade ärenden har 806 tillsyner (77 procent) genomförts inom socialtjänst och 220 tillsyner (21 procent) inom hälso- och sjukvård. Återstående 2 procent har vi genomfört inom tandvården. Vi har initierat ungefär 80 procent av tillsynerna inom socialtjänsten på förekommen anledning, huvudsakligen med utgångspunkt i en anmälan till IVO från en enskild person. Inom hälso- och sjukvården har vi initierat knappt 60 procent av tillsynerna på förekommen anledning, två tredjedelar med utgångspunkt i en anmälan från enskild person, en underrättelse om tvångsåtgärder från psykiatrisk vård eller ett klagomål.

En grundläggande förutsättning för att agera på de största riskerna och bristerna är att ha god kunskap om risker och brister. En viktig utgångspunkt är patient- och brukarperspektivet. Vi har därför utvecklat metoder för att göra personcentrerade analyser inom tillsynen av vården och omsorgen. Det är centralt för att kunna bedöma risker och brister, hittills har vi begränsat oss till att göra det på individuell eller lokal nivå. Därför har vi inte kunnat få en helhetsbild ur analysen. Vi kan därför inte använda analysen för att prioritera eller kvantifiera risker eller följa dem över tid. För att åstadkomma detta behöver vi data som kan ge en mer fullständig bild av kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen. Vi har goda förutsättningar att lyckas med det. Tillgången på och kvaliteten i data är relativt god inom dessa områden. Genom att kombinera analyser utifrån en helhetsbild och analyser av konsekvenser på individnivå kan IVO uppnå en önskad träffsäkerhet i analyserna och även prioritera de största riskerna och bristerna.

Vi ska nyttja allt större datamängder från allt fler källor

För att kunna genomföra en än mer träffsäker tillsyn av verksamheter där riskerna för vårdskador eller missförhållanden är som störst kommer vi att gradvis börja nyttja allt större datamängder från allt fler källor, såväl interna som externa källor. Den information som IVO idag har tillgång till internt – exempelvis lex Maria- och lex Sarah-anmälningar, klagomål och information från genomförda tillsyner – kommer även under kommande år att vara viktig i vårt arbete. Exempelvis är information i lex Maria-anmälningar och klagomål viktiga indikatorer om förhöjd risk för att ytterligare vårdskador ska inträffa.

Vi vet att denna information inte ger ett tillräckligt underlag för att skapa en rättvisande riskprofil för samtliga verksamheter som IVO har tillsyn över. Ett uttryck för detta är exempelvis att av cirka 69 miljoner vårdkontakter per år inom vården leder endast cirka 2 500 till en lex Maria-anmälan. Även om de 6 000 patientklagomål som kommer in till oss ger omfattande och värdefull information representerar de bara en liten del av det totala antalet vårdkontakter. Samtidigt är antalet allvarliga undvikbara vårdskador bara inom den somatiska vården över 3 200 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e), att jämföra med 719 lex Maria-anmälningar som har kommit in 2018 inom samma vårdområde. Många verksamheter som IVO granskar är också så pass små att få eller inga anmälningar kommer från dem. Det finns alltså ett betydande mörkertal.

Externa datakällor kommer alltså att vara ett avgörande tillägg i vår verksamhet för att vi ska kunna genomföra rättvisande riskbedömningar. Exempel på externa datakällor som vi vill använda framöver är aggregerad data som har att göra med att utföra vård eller omsorg i en kommun eller region (ofta benämnd produktionsdata), kvalitetsdata som väntetider eller återinläggningar samt kapacitetsdata som överbeläggningar eller omsorgspersonal per plats i särskilt boende.

Med stöd av dessa kompletterande datakällor avser vi även att göra riskbedömningar som inte har att göra med specifika vård- eller omsorgsaktörer. De kan istället visa förhöjda risker inom till exempel en hel kommun eller region eller peka på väsentliga trender inom vården och omsorgen, både nationellt och lokalt.



3 Underlaget för vår analys

Den här rapporten beskriver IVO:s viktigaste iakttagelser och slutsatser för 2019. I vår analys använder vi både uppgifter som vi själva har och externa uppgifter. Vi använder exempelvis uppgifter från våra tillsyns- och tillståndsärenden och vad personer som möter vården och omsorgen berättar för oss. För att ge en bättre helhetsbild använder vi också uppgifter från andra, till exempel offentlig statistik och öppna jämförelser. Det är med hjälp av hela detta underlag som vi gör våra bedömningar av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen.

Vår analys bygger både på datadrivna och kvalitativa innehållsanalyser av IVO:s ärenden inom tillsynen, tillståndsprovningen och upplysningstjänsten. De kvalitativa analyserna bygger på tillsynsärenden som har beslutats från den 1 januari till och med den 3 oktober 2019 och vi har använt dessa analyser för att kartlägga och koda innehållet i våra ärenden. Det har gjort det möjligt att ha både kvantitativa och kvalitativa inslag i analysen. I denna rapport redovisar vi också preliminära statistikuppgifter över våra ärenden som har avslutats under perioden 2016–2019. Det finns en eftersläpning i registreringen av uppgifter i våra system vilket kan medföra att siffrorna i denna rapport skiljer sig från de uppgifter som har publicerats i andra sammanhang. Vi har också använt oss av uppgifter för helåret 2019 från vår tillståndsprovning, vår upplysningstjänst och vår barn- och ungdomslinje. Analysen tar också hänsyn till de samlade kunskaperna och erfarenheterna hos våra inspektörer och utredare.

Vi har använt följande ärendeslag i analysen:

- Lex Maria-anmälningar
- Lex Sarah-anmälningar
- Klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Anmälan till IVO
- Egeninitierad tillsyn av verksamheter
- Författningsreglerad tillsyn av bland annat boende för barn och unga
- Tillsyn av legitimerad personal
- Förelägganden mot verksamheter
- Åtalsanmälningar
- Ej verkställda beslut
- Tillståndsprovning
- Lämplighetsprovning

För att kunna ge en mer heltäckande bild av utvecklingen inom vården och omsorgen har vi även analyserat ett stort antal externa datakällor. Vi har bland annat använt oss av:

- Internationell statistik, exempelvis från OECD
- Statistik, utredningar och rapporter från andra myndigheter och aktörer med relevans och träffsäkerhet för utvecklingen av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen
- Öppna jämförelser inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.
- Bearbetningar och analyser av intervju- och enkätundersökningar, till exempel brukarbedömningar inom socialtjänsten och den nationella patientenkäten.



4 Barn och familj

Det är en stor åtgärd i ett barns liv att bli placerad utanför det egna hemmet. Det är därför viktigt att det går till på rätt sätt. Det finns brister i rättssäkerheten för barn och unga som funnits länge och är väl kända, både när det gäller kommunernas myndighetsutövning och när det gäller boenden för barn och unga. Vi fortsätter att se dessa brister även 2019. Vi ser också att antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende (HVB) och stödboende har minskat väsentligt de senaste tre åren.

4.1 Iakttagelser för 2019

- **IVO kritiserar två av tio hem för vård eller boende och stödboenden i den årliga tillsynen, men finner brister i fler verksamheter.**

IVO gör årliga inspektioner av alla HVB och stödboenden för barn och unga. Under 2019 avslutade vi ungefär 1 400 sådana tillsyner. Vi avslutade cirka 80 procent av dessa tillsyner utan att rikta kritik till huvudmannen under 2019. Den andelen har varit relativt konstant under de senaste fyra åren, med undantag för 2018 då andelen beslut utan kritik uppgick till 88 procent. I en analys av resultatet av tillsynen av HVB och stödboende 2018, som vi har gjort på regeringens uppdrag, konstaterade vi brister i ungefär hälften av ärendena.

- **Det finns brister i rättssäkerheten för barn och unga som vi sett under många år, både när det gäller kommunernas myndighetsutövning och när det gäller boenden för barn och unga.** Sedan IVO bildades 2013 har vi rapporterat om att det finns brister i rättssäkerheten för barn och unga. Vi har nyligen rapporterat om brister i hur kommunerna handlägger ärenden om barn och unga och om olika barn- och ungdomsboenden. Den rapporten bygger på en särskild analys av tillsynen under 2017 och 2018. IVO konstaterar där att kommunerna inte har kommit tillräkta med bristerna inom den sociala barn och ungdomsvården och att de inte klarar av att upprätthålla en god kvalitet (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b).

I den analys vi har gjort för 2019 ser vi att:

- Brister i socialtjänstens handläggning gör att barn och unga som far illa riskerar att inte få det skydd och det stöd som de har rätt till. I en fördjupad granskning ser vi bland annat att i 59 lex Sarah-anmälningar (30 procent) och 69 egeninitierade tillsyner (20 procent) har kommunerna brister i sin myndighetsutövning när det gäller barn och unga som riskerar att fara illa.
- När rättssäkerheten brister i samband med att barn och unga placeras, eller omplaceras, finns det en risk att de placeras på boenden som inte motsvarar deras behov. I en fördjupad granskning ser vi att i 31 lex Sarah-anmälningar (16 procent) och 68 egeninitierade tillsyner (18 procent) finns det brister i socialtjänstens arbete inför och under placeringen. Även i den årliga tillsyn av HVB och stödboenden 2019 har vi konstaterat brister hos 106 fall.
- Alla barn och unga är inte trygga i sina boenden. Knappt en femtedel av alla lex Sarah-anmälningar i vår fördjupade granskning handlar om olika typer av övergrepp, kränkningar och otillåtna begränsningsåtgärder.
- **Antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende (HVB) och stödboenden minskar, liksom antalet verksamheter.** Antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva HVB och stödboende har minskat väsentligt de senaste tre åren. IVO fick 2016 in 608 ansökningar om tillstånd för HVB, medan vi 2019 fick in 36 ansökningar (94 procents minskning). För stödboenden är minskningen ännu större: från 440 ansökningar 2016 till 25 ansökningar 2019.

4.2 Bakgrund

4.2.1 IVO:s tillsyn och tillståndsprovning av barn och familj

IVO ansvarar för tillsyn och tillståndsprovning inom området. Vi granskar varje år samtliga HVB, stödboenden och särskilda ungdomshem som leds av Statens institutionsstyrelse (SiS) och vi tar emot anmälningar, lex Sarah-anmälningar och klagomål från brukare, närstående och andra. Vi inleder tillsyn om vi får indikationer på risker och brister inom en verksamhet eller i socialtjänstens handläggning.

Vi prövar också ansökningar från aktörer som vill bedriva verksamhet som kräver tillstånd. Till exempel behöver privata aktörer tillstånd för att bedriva HVB och stödboende. De behöver också tillstånd för att ge verksamhet med konsulentstöd, det vill säga verksamhet som till socialnämnden föreslår familjehem och jourhem till barn, samt lämnar stöd och handledning till sådana hem som tar emot barn.

IVO har en pågående nationell tillsyn av hur samordning av vården och omsorgen fungerar för barn med psykisk ohälsa. Vi har hittills genomfört samtal med 29 familjer och lika många dialogmöten, där totalt 108 olika verksamheter har deltagit. De första resultaten redovisas i kapitlet om psykiatrisk specialsjukvård.

IVO har under 2019 handlagt drygt 3 350 anmälningar från enskilda inom området. De flesta handlar om rättssäkerhet (47 procent), bemötande (24 procent), planering av vård och omsorg (13 procent), delaktighet och självbestämmande (11 procent) samt omsorg och omvårdnad (11 procent). Vi ser en kraftig ökning av antalet anmälningar som rör planeringen av vård och omsorg. Där har antalet anmälningar ökat med nästan 160 procent sedan 2016 (data för januari till och med september 2019).⁵

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst samt via IVO:s barn- och ungdomslinje. Under 2019 har vi tagit emot 3 998 synpunkter och frågor till upplysningstjänsten som gäller barn och unga, vilket är på samma nivå som 2018. En överväldigande majoritet, 65 procent, av frågorna gäller handläggning angående barn och familj.⁶ Vi har haft cirka 1 000 kontakter med barn och unga via vår barn- och ungdomslinje.

IVO har fattat beslut i 248 lex Sarah-anmälningar inom området under 2019. Vi ser en tydlig minskning av antalet beslutade ärenden under perioden 2016–2019. År 2019 har IVO fattat cirka 34 procent färre beslut än 2016. Minskningen har i första hand skett inom områdena myndighetsutövning och HVB för ensamkommande barn. Den största gruppen, mer än hälften av alla beslut (55 procent), handlar om brister i rättssäkerheten. Därefter följer olika typer av övergrepp (17 procent). 7 procent av ärendena handlar om felaktigt utförda beviljade insatser.

Under 2019 har IVO återkallat tillståndet för sex HVB och ett stödboende. De återkallade tillstånden följer av att IVO har lämplighetsprövat bolagen och dess företrädare. Besluten grundas på att bolagen har gått i konkurs.

Under 2019 har IVO även utfärdat fyra förelägganden, mot en kommun och tre bolag som bedriver stödboende och HVB. Bakgrunden är problem med bristande bemanning på boendena, brister i lämplighetsbedömningar eller att verksamheten har genomfört utredningar i strid med sitt tillstånd.

IVO har även polisanmält företrädare för fyra bolag som bedriver tillståndspliktig verksamhet som HVB eller konsultverksamhet, och som saknar tillstånd för de verksamheterna.

IVO genomförde 528 egeninitierade tillsyner 2019. Vi har identifierat områden med brister som handlar om handläggningen (21 procent), rättssäkerheten (15 procent) och dokumentationen (12 procent).

⁵ Data för januari till och med september för 2019.

⁶ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

Tabell 6. Genomförd tillsyn av barn och unga 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Verksamhetsområde Barn och familj	2016	2017	2018	2019
Anmälan till IVO	2 468	2 701	3 216	3 352
Lex Sarah	378	349	286	248
Egeninitierad tillsyn	442	519	619	528
Författningsreglerad tillsyn	1 712	1 991	2 169	1 365

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är barn och familj.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

4.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i det här kapitlet baseras på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019, med undantag för iakttagelserna från tillståndsprövningen och upplysningstjänsten som är baserade på helårsstatistik. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 196 lex Sarah-anmälningar och 381 egeninitierade tillsyner och 735 författningsreglerade tillsyner av HVB, stödboenden och SiS-hem. Samtliga har avslutats under perioden från den 1 januari till och med den 3 oktober 2019. Vi har också gått igenom uppföljningar från exempelvis Socialstyrelsen, Barnombudsmannen och Vårdanalys. Slutligen har vi använt oss av vissa indikatorer från brukarbedömningar och Öppna jämförelser.

4.2.3 Socialtjänsten ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden

Socialtjänsten ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden. Det innebär bland annat att de ska ta emot och handlägga orosanmälningar och inleda utredningar om de misstänker att barn far illa och kan behöva insatser. En av socialtjänstens mest ingripande insatser är att placera ett barn utanför det egna hemmet, till exempel i ett familjehem, ett hem för vård eller boende (HVB) eller ett stödboende.

Det är Sveriges kommuner som ansvarar för socialtjänsten. Insatserna till barn och unga utförs av kommunerna själva, av privata utförare som kommunerna har upphandlat och av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Under 2018 gjordes 331 000 orosanmälningar till socialtjänsten, enligt Socialstyrelsens kartläggning (Socialstyrelsen, 2019r). Det motsvarar närmare 1 000 anmälningar om dagen. Totalt kom 180 000 barn till socialtjänstens kännedom genom anmälningar 2018, vilket motsvarar drygt 8 procent av alla barn i landet. År 2018 placerades 38 000 barn utanför hemmet vid minst ett tillfälle (Socialstyrelsen, 2019e). Familjehem är den vanligaste placeringsformen, följt av HVB och stödboende.

4.3 IVO kritiserar två av tio hem för vård eller boende och stödboenden, men finner brister i fler verksamheter

IVO inspekterar varje år alla HVB och stödboenden för barn och unga. Under 2019 avslutade vi ungefär 1 400 sådana författningsreglerade tillsyner. Vi avslutade cirka 80 procent av dessa utan att rikta kritik till huvudmannen. Den andelen har varit relativt konstant under de senaste fyra åren, med undantag för 2018 då andelen beslut utan kritik uppgick till 88 procent. Den vanligaste bristen 2019 handlar om lämplighetsbedömningen när boenden eller hemmen skriver in nya barn och unga i verksamheten. Det har även varit den vanligaste bristen tidigare år. Vi ser denna brist i 8 procent av alla beslutade ärenden 2019.

Att IVO inte kritiserar ett HVB eller stödboende betyder inte att det inte finns några brister i verksamheten. IVO gör i varje ärende en helhetsbedömning av de brister som vi har uppmärksammat, och denna helhetsbedömning ligger till grund för om vi riktar kritik eller inte mot den som ansvarar för verksamheten.

På regeringens uppdrag har vi analyserat samtliga beslut som rör boenden för barn och unga. Analysen omfattade samtliga beslut från 2018 som rör boenden för barn och unga (HVB, stödboenden, bostad med särskild service för barn och ungdomar och de särskilda ungdomshemmen) (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). Analysen tog fasta på de brister som vi uppmärksammande i tillsynen, alltså inte frågan om IVO riktade kritik eller inte. Vi har inte gjort motsvarande analys för 2019 års tillsynsresultat.

Inom ramen för regeringsuppdraget har vi analyserat 1 497 tillsyner av boenden för barn och unga, som har genomförts under 2018. Dessa motsvarande 1 405 boenden och var fördelade på HVB (780), stödboenden (487), BMSS (197) och särskilda ungdomshem (33). Dessutom har vi analyserat ytterligare 92 egeninitierade tillsyner utifrån riskindikationer.

När det gäller HVB och stödboenden har vi identifierat brister i ungefär hälften av ärendena (51 respektive 54 procent). När det gäller HVB ser vi flest brister som rör genomförande och uppföljning av vård och behandling (20 procent). Därefter följer brister i inskrivningsförfarande (19 procent). Vid stödboenden finner vi flest brister när det gäller inksrivningsförfarande (24 procent), följt av genomförande och uppföljning av vård och behandling (18 procent) samt brister som rör trygghet och säkerhet (18 procent).

Analysen visar att brister som rör genomförande och uppföljning av vård och behandling vid HVB och stödboenden är dubbelt så vanliga i verksamheter som drivs av kommunala huvudmän, jämfört med privata. Brister inom detta område innebär en risk för att barn och unga inte får de insatser som de har behov av.

4.4 Rättssäkerheten för barn och unga på boenden brister

IVO har rapporterat om att det finns brister i rättssäkerheten för barn och unga i samtliga våra årliga rapporter till regeringen sedan myndigheten bildades 2013. Vi fortsätter att se brister inom det här området.

Vi kan konstatera att kommunerna inte har åtgärdat bristerna inom den sociala barn- och ungdomsvården och att de inte klarar att upprätthålla en god kvalitet. Trots omfattande kunskapsstöd finns det handläggare som saknar nödvändig kunskaper för att kunna bedriva en rättssäker handläggning.

I HVB och stödboenden har vi funnit brister i ungefär hälften av ärendena under 2018 (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). De vanligaste bristerna vid HVB och stödboenden rör inskrivningsförfarande, samt genomförande och uppföljning av stöd, vård och behandling. Varken kommuner eller privata utförare med tillstånd att bedriva HVB och stödboende lyckas alltid upprätthålla en god kvalitet i dessa boendeformer.

4.4.1 Bristerna har funnits länge och är kända

IVO har, som vi har nämnt tidigare, på uppdrag av regeringen nyligen genomfört en analys utifrån vår tillsyn av barn- och ungdomsärenden under 2017 och 2018, samt olika barn- och ungdomsboenden under 2018 (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b).

Analysen omfattade samtliga beslut i tillsynen som rör socialtjänstens handläggning av ärenden för barn och unga under 2017 och 2018. Resultatet visar att det finns brister i dokumentation, hur delaktiga barnen får vara och i hur socialtjänsten handlägger ärenden för barn och unga. Bristerna finns inom hela kedjan från hantering av orosanmälningar till hur den följer upp insatser och bedriver egenkontroll. Av de 819 ärenden som ingår i underlaget fann vi sammanlagt 1 297 brister i 549 ärenden. Vi fann alltså brister i 67 procent av de granskade ärendena. Flera av bristerna är kända sedan tidigare.

Analysen omfattade också samtliga beslut i tillsynen från 2018 som rör boenden för barn och unga och samtliga lex Sarah-anmälningar från 2018 som är upprättade av huvudmän för boenden för barn och unga. De vanligaste bristerna vid HVB och stödboenden rör hur barn och unga skrivs in i verksamheten, samt hur stödet, vården och behandling genomförs och följs upp. Vi ser att det är vanligare hos kommunala utförare med brister inom området genomförande och uppföljning av stöd, vård och behandling än hos privata huvudmän.

Även om de flesta barn och unga har det bra i sina boenden, så förekommer det att de blir utsatta för våld, kränkningar och övergrepp, både av medboende och av personal. Under 2018 fick vi sammanlagt in 194 uppgifter om våld och kränkningar vid olika boenden. Det är sannolikt att det förekommer mer våld och kränkningar än vad vi kan se, eftersom det finns ett mörkertal av händelser som aldrig kommer till vår kännedom.

4.4.2 Vi ser samma brister även 2019

I den analys vi har gjort för 2019 ser vi samma brister som tidigare.

- Brister i socialtjänstens handläggning gör att barn och unga som far illa riskerar att inte få det skydd och det stöd som de har rätt till.
- När rättssäkerheten brister i samband med att barn och unga placeras finns det en risk att de placeras på boenden som inte motsvarar deras behov.
- Alla barn och unga är inte trygga i sina boenden.

4.4.3 Även andra uppmärksammar brister för barn och unga

IVO är inte ensam om att uppmärksamma brister som rör barn och unga som behöver stöd från socialtjänsten. Barnombudsmannen, Socialstyrelsen och Vårdanalys har också konstaterat brister och förbättringsområden (Barnombudsmannen, 2019; Socialstyrelsen, 2019f; Vårdanalys, 2018b).

Under 2019 har media vid flera tillfällen uppmärksammat sexuella övergrepp på HVB. Tidningen Veckorevyn har med utgångspunkt i bland annat IVO:s ärenden visat på över hundra sexuella övergrepp på HVB under de senaste fyra åren (Vingren, 2019). I en granskning som Sveriges Television har gjort av IVO:s tillsynsärenden 2016–2018 kunde de konstatera att 150 barn har farit illa när socialtjänsten har agerat fel eller inte agerat alls (Sveriges Television, 2019).

4.4.4 Brister i socialtjänstens handläggning gör att barn och unga som far illa riskerar att inte få det skydd och det stöd som de har rätt till

Det är socialtjänstens uppdrag att fånga upp barn och unga som riskerar att fara illa för att kunna erbjuda dem skydd och stöd. Vi ser att inte alltid följer väsentliga krav i sin handläggning. Det innebär en risk för att barn och unga som far illa inte får det stöd av socialtjänsten som de har rätt till.

I vår analys av lex Sarah-anmälningar och tillsyner för 2019 ser vi exempel på att kommunerna brister i sin myndighetsutövning när det gäller barn och unga som far illa. I 59 lex Sarah-anmälningar (30 procent av granskade anmälningar) har kommunerna konstaterat en eller flera brister i ärenden som rör barn och unga. I 69 egeninitierade tillsyner (knappt 20 procent av granskade ärenden) konstaterar IVO att kommunerna brister i det här arbetet. I många fall brister kommunen på flera punkter och i flera fall rör det ett större antal ärenden som har hanterats felaktigt.

Vi ser att:

- **Det tar tid innan socialtjänsten utreder orosanmälningar och gör skyddsbedömningar, både i samband med förhandsbedömningar och under utredningstiden.**

Vi ser även många exempel på att socialtjänsten inte genomför utredningarna skyndsamt och att handläggningstiden överstiger fyra månader, utan beslut om förlängning.

- **Socialtjänstens utredningar brister i både kvalitet och när det gäller dokumentation.**
Bedömningarna i utredningarna är inte alltid tillräckliga i förhållande till uppgifterna om våld och andra frågor. Det kan exempelvis handla om otillräckliga utredningar av uppgifter om våld, vilket i sin tur leder till att insatsen sedan inte svarar mot personens behov.
- **Barn och ungas delaktighet och inflytande behöver bli bättre.**
Vi ser att socialtjänsten inte alltid gör barnen delaktiga i deras egna utredningar. Av de barn och ungdomar som kontakter IVO:s barn- och ungdomslinje framför 20 procent synpunkter på sina möjligheter till delaktighet och självbestämmande när det gäller deras placering. Vårdnadshavare berättar för IVO att socialtjänsten inte ger dem viktig information som berör dem eller att de inte får reda på vad som sker i den utredningen som socialtjänsten genomför. Sveriges Kommuner och Regioners brukarbedömning visar också att 10 procent av brukarna inte upplever att de har möjlighet till inflytande och att knappt 30 procent inte anser sig ha möjlighet att kunna påverka den hjälp de får av socialtjänsten (Kolada, u.å. e).
- **En av tio av Sveriges kommuner har för långa utredningstider.**
År 2019 har 11 procent av Sveriges kommuner (21 av 191 kommuner som det fanns uppgifter för) haft en genomsnittlig utredningstid som är längre än fyra månader. Medelvärdet för utredningstiden har sjunkit något de senaste åren (Kolada, u.å. k).
- **Socialtjänsten utreder inte uppgifter om våld och bedömer inte risken för fortsatt våld.**
Under 2018 granskade IVO i två olika egeninitierade tillsyner 27 kommuners handläggning av ärenden som rör våld i nära relationer. I alla utom en kommun fann vi brister i en eller flera delar av detta arbete (Inspektionen för vård och omsorg, 2019b; Inspektionen för vård och omsorg, 2020a). Bristerna innebär att det finns risk att barn och unga inte får det skydd de behöver i rätt tid och i tillräcklig utsträckning. Barn och unga kan som en följd av bristerna komma att fortsätta vistas i skadliga miljöer och utsättas för ytterligare våld eller bevittna ytterligare våld.

Skyndsamt hantering av socialtjänsten

Socialtjänsten ska till exempel omedelbart göra en skyddsbedömning när en orosanmälan kommer in. Förhandsbedömningar ska handläggas inom 14 dagar om det inte finns synnerliga skäl. Om det finns uppgifter om att ett barn kan ha utsatts för eller bevittnat våld av eller mot närstående ska en utredning inledas utan dröjsmål. Utredningar ska bedrivas skyndsamt och får inte, utan särskilda skäl, ta mer än fyra månader. Barnen, de unga och vårdnadshavarna ska göras delaktiga i utredningarna och beslut ska kommuniceras med dem.

4.4.5 När rättssäkerheten brister i samband med att barn och unga placeras riskerar de att placeras på boenden som inte motsvarar deras behov

Nära 40 000 barn och unga har varit placerade utanför det egna hemmet någon gång under 2018 (Socialstyrelsen, 2019e). Under de senaste årtiondena har antalet placerade barn och unga kontinuerligt ökat (Barnombudsmannen, 2019).

Det finns brister både i kommunernas myndighetsutövning och i boendena. Kommuner brister i sin handläggning och boendet som skriver in barn och unga bedömer inte hur lämplig den specifika verksamheten är i förhållande till ungdomens individuella behov. Det innebär att de placerade riskerar att inte få sina behov tillgodosedda.

Vi ser att:

- **Rättssäkerheten brister för barn och unga i samband med att de placeras i olika boenden.**
I 31 lex Sarah-anmälningar och 68 egeninitierade tillsyner (16 respektive 18 procent av ärendena i vår analys) finns missförhållanden och brister i arbetet inför och under placeringen. De vanligaste bristerna under 2019 var bristfälliga utredningar inför placeringar, att socialtjänsten inte hade sett till att det fanns samtycke till frivilliga placeringar samt bristfälliga kontroller av tillstånd för att bedriva HVB eller ta emot unga med specifika behov.

- **Kommunerna behöver kontrollera att konsulentverksamheter har tillstånd.**

Under 2019 har IVO avslutat en tillsyn av 40 kommuner när det gäller hur de använder konsulentverksamheter som föreslår familjehem och jourhem för placering av barn samt ger stöd till sådana hem. Vi identifierade 10 verksamheter som saknade tillstånd för sin verksamhet. En tredjedel av kommunerna hade inte kontrollerat om de konsulentverksamheter de anlitate hade tillstånd för sin verksamhet (Inspektionen för vård och omsorg, 2019c). En tillsyn av ytterligare 40 kommuner som vi genomförde senare under 2019 visade att fler kommuner i den tillsynen än i den första tillsynen var medvetna om att det skulle kontrollera tillståndet för de konsultverksamheter som de anlitar, och kontrollerade även det.

- **HVB och stödboenden brister i hur de skriver in barn och unga i verksamheterna.**

I vår analys av ärenden från IVO:s årliga tillsyn av HVB och stödboenden 2019 har vi konstaterat brister i 106 fall när det gäller hur de skriver in barn och unga. Eftersom vår tillsyn är riskbaserad har vi inte granskat samtliga boenden när det gäller hur de skriver in barn och unga. Bristande lämplighetsbedömningar är den vanligaste kritiken från IVO. Verksamheterna kan också helt sakna inskrivningsbeslut. Vi ser dessa brister både för privata och kommunala boenden. Bristerna ökar risken att barn och ungdomar placeras på boenden som inte motsvarar deras behov, och att vården de får inte är trygg och säker.

Lämplighetsbedömning

Inför att ett barn skrivs in på ett HVB eller stödboenden som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) ska den som skriver in barnet göra och dokumentera en lämplighetsbedömning. I den ska den som skriver in barnet bland annat bedöma om hemmet är lämpligt med hänsyn till den enskildes behov, ålder, utveckling, utbildning och personliga förhållanden i övrigt.

- **Vissa verksamheter följer inte sitt tillstånd.**

Under 2019 har IVO identifierat 48 verksamheter som inte följer sitt tillstånd. Det handlar bland annat om att boenden skriver in ungdomar som hör till en målgrupp som de inte har tillstånd för, exempelvis att de kan ha skrivit in ungdomar vars ålder eller kön inte överensstämmer med det som tillståndet omfattar. Det kan också handla om att föreståndaren, lokalerna eller antalet ungdomar inte följer tillståndet. I vissa fall saknar verksamheten överhuvudtaget tillstånd för att bedriva verksamhet i form av HVB eller stödboende.

4.4.6 Alla barn och unga är inte trygga i sina boenden

Även om de flesta barn och unga har det bra i sina boenden, så förekommer det att de blir utsatta för våld, kränkningar och övergrepp, både av andra boende och av personal. Även detta är något vi sett tidigare (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a).

I en särskild analys av 2018 års tillsyn där vi granskade 108 lex Sarah-anmälningar och 1 497 tillsynsändringar gällande boenden för barn och unga identifierade vi nära 200 uppgifter om våld och kränkningar vid olika boenden för barn. (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). Analysen visade att andelen brister som rör våld, kränkningar och begränsningsåtgärder fördelar sig ungefär lika mellan HVB och stödboenden (11 respektive 10 procent). Även 2019 ser vi flera händelser som har försämrat placerade barns och ungas trygghet och säkerhet.

Barn och unga som kontaktar IVO berättar om händelser det det har förekommit av våld eller där de har känt sig otrygga samt om integritetskränkningar. I 20 procent av kontakterna med vår barn- och ungdomslinje rör kontakterna frågor om trygghet, säkerhet och integritet, medan 24 procent av kontakterna handlar om bemötande, vilket även inkluderar bemötande från socialtjänsten.

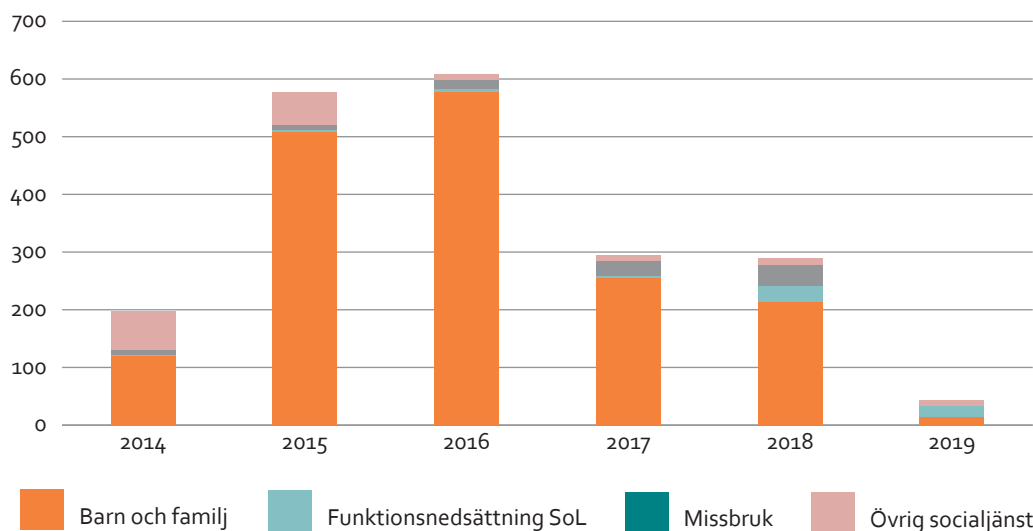
Vi ser att:

- **Vissa huvudmän anmäler själva missförhållanden som rör trygghet och säkerhet.**
I 43 egeninitierade och författningsreglerade tillsyner har vi uppmärksammat brister som rör våld, kränkningar, bristande bemötande och otrygghet på boenden. I sammanlagt 58 lex Sarah-anmälningar (30 procent av anmälningarna i vår analys) har huvudmännen anmält missförhållanden som påverkar barn och ungdomars trygghet och säkerhet. Av de 58 anmälningarna kommer 32 från HVB och stödboende, 15 från särskilda ungdomshem och 11 från andra boenden. Av detta kan vi inte dra några slutsatser om den relativa förekomsten av händelser som försämrar barn och ungas trygghet och säkerhet i olika boendeformer. Ett slags missförhållande kan finnas i ett, två eller flera ärenden. Det finns exempel på att en eller flera ungdomar misstänks ha utsatts för sexuella övergrepp eller ofredanden, eller har utsatts för det. Det har skett på såväl SiS-boenden, som i HVB och i familjehem. Bland de som har utfört övergreppen finns andra ungdomar, verksamhetens personal och andra personer som varit i kontakt med ett familjehem. Det finns också exempel på fysiskt våld mot ungdomar från personal eller andra ungdomar, och på bristande bemötande från personalen.
- **Det förekommer otillåtna begränsningsåtgärder på boenden.**
Vi ser att det förekommer att personal använder sig även av otillåtna begränsningsåtgärder. Otillåtna begränsningsåtgärder kan handla om att ungdomarna tvingas lämna drogprov, att de får sina mobiltelefoner eller andra ägodelar beslagtagna och sina rum genomsökta. Boenden kan ha regler och arbetssätt som begränsar ungdomarna och inskränker dem i deras liv på ett otillåtet sätt. Det gäller framför allt HVB. Det är viktigt att påpeka att de särskilda ungdomshemmen har rätt att använda sig av särskilda befogenheter under vissa förutsättningar. Men vi kan se att det händer att de används på sätt som inte följer de bestämmelser som gäller.
10 lex Sarah-anmälningar handlar om otillåtna begränsningsåtgärder. Fem anmälningar rör begränsningsåtgärder och avskiljning som inte har gått rätt till på särskilda ungdomshem. I 35 tillsyns-ärenden har IVO uppmärksammat att boenden vid ett eller flera tillfällen har använt sig av otillåtna begränsningsåtgärder (tre stödboenden, två SiS-hem och 30 HVB). I dessa 35 ärenden har sannolikt alla inskrivna barn och unga i boendena utsatts för de otillåtna begränsningsåtgärderna.
- **Boenden gör inte alltid kontroller i Polisens misstanke- och belastningsregister innan anställning.**
Boenden för barn och unga ska alltid kontrollera i Polismyndighetens misstanke- och belastningsregister innan de anställer personal eller tilldelar uppdrag. I 50 fall har IVO uppmärksammat att sådana boenden inte har kontrollerat register inför en anställning. Eftersom vår tillsyn är riskbaserad har vi inte granskat detta vid samtliga boenden under 2019. Att inte kontrollera registren innan boendet anställer ny personal ökar risken för att anlita olämpliga personer, vilket leder till risker för barn och ungas trygghet och säkerhet.

4.5 Antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende och stödboenden minskar, liksom antalet verksamheter

Antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva HVB och stödboende har minskat väsentligt de senaste tre åren. År 2016 fick IVO in 608 ansökningar om tillstånd för HVB, medan vi 2019 fick in 36 ansökningar, en minskning med 94 procent. För stödboenden är minskningen ännu större: från 440 ansökningar 2016 till 25 ansökningar 2019.

Figur 4. Antal ansökningar om nytt tillstånd för HVB utifrån verksamhetens inriktning 2014–2019



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

De senaste åren har behovet av HVB för ensamkommande barn minskat kraftigt i och med att de barn som kom runt 2015 har vuxit upp, och att flyktmottagandet har minskat kraftigt. Det innebär att många HVB-aktörer har avvecklat sin verksamhet. Vi ser att många privata aktörer har haft svårt att avveckla på ett ordnat sätt och därför hamnat i ekonomiskt obestånd.

En undersökning från 2019 som Governo genomförde på IVO:s uppdrag visar att kommunernas minskade efterfrågan på placeringar för ensamkommande och ändrade ersättningsnivåer har lett till att många som drivit boenden för ensamkommande antingen lagt ner verksamheten eller haft svårt få ekonomiska förutsättningar att bedriva den med god kvalitet.

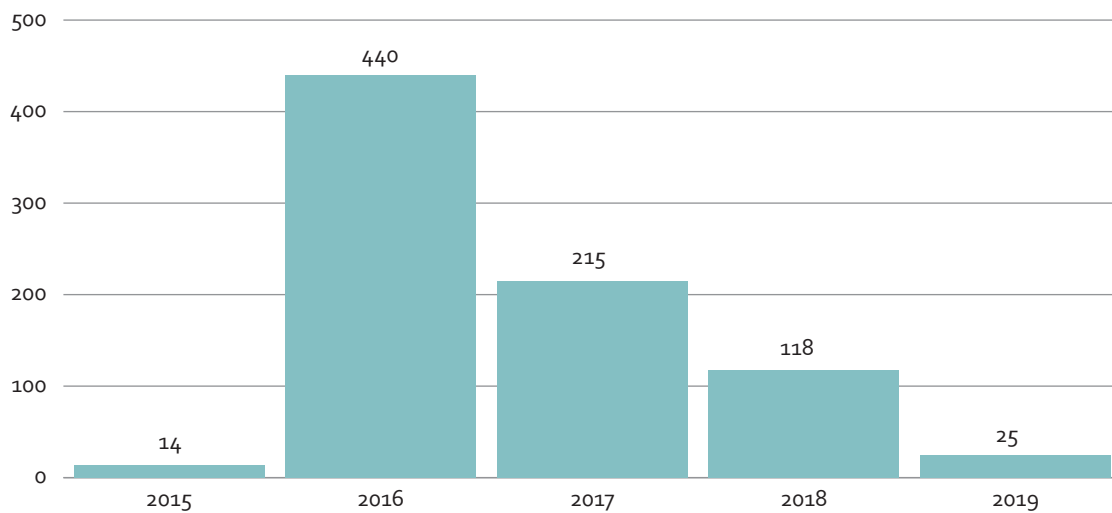
I takt med att antalet boenden minskade, så minskade också antalet platser på HVB och stödboenden i riket. I december 2014 fanns 7 367 tillgängliga platser för ensamkommande barn och unga vid 506 HVB inom privat och offentlig verksamhet. Två år senare, i december 2016, fanns 24 983 tillgängliga platser vid 1 590 HVB. Därefter har antalet tillgängliga platser minskat och i september 2019 fanns 3 419 tillgängliga platser vid 256 HVB för ensamkommande (Inspektionen för vård och omsorg, 2019d).

Det finns också andra faktorer bakom att antalet ansökningar har minskat. IVO bedömer att de avgifter som infördes den 1 januari 2019 för att ansöka om nytt tillstånd och ändra ett befintligt tillstånd har bidragit till ett minskat antal ansökningar. Det har också påverkat att branschen för verksamheter som riktar sig till ensamkommande har förändrats, i takt med att behovet av platser har minskat. Under 2017 och 2018 ansökte många som tidigare bedrivit verksamhet riktad till ensamkommande om att bedriva verksamhet riktad till andra målgrupper, på grund av att behovet av platser för denna grupp hade minskat. Men också dessa ansökningar har minskat kraftigt under 2019.

4.5.1 Antalet ansökningar om tillstånd för stödboende har minskat kraftigt sedan 2016

Tillståndsplikt för stödboende infördes den 1 januari 2016. Antalet ansökningar om nytt tillstånd att bedriva sådan verksamhet har också avtagit kraftigt sedan 2016, då IVO fick 440 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet.

Figur 5. Antal ansökningar om nytt tillstånd för stödboende 2015–2019



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vi bedömer att det stora antalet ansökningar 2016 i första hand berodde på två olika saker. Dels behövde de som bedrev sådan verksamhet sedan tidigare söka tillstånd för att få fortsätta bedriva sin verksamhet. Dels uppstod en stor efterfrågan på platser att placera ensamkommande ungdomar när många kommuner försökte hitta mindre resursintensiva former för att placera dem.

Sedan 2016 har allt färre ansökt om att få starta verksamhet med stödboende, eftersom efterfrågan på placeringar för ensamkommande ungdomar har minskat. Under 2019 har IVO 25 tillstånd för att bedriva sådan verksamhet. Eftersom verksamheten kan bedrivas i spridda lägenheter, till skillnad från till exempel HVB, så kan samma tillstånd omfatta flera målgrupper.



5 Äldreomsorg

Varje dag utförs många vård- och omsorgsinsatser för att hjälpa äldre personer i deras vardag. Äldreomsorgen fungerar i många delar bra, men vi ser också tydliga tecken på att huvudmännen har svåra utmaningar. Det är tydligt att flera av bristerna inom äldreomsorgen har att göra med bemanning och kompetens. Vi ser exempel på att personalen i äldreomsorgen inte alltid kan tillräckligt om hjälpmedel och förflyttningsteknik. Vi ser också att legitimerad personal delegerar hantering av läkemedel till personal som inte har tillräcklig erfarenhet, kunskap eller språklig kompetens för att kunna utföra uppgiften på ett säkert sätt.

5.1 Iakttagelser för 2019

- **IVO fick 590 ansökningar om att bedriva hemtjänst efter att detta blev tillståndspliktigt för privata aktörer 2019.**

Sedan 2019 behöver privata aktör tillstånd för att bedriva hemtjänst. Totalt kom 590 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet in till IVO under 2019. De flesta ansökningar (360 av 590) gäller verksamheter som bedrevs redan innan aktörerna behövde tillstånd. Men det verkar också ha tillkommit nya aktörer. 230 ansökningar om tillstånd har kommit in till IVO där det inte framgår att verksamheten var i drift innan de ansökte om tillstånd.
- **IVO har endast fått ett fåtal ansökningar om tillstånd för biståndsbedömt trygghetsboende efter att detta blev tillståndspliktigt för privata aktörer 2019.**

I april 2019 trädde en ny bestämmelse om trygghetsboende i kraft i socialtjänstlagen (2001:453). Under 2019 har även tillståndsplikt för att bedriva biståndsbedömt trygghetsboende i privat regi införts. IVO tog endast emot åtta ansökningar om att bedriva sådan verksamhet under 2019.
- **En hög andel av lex Maria-anmälningarna i hemsjukvården handlar om brister i läkemedelshanteringen.**

Vi ser att 41 procent av de 81 lex Maria-anmälningar från hemsjukvården under 2019, som ingår i vår analys, handlar om brister i läkemedelshanteringen. I äldreomsorgens lex Maria-anmälningar förekommer brister i läkemedelshantering i 27 procent av anmälningarna. I de ärenden som kommer in till IVO ser vi många exempel på att delegeringen av läkemedelshantering inte har utförts på ett säkert sätt.
- **Äldre personer riskerar att utsättas för olyckor och skada sig allvarligt när personalen använder hjälpmedel på fel sätt eller förflyttar äldre på ett osäkert sätt.**

Många äldre personer behöver hjälpmedel för att deras vardag ska fungera. 19 av 320 lex Sarah-anmälningar (6 procent) och 27 av 172 lex Maria-anmälningar (16 procent) i vår analys gäller hjälpmedel. Vi ser exempel på att personalen i äldreomsorgen inte alltid har tillräcklig kunskap och kompetens om hjälpmedel och förflyttningsteknik. Det finns därför risk för att äldre personer utsätts för vårdskador, olyckor och obehag.
- **En fjärdedel av lex Sarah-anmälningarna handlar om olika former av övergrepp.**

Många lex Sarah-anmälningar handlar om olika typer av övergrepp. 2019 handlade 24 procent av anmälningarna om olika former av övergrepp, där ekonomiska och fysiska övergrepp är vanligast. Den nationella brukarbedömningen visar att var tionde äldre person med hemtjänst eller särskilt boende inte känner sig trygg i sitt hem.
- **Antalet ej verkställda beslut som rör äldre personer har ökat.**

IVO ser att många äldre personer får vänta på insatser som de har rätt till, och att antalet ökar. Under januari till och med september år 2019 har kommunerna rapporterat 4 458 ej verkställda beslut till IVO. Det är en ökning med 24 procent jämfört med samma period år 2018, vilket bryter den minskande trend som vi har sett under de senaste åren (uppgifter för januari till och med september).

5.2 Bakgrund

5.2.1 IVO:s tillsyn och tillståndsprövning av äldreomsorgen

IVO ansvarar för tillsyn av kommunernas äldreomsorg och hemsjukvård. Vi inleder tillsyn om vi får indikationer på allvarliga brister och risker. Vi tar också emot och granskar lex Sarah och lex Maria-anmälningar. Patienter och deras närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen. IVO ansvarar även för att pröva ansökningar om tillstånd för verksamheter i äldreomsorgen som måste ha tillstånd.

IVO har genomfört en nationell tillsyn av välfärdsteknik i hemtjänst och äldreboenden. Vi ser att det går långsamt att införa välfärdsteknik, men att både brukare och personal i många fall är positiva till användningen. I tillsynen framkommer även erfarenheter som verksamheterna upplever har bidragit till en positiv utveckling av digitala arbetssätt.

IVO prövar ansökningar om tillstånd för att bedriva vissa verksamheter inom äldreomsorgen. Under 2019 blev det tillståndspliktigt att bedriva hemtjänst och biståndsbedömt trygghetsboende.

IVO har under 2019 utrett 934 anmälningar från enskilda. Det är en ökning med 65 procent sedan 2016. De flesta anmälningar handlar om missnöje med omsorg och omvårdnad (57 procent), bemötande (16 procent) eller personalens kompetens (15 procent).

Vi har också fått mycket information via upplysningstjänsten. Under 2019 har vi tagit emot 1 338 synpunkter och frågor om äldreomsorgen. Det är en ökning med 30 procent jämfört med 2018. Drygt 50 procent av frågorna och synpunkterna gällde särskilt boende för äldre.⁷

Under året har IVO också fattat beslut i 407 lex Sarah-anmälningar och 215 lex Maria-anmälningar. När det gäller lex Sarah-anmälningarna handlar de flesta anmälningarna om olika former av brister i utförandet av insatserna. En tredjedel av alla anmälningar handlar om uteblivna insatser och drygt en fjärdedel handlar om felaktigt utförda insatser. Lex Maria-anmälningarna handlar ofta om brister i läkemedelshantering (27 procent) och fallskador (25 procent) och de gäller främst särskilda boenden (82 procent). Antalet lex Maria-anmälningar som IVO har beslutat om har minskat stadigt under de senaste åren. Under 2019 har vi fattat 27 procent färre beslut än under 2016.

IVO genomförde 273 egeninitierade tillsyner under 2019. De vanligaste bristerna gäller ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (13 procent), bemanning (6 procent) följt av kompetens (5 procent).

Under 2019 har IVO beslutat om ett föreläggande mot ett enskilt bolag som bedriver äldreomsorg. Föreläggandet grundade sig på brister i bemanning och tillgängligheten för de äldre på boendet.

Tabell 7. Genomförd tillsyn av äldreomsorgen under 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Äldreomsorg	2016	2017	2018	2019
Anmälan till IVO	566	578	727	934
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	240	164	229	92
Lex Sarah	463	513	444	407
Lex Maria	293	287	238	215
Egeninitierad tillsyn	254	257	245	273

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är äldreomsorg.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

⁷ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

Under 2019 utredde IVO 34 klagomålsärenden som rör hemsjukvård för personer 65 år och äldre i ordinärt boende. I knappt hälften av ärendena (46 procent) riktade myndigheten kritik. Kritiken gäller brister i vård och behandling samt läkemedelshantering.

Under 2019 har IVO också fattat beslut i 105 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria. De flesta anmälningar handlar om läkemedelshantering (41 procent), vård och behandling (37 procent) samt informationsöverföring (15 procent).

Tabell 8. Genomförd tillsyn av hemsjukvården (personer 65 år och äldre) under 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Hemsjukvård	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	76	100	73	105
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	42	58	90	34

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är hemsjukvård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

5.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Undantagen är iakttagelserna som bygger på ej verkställda beslut som har rapporterats in januari till september 2019 och tillståndsprövningen som är baserade på helårsstatistik. Uppgifterna om upplysningstjänsten är för hela året. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. För äldreomsorgen har vi gjort en innehållsanalys av 320 lex Sarah-anmälningar, 172 lex Maria-anmälningar, 48 klagomål med kritik, och 221 egeninitierade tillsyner. För hemsjukvården har vi gjort en innehållsanalys av 106 lex Maria-anmälningar, 16 klagomål med kritik och 19 egeninitierade tillsyner. Samtliga har avslutats under perioden den 1 januari till och med den 3 oktober 2019.

Vi har också använt oss av andra uppgifter, till exempel kommunernas och regionernas köp av verksamhet, tillgång och efterfrågan på sjuksköterskor, svar på frågor om hjälpmedel i fackförbundet Kommunals medlemsundersökning och brukarbedömd trygghet i särskilt boende.

5.2.3 Kommunerna har huvudansvaret för vården och omsorgen till äldre personer

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Kommunerna har huvudansvaret för äldreomsorgen. De ska inrätta bland annat särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor som behöver särskilt stöd. Kommunerna ansvarar också för hemtjänsten, det vill säga service och personlig omvårdnad som utförs i den äldres bostad. De har även ett hälso- och sjukvårds-ansvar i särskilt boende. 265 av 290 kommuner har övertagit ansvaret för hemsjukvården från regioner (Sveriges Kommuner och Regioner, 2018b). Det är vanligt att kommunerna lämnar över till privata aktörer att utföra insatserna.

5.2.4 Äldre är den största målgruppen för socialtjänstinsatser

Antalet och andelen invånare över 65 ökar i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2020a). År 2018 hade drygt 320 000 äldre personer minst en verkställd insats enligt socialtjänstlagen (2001:453) (Socialstyrelsen, 2019c). Det motsvarar cirka 16 procent av befolkningen, som är 65 år eller äldre. Andelen äldre med socialtjänstinsatser varierar mellan landets kommuner. Exempelvis är andelen äldre med socialtjänstinsatser endast 7 procent i Årjäng, medan motsvarande siffra för Landskrona är nästan 20 procent (Kolada, u.å. g).

Antalet och andelen äldre med insatser ökade mellan 2017 och 2018, men andelen personer med hemtjänst, särskilt boende och dagverksamhet har minskat, sett ur ett längre tidsperspektiv. Cirka 340 000 personer 65 år och äldre tar del av den kommunala hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2019c). Många får även hjälp av anhöriga (Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2014).

5.3 IVO fick 590 ansökningar om att bedriva hemtjänst efter tillståndsplikten för privata aktörer 2019

Under året har tillståndsplikt införts för att en privat aktör ska få bedriva hemtjänst. Totalt har 590 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet kommit in under året.

De flesta ansökningar (360 ansökningar) gäller verksamheter som bedrevs innan tillståndsplikten infördes. Tillståndet gäller för att bedriva hemtjänst i hela landet. De gäller även andra målgrupper än äldre som har rätt till insatsen, även om äldre dominerar som målgrupp.

5.3.1 Andelen avslag är låg

Av samtliga 400 ärenden som beslutats under 2019 har 11 procent fått avslag på sin ansökan. De avslag som gäller pågående verksamheter medför att de måste avveckla sin verksamhet. IVO anser att det är väntat att endast en liten andel av de som söker tillstånd får avslag på sin ansökan. Det beror på att ansökningarna framför allt gäller pågående verksamheter, där utföraren har erfarenhet och har prövats i samband med att de har ingått avtal med en kommun. Vi bedömer att andelen avslag därför kan öka under kommande år, då ansökan om hemtjänst kommer att komma från aktörer som inte tidigare har bedrivit sådan verksamhet.

Av de 31 ansökningar som har avslagits och där verksamheten redan bedrivits har nio avslagits med anledning av att ägare och ledning har brutit mot det avtal som de har ingått med kommunen. I övrigt har IVO avslagit ansökningar som gäller både pågående verksamheter och verksamheter som inte hade startats innan tillståndsplikten infördes med motiveringen att ägare och ledning inte har tillräcklig insikt om de lagar och andra regler som gäller för verksamheten, att de inte är lämpliga i övrigt eller att de på olika sätt misskött sig ekonomiskt.

5.3.2 Antalet utförare minskar

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) visar att antalet hemtjänstaktörer som bedriver verksamhet med hemtjänst grundat på avtal med stöd av lagen (2008:962) om valfritetssystem (LOV) har minskat sedan 2016 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019h). 2016 fanns cirka 600 olika utförare inom hemtjänsten. 2018 hade det minskat till 516 unika utförare inom hemtjänst. Under 2019 hade antalet utförare minskat ytterligare till 430 unika utförare (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019h). SKR:s rapport tar inte upp de utförare som har avtal med kommuner enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), vilket medför att kan finnas fler privata utförare.

SKR:s och IVO:s statistik visar att 70 utförare som tidigare hade avtal genom LOV valde att inte ansöka om tillstånd i samband med att tillståndsplikten infördes. Statistiken visar också att antalet utförare hade minskat redan innan tillståndsplikten infördes och att de flesta aktörer som var verksamma före 2019 har valt att söka tillstånd för att få fortsätta bedriva sin verksamhet.

Sammantaget visar IVO:s och SKR:s statistik att antalet utförare inom hemtjänsten minskar. IVO bedömer att införandet av tillståndsplikten inte har haft någon omfattande påverkan på antalet utförare.

Även nya aktörer verkar ha tillkommit. 230 ansökningar om tillstånd har kommit in till IVO där det inte framgår att verksamheten var i drift innan de ansökte om tillstånd.

5.4 IVO har fått ett fåtal ansökningar om tillstånd för biståndsbedömt trygghetsboende efter tillståndsplikten för privata aktörer 2019

I april 2019 trädde en ny bestämmelse om trygghetsboende i kraft i socialtjänstlagen (2001:453). Under året har även tillståndsplikt för att bedriva biståndsbedömt trygghetsboende införts. Biståndsbedömda trygghetsboenden är avsedda för äldre personer som har ett vårdnadsbehov som understiger heldygnsvård, men som inte längre upplever det som tryggt att bo kvar i det egna hemmet. Ett ytterligare syfte med dessa boenden är att bryta den isolering som många av de äldre som bor kvar hemma lider av.

Skillnaden mellan ordinärt boende och biståndsbedömt trygghetsboende är att den äldre får möjlighet att komma till ett boende som exempelvis kan erbjuda gemensamma måltider, kulturella aktiviteter och umgänge.

Tillståndsplikten infördes under början av 2019 för att öka förekomsten av denna boendeform. Under 2019 har endast åtta ansökningar om att bedriva sådan verksamhet kommit in till IVO.

5.5 En hög andel av lex Maria-anmälningarna i hemsjukvården handlar om brister i läkemedelshanteringen

Brister i läkemedelshanteringen förekommer i 41 procent av de 81 lex Maria-anmälningar som vi har analyserat 2019 och som gäller hemsjukvården. I äldreomsorgens lex Maria-anmälningar förekommer brister i läkemedelshandling i 27 procent av anmälningarna.

Det är vanligt att bristerna gäller delegeringar som inte har utförts på rätt sätt, framför allt i anmälningarna enligt bestämmelserna om lex Maria.

Det handlar bland annat om att legitimerad personal delegerar att hantera läkemedel, trots att personalen som ska utföra arbetsuppgifterna inte har tillräcklig erfarenhet och kunskap eller språklig kompetens för att kunna utföra dem. Personal med delegering är inblandad i flera av de lex Maria-anmälningar som rör vårdskador på grund av felaktig hantering av läkemedel.

Vidare ser vi att legitimerad personal inte alltid följer upp att personalen utför hanteringen av läkemedel på ett sätt som uppfyller kraven på en god och säker vård. Det finns flera orsaker till att legitimerad personal delegerar att hantera läkemedel på ett felaktigt sätt. Vårdgivaren kan exempelvis inte ha säkerställt att personalen har tillräckliga kunskaper om hur en delegering ska gå till och vårdgivaren kan sakna lokala rutiner för delegering. Men vi ser också att vårdgivaren (och därmed den legitimerade personalen) använder delegering av läkemedel för att få vardagen att fungera. Den kommunala verksamheten är sällan utformad för att fungera utan delegering av läkemedel.

Incentamenten kan öka för vårdgivarna att använda delegering som ett medel för att få vardagen att fungera i en situation där det är brist på sjuksköterskor inom äldreomsorgen. Arbetsförmedlingen visar att det finns brist på sjuksköterskor (Arbetsförmedlingen, 2018).

DELEGERING

Läkare, tandläkare och sjuksköterskor får delegera iordningställande och administrering eller överlämnande av läkemedel inom hälso- och sjukvården (med undantag för ambulanssjukvården). Det får endast ske när det är förenligt med en god och säker vård av patienten. Den som delegerar en arbetsuppgift till någon annan ansvarar för att han eller hon har förutsättningar att fullgöra uppgiften. Den som genom delegering får i uppgift att iordningställa och administrera eller överlämna läkemedel ska ha dokumenterade kunskaper om hantering av läkemedel och de risker som är förenade med hanteringen.

5.6 Äldre personer riskerar olyckor och allvarliga skador när personal använder hjälpmedel fel eller förflyttar äldre på ett osäkert sätt

Många äldre behöver hjälpmedel för att deras vardag ska fungera. En nationell enkätundersökning visar att 85 procent av äldre med hemtjänst eller särskilt boende som svarade på enkäten säger att de har fått hjälpmedel förskrivna av kommunen eller regionen (Socialstyrelsen, 2018b). Det kan till exempel handla om rullatorer, rullstolar, tryck-avlastande madrasser, personlyftar och duschstolar. Det är vanligt att äldre personer har flera olika typer av hjälpmedel. Många behöver även hjälp vid förflyttning, som när de ska gå på toaletten eller sätta sig i rullstolen. De kan även behöva hjälp med att vända sig då de ligger till sängs.

5.6.1 Personalen brister i hanteringen av hjälpmedel och förflyttningstekniker

Äldres behov är många och varierande, vilket innebär att personalen måste kunna hantera flera olika hjälpmedel och förflyttningstekniker. Annars riskerar de att inte kunna ge rätt hjälp och stöd. I vår analys gäller 19 av 320 lex Sarah-anmälningar (6 procent) och 27 av 172 lex Maria-anmälningar (16 procent) hjälpmedel.

Vår analys visar att det förekommer att personal i äldreomsorgen saknar både kunskap och kompetens. Vi ser detta i vår egeninitierade tillsyn, i lex Maria-anmälningar och lex Sarah-anmälningar samt i de klagomål som personer skickar till oss. Om personalen på grund av bristande kunskap och kompetens inte kan hantera flera olika hjälpmedel och förflyttningstekniker riskerar de att utsätta den äldre för vårdskador, olyckor och obehag. I våra ärenden framträder flera olika förklaringar till varför personalen hanterar hjälpmedel och förflyttningsteknik på fel sätt:

- Personalen kan sakna kunskap om hur man förflyttar personer på ett säkert sett, eller om hur hjälpmedlen ska användas. Det kan i sin tur bero på att personalen saknar grundutbildning, att introduktionsutbildningen från arbetsgivaren inte har varit tillräcklig, eller att instruktionen från legitimerad personal har varit bristfällig.
- Bemanningen kan vara för låg, så att personalen gör lyft och vändningar på egen hand där det egentligen krävs dubbelbemanning.
- Vårdplaner och genomförandeplaner kan innehålla bristfälliga beskrivningar av exempelvis den äldres förmåga att göra saker själv, vilka behov av hjälp som hen har, hur hjälpen ska utföras och med hjälp av vilka hjälpmedel.
- Det kan saknas skriftliga beskrivningar av hur hjälpmedlen fungerar och hur de ska användas.
- Det kan saknas rutiner och arbetssätt för kontroll av utrustningen och dess funktionalitet.

Även professionen pekar på att hanteringen av hjälpmedel behöver förbättras. I fackförbundet Kommunals medlemsundersökning svarade var femte medlem i äldreomsorgen att de inte har fått tillräckligt utbildning för att använda hjälpmedlen (Kommunal, 2019, s. 36).

5.7 En fjärdedel av lex Sarah-anmälningarna handlar om olika former av övergrepp

Många lex Sarah-anmälningar som kommer till IVO handlar om olika typer av övergrepp. År 2019 handlade 24 procent av anmälningarna om olika former av övergrepp, där ekonomiska och fysiska övergrepp är vanligast.

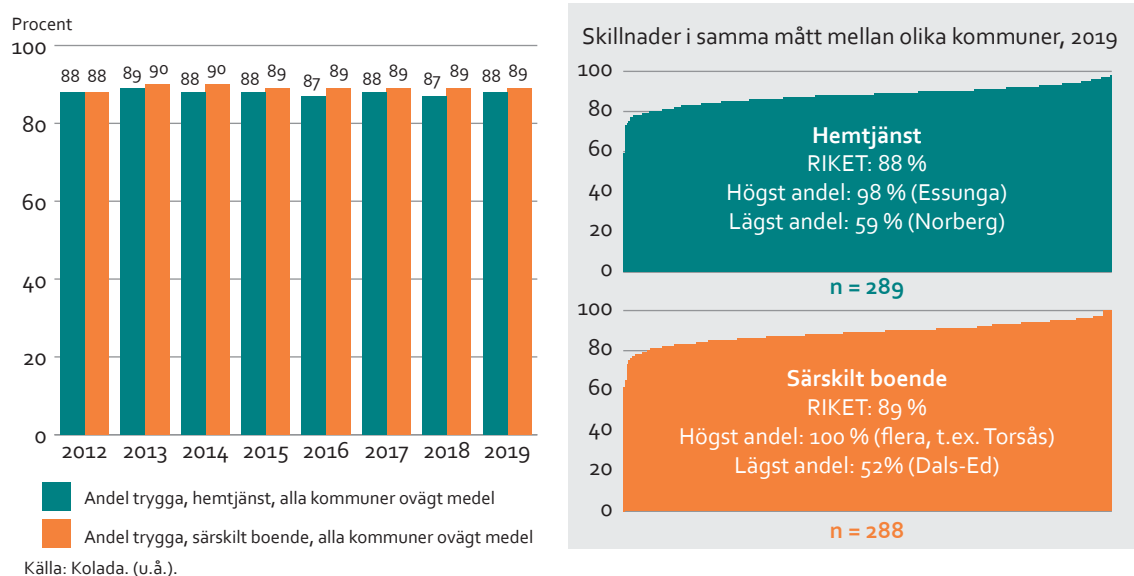
Vi ser olika exempel på övergrepp och kränkningar som äldre personer utsätts för av personal som hjälper dem i deras hem (både i ordinärt och särskilt boende). Det gäller allt från slag och knuffar, svordomar och utskällning, tidig läggning och tvång vid läkemedelsintag och duschning till nekade toalettbesök, låsta dörrar och stölder.

Övergrepp och kränkningar kan resultera i fysiska skador som blåmärken och smärta, och psykiska men som oro, ångest rädsla och förvirring. Men det kan också leda till förlust av ekonomiska tillgångar, läkemedel och värdesaker.

5.7.1 En av tio äldre med hemtjänst eller i särskilt boende känner sig inte trygg i sitt hem

Var tionde äldre person med hemtjänst eller i särskilt boende känner sig inte trygg i sitt hem. Under 2012 och 2013 gjordes även en särskild insamling av data över andelen äldre på särskilt boende som har upplevt sig bli kränkta. En femtedel av de tillfrågade hade i den undersökningen upplevt en kränkning under det senaste året. I vissa kommuner var andelen så hög som 40 procent (Kolada, u.å. d).

Figur 6. Andel personer (brukare) inom hemtjänst och på särskilt boende som känner sig trygga (procent)



Att äldre är särskilt sårbara för stöld i hemmet konstaterar även Brottsförebyggandet rådet i en studie om utsatthet för brott och otrygghet bland äldre. År 2016 polisanmäldes det 13 459 stölden i hemmet som hade skett utan inbrott. I 43 procent av dessa anmälningar var brottsoffret 65 år eller äldre. Brottsplatsen är antingen den äldres bostad eller ett äldreboende. Ofta misstänks hemtjänstpersonal eller personal på äldreboendet (Brottsförebyggandet rådet, 2018).

5.7.2 Svårt att upptäcka övergrepp i hemmet

Personalen är många gånger ensam hemma hos den äldre, vilket innebär att övergrepp och kränkningar kan inträffa utan att någon uppmärksammar det. Många äldre kan inte själva förmedla att de har utsatts för kränkande handlingar. De kan också känna sig rädda för att få sämre vård och omsorg om de säger att de har blivit utsatta av personalen.

5.7.3 Huvudmännens åtgärder

Vår analys visar att huvudmännen ofta genomför flera olika åtgärder för att komma tillrätta med orsakerna till det inträffade när de får kännedom om övergrepp och kränkningar. En omedelbar åtgärd kan vara att de stänger av eller omplacerar personal. Vi ser även att de för samtal om förhållningssätt och värdegrund i verksamheten eller utbildar personalen i bemötande, lex Sarah eller olika sjukdomstillstånd (som demens). De ser även över det systematiska kvalitetsarbetet.

5.8 Antalet ej verkställda beslut som rör äldre personer har ökat

IVO kan konstatera att antalet äldre som får vänta på insatser ökade i antal under 2019. Under januari till och med september 2019 har kommunerna rapporterat 4 458 ej verkställda beslut till IVO. Antalet har ökat med 24 procent jämfört med motsvarande period år 2018, vilket bryter den minskande trend som vi har sett under de senaste åren.

Den insats som de flesta äldre personer fick vänta på under 2019 var särskilt boende (permanent bostad), liksom under tidigare år. I drygt 40 procent av dessa ärenden var det personen själv som bidrog till den långa väntetiden genom att avböja den erbjudna platsen. Detta kan exempelvis bero på att personen inte vill bo på det boende där det finns en ledig plats, eller att hen inte anser sig behöva en bostad vid det aktuella tillfället. I drygt 50 procent av ärendena anger kommunen resursbrist (att tillgången inte matchar efterfrågan på platser) som anledning till varför den äldre får vänta länge på sin bostad. Det är en ökning med 46 procent jämfört med 2018.

Tabell 9. Antal ej verkställda beslut enligt socialtjänstlagen om äldreomsorg som har rapporterats till IVO. Uppdelat på typ av insats. 2016–2019*

Typ av insats	2016	2017	2018	2019
Permanent bostad	3 466	3 406	3 192	4 082
Dagverksamhet	112	171	137	146
Korttidsboende	77	85	94	50
Annat bistånd	69	56	63	80
Hemtjänst	20	51	56	39
Övriga insatser	48	58	52	61
Total	3 792	3 827	3 594	4 458

*Inrapporterats januari till och med september 2016–2019

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Om IVO bedömer att en enskild person har fått vänta oskäligt länge på en beslutad insats kan vi ansöka om att en förvaltningsdomstol dömer att huvudmannen ska betala en särskild avgift. Därefter fakturerar vi kommunen avgiften, en avgift som tillfaller staten. Under 2019 ansökte vi om särskild avgift i 19 ärenden inom äldreomsorgen, vilket är fler än de elva ansökningarna vi gjorde 2018 under motsvarande period. Ansökningarna om särskild avgift under 2019 gäller främst insatserna permanent bostad och dagverksamhet.



6 Funktionsnedsättning

En av förutsättningarna för att personer med funktionsnedsättning ska kunna leva ett jämlikt och delaktigt liv är att de får sina beviljade insatser inom rimlig tid. IVO ser att många personer får vänta länge på att få sina insatser verkställda. Vi ser också att alla barn, ungdomar och vuxna inte är trygga i sina boenden. Vi kan konstatera att allt fler boenden för barn och ungdomar arbetar aktivt med så kallad alternativ och kompletterande kommunikation, vilket ger barn och ungdomar bättre möjligheter att kommunicera utifrån individuella behov.

6.1 Iakttagelser för 2019

- **Barn och unga får bättre möjligheter att själv beskriva sina behov när boenden arbetar med alternativ och kompletterande kommunikation.**
Alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) kan vara viktigt för att personer med funktionsnedsättning själva ska kunna uttrycka sin åsikt och komma till tals. IVO har undersökt hur AKK används på boenden för barn och ungdomar. Cirka 90 procent av verksamheterna, hade 2019 kompetent personal inom AKK, eller hade genomfört utbildningsinsatser inom området. Det är alltså 10 procent av boendena som inte har den kunskap om AKK som verksamheten behöver, eller som inte använder AKK fullt ut, trots att barnen och ungdomarna behöver det.
- **Antalet ej verkställda beslut om daglig verksamhet har ökat mest.**
Vi ser att personer med funktionsnedsättning får vänta länge på insatser både enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och socialtjänstlagen (2001:453) (SoL). Antal ej verkställda beslut om daglig verksamhet har ökat mest, med 30 procent jämfört med motsvarande period 2018 och med knappt 90 procent sedan 2016 (uppgifter för januari till och med september). Det finns också problem med att få plats på ett boende. År 2019 var medianväntetiden på bostad med särskild service för barn och ungdomar 14 månader. I 60 procent av ärendena under 2019 som rör insatser enligt LSS anger kommunerna att anledningen till att personer med funktionsnedsättning får vänta länge på sin bostad är att tillgången inte möter efterfrågan på bostäder.
- **Alla barn, ungdomar och vuxna är inte trygga i sina boenden.**
Vi ser att alla barn och ungdomar och vuxna inte är trygga i sina boenden. Anmälningarna om missförhållanden i form av tvångs- och begränsningsåtgärder har ökat under de senaste åren. Under 2019 har IVO fattat beslut i 360 lex Sarah-anmälningar som gäller insatser enligt LSS och SoL till personer med funktionsnedsättningar. Knappt en tredjedel av alla anmälningar gällde olika typer av övergrepp. När brukare blir utsatta för övergrepp eller tvångs- och begränsningsåtgärder av personalen handlar det ofta om att personalen inte har rätt kompetens när det gäller pedagogiska metoder eller inom alternativ och kompletterande kommunikation.
- **Antalet personer som ordnar sin egen assistans har minskat, liksom antalet ansökningar om att bedriva verksamhet för personer med funktionsnedsättning.**
Antalet ansökningar om att bedriva bostad med särskild service för barn eller ungdomar har minskat från 15 under 2018 till 10 under 2019. Antalet ansökningar om att bedriva bostad med särskild service för vuxna har minskat från 221 inkomna ansökningar under 2018 till 125 inkomna ansökningar under 2019. Även antalet anmälningar om att själv få anordna sin egen assistans har minskat under 2019 jämfört med tidigare år.
- **Andelen beslut om att avslå en ansökan om tillstånd har minskat, men är fortfarande hög för insatsen personlig assistans.**
Trots nya regler för att få tillstånd har den totala andelen avslag inte ökat i våra beslut under 2019, utan tvärtom minskat från 36 procent 2017 till 16 procent 2019. Men andelen avslag är fortfarande hög. Andelen avslag på ansökningar om att bedriva personlig assistans var 2017 hela 74 procent. År 2019 avslag IVO 46 procent av ansökningarna.

6.2 Bakgrund

6.2.1 IVO:s tillsyn och tillståndsprovning

IVO granskar varje år samtliga barn- och ungdomsboenden enligt LSS och vi tar emot anmälningar enligt bestämmelserna om lex Sarah. Vi granskar också att privata aktörer som har tillstånd för att bedriva verksamhet fortlöpande uppfyller lagstiftningens krav på insikt, lämplighet i övrigt och ekonomiska förutsättningar. Vi inleder även tillsyn när vi får indikationer på risker och brister.

Vi prövar också ansökningar om att bedriva verksamhet inom området som kräver tillstånd. Till exempel behöver privata aktörer tillstånd för att bedriva bostad med särskild service för barn eller ungdomar, daglig verksamhet och biträde av kontaktperson. Kommuner och regioner ska i stället anmäla verksamheten till IVO innan den startas.

IVO har en pågående nationell tillsyn av hur samordning av vården och omsorgen fungerar för barn med psykisk ohälsa. Vi har hittills genomfört samtal med 29 familjer och lika många dialogmöten, där totalt 108 olika verksamheter har deltagit. De första resultaten redovisas i kapitlet om psykiatrisk specialsjukvård.

IVO har under 2019 utrett och fattat beslut i närmare 1 551 anmälningar från enskilda gällande insatser för personer med funktionsnedsättning. Antalet anmälningar som vi har tagit ställning till har ökat med knappt 25 procent jämfört med året innan och med 86 procent jämfört med 2016. De flesta anmälningarna gäller missnöje med omsorg och omvårdnad (31 procent), rättssäkerhet (15 procent) och bemötande (15 procent). Vi får också in många anmälningar som rör brister i planeringen av vård och omsorg samt verkställighet av olika insatser. När det gäller anmälningar som gäller insatser enligt LSS är de i första hand riktade mot verksamhetstyperna bostad med särskild service för vuxna (41 procent) och personlig assistans (26 procent). Anmälningar om insatser enligt SoL gäller huvudsakligen hemtjänst/boendestöd och myndighetsutövning.

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst. Under 2019 har vi tagit emot 2 216 synpunkter och frågor som gäller verksamhet för personer med funktionsnedsättning. Det är en ökning med 30 procent jämfört med 2018. Bostäder med särskild service inom LSS är det område som flest frågor och synpunkter rör (drygt 30 procent av kontakterna 2019).⁸

Inom området har IVO också tagit beslut i 360 lex Sarah-anmälningar som gäller insatser enligt LSS och SoL. Ofta handlar de om brister i att utföra av insatserna, till exempel att en beviljad insats har blivit felaktigt utförd (29 procent) eller inte utförd alls (14 procent). Vi har också fattat beslut i 33 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria som gäller vårdinsatser för personer med funktionsnedsättning. Drygt femtio procent av dessa handlar om brister i läkemedelshanteringen.

IVO gör årliga författningsreglerade tillsyner av alla bostäder med särskilt stöd och service för barn eller ungdomar enligt LSS. Drygt 80 procent av dessa tillsyner avslutades utan kritik 2019. I en tiondel av besluten konstaterar vi brister kopplat till riktlinjer eller rutiner.

⁸ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

Tabell 10. Genomförd tillsyn av funktionsnedsättning 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och ärendeslag (avslutade ärenden).

LSS	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	37	40	35	25
Lex Sarah	308	364	336	314
Författningsreglerad tillsyn	199	221	194	160
Anmälan till IVO	659	780	1 010	1 224
Egeninitierad tillsyn	291	410	390	334

SoL	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	13	8	6	8
Lex Sarah	46	45	40	46
Anmälan till IVO	175	206	233	327
Egeninitierad tillsyn	32	28	39	39

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är funktionsnedsättning.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

6.2.2 Lämplighetsprövningar

IVO har genomfört 180 lämplighetsprövningar av verksamheter som sedan tidigare har tillstånd. Tillsynen har omfattat 143 assistansbolag, tre barnboenden, en gruppboende, två utförare av daglig verksamhet, 26 bolag som bedriver HVB, två konsulentstödsverksamheter samt tre ärenden gällande bolag som bedriver öppenvård.

6.2.3 Förelägganden och återkallade tillstånd

Vi har fattat två beslut om föreläggande mot bolag som bedriver boenden för funktionsnedsatta enligt SoL. Den ena föreläggandet grundade sig i missförhållanden på boendet, till exempel att hälso- och sjukvården inte var patientsäker, att verksamheten använde otillåtna begränsningsåtgärder och inte följde sitt tillstånd. Det andra föreläggandet grundade sig på missförhållanden som att det saknades ledningssystem, att det fanns brister i det systematiska kvalitetsarbetet och i delegeringen.

IVO har under 2019 återkallat tillståndet för fyra bolag som bedriver personlig assistans. Tillstånden återkallades efter att IVO prövat verksamheternas lämplighet. Besluten grundas i två av fallen på att bolagen har försatts i konkurs. I de andra två fallen beror återkallelsen på att företrädaren för bolagen har skatteskulder samt har dömts för förmögenhetsbrott.

6.2.4 Tillståndsprövningen

Under 2019 har flera nya verksamheter enligt LSS blivit tillståndspliktiga. Det gäller verksamhet med ledsagarservice, biträde av kontaktperson och avlösarservice i hemmet. De som redan bedrev sådan verksamhet före årsskiftet behövde ansöka om tillstånd senast den 1 mars 2019 för att få fortsätta bedriva sin verksamhet. Under 2019 har IVO fått 117 ansökningar om att bedriva verksamhet med ledsagarservice, 93 ansökningar om avlösarservice i hemmet och 6 ansökningar om biträde av kontaktperson.

6.2.5 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Iakttagelserna som bygger på ej verkställda beslut har rapporterats in januari till september 2019 och tillståndsprövningen är baserad på helårsstatistik. Uppgifterna från upplysningstjänsten gäller hela året. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 256 lex Sarah-anmälningar och 167 egeninitierade tillsyner och 118 författningsreglerade tillsyner av bostäder med särskild service för barn och ungdomar. Samtliga har avslutats under perioden den 1 januari till och med den 3 oktober 2019. Vi har även gått igenom externa uppgifter, till exempel om personalens kompetens vid boenden för barn och ungdomar, Boverkets bostadsmarknadsenkät och uppgifter om hot eller våld på särskilda boenden.

6.2.6 Målet är att ha jämlikhet i levnadsvillkor och full delaktighet i samhället

Sveriges mål för funktionshinderpolitiken är att personer med funktionsnedsättningar ska ha jämlika levnadsvillkor och vara fullt delaktiga i samhället. Politiken ska även bidra till ökad jämställdhet och till att större hänsyn tas till barns rättigheter.

Socialtjänsten beslutar om insatserna och ska se till att de verkställs. Exempel på insatser som kan vara aktuella för personer med funktionsnedsättning är biträde av personlig assistent (här beslutar Försäkringskassan när det rör sig om fler än 20 timmar assistans per vecka), boende i bostad med särskild service, daglig verksamhet och ledsagarservice. Personer med funktionsnedsättning har rätt till insatser enligt LSS om de behöver sådan hjälp i sin livsföring och om deras behov inte tillgodoses på något sätt.

6.3 Barn och unga beskriver behov med alternativ kommunikation

För att säkra barn och ungdomars rättigheter samt de rättigheter för personer med funktionsnedsättning som finns i FN:s konventioner så måste det vara möjligt för alla att säga sin åsikt, komma till tals i sin vardag och på så vis bli delaktiga. En fungerande kommunikation är en förutsättning för detta. En fungerande kommunikation är också avgörande för allas rätt att kunna bestämma över sina egna liv och att vara delaktiga i samhället. Därför är det nödvändigt att personal på boenden för personer med funktionsnedsättning har rätt kompetens när det gäller alternativ och kompletterande kommunikation (AKK).

Vi ser att när tvångs- eller begränsningsåtgärder förekommer på boenden handlar det ofta om brister i personalens kompetens om pedagogiska metoder eller kommunikation.

6.3.1 Alternativ och kompletterande kommunikation utgår från individens förutsättningar

AKK handlar om att utveckla kommunikationen utifrån varje persons individuella förutsättningar. Det är därför en metod som kan användas på särskilda boenden för barn, ungdomar och vuxna.

Vissa personer behöver använda AKK för att kunna uttrycka sig, andra behöver det mer som ett stöd till deras talade språk och en tredje grupp behöver det både för att förstå och för att uttrycka sig. Det kan också vara en bra kommunikationsmetod när ett barn eller en ungdom talar ett annat språk och inte kan göra sig förstådd. Metoden kan i många fall vara en förutsättning för att personerna ska kunna vara delaktiga och själva bestämma över sina insatser (Inspektionen för vård och omsorg, 2019g).

6.3.2 Personalens kompetens i alternativ och kompletterande kommunikation har ökat

Vid 2018 års författningsreglerade tillsyn av boenden för barn och ungdomar med funktionsnedsättning granskade IVO hur samtliga barn- och ungdomsboenden använder AKK. Vi fann att det i 20 procent av fallen fanns brister i personalens kompetens om AKK och att det i 15 procent av fallen fanns brister när det gällde barn och ungdomars delaktighet.

I 2019 års författningsreglerade tillsyn ser vi att det är färre barn- och ungdomsboenden som brister i sin kompetens om AKK än 2018. Vi ser också att boenden arbetar vidare med metoden på en något högre nivå. De allra flesta, cirka 90 procent av verksamheterna, har personal med god kompetens om AKK, eller har under 2019 genomfört utbildningsinsatser inom området. Boendena har även samarbeten med barnens och ungdomarnas nätverk för att tillgodose deras behov och för att utveckla AKK.

Samtidigt har alltså fortfarande verksamheten vid drygt 10 procent av barn- och ungdomsboendena inte den kunskap om AKK som verksamheten behöver, eller så använder de inte AKK fullt ut, trots att barnen och ungdomarna behöver det. De verksamheter där det finns större brister när det gäller personalens kunskap om AKK eller hur de använder AKK har i många fall även andra omfattande brister när det gäller bemanning, generell kompetens, bemötande, tvångs- och begränsningsmetoder, genomförandeplaner eller dokumentation.

Sveriges Kommuner och Regioners (SKR) undersökningar bekräftar att inte alla boenden har personal med kompetens om AKK. SKR:s undersökningar visar att bara 44 procent av Sveriges bostäder med särskild service för vuxna under 2019 har erbjudit personalen kompetensutveckling som gäller AKK (Kolada, u.å. h). Tre fjärdedelar av de undersökta kommunerna har minst ett boende som erbjuder personalen kompetensutveckling som gäller AKK. Var fjärde kommun har ingen enhet som erbjuder kompetensutveckling (Kolada, u.å. h). Motsvarande siffror för barn- och ungdomsboenden saknas, men resultaten i den årliga tillsynen av dessa boenden pekar på att situationen är bättre på boenden för barn och ungdomar.

6.4 Antalet ej verkställda beslut om daglig verksamhet har ökat mest

Vi har under flera år sett att många personer får vänta länge på att kommunerna ska verkställa deras insatser. Brukare och närstående kontaktar kontinuerligt IVO för att berätta om att de får vänta länge på att kommunerna ska verkställa deras insatser.

Kommunerna är skyldiga att rapportera till IVO om en beviljad insats inte har verkställts inom tre månader. Detta gäller insatser enligt SoL och LSS. Kommunerna ska även rapportera om de har avbrutit en insats och inte verkställt den på nytt inom tre månader.

Det är långa väntetider för flera insatser enligt LSS och SoL. Vi ser att de personer som har väntat minst tre månader på sin insats ofta får vänta länge. Av de ej verkställda beslut som har rapporterats in under 2019 (januari till och med september) hade 29 procent av LSS-ärenden, och 18 procent av SoL-ärenden, väntetider på över ett år.

De flesta beslut som inte verkställs inom tre månader inom LSS rör insatserna kontaktperson (30 procent), bostad för vuxna (30 procent) och daglig verksamhet (18 procent). I nästan 20 procent av ärendena tackar brukaren nej till beviljad plats i bostad med särskild service (bostad för vuxna).

Antalet personer som får vänta på daglig verksamhet har ökat med 30 procent jämfört med motsvarande period 2018 och nästan dubblats (ökat med knappt 90 procent) sedan 2016. Det kan delvis bero på att verksamheten inte fullt ut kan möta de behov som många unga vuxna har. Tidigare tillsyn har exempelvis visat att den traditionella dagliga verksamheten inte motsvarar de behov och önskemål som unga vuxna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har. De vill ofta ha en annan form eller ett annat innehåll i den dagliga verksamheten än vad personer med en intellektuell funktionsnedsättning önskar.

Tabell 11. Antal ej verkställda beslut som har rapporterats till IVO, per typ av insats enligt LSS, 2016–2019*

LSS	2016	2017	2018	2019
Bostad för vuxna	888	865	947	888
Kontaktperson	726	889	815	898
Daglig verksamhet	289	421	408	539
Korttidsvistelse	273	291	288	275
Ledsagarservice	140	229	208	169
Övriga Insatser	179	276	350	242
Totalt	2 495	2 971	3 016	3 011

*Inrapporterade januari till och med september 2019.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Många personer som får insatser enligt SoL behöver också vänta på sina insatser. Det är vanligast att personer behöver vänta på kontaktperson (33 procent) och permanent bostad (21 procent).

Tabell 12: Antal inrapporterade ej verkställda beslut per typ av insats enligt SoL, 2016-2019*

SoL	2016	2017	2018	2019
Kontaktperson	186	260	297	260
Permanent bostad	116	132	137	165
Boendestöd	134	81	83	135
Dagverksamhet	50	91	74	91
Annat bistånd	19	25	40	44
Övriga insatser	64	72	112	102
Totalt	569	661	743	797

*Inrapporterade januari till och med september 2019.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

6.4.1 Medianväntetiden har ökat för barn och unga som väntar på boende

Medianväntetiden i Sverige för de som väntat mer än tre månader på att få en bostad för vuxna enligt LSS har varit relativt konstant 2016–2018 för att ligga högre år 2019. Medianväntetiden för boende barn och ungdomar har ökat från 8 månader år 2016 till 14 månader i 2019.

Tabell 13. Medianväntetid i månader för ej verkställda beslut om särskilt boende för barn och vuxna 2014–2019

	2016	2017	2018	2019
Boende barn och unga	8	9	9	14
Boende för vuxna	11	11	12	12

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

6.4.2 Kommunerna har ett underskott av bostäder med särskild service

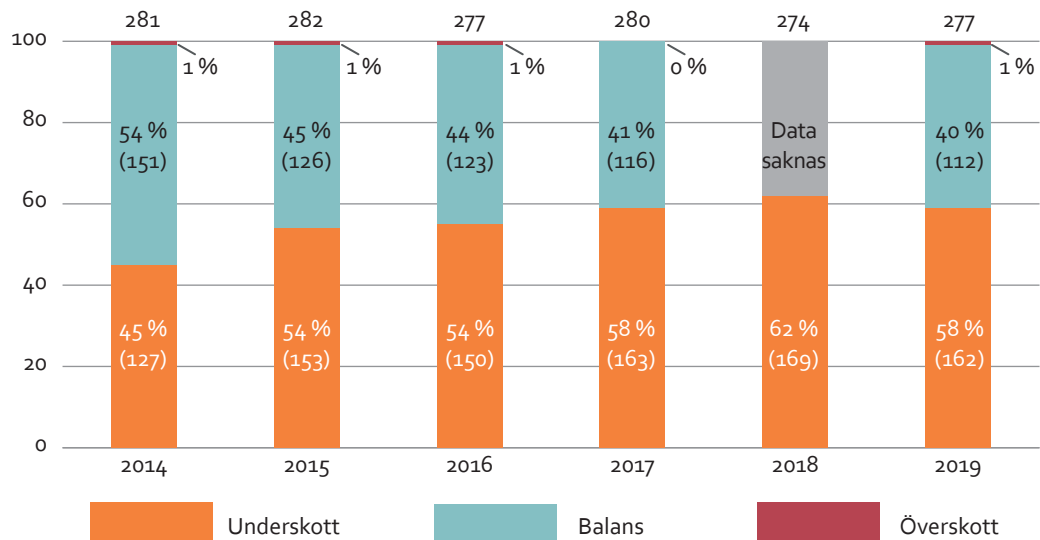
En anledning till de långa väntetiderna på bostäder är att många kommuner under många år haft för få bostäder med särskild service.

I 60 procent av ärenden under 2019 som rör insatser enligt LSS anger kommunerna att anledningen till varför personer med funktionsnedsättning får vänta länge på sin bostad är att tillgången inte möter efterfrågan på bostäder. Motsvarande uppgifter för insatser enligt SoL är nästan 70 procent av ärendena.

I Boverkets bostadsmarknadsenkät 2019 svarade 162 kommuner att de har för få bostäder med särskild service. Det är visserligen en minskning med sju kommuner sedan 2018, men siffrorna har i stort sett legat på samma nivå sedan 2015 (Boverket, 2019).

Underskottet på boenden är störst i Storstockholm och i högskolekommunerna och minst i kommuner med färre än 25 000 invånare. Drygt 40 procent av de mindre kommunerna som underskott på bostäder (Boverket, 2019).

Figur 7. Andel kommuner som rapporterar underskott, balans och överskott på bostäder 2014–2019



Källa: Boverket, 2019

Gruppboendestäder är den boendeform som flest kommuner säger att de saknar (Boverket, 2019). Det är en boendeform som riktar sig till personer som behöver tillsyn och omvårdnad. För dem är det nödvändigt att det hela tiden finns personal närvarande. Det enda alternativet för de flesta av dessa personer är att bo (kvar) hos föräldrarna eller på ett korttidsboende. Brist på dessa bostäder kan därför inskränka deras rätt till ett självständigt liv på jämlika villkor.

6.4.3 IVO kan ansöka om utdömmande av särskild avgift

Om IVO bedömer att en enskild person har fått vänta oskäligt länge på en beslutad insats kan vi ansöka om utdömmande av särskild avgift i förvaltningsdomstol. När vi sedan får en lagakraftvunnen dom fakturerar vi kommunen avgiften, en avgift som tillfaller staten.

Inom LSS ansökte vi om särskild avgift för totalt 100 ärenden från januari till och med september 2019 – främst för insatserna bostad för vuxna och kontaktperson. Det är en halvering jämfört med föregående år. Inom SoL ansökte vi om särskild avgift för totalt 19 ärenden från januari till och med september 2019 – främst för insatsen kontaktperson.

6.5 Alla barn, ungdomar och vuxna är inte trygga i sina boenden

Alla har rätt att förvänta sig en trygg och säker omsorg i sitt boende. Vi ser att inte alla barn, ungdomar och vuxna på boenden med särskild service är trygga och säkra i sina boenden. Övergrepp, tvångs- och begränsningsåtgärder och att de inte får vara med och bestämma i den utsträckning de har rätt till är några exempel på vad vissa personer har mött i sin vardag. Detta är något som vi har sett även tidigare år (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a). Alla erbjuds inte heller jämlika levnadsvillkor eller möjlighet att leva som alla andra och vara fullt delaktiga i samhällslivet.

6.5.1 Flera olika exempel på övergrepp, kränkningar och begränsningsåtgärder

Ett av IVO:s prioriterade riskområden under 2018–2020 är att personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg. I början av 2019 slutförde IVO en förstudie inom området. Under 2019–2020 genomför vi en nationell tillsyn inom området. Tillsynen är i skrivande stund inte klar. I förstudien konstaterar IVO att det förekommer tvångs- och begränsningsåtgärder på boenden som hindrar personer från att leva vad som kan betraktas som ett normalt liv (Inspektionen för vård och omsorg, 2019g).

När vi inom ramen för ett regeringsuppdrag analyserade tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården 2017 och 2018 såg vi att det har förekommit våld, kränkningar och begränsningsåtgärder på boenden med särskild service för barn och ungdomar. Under 2018 såg vi i analysen av anmälningar enligt bestämmelserna om lex Sarah och vid tillsynen 35 uppgifter om våld och kränkningar på dessa boenden (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b).

Under 2019 har IVO fattat beslut i 360 lex Sarah-anmälningar som gäller insatser enligt LSS och SoL. Knappt en tredjedel av alla anmälningar gällde olika typer av övergrepp.

Av de lex Sarah-anmälningar som vi har gjort en fördjupad granskning av, rör 29 anmälningar särskilda boenden för barn och ungdomar. Alla anmälningar förutom fyra handlar om missförhållanden som påverkar de boendes trygghet och säkerhet. Knappt hälften av anmälningarna handlar om övergrepp som fysiskt, psykiskt våld och kränkningar. En tredjedel rör tvångs- och begränsningsåtgärder. I flera av anmälningarna rör det sig om flera brister i samma anmälan.

Vår tillsyn kan inte ge svar på hur många fall av övergrepp, kränkningar och otillåtna begränsningsåtgärder som sker i Sveriges boenden för personer med funktionsnedsättning. Det är till exempel inte säkert att huvudmännen rapporterar alla sådana händelser till IVO som ett allvarligt missförhållande eller risk för ett allvarligt missförhållande. Vi har inte heller underlag som kan ge ett definitivt svar på om övergrepp, kränkningar och otillåtna begränsningsåtgärder är mer eller mindre vanliga för olika målgrupper eller insatser.

6.5.2 Boenden för barn och unga kontrollerar inte alltid Polisens belastningsregister innan de anställer ny personal

I 2019 års författningsreglerade tillsyn av boenden för barn och ungdomar med funktionsnedsättning såg vi att ett 20-tal barn- och ungdomsboenden inte kontrollerar Polismyndighetens belastningsregister innan de anställer personal. Att inte kontrollera registret ökar risken för att de anställer personer som inte är lämpliga att arbeta med barn och ungdomar.

6.5.3 Det förekommer hot eller våld mot brukare på 40 procent av landets boendeplatser

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) visar att det under 2018 har förekommit hot eller våld på knappt 40 procent av landets boendeplatser (Kolada, u.å. b).⁹

Enligt SKR:s brukarundersökning känner sig tre av fyra personer i gruppboenden trygga med hela personalstyrkan. En av fem känner sig trygga med några i personalen och färre än en av tjugo känner sig inte trygga med någon i personalen. För serviceboenden enligt LSS känner sig nästan tre av fyra personer trygga med alla i personalen, en av fyra med några i personalen, och färre än en av tjugo med ingen i personalen (Kolada, u.å. c).

⁹ Nyckeltalet gäller antal boendeplatser enligt LSS § 9.9 på boendeenhet där det inte förekommit hot eller våld brukare emellan eller mot brukare inom de sex senaste månaderna, dividerat med totalt antal boendeplatser enligt LSS § 9.9 i kommunen. Måttet visar inte på antal individer som utsatts för våld eller hot. Nyckeltalet gäller boendeenheter oavsett regi (kommunala eller privata).

Rutiner för hur personalen ska agera när de misstänker eller upptäcker att en person har blivit utsatt för våld är ytterst viktiga. Personalens medvetna agerande kan på sikt förebygga och motverka både ohälsa och otrygghet. Vid fyra av tio boenden finns det inte rutiner för hur personalen ska agera när de misstänker eller upptäcker att en boende har blivit utsatt för våld. Den andelen är ännu lägre vid daglig verksamhet (Kolada, u.å. f).

6.5.4 Även vuxna med bostad med särskild service utsätts för övergrepp

Även vuxna utsätts för missförhållanden på sina boenden. Vuxna med bostad med särskild service är också en betydligt större grupp än barn och ungdomar med särskild service enligt LSS.

100 av de 256 lex Sarah-anmälningar som vi har granskat rör boenden för vuxna. Av dessa 100 rör ungefär 30 procent ekonomiska, psykiska, sexuella eller fysiska övergrepp eller kränkningar. Andelen anmälningar om övergrepp har varit ungefär densamma de senaste åren.

Ett mindre antal lex Sarah-anmälningar inom vuxenboenden handlar om tvångs- och begränsningsåtgärder, vilka i ett par av fallen har inträffat i samband med medicinering. Personalen har vid de tillfällena brustit när det gäller kommunikation, dokumentation, kunskaper om befogenhet och brukarens diagnos. Personalen har frångått rutiner eller haft dåligt bemötande och bristande pedagogisk kompetens.

Även i daglig verksamhet ser vi i några fall allvarliga brister som övergrepp och omdömeslös personal, där de boendes liv har varit i fara.

6.6 Antalet personer som ordnar egen assistans har minskat

Antalet ansökningar från privata aktörer att bedriva verksamhet med boende för personer med funktionsnedsättning enligt LSS har minskat jämfört med tidigare år.

Antalet ansökningar om att bedriva insatsen bostad med särskild service för barn eller ungdomar har minskat från 21 under 2018 till tio under 2019. Det är även en minskning jämfört med 2017, då IVO tog emot 13 ansökningar att bedriva sådan verksamhet.

När det gäller bostad med särskild service för vuxna har antalet ansökningar som IVO har tagit emot minskat från 291 ansökningar under 2018 till 104 ansökningar under 2019. Det är även en minskning jämfört med 2017, då IVO tog emot 143 ansökningar om att bedriva bostad med särskild service för vuxna.

Även ansökningar om att bedriva andra typer av verksamheter för personer med funktionsnedsättning enligt LSS har minskat under 2019 jämfört med tidigare år.

Tabell 14. Antalet ansökningar om att bedriva bostad med särskild service enligt LSS år 2017 till 2019

Verksamhet	2017	2018	2019
Bostad med särskild service för barn eller ungdomar	13	21	10
Bostad med särskild service för vuxna	143	291	104

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Tabell 15. Antalet ansökningar om att bedriva verksamhet enligt LSS, exklusive bostad med särskild service, 2017 till 2019

Verksamhet	2017	2018	2019
Personlig assistans	104	157	54
Korttidsvistelse	12	24	4
Korttidsstillsyn	4	4	0
Daglig verksamhet	50	100	34

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vi bedömer att regeringens beslut om att IVO sedan den 1 januari 2019 ska ta ut en avgift för att täcka kostnaderna för att pröva tillstånd kan ha haft viss påverkan på det minskade antalet ansökningar. Vi bedömer också att de nya krav som började gälla samtidigt som avgifterna, kan ha minskat antalet ansökningar något. Kraven innebär att den som söker tillstånd ska ha insikt, ekonomiska förutsättningar samt vara lämplig i övrigt för att driva verksamheten.

6.6.1 Antalet anmälningar om att själv anordna sin egen assistans har minskat

Även antalet anmälningar om att själv få anordna sin egen assistans har minskat under 2019 jämfört med tidigare år.

Tabell 16. Antalet anmälningar om att ordna sin egen assistans 2017–2019

2017	2018	2019
124	102	66

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

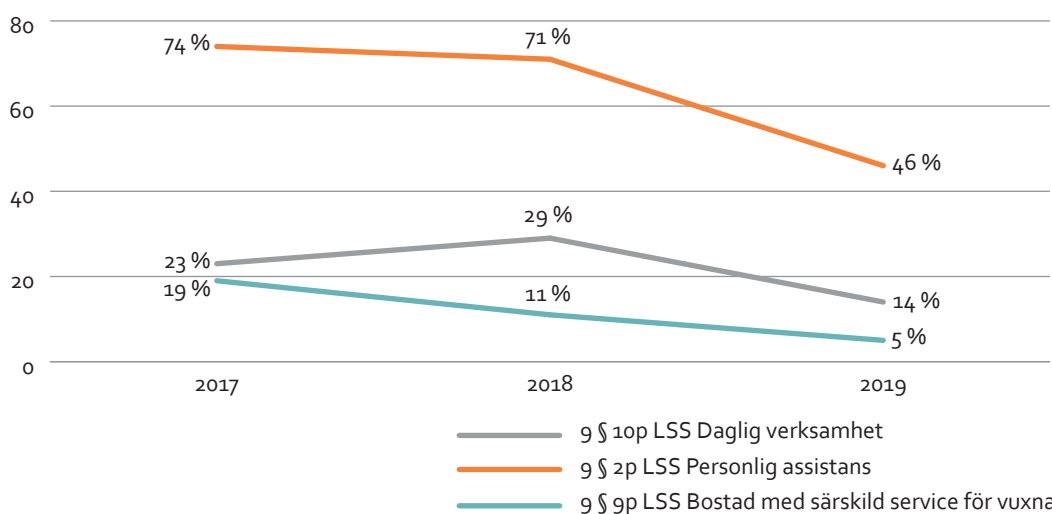
Att själv anordna sin egen assistans kräver inte tillstånd från IVO, utan kräver bara att personen anmäler det till IVO. IVO tar inte ut någon avgift för en sådan anmälan.

Både antalet personer som beviljas personlig assistans av Försäkringskassan och antalet timmar som beviljas per assistansberättigad person har minskat (Försäkringskassan, 2019b). Det kan förklara minskningen av antalet anmälningar om att själv anordna sin egen assistans, och minskningen av antalet ansökningar om tillstånd för att bedriva verksamhet med personlig assistans.

6.7 Andelen avslag på ansökningar om tillstånd

Andelen ansökningar om att bedriva verksamhet enligt LSS som vi har avslagit under 2019 har inte ökat jämfört med tidigare år, trots de nya reglerna. Den totala andelen avslag har minskat. Vi bedömer att detta har att göra med att de nya reglerna för LSS. De nya reglerna lägger till att verksamheten ska ha ekonomiska förutsättningar att bedrivas i enlighet med de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Figur 8. Andel avslag av ansökningar om att bedriva verksamheter enligt LSS, 2017–2019



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Figuren redovisar endast uppgifter för de verksamhetstyper där IVO har behandlat fler än 20 ansökningar per år.

6.7.1 Andelen avslag för ansökningar om att bedriva personlig assistans är fortsatt hög

Även om andelen avslag på ansökningar om att bedriva personlig assistans har minskat är andelen avslag fortfarande hög, 46 procent under 2019. Hela 98 procent av avslagen har varit på grund av att verksamheten inte har uppfyllt de nya kraven. Det gäller i huvudsak kravet på att ägare och ledning ska ha tillräcklig insikt kring de föreskrifter som gäller för verksamheten.

Även under tidigare år har en stor andel av ansökningarna om att bedriva personlig assistans avslagits. År 2018 avslag IVO 71 procent av ansökningarna om att bedriva personlig assistans, på grund av att de som skulle bedriva verksamheten saknade rätt kompetens eller lämplighet i övrigt. Detta speglar det allmänna mönstret för ansökningar om verksamhet enligt LSS. Vi har avslagit färre ansökningar under 2019 än tidigare år, samtidigt som avslagen i större utsträckning beror på bristande lämplighet.



7 Missbruks- och beroendevården

Det är inte ovanligt att personer med missbruks- och beroendeproblem samtidigt har andra hälsoproblem. Det gör dem extra utsatta för brister i samordning mellan olika verksamheter. Dessutom vet vi att socialtjänsten och hälso- och sjukvården i missbruks- och beroendevården har gränsdragningsproblem. Otydligheten innebär att vårdbehov bedöms utifrån olika principer och att insatser ges enligt olika lagstiftningar. IVO ser också tecken på att socialtjänsten är passiv i sin handläggning och inte alltid erbjuder insatser som svarar mot personernas behov.

7.1 Iakttagelser för 2019

- **Vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem är inte tillräckligt samordnad.**

IVO har rapporterat om brister i samordningen för personer med missbruks- och beroendeproblem sedan myndigheten bildades 2013. Vi fortsätter att se brister i samordningen av vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem i vår tillsyn. Vi har under året gjort en särskild genomgång av 57 egeninitierade tillsyner där IVO har riktat kritik. I 9 ärenden handlar kritiken om brister i samordningen. Vi kan också konstatera att det behövs förbättringar när det gäller överenskomelser mellan kommuner och regioner, rutiner för att informera om samordnade individuella planer och rutiner för intern samordning i kommunerna.

- **Det finns indikationer på att socialtjänsten inte alltid erbjuder insatser som svarar mot personernas behov och är passiv i sin handläggning.**

Vi ser olika indikationer på passiv handläggning, till exempel att förhandsbedömningar och utredningar inte alltid bedrivs skyndsamt. Av de 57 egeninitierade tillsyner med kritik ser vi i 16 ärenden (28 procent) att en beviljad insats inte motsvarar individens behov. Det innebär att de beviljade insatserna inte har varit lämpliga för att kunna hjälpa de berörda personerna ur sitt missbruk på ett effektivt sätt. I 17 av 57 (30 procent) av de tillsynerna riktade vi kritik för brister i tillämpningen av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM), exempelvis för att socialtjänsten inte alltid har inlett utredning trots att det kan finnas skäl att bereda en person tvångsvård för sitt missbruk.

- **Färre ansökningar om att bedriva verksamhet med behandling av missbruk har inkommit, men andelen beviljade tillstånd har ökat.**

Antalet ansökningar från privata aktörer om nytt tillstånd att bedriva verksamhet med behandling av missbruk har minskat. Under 2019 kom det in 11 ansökningar till IVO om att bedriva verksamhet med behandling av missbruk. Det är en minskning med 80 procent jämfört med 2018. Samtidigt har andelen beviljade tillstånd ökat från 24 procent 2017 till 67 procent 2019.

- **IVO riktade kritik i 30 procent av våra egeninitierade ärenden för brister i det systematiska kvalitetsarbetet.**

Vi ser att förbättringar inte alltid sker, trots tydliga indikationer om att så behöver ske. I de 57 egeninitierade tillsyner där vi har riktat kritik gäller 17 ärenden brister i det systematiska kvalitetsarbetet (30 procent). 11 av 17 (drygt 60 procent) handlar om brister i klagomål- och avvikelshantering. Vi konstaterar att de brister som IVO ser i tillsynen inte alltid åtgärdas, utan får lov att fortgå.

7.2 Bakgrund

7.2.1 IVO:s tillsyn och tillståndsprövning av missbruks- och beroendevården

IVO ansvarar för tillsyn och tillståndsprövning inom området. Vi tar emot lex Sarah- och lex Maria-anmälningar. Patienter och deras närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen. Vi inleder tillsyn om vi får indikationer på risker och brister i en verksamhet. Vi prövar också ansökningar om att bedriva verksamhet som kräver tillstånd. Till exempel behöver privata aktörer tillstånd för att bedriva hem för vård eller boende (HVB).

IVO har under 2019 utrett 348 anmälningar från personer om missbruks- och beroendevården. De flesta anmälningar handlar om rättssäkerhet (40 procent), planering av vård och omsorg (19 procent) och bemötande (17 procent).

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst. Under 2019 har vi tagit emot 481 synpunkter och frågor inom verksamhetsområdet. Det ligger i nivå med hur många frågor och synpunkter vi besvarade inom området under 2018. 50 procent av frågorna och synpunkterna gällde socialtjänstens handläggning.¹⁰

IVO har fattat beslut i 66 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Sarah under 2019. Det är en ökning med drygt 60 procent jämfört med 2018. De flesta ärendena handlar om brister i rättssäkerheten (47 procent). En mindre andel handlar om felaktigt utfärdade insatser (13 procent).

IVO genomförde 123 egeninitierade tillsyner under 2019. De brister som identifierats har varit brister i dokumentation (17 procent), handläggning i socialtjänsten (15 procent), och rättssäkerhet (15 procent).

IVO har fattat ett beslut om föreläggande mot ett hem för vård eller boende (HVB) för personer med missbruksproblematik. Föreläggandet grundade sig i brister i bemanning och dokumentation. Huvudmannen har redovisat åtgärder för att komma till rätta med problemen. IVO har även återkallat ett tillstånd för ett HVB inom missbruk- och beroendevården. Tillståndet återkallades efter att IVO prövat verksamhetens lämplighet att bedriva HVB. Beslutet grundades i att aktiebolaget hade försatts i konkurs och att en av delägarna hade fått upprepade betalningskrav och betalningsuppsmaningar samt restförts för skatteskulder hos Kronofogdemyndigheten.

Tabell 17. Genomförd tillsyn av missbruks- och beroendevård 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Missbruks- och beroendevård	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	62	48	27	19
Lex Sarah	29	28	41	66
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	41	56	44	29
Anmälan till IVO	263	317	376	348
Egeninitierad tillsyn	126	136	134	123

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är missbruks- och beroendevård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

7.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistiken över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Undantaget är iakttagelserna från tillståndsprövningen och upplysningstjänsten som är baserade på helårsstatistik. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 49 lex Sarah-anmälningar, 18 lex Maria-anmälningar och 57 egeninitierade tillsyner som vi avslutade med kritik eller där vi bedömer att verksamheterna har genomfört tillfredställande åtgärder. Vi har också gått igenom andra uppgifter, till exempel Socialstyrelsens kartläggning av samsjuklighet, Sveriges Kommuner och Regioners handlingsplan mot missbruk och beroende, uppgifter om överenskomelser och vissa rutiner i verksamheterna och uppgifter i Öppna jämförelser.

¹⁰ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

7.2.3 Kommuner, regioner och staten har ett gemensamt ansvar för att behandla och ge stöd till personer med missbruks- eller beroendeproblem

Kommunerna, regionerna och staten har ett delat ansvar för missbruks- och beroendevården i Sverige. Kommuner beslutar bland annat om bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453) om att utreda och omedelbart omhänderta personer enligt LVM. Det är sedan förvaltningsrätterna som fattar beslut om tvångsvård. Regionerna erbjuder beroendevård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för individuellt anpassad tvångsvård och behandlar bland annat vuxna med missbruksproblem.

År 2018 vårdades 52 000 personer, 10 år eller äldre, inom den specialiserade öppenvården eller slutenvården på grund av avsiktligt intag av beroendeframkallande substanser. Det motsvarar 0,6 procent av befolkningen. Andelen personer som vårdas för intag av beroendeframkallande substanser har ökat med cirka 20 procent under den senaste tioårsperioden (Socialstyrelsen, 2019n). De narkotikarelaterade dödsfallen har ökat med 84 procent mellan 2006 och 2017 (Folkhälsomyndigheten, 2019a).

I november 2018 fick cirka 11 000 personer individuellt behovsprövade öppna insatser inom socialtjänsten. Drygt 2 000 personer fick biståndsbeslutad heldygnsvård och drygt 6 200 personer fick boendeinsatser (Socialstyrelsen, 2019g).

7.2.4 Samsjuklighet är vanligt förekommande

Samsjuklighet innebär att en person har två eller flera hälsoproblem samtidigt. Det är inte ovanligt att personer med missbruks- och beroendeproblem samtidigt har ytterligare hälsoproblem. Av de cirka 52 000 personer, 10 år och äldre, som 2017 vårdades för intag av beroendeframkallande substanser, vårdades 52 procent av männen och 64 procent av kvinnorna också för någon psykiatrisk diagnos minst en gång under perioden 2016–2018 (Socialstyrelsen, 2019n). Uppgifterna rör juridiskt kön.

7.3 Vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem är fortfarande inte tillräckligt samordnad

IVO fortsätter att se brister i samordningen av vården och omsorgen för personer med missbruks- och beroendeproblem. Samordningen brister mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården (exempelvis psykiatri och beroendevården) men den brister också internt hos respektive huvudman. Detta är något IVO har sett sedan myndigheten bildades 2013.

Vi har under året gjort en särskild genomgång av 57 egeninitierade tillsyner där IVO har riktat kritik. I nio ärenden handlar kritiken om brister i samordningen. Vi fick fyra klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) om samverkan inom beroendevården, varav IVO avslutade tre med kritik mot vårdgivaren.

När samordningen brister, ser vi att det leder till olika konsekvenser och ger upphov till olika risker. En konsekvens när möten för att samverka mellan olika aktörer uteblir är att det dröjer längre innan personer med missbruksproblem får insatser. Personer med missbruksproblem är ofta som mest motiverade att ta emot vård och omsorg i ett tidigt skede. När insatserna fördröjs ser vi en risk att personernas motivation inte fångas upp. Vi ser även att insatser helt kan utebli när personerna hamnar i ett organisatoriskt mellanrum som beror på att huvudmännen inte har fördelat ansvaret mellan sig på ett tydligt sätt och inte i tillräcklig utsträckning tar det ansvar de har. Risken ökar också för att personernas hälsa försämras när de blir utskrivna från beroendevården på ett sätt där samverkan med socialtjänsten brister eller är obefintlig.

En annan aspekt av bristande samordning är att huvudmännen inte tar ett helhetsansvar för personerna när de planerar för vård och omsorg. Bristande helhetsansvar för personer med missbruk- och beroendeproblem innebär ofta att verksamheterna väljer att fokusera på att lösa sina egna åtaganden istället för att ge den personcentrerade vård och omsorg som personer med missbruk- och beroendeproblem behöver. När personer lider av både psykisk ohälsa och missbruksproblem, ser vi att stödet från psykiatri brister och att personerna därför riskerar att inte få sina behov tillgodosedda.

Socialstyrelsen har nyligen analyserat förutsättningarna för samverkan mellan olika aktörer för personer med samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik och föreslagit åtgärder (Socialstyrelsen, 2019n).

7.3.1 Gränsdragningsproblem inom missbruks- och beroendevården

Det finns kända gränsdragningsproblem mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården i missbruks- och beroendevården. Det kommenterades redan i förarbetena till den gamla socialtjänstlagen (1980:620) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (se till exempel prop. 1981/82:97, s. 44).

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) säger att huvudmännen uppfattar att det är otydligt var gränsen går mellan vad som är insatser enligt socialtjänstlagen och vad som är insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen. SKR menar att det inte sällan leder till svårigheter för kommuner och regioner att komma överens om hur de ska fördela ansvaret mellan kommun och region. SKR menar också att otydligheten innebär att personers vårdbehov bedöms utifrån olika principer och att insatser ges enligt olika lagstiftningar beroende på var i landet en person med missbruks- och beroendeproblem bor, och att insatser ges enligt olika lagstiftningar på olika orter (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018a).

7.3.2 Hälften av kommunerna saknar samverkansavtal med regionen

Kommuner och regioner är enligt lag skyldiga att ingå överenskommelser som ska underlätta samverkan kring personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar. Trots denna skyldighet saknas aktuella samverkansavtal på många håll. Endast 47 procent av kommunerna uppger att de har en aktuell överenskommelse med regionen. Det är en minskning från 56 procent 2017 och 53 procent 2018 (Socialstyrelsen, 2019h). IVO menar att det försämrar förutsättningarna för att ge personer med missbruksproblem en personcentrerad vård.

7.3.3 Hälften av kommunerna saknar rutiner för att informera om SIP

Ett annat verktyg för kommuner och regioner att samordna vården och omsorgen är så kallade samordnade individuella planer (SIP). En SIP ska upprättas om en person behöver insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården, om hen samtycker till en sådan plan. En sådan individuell plan ska bland annat visa vilka insatser socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården ska stå för. Bara hälften av Sveriges kommuner hade 2019 en rutin för att informera om möjligheten till en individuell plan. Det är samma andel som för de föregående två åren (Socialstyrelsen, 2019n). Det tyder på att samordningen inte fungerar, och att personer med missbruksproblem därmed riskerar att inte få personcentrerad vård och omsorg.

7.3.4 Över hälften av kommunerna saknar aktuella rutiner för att internt samordna missbruks- och beroendevården med andra verksamhetsområden

Det är också viktigt att huvudmännen samordnar sina insatser internt i den egna organisationen. Om det inte sker finns det en risk att de behövande personerna inte får sina behov tillgodosedda, eftersom vården och omsorgen inte utgår från en helhetsbild av vad dessa personer behöver.

Andelen kommuner och stadsdelar som har aktuella rutiner för att samordna sin interna verksamhet har ökat något de senaste fyra åren, men det skiljer sig mycket mellan olika verksamhetsområden. Till exempel hade 40 procent av kommunerna 2019 aktuella rutiner för att samordna missbruk- och beroendevården med äldreomsorgen, medan 73 procent hade aktuella rutiner för att samordna med verksamhetsområdet ekonomiskt bistånd (Socialstyrelsen, 2019n).

7.4 Socialtjänsten erbjuder inte alltid insatser som svarar mot individens behov

Socialtjänsten ansvarar för att se till att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån missbruket. Socialtjänsten ska tillsammans med de personer som berörs planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs. Men vi ser exempel på att socialtjänsten är alltför passiv i sin handläggning, och att den hjälp och vård som socialtjänsten sätter in varken är tillräcklig eller sätts in tillräckligt snabbt utifrån vad personerna behöver. Vi ser också att socialtjänsten brister i tillämpningen av LVM.

IVO ser att personer med missbruks- och beroendeproblem inte alltid erbjuds insatser som svarar mot deras behov. Detta gäller både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi har rapporterat om denna brist sedan 2014. År 2019 avslutade vi 16 av 57 egeninitierade tillsyner (28 procent) med att rikta kritik som handlade om att en beviljad insats inte motsvarade individens behov. Det innebär att den eller de beviljade insatserna inte har varit lämpliga eller tillräckliga för att kunna hjälpa de berörda personerna ur sitt missbruk på ett effektivt sätt.

IVO bedömer att socialtjänsten bör förbättra sin uppsökande verksamhet, så att de tidigt kan erbjuda personcentrerad vård och omsorg. Detta förebyggande arbete finns utpekad i det direktiv som ligger till grund för regeringens utredning om översynen av socialtjänstlagen (Socialdepartementet, 2017).

Om personer med missbruks- och beroendeproblem inte får behandling utifrån sina behov ökar risken att de återfaller i missbruk. Socialstyrelsens uppgifter visar att andelen personer som blir återinskrivna i den slutna vården inom ett år har ökat, från 40 procent år 2008 till 44 procent år 2016–2017 (Socialstyrelsen, 2019h). Skillnaderna mellan kommunerna är stora. Om en hög andel av personerna blir återinskrivna inom ett år, pekar det på att vården och omsorgen inte svarar mot personernas behov på ett effektivt sätt.

7.4.1 Socialtjänsten behöver göra förhandsbedömningar skyndsamt

Det tar för lång tid för socialtjänsten att fatta beslut om att inleda eller inte inleda en utredning. Det leder till att socialtjänsten sätter in insatser för sent. Vi ser att det leder till att till oönskade konsekvenser och risker för personer med missbruksproblem, och att behövande personer utsätts för onödigt lidande.

Vi ser att socialtjänsten brister i arbetet med förhandsbedömningar av anmälningar. En förhandsbedömning ska ta ställning till om nämnden ska inleda en utredning eller inte. För barn och unga ska socialtjänsten göra en skyddsbedömning inom ett dygn, och beslut ska fattas om att inleda en utredning eller inte inom fjorton dagar efter att en anmälan kommit in. Motsvarande bestämmelse finns inte för vuxna. Bristande eller uteblivna förhandsbedömningar innebär att uppsökande åtgärder försenas eller helt uteblir.

7.4.2 Den första utredningsåtgärden får inte dröja orimligt länge

I ett fall som kom in till IVO tog det mer än tre månader mellan den första och andra utredningsåtgärden från socialtjänstens sida. Det finns inte några skäl till dröjsmålet i dokumentationen, och det finns inte heller någon bedömning av omständigheterna i ärendet. IVO bedömer att detta inte är en skyndsamt handläggning. När socialtjänsten planerar hur snabbt de ska genomföra en utredning måste de bedöma och ta hänsyn till omständigheterna i det aktuella ärendet. Det handlar bland annat om hur omfattande missbruket är och vilka risker det innebär för personens liv och hälsa. Socialtjänsten måste också väga in om den enskilde behöver få stöd och behandling, och i så fall hur snabbt.

7.4.3 Socialtjänsten ska inleda en utredning om de får signaler om allvarligt missbruk

I ett annat exempel kom anmälningar in till nämnden från närstående vid två tillfällen. Den första anmälan berättade om att personen i fråga levde i misär och hade ett pågående missbruk. Den andra anmälan gjordes en vecka senare, och berättade om oro för missbruket, att personen i fråga var mager och att elen i hans hem var avstängd. Det fanns också uppgifter om att någon hade ringt 112. Efter ytterligare nio dagar ringde en av anmälarna till socialtjänsten för att komplettera sin tidigare anmälan, för att berätta att personen nu var inlagd för avgiftning. Trots signaler om allvarligt missbruk inledde socialtjänsten en utredning först 18 dagar efter den första anmälan.

7.4.4 Socialtjänsten brister i tillämpningen av lagen om vård av missbrukare

Vi ser exempel på att socialtjänsten sätter alltför hög tilltro till att personer med missbruksproblem frivilligt ska gå med på vård, även i de fall där det finns starka skäl att tvivla på att personen kommer att kunna ge ett sådant samtycke. Även i de fall när det finns ett samtycke till behövlig vård måste socialtjänsten bedöma om samtycket framstår som realistiskt. Om så inte sker utsätts personer för onödiga risker som skulle kunna ha förebyggts om socialtjänsten hade övervägt förutsättningarna för tvångsvård enligt LVM. 17 av 57 egeninitierade utredningar (30 procent) som IVO avslutade med kritik gällde brister i tillämpningen av LVM.

Vi ser också att socialtjänsten inte alltid inleder en utredning enligt 6 § LVM efter att de har fått in en anmälan från en läkare, trots att lagstiftningen kräver att de ska göra det om det finns skäl att bereda någon tvångsvård. Utan en sådan utredning, kan socialtjänsten inte utreda och föreslå lämpliga insatser. Personer med missbruks- och beroendeproblem utsätts då för allvarliga risker för deras fysiska eller psykiska hälsa. Det kan handla om att socialtjänsten då inte har möjlighet att hjälpa dem att inte förstöra sina liv eller att inte allvarligt skada sig själva.

Socialstyrelsen visar att antalet personer som får vård enligt LVM i Sverige minskar, men att omedelbara omhändertaganden ökar över tid. I början av 2000-talet inleddes ungefär två tredjedelar av LVM-vården av ett omedelbart omhändertagande, en andel som har ökat till nära 90 procent under den senaste femårsperioden (Socialstyrelsen, 2019g).

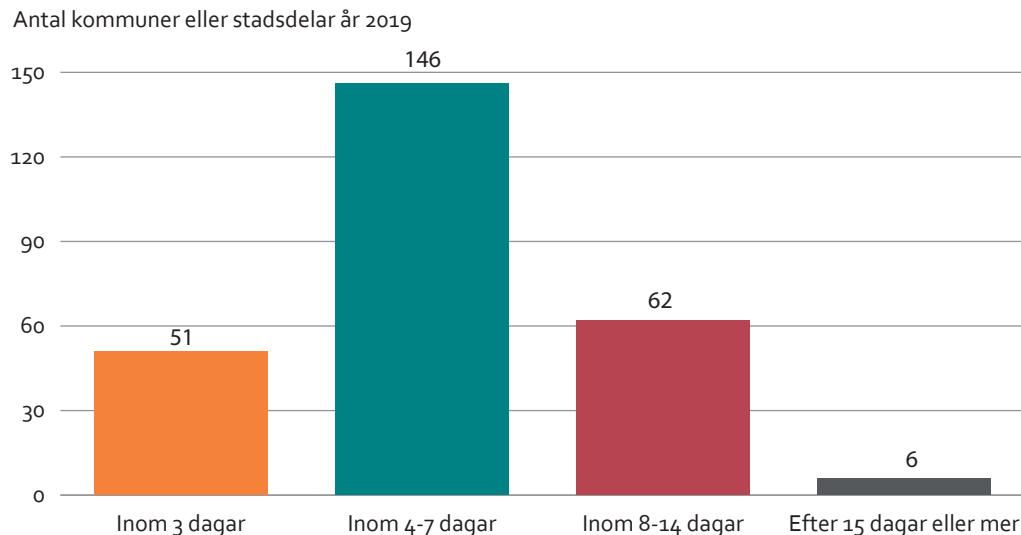
7.4.5 Det är socialtjänstens ansvar att aktivt söka upp personer som har missbruks- och beroendeproblem

Vi ser också brister i socialtjänstens uppsökande arbete riktat till personer med missbruksproblem. IVO fattade därför under våren 2019 ett principiellt beslut att socialtjänsten har ett långtgående ansvar att aktivt verka för att enskilda personer ska få den hjälp och vård de behöver för att komma ifrån sina problem med missbruk (Inspektionen för vård och omsorg, 2019e). Vår bedömning är att om socialtjänsten får kännedom om att någon har ett missbruk måste de på olika sätt försöka få kontakt med den personen, exempelvis genom brev, telefonsamtal eller genom att söka upp personen där hen kan tänkas befinna sig. Oavsett vilken kontaktväg som socialtjänsten väljer måste de ta stor hänsyn till den aktuella personens integritet och rätt till självbestämmande.

7.4.6 Låg andel av kommunerna anger att brukarnas första personliga besök sker inom tre dagar

En indikation som kan tyda på att socialtjänsten är passiv är om det tar för lång tid tills personer får ett första personligt besök inom missbruks- och beroendevården.

Figur 9. Tid till första personliga besök (nybesök) inom missbruks- och beroendevården 2019



Källa: Socialstyrelsen 2019g.

För 2019 rapporterar 62 kommuner eller stadsdelar att det tar 8–14 dagar. Relativt få kommuner eller stadsdelar, 6 stycken, rapporterar att det tar 15 dagar eller mer före ett första besök. Men att behöva vänta mer än två veckor på ett första besök kan få mycket allvarliga konsekvenser för den person som behöver vård och omsorg för sitt missbruksproblem. Det är därför allvarligt att det finns kommuner eller stadsdelar där det tar så lång tid, även om detta sker vid få tillfällen.

7.5 Trots färre ansökningar om att bedriva verksamhet med behandling av missbruk har andelen beviljade tillstånd ökat

Antalet ansökningar från privata aktörer om nytt tillstånd att bedriva verksamhet för att behandla personer med missbruksproblem har minskat. Under 2019 kom det in 11 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet till IVO. Det är en minskning med 80 procent jämfört med 2018, då det kom in 55 ansökningar.

En förklaring till minskningen av antalet ansökningar kan vara att kommunernas efterfrågan har minskat när det gäller verksamhet riktad till ensamkommande barn och unga utan behov av behandling. Många aktörer som tidigare bedrev sådan verksamhet, ansökte då till IVO om att bedriva verksamhet med inriktning mot missbruk.

Minskningen kan alltså bero på att dessa aktörer nu antingen har bytt inriktning på verksamheten eller försvunnit från marknaden. Vi bedömer även att minskningen till viss del kan bero på den avgift som IVO sedan 1 januari 2019 tar ut för att behandla en ansökan om nytt tillstånd.

Trots det minskade antalet inkomna ansökningar har antalet beviljade tillstånd för verksamheter som är inriktade på att behandla personer med missbruksproblem ökat de tre senaste åren.

Tabell 18. Antal bifall, nyansökan målgrupp missbruk 2017–2019

	2017	2018	2019
Totalt antal avslutade ärenden	25	44	36
Bifall	6	15	24
Andel bifall	24 %	34 %	67 %

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det minskade inflödet av ansökningar har alltså inte resulterat i att antalet beviljade tillstånd har minskat. Vi ser också att de flesta av de som sökte tillstånd för att bedriva verksamhet med behandling av missbruk fick tillstånd under 2019, till skillnad från de två föregående åren.

Utvecklingen kan enligt vår bedömning till viss del ha att göra med att de som söker tillstånd är bättre förberedda inför ansökandet, vilket kan ha att göra med de kostnader som regeringen införde den 1 januari 2019. Även om det är svårt att dra några definitiva slutsatser om utvecklingen så anser vi att det är positivt att en större andel av de som ansöker om tillstånd uppfyller kraven och alltså beviljas tillstånd.

7.6 IVO riktade kritik i 30 procent av våra egeninitierade ärenden för brister i det systematiska kvalitetsarbetet

För att huvudmännen ska kunna säkerställa att de har en säker verksamhet med god kvalitet behöver de ett fungerande ledningssystem. Sedan 2011 har kommuner och regioner en skyldighet att ha ett ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet.

Vi ser att ledningssystemen hos socialtjänsten, hälso- och sjukvården och utförande verksamheter inte alltid fungerar fullt ut. Det handlar om att huvudmännen inte genomför förbättringar, trots tydliga indikationer på att det behövs. Vi konstaterar att huvudmännen inte alltid åtgärdar brister som IVO ser i tillsynen. Vi ser även att huvudmännen inte åtgärdar andra välkända brister. Det är huvudmännens ansvar att se till att kvalitetsarbetet fungerar och att brister åtgärdas. Vi bedömer därför att huvudmännen behöver bli bättre på att systematiskt följa upp kvaliteten i verksamheten och att genomföra de åtgärder som krävs för att förbättra kvaliteten. Detta gäller oavsett var bristerna upptäcks, eller av vem.

Av IVO:s 57 egeninitierade ärenden som avslutades med kritik avslutades 17 med kritik för brister i det systematiska kvalitetsarbetet (30 procent). I 11 av de 17 (65 procent) ärendena handlade det om brister i klagomål- och avvikelshanteringen.

7.6.1 Klagomål- och avvikelshantering fungerar inte som den ska

Vi ser att det finns exempel på att personalen inte känner till om skyldigheten att rapportera missförhållanden enligt socialtjänstlagen (2001:453). I vissa fall saknas även rutiner som ser till att huvudmannen alltid utreder och rättar till rapporterade missförhållanden. Det finns alltså risker för att missförhållanden inte utreds. Det kan leda till att fler personer utsätts för samma eller liknande missförhållanden, eftersom huvudmännen inte kan förbättra rätt saker utan att ha utrett vad missförhållandena beror på.

Vi ser också att huvudmännens hantering av klagomål och synpunkter brister. Alla klagomål och synpunkter från exempelvis brukare och medarbetare utreds inte. Åtgärder genomförs inte heller alltid för att förbättra verksamheten och ledningssystemet, så att risker för brukare och patienter kan förebyggas.

7.6.2 Bara nio procent av kommunerna använder sig av systematisk uppföljning

Socialstyrelsens öppna jämförelser visar att många kommuner kan förbättra sitt kvalitetsarbete. Många kommuner använder sig inte av systematisk uppföljning av verksamheten och många kommuner saknar rutiner för väsentliga processer. Det ger kommunerna sämre förutsättningar att utveckla kvaliteten i missbruks- och beroendevården.

Bara nio procent av kommunerna i Sverige har använt sig av systematisk uppföljning för att utveckla verksamheten inom området beroendevård och psykiatri. 15 procent av kommunerna har genomfört en systematisk uppföljning uppdelat på kön, och endast 10 procent av dessa har använt resultatet från uppföljningen till att utveckla verksamheten. Andelen kommuner som använder sig av resultat för att utveckla verksamheten för personer i missbruksvården är under 10 procent för alla klientgrupper (Socialstyrelsen, 2018c; Socialstyrelsen, 2019h).

Huvudmännen har mycket att vinna på att systematiskt följa upp verksamheten. Det innebär bland annat att dokumentera arbetet på individnivå och att göra sammanställningar på gruppnivå. Genom att sammanställa resultaten från de enskilda uppföljningarna kan huvudmännen få veta om insatserna har gett förväntade resultat. Med en systematisk uppföljning kan huvudmännen också identifiera om det saknas insatser som svarar mot de behov som de behövande personerna har.



8 Förändringar i regelverk för tillståndsplikt och lämplighetsprövning

Den 1 januari 2019 började ny lagstiftning att gälla för de aktörer som driver privat omsorgs verksamhet och de som vill ha ett sådant tillstånd. Det innebar bland annat att fler verksamheter än tidigare behöver tillstånd, samt att en avgift tas ut i samband med ansökan. IVO har hittills beviljat 70 procent av de ansökningar om tillstånd som kommit in till oss. Andelen avslag skiljer sig åt mellan olika verksamheter, och är fortsatt hög för ansökningar om att bedriva personlig assistans. IVO har med den nya lagstiftningen nya möjligheter att fortlopande granska insikt och lämplighet hos de aktörer som har fått ett tillstånd.

8.1 Nya tillståndsplikter inom omsorgen

Syftet med den nya lagstiftning som började gälla 2019 var att säkerställa att privata aktörer som bedriver olika typer av verksamheter inom socialtjänsten har både vilja och förmåga att bedriva en god omsorg på ett seriöst sätt. Lagstiftningen ställer nu krav på att ägare och ledning i privata omsorgsföretag ska ha insikt om de regler som gäller för verksamheten, att de är lämpliga och att de har ekonomiska förutsättningar att följa de regler som gäller för respektive verksamhet.

Dessutom utvidgades tillståndsplikten till att omfatta fler privata verksamhetstyper än tidigare. De nya tillståndsplikterna gäller tre insatser enligt LSS samt hemtjänst enligt SoL.

Lagstiftaren har även avgiftsbelagt tillståndsprövningen. Avgiften för en ansökan om ett nytt tillstånd är i dag 30 000 kronor. Avgiften regleras av regeringen genom förordningar och syftar till att täcka kostnaderna för att pröva en tillståndsansökan.

Tidigare skilde sig kraven åt mellan verksamheter enligt socialtjänstlagen (2001:453) (SoL) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). I dag är villkoren för privata aktörer desamma oavsett om de bedriver en verksamhet med personlig assistans, hem för vård eller boende (HVB) eller äldreboenden.

8.2 Antalet ansökningar om tillstånd har minskat med en tredjedel

Antalet ansökningar om nytt tillstånd har minskat, från 1 644 ansökningar under 2018, till 1 338 under 2019. Det kan finnas flera förklaringar till det, bland annat en minskad efterfrågan på platser för ensamkommande barn, att kommunerna har minskat sina inköp av välfärdstjänster (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019h) samt den nya avgiften för tillståndsprövningen. Men det är ännu för tidigt att dra några säkra slutsatser om hur avgifterna har påverkat benägenheten att söka tillstånd och att starta eller driva företag med de aktuella verksamheterna.

8.3 IVO beviljar cirka 70 procent av ansökningarna om tillstånd

Andelen tillstånd som IVO har beviljat har inte minskat jämfört med föregående år, trots att kraven för tillstånd har skärpts. Andelen avslag har minskat jämfört med 2018, från 28 procent till 15 procent. Med andra ord har andelen bifall ökat.

Detta kan delvis bero på att nya regler, inklusive avgiftsbeläggningen, har lett till att de ansökningar som kommer in till IVO har högre kvalitet än tidigare. Vi bedömer att en annan orsak är de krav som den nya förvaltningslagen (2017:900) ställer sedan 2018 på hur IVO ska kommunicera inför ett avslagsbeslut. Det kan även bero på att de flesta ansökningar som har kommit in under 2019 har gällt verksamheter som redan pågår och som ansöker om tillstånd för att deras verksamheter har blivit tillståndspliktiga.

8.4 Vissa verksamhetstyper får oftare avslag än andra

IVO avslår en relativt stor andel av ansökningarna om tillstånd när det gäller personlig assistans enligt LSS samt HVB och stödboenden. Andelen avslag när det gäller ansökningar om tillstånd för verksamheter som ska bedriva personlig assistans var 46 procent, medan motsvarande siffror var 29 respektive 24 procent för HVB och stödboenden. Bland andra verksamhetstyper var andelen avslag i genomsnitt 11 procent.

Skälen för IVO:s avslag är att ägare och ledning inte lever upp till kraven på insikt, lämplighet eller ekonomiska förutsättningar eller att IVO bedömer att verksamhetens planerade insatser inte kan ges med god kvalitet och säkerhet.

Tabell 19. Ansökningar om nya tillstånd och ändringar av befintliga tillstånd 2019

Ansökan om nytt tillstånd 2019	Inkomna ansökningar	Beslut	Andel avslag
Nyansökan för nya tillståndsplikter fr.o.m. den 1 januari 2019*	805	614	12 %
Nyansökan för tillståndsplikter som gällde innan 2019	533	877	18 %
Ändringar av befintliga tillstånd	1 106	1 580	3 %
Summa	2 444	3 071	

*Hemtjänst och biståndsbedömt trygghetsboende enligt SoL. Ledsagarservice, avlösarservice samt biträde av kontaktperson enligt LSS.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

8.5 Införandet av en tillståndsplikt och en avgift tycks inte ha minskat antalet pågående hemtjänstverksamheter

75 procent av Sveriges befolkning bor i kommuner som tillämpar lagen (2008:962) om valfrihet (LOV). Hemtjänst är den vanligaste LOV-tjänsten. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har visat att antalet privata hemtjänstutförare har minskat de senaste åren, från cirka 600 företag år 2016, till 430 företag år 2019 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019h, s. 53).

Hur stor andel av verksamheterna som utförs genom privata företag varierar både mellan verksamhetsområden och mellan kommuner. För hemtjänstanvändare, och hemtjänstföretag innebär de nya reglerna en relativt omfattande förändring. Samtidigt kan vi konstatera att tillståndsplikten eller avgiftsinförandet i sig inte tycks ha minskat antalet pågående hemtjänstverksamheter. Det är för tidigt att säga något om hur nyetableringen av hemtjänstaktörer ser ut efter regeländringarna.

Under 2019 ansökte framför allt hemtjänstverksamheter som redan pågick om tillstånd från IVO.¹¹ Mellan den 1 januari och den 1 mars 2019 kom 448 ansökningar in till IVO om att bedriva hemtjänstverksamhet, de allra flesta med stöd av övergångsbestämmelser som gällde för pågående verksamheter.

8.6 Regeringen har gett IVO i uppdrag att analysera regelverket för tillståndsprövning

IVO kommer under 2020 att analysera det nuvarande regelverket för tillståndsprövning inom vård och omsorg samt arbetet med tillsyn och prövning av tillstånd för assistansanordnare. Vi kommer även att analysera möjligheten att förenkla ägar- och ledningsprövningar. Det är uppdrag som regeringen har gett IVO i 2020 års regleringsbrev (Regeringsbeslut S2019/05315/RS).

11 Observera att SKR:s siffror om hemtjänst ovan inte är helt jämförbara med antalet inkomna ansökningar till IVO, eftersom hemtjänst inte har en uttömmande definition i lagstiftningen, utan definieras utifrån syftet med insatserna.

8.7 Stärkta möjligheter för lämplighetsprövning av aktiva verksamheter

Den nya lagstiftningen från den 1 januari 2019 ger IVO nya möjligheter att kontinuerligt granska både insikt och lämplighet hos de aktörer som har fått ett tillstånd. Vi har också möjlighet att ingripa när brukare riskerar att drabbas när en utförare får kraftigt försämrad ekonomi. I dag arbetar IVO alltså med lämplighetsprövning av tillståndspliktiga verksamheter både när en verksamhet söker tillstånd för att bedriva verksamhet och under tiden som verksamheten är aktiv.

Vi baserar vår lämplighetsprövning av verksamheter som har tillstånd och är aktiva på en riskanalys. Vi använder då olika riskindikatorer, till exempel anmälningar från kommuner, Försäkringskassan och enskilda, samt observationer vi själva gör under vår tillsyn och när vi prövar ansökningar om tillstånd. Under 2019 fick vi totalt 33 anmälningar om olämpliga privata tillståndspliktiga verksamheter från kommuner, och 17 från Försäkringskassan. De flesta av Försäkringskassans anmälningar till IVO rör fusk med assistansersättning, bristande tidsredovisningar av assistanstimmar som renderat återkrav till betydande belopp.

IVO börjar även få signaler från andra myndigheter. Ett exempel är att Migrationsverket har informerat oss om assistansbolag som kringgår invandringsbestämmelser för att skapa möjligheter för personer att bo och arbeta i Sverige som personliga assistenter.

I lämplighetsprövningen använder vi också information från kreditupplysningsföretag för att kunna identifiera ekonomisk misskötsamhet, exempelvis bolag som har skatteskulder.

8.7.1 IVO har återkallat få tillstånd efter lämplighetsprövning

IVO har lämplighetsprövat 180 aktiva verksamheter under 2019. Bland dessa har vi återkallat tillståndet för fyra bolag som bedriver personlig assistans samt fyra bolag som bedrivit HVB eller stödboende (sammanlagt sju tillstånd för sex HBV och ett stödboende).

Vi har återkallat HVB-tillstånden med anledning av att företaget har inlett eller avslutat en konkurs. Vi har återkallat två av tillstånden för personlig assistans eftersom det har visat sig att personen som bedrev verksamheterna var dömd för ekonomisk brottslighet och hade betydande skatteskulder. De andra två återkallelserna som rör personlig assistans gjorde vi med anledning av konkurser i bolagen samt misskötsamhet med skatteinbetalningar.

Tabell 20. Antal lämplighetsprövningar under 2019 av aktiva verksamheter med tillstånd

Typ av verksamhet	Antal
Assistansbolag	143
Barnboenden enligt 9:8 LSS	3
Gruppboende enligt 9:9 LSS	1
Bolag som bedriver HVB	26
Konsulentstödsverksamheter	2
Bolag som bedriver öppenvård	3
Totalt	180

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Att bara sju tillstånd har återkallats under 2019 och att merparten har återkallats först efter att tillståndshavaren försatts i konkurs beror på flera omständigheter.

Att återkalla ett tillstånd är det skarpaste verktyg myndigheten har att ta till och konsekvenserna av ett återkallande är stora för såväl brukarna, tillståndshavaren som de kommuner som har placerat personer i verksamhet. Ett återkallande är därför en åtgärd som IVO vidtar endast i de fall där vi ser att det inte finns några förutsättningar att nå framgång med de stödjande och lärande verktyg myndigheten har att tillgå i sin tillsyn. Att återkalla ett tillstånd är följaktligen ett beslut IVO fattar efter noga övervägande och föregås av ett omfattande utredningsarbete där alla alternativa sätt att åtgärda verksamhetens brister har uttömts.

Som nämnt har kraven på de som söker och som har tillstånd att bedriva enskild verksamhet skärpts sedan den 1 januari 2019. Att lagstiftningen har förändrats innebär att det inledningsvis saknas praxis inom IVO för hur reglerna ska tolkas, men också att det saknas rättslig praxis i form av domar som kan ge vägledning kring hur de nya reglerna ska tolkas när det gäller att återkalla ett tillstånd.

Vi ser att den nya lagstiftningen och behovet av att förankra hur myndigheten ska agera i enlighet med den, i kombination med komplexiteten i de ärenden vi utreder, leder till att det tar tid att fatta beslut i dessa ärenden. Dessutom hinner konkurser ofta inträffa innan IVO har vidtagit åtgärder mot de verksamheter vi ser har sviktande ekonomiska förutsättningar. Många av de utredningar där IVO överväger att återkalla tillstånd avseende tillståndshavarens lämplighet har inte avslutats under 2019.



9 Primärvård

Primärvården är basen i hälso- och sjukvården, och området har tydliga och väl kända utmaningar som har uppmärksammats under lång tid. Det handlar bland annat om kompetensförsörjning, informationshantering och samordning. Brister inom dessa områden ökar risken för fördröjd, felaktig och otrygg vård för patienten. Den pågående strukturella omställningen till en nära vård berör i hög utsträckning primärvårdens organisering och arbetssätt. Även den digitala utvecklingen inom vården påverkar primärvården i grunden.

9.1 Iakttagelser för 2019

- **Det finns återkommande brister i samordning mellan primärvården och andra verksamheter inom vård och omsorg.**

Det finns ett övergripande problem inom vården och omsorgen som handlar om att de olika aktörerna inte klarar av att samordna vården på ett bra sätt. Detta problem ser vi även för primärvården. Brister i samordning mellan primärvården och övrig specialistsjukvård är återkommande. I vår analys handlar 11 procent av ärendena (lex Maria-anmälningar och klagomål) om detta. Brister i samordning orsakar fördröjda diagnoser och därmed fördröjd behandling. 33 procent av ärendena i vår analys handlar om att brister i samordning har lett till en fördröjd diagnos.
- **Brister i personalkontinuitet ökar risken för fördröjd, felaktig och otrygg vård för patienten.**

Även de problem med kompetensförsörjning som vården i stort har, och de problem med personalkontinuitet som följer med det, syns tydligt inom primärvården. Vårdcentraler har svårt att fylla vakanser, de saknar personal och kostnaderna för hyrläkare ökar över tid. Vi ser att 10 procent av ärendena (lex Maria-anmälningar och klagomål) i vår analys handlar om att denna typ av problem har lett till en bristfällig och otrygg vård för patienten.
- **Problemen med fördröjda diagnoser finns kvar, liksom de allvarliga konsekvenser det medför.**

Fördröjda diagnoser är ett allvarligt problem som många aktörer har uppmärksammat och som leder till allvarliga risker och konsekvenser för patienter. Fördröjda diagnoser är det vanligaste skälet till att patienter eller närstående lämnar in klagomål till IVO om primärvården. Det är också den vanligaste händelsen i de lex Maria-anmälningar som kommer in till IVO (58 procent handlar om fördröjd diagnos). I vår analys av 250 ärenden som handlar om fördröjd diagnos i primärvården ser vi att patienter har utsatts för flera allvarliga konsekvenser.
- **Ofullständiga journaler gör det svårt att följa patienternas vård och behandling.**

I 23 procent av ärendena i vår analys ser vi att det saknas information i patientjournalen, eller att den information som finns är bristfällig. Den vanligaste orsaken till att patientjournaler inte är kompletta i de ärenden vi granskat är att vårdpersonalen inte följer de rutiner som gäller.
- **Det finns förutsättningar för en patientsäker vård i digitala vårdtjänster.**

Digitala vårdtjänster ökar snabbt i omfattning och kommer vara en självklar del av framtidens vårdutbud. En av våra särskilda tillsyner visar att det finns förutsättningar för att vården via digitala vårdtjänster ska vara patientsäker. Vi ser också att patienter hänvisas till fysisk vård när det behövs. Vi förväntar oss en fortsatt utveckling mot så kallad digifysisk vård, det vill säga att vård från samma vårdgivare kan ges både via digitala tjänster och via direkt fysiskt möte med patienten.

9.2 Bakgrund

9.2.1 IVO:s tillsyn av primärvården

IVO ansvarar för tillsyn av primärvården och den legitimerade personal som arbetar där. Vi inleder tillsyn om vi får indikationer på att det finns allvarliga risker. Vi tar emot och granskar anmälningar från vårdgivarna enligt bestämmelserna om lex Maria. Patienter och deras närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen.

Under 2019 utredde IVO 350 klagomålsärenden som gäller primärvården. I knappt hälften riktade myndigheten kritik. Kritiken gäller i första hand brister i vård och behandling (60 procent) och diagnostisering (48 procent).

Vi har också fått mycket information via upplysningstjänsten. Under 2019 har vi tagit emot 2 767 synpunkter och frågor som handlar om primärvården. Det är en ökning med knappt 20 procent sedan 2018.¹²

IVO har under 2019 fattat beslut i 370 lex Maria-anmälningar. Av alla anmälningar gäller knappt 60 procent brister i diagnostisering och 43 procent brister i vård och behandling. Nästan alla anmälningar kommer från primärvårdsmottagningar. Några enstaka anmälningar är från barnvårdscentraler, mödravårdscentraler och E-hälsa.

Antalet beslut som handlar om självmord har minskat kraftigt sedan 2016 och utgör cirka 6 procent av alla ärenden som IVO har avslutat under 2019. Det är en konsekvens av att den generella anmälningsplikten för självmord upphörde den 1 september 2017.

IVO genomförde 85 egeninitierade tillsyner inom området under 2019. De brister som vi har identifierat handlar om brister i ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (16 procent), dokumentation (5 procent) och systematiskt förbättringsarbete (5 procent).

Tabell 21. Genomförd tillsyn av primärvård 2016-2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Primärvård	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	381	444	331	370
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	1 043	993	974	350
Egeninitierad tillsyn	87	60	105	85

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är primärvård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

9.2.2 Underlag för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistiken över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Undantaget är helårsstatistiken om vår upplysningstjänst. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 318 lex Maria-anmälningar, 140 klagomål och 18 egeninitierade tillsyner som avslutades med kritik.

Vi har även använt andra uppgifter, till exempel uppgifter i Nationell patientenkät 2018, bemanningstrender för inhyrd personal, kunskapsunderlag från Vårdanalys och en fördjupad analys av diagnostiska fel baserat på lärdomar av händelseanalyser.

9.2.3 Primärvårdens uppdrag

Primärvård är öppenvård som tar emot patienter med alla sjukdomar, i alla åldrar och från alla patientgrupper. Primärvården ska tillgodose invånarnas behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, rehabilitering och förebyggande insatser som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvården har huvudsakligen regionerna som huvudman. Men vissa delar av primärvården har kommunen eller staten som huvudman (SOU 2019:29), exempelvis vård på särskilda boenden, inom kriminalvården och inom sluten ungdomsvård.

Det är upp till varje region att definiera vad som ska ingå i primärvårdens uppdrag. Huvuddelen av primärvården bedrivs vid någon av landets drygt 1 100 vårdcentraler (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e). Men i primärvården ingår bland annat även besök inom mödrahälsovården, på barnvårdscentralen, hos en fysioterapeut och på ungdomsmottagningar.

¹² Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

9.2.4 Två tredjedelar av befolkningen besöker primärvården varje år

Ungefär två tredjedelar av befolkningen besöker primärvården minst en gång under ett år (Vårdanalys, 2017a). Det innebär omkring 14 miljoner läkarbesök och nästan 24 miljoner besök hos andra personal-kategorier, som exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor eller fysioterapeuter (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e).

9.2.5 Primärvården har utmaningar som funnits länge och är väl kända

Primärvården är en bärande del i första linjens vård. En viktig uppgift för primärvården är att ta emot och styra breda patientströmmar med allt ifrån luftvägs- och urinvägsinfektioner till komplexa och kroniska hälsotillstånd till den vård de behöver. Primärvården är tänkt att vara basen i hälso- och sjukvården, men har tydliga och väl kända utmaningar som en mängd aktörer har uppmärksammat under lång tid. För att hantera detta, pågår en omfattande strukturreform inom vården, som i hög grad gäller primärvården.

Primärvårdens långvariga utmaningar handlar om bland annat tillgänglighet, kompetensförsörjning, informationshantering, samordning och bemanning. Även IVO har regelbundet pekat på risker och brister inom primärvården (till exempel Inspektionen för vård och omsorg, 2019a). Vi känner också som förväntat igen de iakttagelser vi gjort i år från tidigare år, och de speglar primärvårdens långvariga utmaningar.

9.2.6 Omställningen till en god och nära vård

Det pågår en strukturförändring av hälso- och sjukvårdssystemet till en god och nära vård. Förändringen strävar mot en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård (SOU 2019:29, s. 3). Omställningen har redan påbörjats och är komplex och omfattande. Den gäller inte bara primärvården i sin nuvarande form, utan berör hela hälso- och sjukvårdssystemet samt omsorgen (Inspektionen för vård och omsorg, 2019f, s. 6).

Sedan den 1 januari 2019 gäller en förstärkt vårdgaranti i primärvården, och det finns en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen som anger att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Regeringen har också nyligen beslutat om en lagrådsremiss mot bakgrund av delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39).

Även den digitala omställningen inom vården påverkar primärvården i grunden. Digitala vårdtjänster som riktas till patienter har ökat i omfattning de senaste åren. Allt fler får idag vård via dessa tjänster, både i privat och offentlig regi. Många regioner inför tjänster där människor kan få kontakt med vården digitalt, exempelvis via chatt och videomöten. Det visar den enkät som IVO skickade till alla regioner som en del av tillsynen.

Vården kommer framöver allt mer att kombinera digital och fysisk vård – så kallad digifysisk vård. Flera privata vårdgivare som tidigare bara erbjöd digitala vårdtjänster samarbetar nu med apotek, antingen genom ägarförhållanden eller organiserat samarbete på annat sätt. De digitala vårdgivarna har i vissa fall även startat egna vårdcentraler eller så har de avtal med vårdcentraler dit de kan hänvisa patienterna för exempelvis provtagning. Snart kommer patienter antagligen att ha kontakt med vården både fysiskt och digitalt, men i olika skeden av sjukdomsförloppet.

En annan utveckling är att flera regioner är på väg att införa lösningar i form av automatiserad upptagning av patientens beskrivning av sina problem (anamnesupptagning) och automatiserad prioritering av patienter till rätt vårdnivå och vårdenhet (triagering). Detta gör att vården effektivare kan styra patienter rätt så tidigt som möjligt och på så sätt bedriva vården på ett mer resurseffektivt sätt. Här har ny teknik skapat nya möjligheter. Men samtidigt kan nya risker uppstå som en konsekvens av den tekniska utvecklingen, och vårdgivarna måste därför även utveckla sitt arbete för att se till att vården är patientsäker.

IVO kommer att följa hur vården inför och använder nya tekniska lösningar, exempelvis artificiell intelligens (AI).

9.3 Det finns återkommande brister i samordning mellan primärvården och andra verksamheter

Brister i samordning är ett genomgripande problem inom svensk vård och omsorg. Det är ett mönster som vi ser även i primärvården.

Ansvar för hälso- och sjukvård delas mellan staten, regionerna och kommunerna. Det finns en omfattande sjukhusbaserad vård, ett stort antal vårdgivare i primärvården och många kommunala aktörer. Detta har gjort att samordningen och samverkan är en stor utmaning. Socialstyrelsen har konstaterat att det i alla regioner ingår i vårdcentralernas uppdrag att samverka med andra vårdnivåer och huvudmän för att samordna patientens vård och behandling (Socialstyrelsen, 2016a).

Vi ser att brister i samordning mellan primärvården och övrig specialistsjukvård är återkommande. I vår särskilda genomgång av ett urval av ärenden handlar 11 procent av ärendena om detta (33 lex Maria-anmälningar och 16 klagomål). I vår analys ser vi att brister i samordning orsakar fördröjda diagnoser och därmed fördröjd behandling. 33 procent av ärendena (13 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria och 3 klagomål) som handlar om brister i samordning i vår analys, har lett till en fördröjd diagnos.

9.3.1 Färre patienter upplever att personalen samordnar deras kontakter med vården

Den nationella patientenkäten om primärvården från 2018 visar att andelen patienter som anser att personalen samordnar deras kontakter med vården har minskat: från 74 procent 2015 till 69 procent 2018 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019b).

När patienter hänvisas mellan olika vårdinstanser utan att patientens vård samordnas i tillräcklig utsträckning känner sig patienterna mindre trygga med vården. Patienterna får då själva eller med hjälp av närstående samordna sin vård, och tvingas fungera som en brygga mellan olika vårdenheter. När vården lägger ett för stort ansvar på patienten och anhöriga blir vården inte längre god och säker.

9.3.2 Patienterna får själva ta ansvar för att föra över rätt information

I vår analys ser vi att många av de vårdgivare som IVO har kritiserat för bristande samordning upplever svårigheter med att kommunicera med andra vårdgivare. Vi ser i våra ärenden återkommande brister i hur vårdgivarna hanterar information, vilket gör det svårare för vårdgivarna att samordna vården. Det handlar om att personalen inte alltid informerar patienten om hens tillstånd, inte alltid dokumenterar i journalen på ett tydligt sätt, samt att remisser är ot tydligt skrivna. Att vårdgivarna har olika journalsystem gör det också svårare för dem att samverka. Det händer ofta att patienterna själva måste ta ansvaret att föra uppgifterna i sina journaler vidare. Vi ser också att vissa patienter behöver återberätta sin sjukdomshistoria vid varje ny vårdkontakt.

Risken för att samordningen inte fungerar ökar när en person har en komplex sjukdomsbild eller har haft flera olika vårdkontakter och remitteras till övrig specialistsjukvård. För att motverka risken behöver vården se till att det finns en tydlig vårdplanering, som anger frågor om medicinskt ansvar, behov av läkemedel, uppföljning, eventuell vidare utredning samt stöd till patient och anhöriga.

9.4 Brister i personalkontinuitet ökar risken för fördröjd, felaktig och otrygg vård för patienten

Ett övergripande problem inom svensk vård och omsorg är att få tag i personal med rätt kompetens. Det syns tydligt inom primärvården. För att patienterna ska kunna känna sig trygga och säkra är det viktigt att patienten kan ha samma läkare under en längre tid och att de även kan ha en fast vårdkontakt.

Enligt den nationella patientenkäten 2018 har hälften av patienterna (51 procent) inom primärvården fått träffa samma läkare vid varje vårdtillfälle (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019b). När flera olika läkare är inblandade i en patients vård blir det svårare för den involverade hälso- och sjukvårdspersonalen att få en helhetsbild av patienten. Risken ökar då för att vården blir fragmenterad, försenad eller uteblir.

I Sverige har cirka 40 procent av befolkningen en fast läkare, medan det i jämförbara länder är vanligt att över 90 procent har en egen läkare i primärvården (Sjögreen, 2018).

Vi ser att 10 procent av ärendena i vår analys handlar om att det brister i personalkontinuiteten och att det har lett till att patienterna har fått bristfällig och otrygg vård (39 lex Maria-anmälningar och 8 klagomål).

Bristande personalkontinuitet ökar risken för att till exempel provresultat eller remisser inte följs upp men också för att utredningar fördröjs. Den vanligaste konsekvensen av bristfällig personalkontinuitet är att patientens vårdbehov ökar väsentligt. Vi ser i ett exempel hur en patient som har varit i kontakt med flera olika läkare för olika besvär visade sig ha en tumör i njuren, något som vårdgivaren inte har sett eftersom ingen hade någon helhetsbild över patientens vårdbehov. När patienten fick sin diagnos hade sjukdomen redan hunnit sprida sig. Enligt utredningen från vårdgivaren hade patientens läkare avslutat sin tjänst och patienten hade då under en längre period träffat flera andra läkare som inte hade någon helhetsbild av patienten.

Detta händer till exempel när vårdcentralen behöver anställa hyrläkare för att de saknar ordinarie personal, men det händer också när arbetsbelastningen är hög. En hyrläkare som bara arbetar tillfälligt på en vårdinrättning har svårt att följa en patients förlopp över tid. Då riskerar resultatet att bli att ingen har ett helhetsperspektiv och helhetsansvar för patienten.

Kostnaderna för inhyrd personal i primärvården minskade i nio regioner 2019 jämfört med 2018. Men överlag ökade kostnaderna med 4 procent (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020a).

Vårdanalys uppskattar att vakansgraden inom primärvården var cirka 21 procent 2017 (Vårdanalys, 2018c). De konstaterar också att det är stora skillnader mellan vårdcentraler, där de i glesbygden har en särskilt hög vakansgrad. Ungefär hälften av vårdcentralerna uppgav att de hade någon vakans, det vill säga att vårdcentralen både hade behov av fler läkare på heltid eller deltid och hade råd att anställa dem, men av olika skäl inte kunde. Det innebär att landets vårdcentraler den 1 november 2017 hade behov av och möjlighet att anställa 1 200–1 500 heltidstjänster i primärvården i landet. Vårdanalys drar därför slutsatsen att det finns ett underskott av läkare i primärvården. Tillgången till fast bemanning är också ojämnt geografiskt fördelad, där vårdcentraler i glesbygden har lägre andel fast bemanning och klarar sin läkarförsörjning med hjälp av hyrläkare och vikarier (Vårdanalys, 2018c).

9.5 Problemen med fördröjda diagnoser finns kvar, liksom de allvarliga konsekvenser det medför

Att ställa en diagnos är en central funktion i hälso- och sjukvården. Diagnosen styr den fortsatta handläggningen av patienten. Om diagnosen fördröjs riskerar patientens vård att försenas eller helt utebli. Vi ser också att detta faktiskt sker.

I vår analys är fördröjda diagnoser det vanligaste skälet till att patienter eller närstående klagat till IVO på primärvården. Av 140 klagomål handlar 66 (47 procent) om fördröjd diagnos. Det är också den vanligaste händelsen i de lex Maria-anmälningar som kommer in till IVO där 184 av 318 lex Maria-anmälningar (58 procent) handlar om fördröjd diagnos. I ärendena handlar det framförallt om allvarliga sjukdomar som cancer och hjärtsjukdom.

Tabell 22. Fördröjd diagnos i IVO:s fördjupade analys

Fördröjd diagnos av	Lex Maria	Klagomål	Totalt
Cancer	95	34	129
Hjärtsjukdom	17	5	22
Fraktur	14	8	22
Blodpropp	10	2	12
Diabetes	7	1	8
Övrigt	41	16	57

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

När patienter får vänta på en diagnos kan de drabbas av allvarliga konsekvenser eller utsättas för stora risker. I vår analys av 250 ärenden som handlar om fördröjd diagnos i primärvården har

- 24 patienterna avlidit (15 anmälningar enligt lex Maria och 9 klagomål).
- 48 patienter fått bestående men (39 anmälningar enligt lex Maria och 9 klagomål), till exempel en psykisk eller fysisk funktionsnedsättning.
- 59 patienter fått väsentligt ökat vårdbehov (47 anmälningar enligt lex Maria och 12 klagomål), till exempel behov av utökad behandling för cancer.
- 53 patienter har fått övergående men (19 anmälningar enligt lex Maria och 34 klagomål), till exempel längre tid för rehabilitering.¹³

9.5.1 Flera bakomliggande orsaker till att diagnoser fördröjs

Det främsta skälet till att diagnoser inte upptäcks i tid är att läkaren inte gör en tillräckligt grundlig medicinsk utredning. I 50 procent av ärendena (81 lex Maria-anmälningar och 45 klagomål) som handlar om fördröjd diagnos i vår analys, handlar det om otillräckligt grundliga utredningar. Vi ser att läkare brister genom att inte tillräckligt omsorgsfullt analysera de symtom som patienten har. Det handlar också om att läkaren inte i tillräcklig omfattning överväger alternativa diagnoser. Vi ser att läkare i alltför hög grad låter blir att hänvisa eller remittera patienten till en läkare med annan specialistkompetens. Patienterna utsätts för ökade risker för att en diagnos försenas när läkare i primärvården inte ifrågasätter den första diagnosen som patienten har fått, och inte konsulterar andra specialister när det behövs.

I 24 procent av ärendena i vår analys (46 lex Maria-anmälningar och 15 klagomål) har patienterna sökt vård utan att den behandling som läkaren har kommit fram till har lett till att patienten stadigvarande har blivit bättre. Läkare bör överväga andra orsaker när patienter söker vård vid upprepade tillfällen för samma symtom, om åtgärderna som redan har satts in inte har haft önskad effekt. Vi konstaterar också att en av primärvårdens utmaningar är att säkerställa att patienterna tas på allvar så att diagnos kan ställas så tidigt så möjligt.

I vårdgivarnas egna utredningar inom lex Maria-ärendena i vårt urval pekar vårdgivarna på flera faktorer som bidrar till bristfälliga utredningar och att läkare inte remitterar patienten vidare till övrig specialistsjukvård. Vårdgivarna säger att det i första hand beror på bristande kunskap och erfarenhet. Att läkaren saknar tillräcklig kunskap och erfarenhet leder till exempel till att de inte tolkar provresultat korrekt, och att de inte kan utesluta andra möjliga diagnoser.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har under 2019 gjort en fördjupad analys om diagnostiska fel baserat på lärdomar av händelseanalyser. SKR konstaterade att diagnostiska misstag är vanligast i primärvården och på akutmottagningar, samt att misstagen oftast beror på brister i kompetens och bemanning (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019c).

I primärvården har andelen anställda under 34 år ökat från 12 till 19 procent mellan 2010 och 2018. Mellan regionerna varierar andelen från 13 till 28 procent (Kolada, u.å. a). Det betyder att primärvården över tid anställer fler läkare som saknar erfarenhet. Allt annat lika, bedömer IVO att det ökar risken för att patienter i primärvården utsätts för fördröjda diagnoser.

9.6 Ofullständiga journaler gör det svårt att följa patienternas vård och behandling

I 23 procent av ärendena i vår analys (58 lex Maria-anmälningar och 49 klagomål) ser vi att det saknas information i journaler, eller att den information som finns är ofullständig. Den vanligaste orsaken till att patientjournaler inte är kompletta i de ärenden vi granskat är att vårdpersonalen inte följer de rutiner som gäller. Ofta sker det som en följd av hög arbetsbelastning. Det kan även röra sig om att det är brist på personal eller att en vårdcentral bemannas av olika hyrläkare. Om personalomsättningen är stor eller arbetssituationen pressad finns det kanske inte alltid tid att informera ny personal om rutiner och arbetssätt.

¹³ I de resterande 66 ärendena framgår det inte vad konsekvensen blev för patienterna.

9.6.1 Patientjournalen fyller en viktig funktion

Syftet med att föra en patientjournal är i första hand att patienten ska få en god och säker vård. Vad som är dokumenterat, och hur överväganden och slutsatser kring patienten har beskrivits i journalen, har stor betydelse för vilka förutsättningar som nästa hälso- och sjukvårdspersonal eller verksamhet har för att bidra till att patienten får en sammanhängande och ändamålsenlig vård. När en patient har flera olika vårdkontakter är det viktigt att väsentlig och relevant information dokumenteras i journalen och att ingen information går förlorad när patienten får eller tar nästa vårdkontakt. Det är också viktigt att vårdpersonalen för in överväganden och olika kontroller i journalen.

9.6.2 Ofullständiga journaler kan leda till fördröjda diagnoser och att patienternas vårdbehov ökar

Vi ser att ofullständiga journaler kan leda till fördröjda diagnoser och till att patienternas vårdbehov ökar väsentligt. Av de ärenden i vår analys där det saknas information i journaler, eller där den information som finns är ofullständig, handlar 59 procent om att diagnoser fördröjs (40 lex Maria-anmälningar och 23 klagomål). 14 procent handlar om att patientens vårdbehov ökar väsentligt (12 lex Maria-anmälningar och 4 klagomål).

Ofullständiga journaler leder till att hälso- och sjukvårdspersonalen får sämre möjligheter att få en gemensam bild av patientens vård och behandling. Det innebär alltså i sin tur ökade risker för patientsäkerheten. Ett exempel kan vara när en läkare inte agerar på ett remissvar, och inte heller dokumenterar ordentligt i journalen. Det kan leda till att patienten hinner bli ännu sjukare innan hen får effektiv behandling.

Exempel på information som vi ser ofta saknas i patientjournalerna är resultaten av olika provsvar, vilka överväganden läkaren har gjort och vilka läkemedel läkaren har skrivit ut åt patienten. När läkaren inte meddelar patienten resultaten av provsvar och inte tar ställning till resultaten får patienten själv kontakta sin vårdcentral för att få ett svar. Det leder till att patienten blir frustrerad och orolig. Patientjournalerna måste också innehålla väsentliga uppgifter om patienternas hälsotillstånd samt personalens bedömningar och ställningstaganden. Det är också viktigt att alla ordinationer journalförs för att vården ska vara säker.

9.7 Det finns förutsättningar för en patientsäker vård i digitala vårdtjänster

Digitala vårdtjänster inom primärvården har ökat i omfattning de senaste åren. Allt fler får idag vård via dessa tjänster, både i privat och offentlig regi.

IVO har granskat 13 vårdgivare som erbjuder digital vård inom primärvården (Inspektionen för vård och omsorg, 2019j). Granskningen visar att vårdgivarna tar hänsyn till de särskilda förutsättningar och risker som finns när vården ges digitalt. Det innebär att det finns förutsättningar för att vården ska vara patientsäker. IVO har också sett att vårdgivare som erbjuder digital vård inom primärvården hänvisar patienterna till fysisk vård när det så behövs, och att vårdgivarna i de flesta fall följer riktlinjerna när de skriver ut läkemedel.

Hur den digitala primärvården kompletterar den fysiska – både genom renodlat digitala vårdgivare och den ökande andelen vårdgivare som kan ge en kombination av digital och fysisk vård – påverkar primärvårdens tillgänglighet och arbetssätt. Detta ger stora möjligheter till bättre tillgänglighet, men det ställer också frågor om hur kontinuitet, informationsdelning och sammanhållen vård kan uppnås. Den digitala omställningen inom vård och omsorg är något IVO kommer att följa noga.



10 Akutmottagningar och prehospital vård

Den akuta och prehospitala vården påverkas direkt av hur den övriga vården och omsorgen fungerar, samt hur övergångarna fungerar mellan olika verksamheter och huvudmän. Vårdens gemensamma utmaningar som rör samordning och kompetensförsörjning syns därför tydligt inom akutsjukvården. Det övriga sjukhuset är i sin tur beroende av en väl fungerande akutmottagning. IVO ser exempelvis att AT-läkare tjänstgör på akutmottagningarna utan handledning från erfarna läkare. Det kan få allvarliga konsekvenser för patienterna, som att de får sin diagnos eller vård senare, eller får en felaktig diagnos eller fel vård. Väntetiderna på sjukhusens akutmottagningar fortsätter att vara en nationell utmaning.

10.1 Iakttagelser för 2019

- **Det fortsätter att vara långa väntetider på sjukhusens akutmottagningar.**

Trots att antalet besök på landets akutmottagningar har minskat något så fortsätter den totala tiden patienterna vistas på akutmottagningen att öka, enligt Socialstyrelsens uppföljning. Tiden har ökat från 3 timmar och 21 minuter 2015/2016 till 3 timmar och 39 minuter 2017/2018. IVO konstaterar att väntetiderna på sjukhusens akutmottagningar fortfarande är en nationell utmaning för sjukvården. Akutmottagningen blir för de patienter som väntar på vårdplatser på sjukhusavdelningarna en vårdavdelning. Men akutmottagningen är inte bemannad för detta, och därför skapar situationen risker för patientsäkerheten och stress för personalen. Det gäller särskilt när många personer kommer till en akutmottagning samtidigt som andra personer redan har väntat länge på akutmottagningen.

- **Oerfarna AT-läkare får arbeta självständigt och utan handledning på akutmottagningar.**

Det innebär risker för patientsäkerheten att AT-läkare arbetar självständigt på akutmottagningar utan handledning av legitimerade läkare och utan den erfarenhet som krävs. Denna risksituation har flera aktörer lyft fram under lång tid (Vårdanalys, 2018a; Sveriges Yngre Läkares Förbund, 2019). Att AT-läkare får arbeta på detta sätt kan få allvarliga konsekvenser för patienterna, till exempel fördröjd eller felaktig diagnos och vård. Bland 135 lex Maria-anmälningar i vår analys handlade 12 procent (16 av 135) om att AT-läkare självständigt förväntats klara av det arbete som utförs av legitimerade läkare.

- **Bristande kommunikation är den vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar.**

Vi ser att kommunikationen mellan de som är inblandade i att ge patienten vård brister, framför allt i överlämningar mellan olika delar av vården. Det är något som vi har sett länge. Bland de lex Maria-anmälningar om akutmottagningar i vår analys, handlade 30 procent (41 av 135) om bristande kommunikation. Inom akutsjukvården är vårdförloppen ofta pressade och det sker flera överlämningar, till exempel från prehospital vård till akutmottagning och vidare till vårdavdelning. Kommunikationen är avgörande för att patienterna ska förstå den information de får och för att kunna vara delaktiga i planeringen av sin fortsatta vård. Dessutom är god kommunikation avgörande för att överlämningar mellan olika arbetsskift ska fungera, liksom överlämningen mellan personalen i ambulansen och personalen på akutmottagningen.

- **Brister i dokumentation är den näst vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar.**

God dokumentation är också nödvändig för att upprätthålla patientsäkerhet. Knappt 30 procent (28 av 135) av de lex Maria-anmälningar om akutmottagningar som IVO har analyserat, handlar om bristande dokumentation. I vissa fall saknas tillräcklig dokumentation om de patienter som får stanna kvar på en akutmottagning en längre tid på grund av att det inte finns plats på vårdavdelningarna. Vårdgivaren riskerar därför att missa information som är viktig för patientens fortsatta vård.

Akutmottagningarnas situation påverkas direkt av hur andra delar av hälso- och sjukvården samt omsorgen fungerar. Akut sjuka patienter som behöver slutenvård blir kvar på akutmottagningen om det inte finns plats för dem på avdelningarna. Eftersom tillgängligheten i primärvården inte är tillräckligt bra söker sig personer som skulle kunna få hjälp där i stället till akutmottagningarna.

Vårdens stora utmaningar kring samordning och kompetensförsörjning syns tydligt inom akutsjukvården. Vi ser att övergripande problem med kommunikation och dokumentation återkommer inom akutsjukvården.

10.2 Bakgrund

10.2.1 IVO:s tillsyn av akutmottagningar och prehospital vård

IVO ansvarar för tillsyn av akutmottagningar och prehospital vård. Vi granskar utifrån de riskbedömningar och riskanalyser vi gör. Det gäller på alla nivåer från huvudmän till enskilda verksamheter och legitimerad personal. Vi tar emot och granskar lex Maria-anmälningar. Patienter och deras närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen. IVO har också tillsyn över legitimerad personal, till exempel sjuksköterskor och läkare.

Under 2019 utredde IVO 73 klagomålsärenden som gäller akutmottagningar. I drygt hälften riktade vi kritik. Nästan alla beslut med kritik handlar om vård och behandling eller diagnosticering.

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst. Under 2019 har vi tagit emot 663 synpunkter och frågor som gäller akutmottagning och prehospital vård. Det är en minskning med 6 procent jämfört med 2018. En överväldigande majoritet (79 procent) av frågorna rör akutsjukvården.¹⁴

IVO fattade 2019 beslut i 165 lex Maria-anmälningar som gäller akutmottagningar. Det är en ökning med 30 procent jämfört med 2017. Av alla anmälningar handlade närmare 44 procent om diagnosticering och 41 procent om vård och behandling. Informationsöverföring och tillsyn och övervakning utgör en mindre andel av anmälningarna.

Under 2019 utredde IVO 26 klagomålsärenden som gäller prehospital vård. IVO riktade kritik i 60 procent av dessa klagomål. Kritiken handlar i första hand om brister i vård och behandling. Ett fåtal ärenden handlar om brister i samband med prioritering och transport.

År 2019 har IVO fattat beslut i 44 lex-Maria-ärenden som gäller prehospital vård. Knappt hälften (47 procent) av alla anmälningar handlar om brister i diagnosticering eller vård och behandling. IVO har också fått in flera anmälningar som gäller brister i prioritering (25 procent) och rådgivning (16 procent). Drygt 65 procent av anmälningarna kommer från ambulansverksamheten.

Tabell 23. Genomförd tillsyn av akutmottagning 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Akutmottagning	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	133	127	150	165
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	259	399	335	73
Egeninitierad tillsyn	27	78	32	27

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är akutmottagning.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Tabell 24. Genomförd tillsyn av prehospital vård, 2016 – 2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Prehospital vård	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	41	50	34	44
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	78	76	70	26
Egeninitierad tillsyn	14	9	8	5

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är prehospital vård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

14 Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

10.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Undantaget är helårsstatistiken om vår upplysningstjänst. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort en innehållsanalys av 135 lex Maria-anmälningar inom akutmottagningar och 36 lex Maria-anmälningar inom prehospital vård. Samtliga har avslutats under perioden från den 1 januari till 3 oktober 2019. Vi har också använt oss av Sveriges Yngre Läkares Förenings (SYLF) AT-rankning för 2019 och Vårdanalys kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning.

10.2.3 Akutsjukvårdens och den prehospitala vårdens uppdrag

Akutsjukvård är den medicinska specialitet som innefattar akuta, oplanerade patienter med sjukdomar eller skador som kräver omedelbar insats av vården i prehospitalt arbete, på akutmottagning och intensivvårdsavdelningar. Akutmottagningarna har ett stort inflöde av patienter dygnet runt. Det kan vara livsavgörande för en akut sjuk person att snabbt få vård. Det är lika viktigt att personen kan känna sig trygg och säker på att få god vård. Varje år besöker omkring 1,3 miljoner en akutmottagning på ett akutsjukhus, vilket motsvarar var sjätte person i vuxen ålder (Vårdanalys, 2018a, s. 7).

Prehospital akutsjukvård omfattar de omedelbara medicinska åtgärder som hälso- och sjukvårdspersonal genomför utanför sjukhusen (Socialstyrelsen, 2009). Det vi redovisar i detta avsnitt gäller den verksamhet som ambulansverksamheten och larmcentraler utför. Under de senaste åren har cirka 3 miljoner samtal besvarats årligen av Sveriges nödnummer 112. År 2018 rörde 44 procent av de 3,2 miljoner samtalen till 112 vård (SOS Alarm, 2019, s. 27).

10.3 Det fortsätter att vara långa väntetider på sjukhusens akutmottagningar

Mellan 2015 och 2018 ökade den totala genomsnittliga vistelsetiden på akutmottagningarna i Sverige med 18 minuter, från 3 timmar och 21 minuter 2015/2016 till 3 timmar och 39 minuter 2017/2018. När det gäller de som får vänta längst fick var tionde patient 2017/2018 vänta 7 timmar och 52 minuter eller längre. Det är en ökning med 50 minuter jämfört med 2015/2016. Skillnaderna i vistelsetid mellan olika akutmottagningar är betydande. (Socialstyrelsen, 2019b, s. 23f).

Det är stor skillnad mellan olika akutmottagningar när det gäller hur länge en patient får vänta på att få en första läkarbedömning, från det att de kommer till akutmottagningen. Men väntetiden till en första läkarbedömning har inte förändrats under perioden (Socialstyrelsen, 2019b, s. 30). Äldre patienter tillbringar längre tid på akutmottagningen än yngre patienter (Socialstyrelsen, 2019a).

Akutmottagningen blir en vårdavdelning för de patienter som väntar på vårdplatser på sjukhusavdelningarna. Akutmottagningen är inte bemannad för detta, och därför leder situationen till risker för patientsäkerheten och stress för personalen. Det gäller särskilt när många personer kommer till en akutmottagning samtidigt som det är personer som redan har väntat länge där (Socialstyrelsen, 2017b). IVO har identifierat patientsäkerhetsrisker för patienter som väntar på en vårdplats inom områdena medicinsk övervakning, administration av läkemedel, tillsyn, omvårdnad, nutrition, fallrisk och trycksår. Dessutom innebär bristande dokumentation risker, till exempel bristande dokumentation av viktiga mätvärden, som blodtryck med mera.

10.3.1 Verksamhetschefer rapporterar om brist på personal med rätt kompetens

En del av akutmottagningarnas problem har att göra med tillgången och efterfrågan på personal.

Hela 34 procent av verksamhetscheferna på landets samtliga akutmottagningar med inriktning medicin och kirurgi bedömer att deras verksamheter saknar eller till viss del saknar det antal sjuksköterskor som krävs för att möta vårdbehovet. Det visar en enkätundersökning som Socialstyrelsen genomförde 2018. Motsvarande siffror när det gäller specialistsjuksköterskor och läkare är 33 procent respektive 23 procent (Socialstyrelsen, 2018a).

10.4 Oerfarna AT-läkare får arbeta självständigt och utan handledning på akutmottagningar

En akutmottagning behöver bred kompetens under hela dygnet för att kunna ta hand om de människor som söker vård akut och för mycket varierande sjukdomstillstånd. 2015 fattade IVO ett principiellt beslut som handlar om att det inte är förenligt med god och säker vård att läkare som är under utbildning, eller som inte har påbörjat allmäntjänstgöring, arbetar självständigt vid akutmottagningar utan tillgång till legitimerade läkare på plats.

Allmäntjänstgöring (AT)

AT-läkare är läkare som har en tidsbegränsad anställning under handledning, så kallad allmäntjänstgöring (AT).

Fullgjord allmäntjänstgöring är ett krav för att få legitimation. Systemet med AT-tjänstgöring kommer att fasas ut. Under 2020 införs bastjänstgöring (BT) och 2021 sjösätts en uppdaterad läkarutbildning.

Flera aktörer har många gånger påpekat att oerfarna läkare, som AT-läkare, lämnas ensamma utan handledning på akutmottagningar (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a; Vårdanalys, 2018a; Socialstyrelsen, 2018a).

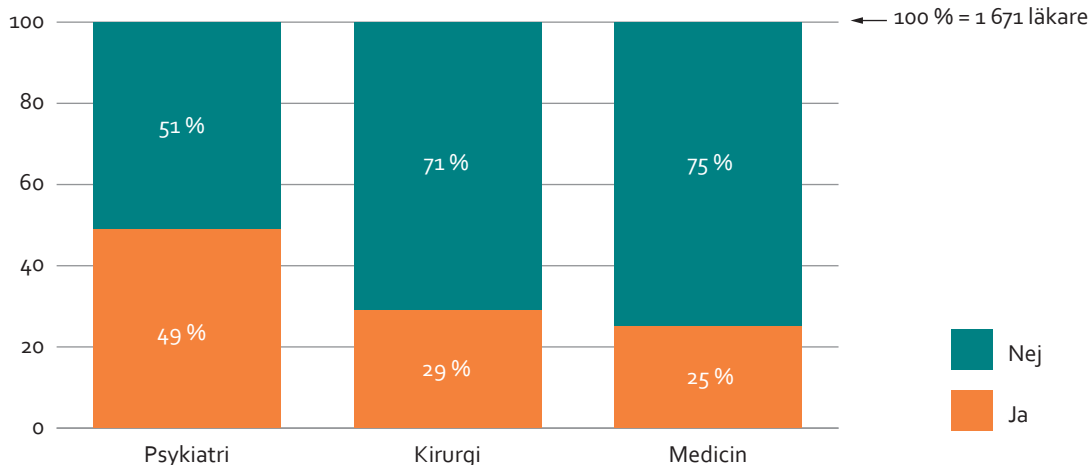
I Vårdanalys enkät från 2018 till verksamhetsföreträdare för samtliga akutmottagningar i Sverige svarade 40 procent (23 akutmottagningar) att det under den senaste månaden har förekommit att icke-legitimerade läkare har tjänstgjort som enda läkare på akutmottagningen (Vårdanalys, 2018a, s. 106). Resultaten från enkäten tyder på att problemet med ensamarbetande AT-läkare är mest omfattande vid mindre sjukhus. På akutmottagningar med befolkningsunderlag på under 50 000 personer har det förekommit att icke-legitimerade läkare tjänstgjort ensamma i 60 procent av fallen. Enkäten hade en svarsfrekvens på 84 procent.

Sveriges Yngre Läkares Förenings (SYLF) årliga ranking av kvaliteten på läkarnas allmäntjänstgöring visade 2019 att var fjärde AT-läkare går ensam primärjour på akuten utan att den legitimerade läkare som är ansvarig för patienten finns tillgänglig.¹⁵ Problemet är mest omfattande vid akuta psykiatrikliniker där varannan AT-läkare har tjänstgjort ensam. Inom kirurgi och medicin har 29 respektive 25 procent av AT-läkarna tjänstgjort som ensam primärjour på akuten utan närvaro av legitimerad kollega (Sveriges Yngre Läkares Förbund, 2019).

¹⁵ SYLF skickar ut enkäten till SYLF:s medlemmar. Även övriga AT-läkare kan besvara enkäten. AT-rankingen baseras på de 47 procent som besvarade hela enkäten. SYLF anger inget om enkätens täckningsgrad, sett till alla AT-läkare i riket, eller svarsfrekvens för AT-läkare som inte är medlemmar i SYLF.

Figur 10. Andel som tjänstgjort som ensam primärjour på akuten uppdelat per avsnitt, 2018

Har du tjänstgjort som ensam primärjour på akuten utan närvaro av patientansvarig kollega under någon av placeringarna?



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Av de 135 lex Maria-ärendena som IVO har avslutat under perioden den 1 januari till och med den 3 oktober 2019 inom området akutmottagningar handlar 16 beslut (12 procent) om att en AT-läkare självständigt förväntas klara av det arbete som utförs av legitimerade läkare. Några konsekvenser av detta har till exempel blivit att patienter inte får rätt diagnoser, att symtom misstolkas och att patienter skickas hem för tidigt.

Även den prehospitala vården har länge haft svårt att se till att personalen har rätt kompetens. Av de 36 lex Maria-ärendena som IVO har avslutat under perioden den 1 januari till och med den 3 oktober 2019 inom området prehospital vård handlar 20 beslut (56 procent) om att ambulanspersonalen inte har tillräcklig kompetens.

10.5 Bristande kommunikation är den vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar

Det är en utmaning att se till att kommunikationen fungerar när en patient överlämnas från en del av vården till en annan. Inom akutsjukvården förekommer det många och ofta snabba vårdövergångar. Därför blir eventuella brister i kommunikationen särskilt tydliga. Det gäller både kommunikationen mellan sjukvårdspersonal och sjukvårdspersonal samt kommunikationen mellan sjukvårdspersonalen och patienterna eller deras närstående.

Nationell patientenkät visar att 20–40 procent av de patienter som har besökt en akutmottagning är missnöjda med informationen från vården. Konsekvenserna av bristande kommunikation kan bli allvarliga. Patientsäkerhetsexperter, chefsläkare och professionsföreträdare säger i en enkätundersökning att bristande kommunikation och informationsöverföring var den vanligaste risken för vårdskada (Socialstyrelsen, 2018a).

I vår fördjupade granskning av 135 anmälningar ser vi att 41 (30 procent) av besluten handlar om incidenter som skett med anledning av kommunikationsbrister.

10.6 Bristande dokumentation är den näst vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar

Bristande dokumentation är den näst vanligaste orsaken bakom de lex Maria-anmälningar som vi har analyserat. Av de 135 anmälningarna handlar 31 (29 procent) om dokumentation. Vi ser att bristande dokumentation av vitalparametrar (exempelvis puls, blodtryck, andningsfrekvens, och kroppstemperatur) kan resultera i omvårdnadsbrister och försämra den medicinska vården. När dokumentationen brister blir det också svårare att göra en adekvat uppföljning av patienten.

28 av de 135 anmälningar (29 procent) inom området akutmottagningar, handlar om bristande dokumentation. Det kan till exempel handla om patienter som ligger med överfyllda urinblåsor där kontroller glöms bort, bland annat för att den skriftliga överrapporteringen vid personalbyte har missats.



11 Somatisk specialistsjukvård

Den somatiska specialistsjukvården har sedan flera år stora utmaningar med kompetensförsörjning och brist på vårdplatser. Svårigheter att rekrytera medarbetare med rätt kompetens och att använda den befintliga personalen resurseffektivt leder bland annat till att patienter kan få vänta längre på diagnostisering och behandling. Det kan också innebära att personer vårdas på annan avdelning än där specialistkompetens finns. IVO ser även återkommande brister i administration, kommunikation och dokumentation. Det handlar bland annat om bristande hantering och uppföljning av remisser och provsvar.

11.1 Iakttagelser för 2019

- **Utmaningar med kompetensförsörjning och brist på vårdplatser innebär högre risk för vårdskador.**

Kompetensförsörjning och brist på vårdplatser fortsätter att vara en utmaning för den somatiska specialistsjukvården. Det innebär att risken för vårdskador är förhöjd. Samtidigt som antalet vårdplatser har minskat har antalet överbeläggningar och utlokaliseringar ökat. Patienter som vårdas utlokaliserade till annan avdelning än där rätt specialistkompetens finns har en 60–70 procent högre frekvens av vårdskador än patienter som inte är utlokaliserade. Den bristande tillgängligheten leder till fördröjd diagnostisering och behandling. IVO ser bland annat ökade risker vid flytt inom och utskrivning från intensivvården, allvarliga konsekvenser i förlossningsvården och långa väntetider och bristande behandlingar inom ögonsjukvården.

- **Brister i prevention, omvårdnad och övervakning ger ökad risk för fallolyckor och överfyllda urinblåsor.**

Vi ser att patienter skadas under tiden de vårdas i den somatiska specialistsjukvården på grund av att verksamheterna brister i prevention, omvårdnad och övervakning. De vårdrelaterade skadorna har i många fall sin grund i att nödvändiga preventiva åtgärder inte genomförs. Vi uppmärksammar särskilt fallolyckor, som drabbar en av hundra patienter i den somatiska specialistsjukvården. Fallolyckor förekommer i vår analys i 50 av 531 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria (9 procent), 13 av 248 klagomål (5 procent) och 7 av 89 initiativärenden (8 procent). Vi pekar också på problem med överfyllda urinblåsor, vilket har ökat med nästan 40 procent inom slutenvården de senaste fyra åren.

- **Patienter drabbas av allvarliga vårdskador när hanteringen av läkemedel brister.**

Knappt 1,5 procent av vårdtillfällena som ingår i Sveriges Kommuner och Regioners markörbaserade journalgranskningar leder till att patienter får en läkemedelsrelaterad skada. Frekvensen är stabil över tid. I vår fördjupade analys ser vi att cirka 27 procent av alla ärenden inom barnmedicin handlar om bristande läkemedelshantering, det vill säga när läkemedel förväxlas, doseras eller delas ut felaktigt. Totalt har vi i vårt underlag 84 av 531 lex Maria-anmälningar (16 procent), 30 av 248 klagomål (12 procent) och 6 av 89 initiativärenden (7 procent) som handlar om bristande läkemedelshantering. Vi ser flera fall av allvarliga vårdskador när hanteringen av blodförtunnande läkemedel har brustit, med exempel på att patienter har drabbats av stroke, permanenta hjärnskador och att patienter har avlidit.

- **Återkommande brister i administration, kommunikation och dokumentation.**

Brister i administration, kommunikation och dokumentation förekommer i ett stort antal ärenden i vår analys. Med administration menar vi i det här sammanhanget alla former av administrativt arbete, till exempel dokumentation, journalföring, remisshantering och hantering av provsvar. I 24 procent av lex Maria-anmälningarna inom kirurgin och 22 procent av lex Maria-anmälningarna inom invärtesmedicin finns någon form av dokumentationsbrist. Totalt har vi i vår analys 122 av 531 lex Maria-anmälningar (23 procent), 74 av 248 klagomål (30 procent) och 11 av 89 initiativärenden (12 procent) som rör bristande dokumentation. Det är också något som vi har rapporterat om tidigare år. Utifrån IVO:s analys pekar vi bland annat på bristande hantering och uppföljning av remisser och provsvar.

11.2 Bakgrund

11.2.1 IVO:s tillsyn av den somatiska specialistsjukvården

IVO ansvarar för tillsyn av den somatiska specialistsjukvården och den legitimerade personal som arbetar där. Vi inleder tillsyn vid indikationer på allvarliga risker. Vi tar emot och granskar lex Maria-anmälningar. Patienter och deras närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen.

Under 2019 utredde IVO totalt 579 klagomål som rör den somatiska specialistsjukvården. Majoriteten (58 procent) gäller verksamhetstypen kirurgi följt av invärtesmedicin (36 procent) och barnmedicin (6 procent). I drygt hälften riktade myndigheten kritik. Kritiken gäller främst brister i vård och behandling (73 procent) och diagnostisering (24 procent). En mindre del gäller brister i informationsöverföring, dokumentation och läkemedelshantering.

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst. Under 2019 har vi tagit emot 1 939 synpunkter och frågor som rör den somatiska vården. Det är en ökning med 11 procent jämfört med 2018.¹⁶

IVO fattade beslut i 680 lex Maria-anmälningar. Inom kirurgin ser vi en minskning med drygt 20 procent jämfört med 2018. Av alla anmälningar gäller knappt 60 procent brister i diagnostisering eller vård och behandling. Relativt stor andel av anmälningarna gäller brister i läkemedelshantering (13 procent) och informationsöverföring (8 procent). Knappt en fjärdedel av ärendena inom invärtesmedicin handlar om fall eller fallskador. Inom barnmedicin handlar var tredje ärende om brister i läkemedelshantering. Knappt 50 procent av anmälningarna som kom från kirurgin gällde obstetrik och gynekologi, ortopedi och anesthesi- och intensivvård.

Tabell 25. Genomförd tillsyn av somatisk specialistsjukvård: barnmedicin 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Somatik: barnmedicin	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	61	54	58	43
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	87	88	75	29
Egeninitierade tillsyner	6	7	10	12

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är somatisk specialistsjukvård barnmedicin.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Tabell 26. Genomförd tillsyn av somatisk specialistsjukvård: invärtesmedicin 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Somatik: invärtesmedicin	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	195	297	236	244
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	401	449	390	148
Egeninitierade tillsyner	31	18	34	40

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är somatisk specialistsjukvård invärtesmedicin.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

¹⁶ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

Tabell 27. Genomförd tillsyn av somatisk specialistsjukvård: kirurgi 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Somatik: kirurgi	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	409	508	503	393
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	1 261	1 262	1 102	402
Egeninitierade tillsyner	87	31	60	74

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är somatisk specialistsjukvård kirurgi.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

11.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Uppgifter från upplysningstjänsten är för helåret. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 531 lex Maria-anmälningar (325 inom verksamhetsområdet kirurgi, 183 inom invärtesmedicin och 23 inom barnmedicin), 248 enskilda klagomål där IVO har riktat kritik (198 inom verksamhetsområdet kirurgi, 44 inom invärtesmedicin och 6 inom barnmedicin) och 89 av IVO:s egeninitierade tillsyner (53 inom verksamhetsområdet kirurgi, 24 inom invärtesmedicin och 12 inom barnmedicin). Samtliga har avslutats under perioden den 1 januari till och med den 3 oktober 2019. Vi har också gått igenom andra offentliga uppgifter från exempelvis Socialstyrelsens statistikdatabas, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

11.2.3 Den somatiska specialistsjukvården svarar för en stor del av hälso- och sjukvårdskostnaderna

Den somatiska (kroppsliga) specialistsjukvården omfattar både medicinska och kirurgiska specialiteter. Vården bedrivs framförallt på sjukhus och specialistmottagningar och svarar för en stor del av Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e).

Antalet hälso- och sjukvårdsbesök inom den somatiska specialistsjukvården har under de senaste två åren legat på ungefär samma nivå (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e). I Sverige och i övriga stater i Europeiska Unionen har den somatiska specialistsjukvården gått över från slutna till öppna vårdformer, som ett led i att effektivisera vården. Det innebär att den genomsnittliga vårdtiden har blivit kortare och att behandlingar som tidigare gjordes inom slutenvården i större utsträckning nu görs inom öppenvården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d).

11.3 Utmaningar med kompetensförsörjning och brist på vårdplatser innebär högre risk för vårdskador

Vi har under flera år sett att den somatiska specialistsjukvården har stora utmaningar med kompetensförsörjning och med brister på vårdplatser. Vi bedömer därför att risken för vårdskador fortfarande är högre än vad de borde vara. Utifrån vår analys pekar vi särskilt på oönskade konsekvenser i intensivvården, förlossningsvården och ögonsjukvården.

11.3.1 Antalet disponibla vårdplatser minskar

Mellan 2008 och 2018 har antalet disponibla vårdplatser inom den specialiserade somatiska vården minskat med cirka 3 procent varje år (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e). Delvis kan detta förklaras med att utvecklingen av behandlingsmetoder i vården minskat behovet av slutenvård för många patientgrupper. Socialstyrelsen konstaterar att effekterna av detta har minskat på senare år (Socialstyrelsen, 2019x, s. 81). En annan anledning till att antalet vårdplatser har minskat är brist på personal med rätt kompetens. Det är väl känt att regionerna rapporterar om brist på personal inom flera yrkeskategorier (Socialstyrelsen, 2019w).

När antalet disponibla vårdplatser inte motsvarar behoven behöver patienter vårdas på avdelningar som inte alltid har en fysisk utformning, utrustning eller bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Ett annat sätt att uttrycka det är att svårigheter att rekrytera nya medarbetare med rätt kompetens och svårigheterna med att använda den befintliga personalen resurseffektivt leder till att patienterna snarare får vård efter resursutrymme än efter behov (Socialstyrelsen, 2019x, s. 81).

Vårdplats, överbeläggning och utlokalisering

Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Överbeläggning är en händelse när en inskriven patient vårdas på vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats.

En utlokaliserad patient är inskriven och vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

11.3.2 Överbeläggningar och utlokaliseringar har ökat

Samtidigt som antal disponibla vårdplatser har minskat har antalet överbeläggningar ökat. Under perioden 2013–2018 har riksgenomsnittet för överbeläggningar ökat från 2,8 till 4,3 per 100 disponibla vårdplatser. Dessutom behöver patienter också vårdas utlokaliserat, vilket betyder att patienter är inskrivna och vårdas på andra vårdenheter än de som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienterna. Utlokaliseringarna har också ökat, från 1,4 till 2,1 per 100 disponibla vårdplatser under samma tidsperiod (Socialstyrelsen, 2019x).

11.3.3 Ökad risk för vårdskador när patienter utlokaliseras

Patienter drabbas av vårdskador som skulle kunna undvikas i den somatiska specialistsjukvården vid cirka 8 procent av vårdtillfällena (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d). Det finns tecken på förbättring. SKR rapporterar att en statistiskt säkerställd minskning av andelen vårdtillfällen med skador och vårdskador syns mellan 2013 och 2018. Men fortfarande drabbas ändå cirka 100 000 patienter på svenska sjukhus varje år av vårdskador.

Patienter som vårdas utlokaliserat har en 60–70 procent högre frekvens av vårdskador än patienter som inte är utlokaliserade (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e). Skillnaden i andelen skador mellan utlokaliserade patienter och patienter som inte är utlokaliserade har minskat, trots att andelen tillfällen där en patient vårdas utlokaliserat har ökat. År 2015–2018 har ej utlokaliserade patienter drabbats av vårdskador i 6,8–7,4 procent av vårdtillfällen. Motsvarande uppgifter för utlokaliserade patienter har varierat mellan 6,8–15,0 procent under samma tidsperiod (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e).

Som åtgärder för att stärka patientsäkerheten för utlokaliserade patienter uppger verksamheterna bland annat att de har utökat sin bemanning, förtydligat ansvarsförhållanden för utlokaliserade patienter, samt att de har genomfört utbildningsinsatser.

11.3.4 Nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter

IVO genomför i skrivande stund en nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter inom den somatiska specialistsjukvården. Syftet med tillsynen är att bidra till minskad risk för vårdskador hos de utlokaliserade patienterna, öka kunskapen om förhöjda risker för vårdskador och bidra till att vården utlokaliserar färre patienter. Vi har samlat in erfarenheter från patient- och anhörigorganisationer och granskat 23 sjukhus med stort antal utlokaliserade patienter. Vi har också haft dialog med fem sjukhus med utlokaliserade patienter, för att få mer kunskap om vad sjukhusen har gjort för att minska behovet av att utlokalisera patienter.

I skrivande stund har vi fattat och expedierat 17 av 23 beslut för de granskade sjukhusen. Vid 15 sjukhus har vi funnit brister och utgår från att vårdgivaren vidtar nödvändiga åtgärder. Vid två sjukhus har vi funnit brister och krävt att vårdgivaren redovisar vilka åtgärder de planerar att genomföra. Våra preliminära iakttagelser är:

- De granskade vårdgivarna bedömer inte alls, eller endast till viss del risker för att händelser skulle kunna inträffa specifikt för de utlokaliserade patienterna och som skulle kunna leda till brister i verksamhetens kvalitet.
- De granskade vårdgivarna följer inte alls eller endast till viss del upp, utvärderar och kontrollerar patientsäkerhetsriskerna specifikt för de utlokaliserade patienterna.
- De granskade vårdgivarna sammanställer och analyserar inte rapporter, klagomål och synpunkter som specifikt rör de utlokaliserade patienternas vård.

Iakttagelserna tyder på att en del av de granskade vårdgivarna inte planerar, leder och kontrollerar verksamhetens kvalitet när det gäller utlokaliserade patienter på ett tillfredsställande sätt.

11.3.5 Bristande tillgänglighet leder till fördröjd diagnostisering och behandling

Utmaningarna med kompetensförsörjning och antal vårdplatser leder också till att patienterna kan få vänta längre på diagnostisering eller behandling. Vårdköerna och väntetiderna är fortfarande långa i Sverige (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019i).

Antalet patienter som har väntat 90 dagar eller längre på ett första besök till specialistmottagning eller en operation eller åtgärd efter bedömning av specialist har ökat kraftigt mellan 2011 och 2019. Vid utjämnning med 12 månaders glidande medelvärde¹⁷ har antalet som väntar 90 dagar eller längre på första besök och operation/åtgärd mer än fördubblats under perioden.

Även SKR:s öppna jämförelser pekar på att tillgängligheten brister. SKR visar att volymen besök och behandlingar för specialistsjukvård visserligen har ökat, men inte i den takt som behövs. Antalet operationer och besök har ökat med 3 respektive 17 procent mellan åren 2013 och 2018. Antalet patienter som väntar på vård har ökat än mer: 28 procent för besök och drygt 40 procent för operationer (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d, s. 24).

IVO bedömer att bemannings- och vårdplatsbrist leder till att patienter kan skickas hem eller till en lägre vårdnivå utan adekvat bedömning, exempelvis till primärvård. Det som anmäls mest till Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (Löf) är skador som inträffar i samband med operation, därefter kommer försenade eller uteblivna diagnoser (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, 2019).

11.3.6 Ökade risker vid flytt inom och utskrivning från intensivvården

Antalet flyttar av allvarligt sjuka patienter från en intensivvårdsavdelning till en annan intensivvårdsavdelning på grund av resursbrist har nästan tredubblats sedan 2009, men antalet varierar kraftigt mellan olika sjukhus och regioner (Svenska intensivvårdsregistret, 2019).

Det är riskfyllt att flytta patienter som är så pass sjuka att de behöver intensivvård. En sådan flytt är ofta förenad med längre vårdtid, samt oro och stress för patienterna (Sjukhusläkaren, 2019). Dessutom är risken att dö inom 30 dagar efter utskrivning från en intensivvårdsavdelning större, om orsaken till utskrivningen har varit resursbrist än om orsaken till utskrivning har varit något annat (Svenska intensivvårdsregistret, 2019, s. 22).

¹⁷ Glidande medelvärde används för att justera för säsongsvariationer och tydligare visa trend.

11.3.7 Allvarliga konsekvenser i förlossningsvården

Förlossningsvården är ett verksamhetsområde som är hårt drabbat av bemannings- och vårdplatsbrist. Det leder till bland annat till otillräcklig övervakning och brister i dokumentationen. Vi ser exempel på att förlossningsplaner inte upprättas i samband med en uppkommen komplikation och även exempel på att planerna inte följs. Det kan i sin tur leda till allvarliga risker för patientsäkerheten, som syrebrist för fostret på grund av otillräcklig fosterljudsövervakning. Den höga vårdtyngden leder bland annat till att föräldrarna blir osäkra och till att vården under pågående förlossning inte tar hänsyn till deras önskemål. Detta bekräftas av intervjuer som Vårdanalys har gjort (Vårdanalys, 2018d). Där framgår att det finns utmaningar inom förlossningsvården när det gäller bemötande och kommunikation och att det saknas kunskap om vad som är bra förlossningsvård ur ett individperspektiv.

Av de totalt 53 initiativärendena inom kirurgin som ingår i vår analys rör fem förlossningsvården (9 procent). Till IVO har det under 2019 kommit in 30 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria och 24 klagomål som rör förlossningsvården.

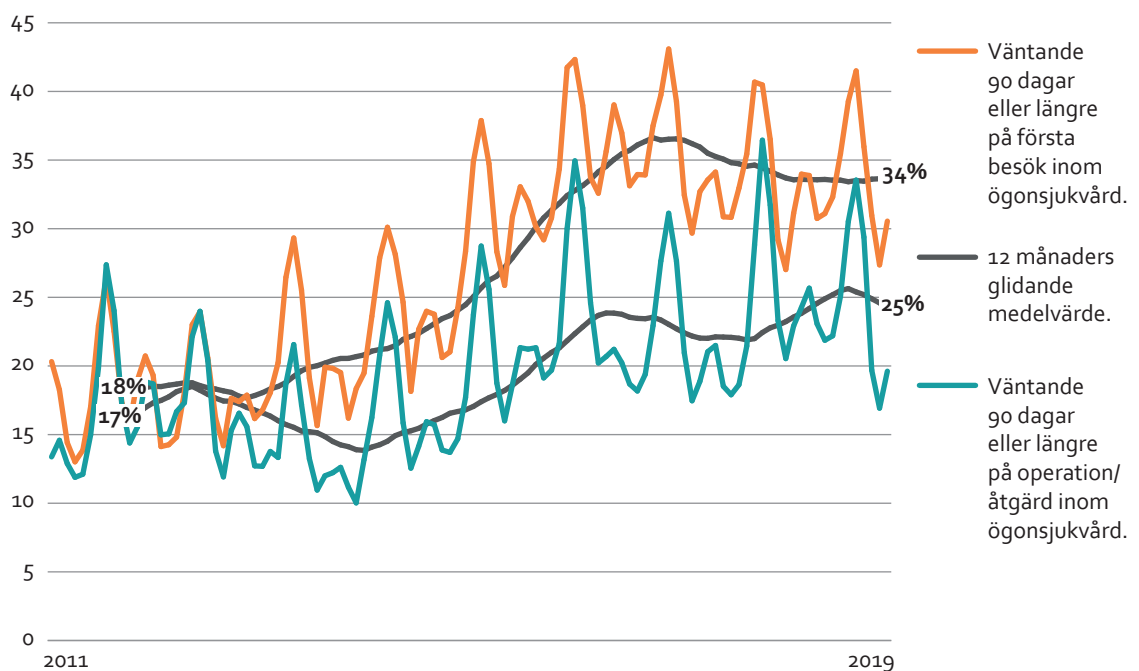
11.3.8 Många patienter får vänta länge eller utsätts för bristande behandling i ögonsjukvården

Ögonsjukvården är ett område där brist på tillgänglighet har gett tydliga konsekvenser för patienterna. I vår analys rör 4 av 53 initiativärendena (8 procent) i verksamhetsområdet kirurgi tillsyn av ögonsjukvård. Det har kommit in totalt 14 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria till IVO som rör ögonsjukvård (14 inom kirurgi och 1 inom invärtesmedicin) samt 8 klagomål under 2019. En anmälan kan röra flera patienter.

Konsekvenserna för patienterna har varit allvarliga. Det finns exempel med förlorad syn eller synför-sämring. Patienter har även behövt genomgå behandlingar eller operationer som hade kunnat undvikas om de hade fått vård i tid.

Många patienter får vänta länge på vård inom ögonsjukvården. Antalet patienter som har väntat 90 dagar eller längre på operation och åtgärd eller första besök inom ögonsjukvård har ökat kraftigt mellan 2011 och 2019.

Figur 11. Väntande 90 dagar eller längre på operation eller åtgärd eller första besök inom ögonsjukvård, riket, 2011–2019 och väntande 90 dagar eller längre på första besök inom ögonsjukvård, andel, 12 månaders glidande medelvärde per region och riket 2015–2019 (oktober)



Källa: SKL (Väntetider i vården)

I takt med att Sveriges befolkning blir äldre kan vi förvänta oss att detta problem kommer att öka. Det beror bland annat på att det är brist på specialister inom ögonsjukvård.

11.3.9 Det blir svårare att upprätthålla en god hygienisk standard

Låg tillgänglighet och överbeläggningar leder även till att det är svårt att upprätthålla en god hygienisk standard. IVO har under 2019 tagit emot tre lex Maria-anmälningar i den somatiska vården där överbeläggningar på vårdavdelningar har orsakat smittorisk och vårdhygieniska brister. Detta utsätter såväl patienter som personal för smittorisker.

En anmälan handlade om smittspridning av resistent bakterier mellan flera barn som hade vårdats i samma sal. Barnen blev inte sjuka under vårdtiden, men vården bedömde att de hade en ökad risk för framtida svårbehandlade infektioner. Ett annat fall rörde risk för smittspridning efter att vårdgivaren bröt isoleringen av en patient med en misstänkt smittsam sjukdom innan provsvaret var färdigt. Vårdgivaren bedömde att grundorsakerna var bemanningsproblematik, brist på vårdplatser och att de inte kunde isolera patienter på intensivvårdsavdelningen.

11.4 Brister i prevention, omvårdnad och övervakning ger ökad risk för fallolyckor och överfyllda urinblåsor

Vi ser att patienter skadas under tiden de vårdas i den somatiska specialistsjukvården, på grund av att verksamheterna brister i prevention, omvårdnad och övervakning.

De vårdrelaterade skadorna beror ofta på att vården inte har genomfört de preventiva åtgärder som behövs. Det gäller till exempel ultraljudsundersökning av urinblåsan, fallriskbedömningar och att använda förebyggande hjälpmedel. Vår analys pekar på att det finns ett samband mellan vårdtillfällen med vårdrelaterade skador och situationer med oklar ansvarsfördelning och kompetens- och resursbrist.

Exempel på vanliga vårdskador är vårdrelaterade infektioner, trycksår, fallskador och överfyllda urinblåsor (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019d, s. 7). Varje år får närmare 57 000 vuxna patienter på svenska sjukhus en vårdrelaterad infektion. SKR bedömer att mellan en tredjedel och hälften av de vårdrelaterade infektionerna skulle kunna förebyggas (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019j).

11.4.1 Bristande prevention och övervakning leder till fallolyckor

En av hundra patienter som vårdas i den somatiska slutenvården drabbas av en fallskada. Det var den sjunde vanligaste skadetyperna både 2017 och 2018 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e). Av de anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria som IVO fattade beslut om 2019 handlar knappt en fjärdedel av ärendena inom invärtesmedicin om fall eller fallskador.

Fallolyckor är vanligast bland äldre patienter. Vi ser att bristande förebyggande åtgärder hänger samman med bristande samverkan och kommunikation mellan äldreomsorgen och den somatiska specialistsjukvården. Fallolyckor förekommer i vår analys i 50 av 531 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria (9 procent), 13 av 248 klagomål (5 procent) och 7 av 89 initiativärenden (8 procent). Orsaken till fallolyckorna i vår analys är ofta otillräckliga eller uteblivna förebyggande åtgärder. Det kan till exempel vara att vården inte gör fallriskbedömningar, inte uppdaterar bedömningen när patientens tillstånd förändras eller att övervakningen av patienten brister.

Vi kan se att vårdgivarna har genomfört flera åtgärder som bland annat syftar till att förbättra medarbetarnas kunskap i patientsäkerhet, genom exempelvis utbildning inom området. Ett gott exempel är en verksamhet som har gett en undersköterska ett särskilt ansvar för de fallförebyggande åtgärderna och att de stämmer av fallriskbedömningarna varje dag.

11.4.2 Bristande omvårdnad leder till överfyllda urinblåsor

En annan allvarlig konsekvens som uppstår när vården inte ger tillräcklig omvårdnad är att patienter drabbas av överfyllda urinblåsor. Vi ser detta i 16 av 531 anmälningar enligt lex Maria-anmälningarna (3 procent) och i två av 248 klagomål i vår analys. Andelen patienter som får en överfylld urinblåsa inom slutenvården har ökat med nästan 40 procent de senaste fyra åren (Vården i siffror, u.å. e). Överfyllda urinblåsor är inte bara smärtsamt för patienten, utan kan också leda till allvarliga infektioner och framtida besvär med urintömning.

11.5 Patienter drabbas av allvarliga vårdskador när hanteringen av läkemedel brister

I alla verksamhetsområden som ingår i den somatiska specialistsjukvården, förekommer fall där patienter har fått för mycket läkemedel, fel läkemedel eller där läkemedlet är felaktigt iordningsställt eller utdelat.

Av de 680 lex Maria-anmälningar som IVO fattade beslut i under 2019, gäller en relativt stor andel (13 procent) brister i läkemedelshantering.

I vår fördjupade analys ser vi att cirka 27 procent av alla ärenden inom barnmedicin handlar om bristande läkemedelshantering, det vill säga när läkemedel förväxlas, doseras eller delas ut felaktigt. Totalt har vi i vårt underlag 84 av 531 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria (16 procent), 30 av 248 klagomål (12 procent) och 6 av 89 initiativärenden (7 procent) som handlar om bristande läkemedelshantering.

Konsekvenserna för patienterna är allvarliga. Vi ser exempel där patienter har fått allergiska reaktioner och andningssvårigheter av den felaktiga läkemedelshanteringen, men även att felet har medfört risk för andra allvarliga vårdskador.

Knappt 1,5 procent av vårdtillfällena som ingår i SKR:s undersökningar leder till att patienter får en läkemedelsrelaterad skada. Denna frekvens har varit stabil under perioden 2013–2018 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019e). För att mäta förekomsten av skador i vården i Sverige använder regionerna strukturerad journalgranskning (markörbaserad journalgranskning).

11.5.1 Stress och hög arbetsbelastning ligger bakom bristande läkemedelshantering

Vi ser i vår analys att bristande läkemedelshantering har samband med brister i kompetens och följsamhet till rutiner. I vissa fall hade vården till exempel kunnat undvika en felaktig ordination av läkemedel om den som hade delat ut läkemedlet hade bedömt om ordinationen var rimlig eller inte. Vi ser också fall där felaktigheter uppstår när ordinationen av läkemedel förändras. Ett exempel är när sättet att ge läkemedlet ändras från intravenöst till att ta medicinen i tablettform.

I ärendena i vår genomgång anger vårdgivarna framför allt att stress och hög arbetsbelastning i kombination med oerfaren personal har orsakat att läkemedelshanteringen har brustit. Om bemanningen brister, ökar risken att personalen blir stressad. Det ökar i sin tur risken för att personalen inte följer verksamhetens rutiner fullt ut.

11.5.2 Flera fall med allvarliga vårdskador vid felaktig hantering av blodförtunnande läkemedel

Flera fall av bristande läkemedelshantering i vår analys gäller blodförtunnande läkemedel. I vår analys har vi 18 lex Maria-anmälningar och elva klagomål som handlar om felaktig hantering av blodförtunnande läkemedel. Med denna typ av läkemedel beror riskerna för patienterna på om dosen är för hög eller för låg. Vid en för låg dos riskerar patienten att drabbas av blodproppar och vid en för hög dos finns risk för blödningar.

Vi ser fall där blodförtunnande läkemedel skrivs ut, sätts ut (beslut om att läkemedlet inte längre ska ingå i patientens behandling) eller inte skrivs ut alls trots att det borde ha skrivits ut. Patienter har drabbats av allvarliga vårdskador när hanteringen av blodförtunnande läkemedel har brutit. Vi har exempel där patienter har drabbats av stroke såväl som av permanenta hjärnskador. I några fall har personer till och med avlidit på grund av insättning eller utsättning av blodförtunnande läkemedel.

11.6 Återkommande brister i administration, kommunikation och dokumentation

När vårdgivarna brister i sin administration leder det till att behandlingar fördröjs eller uteblir för patienterna. Med administration menar vi i det här sammanhanget alla former av administrativt arbete, till exempel dokumentation, journalföring, remisshantering och hantering av provsvar. Detta är något som IVO har rapporterat om även tidigare år (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a).

Brister i dokumentationen finns i ett stort antal av ärendena i vår analys. Cirka 24 procent av lex Maria-anmälningarna inom kirurgin och cirka 22 procent av lex Maria-anmälningarna inom invärtesmedicin innehöll någon form av dokumentationsbrist. Totalt har vi i vår analys 122 av 531 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria (23 procent), 74 av 248 klagomål (30 procent) och 11 av 89 initiativärenden (12 procent) som rör bristande dokumentation. Ett ärende kan handla om flera olika slags brister.

Brister i dokumentationen handlar till exempel om att det saknas journalanteckningar, sammanfattande bedömningar eller uppföljningar av behandlingar. Konsekvenserna kan bli allvarliga för patienten, eftersom det blir svårt att följa hur vårdförloppet har gått och därmed att vidta rätt åtgärder.

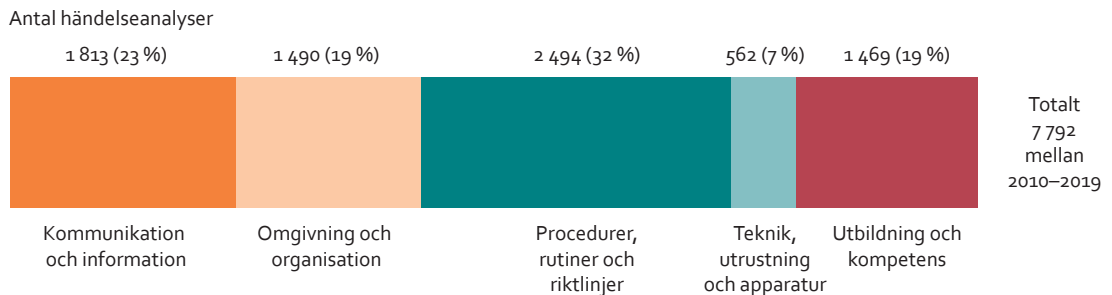
Dessa brister hänger samman med det vi skriver om bristande läkemedelshantering. Brister i dokumentationen handlar till exempel om bristande dokumentation av ställningstaganden till både insättning och utsättning av läkemedel och uppdateringar av läkemedelslistor, men även om undersökningsfynd.

Ytterligare en administrativ brist som vi ser är sena eller uteblivna kallelser och brister i remisshanteringen, när det gäller bevakning, bekräftelse och svar. Vård och behandling av patienter kan fördröjas eller utebli om en remiss inte blir bedömd eller om det saknas dokumentation om bedömningen av remissen. Brister i remisshantering kan också leda till att patientansvaret blir otydligt eller tappas bort. Till IVO har det från januari till oktober 2019 kommit in 49 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria (9 procent av samtliga anmälningar i vår analys) och 11 klagomål (4 procent av klagomålen i vår analys) som rör remisshantering. IVO har haft 4 initiativärenden inom detta (4 procent av samtliga initiativärenden i vår analys).

Vi ser också att vissa verksamheter brister i sin hantering och uppföljning av provresultat. Det innebär att de inte tar prov, att de inte följer upp prov eller att de tappar bort dem. Vi ser detta i 25 av 531 lex Maria-anmälningar (5 procent), 11 av 248 klagomål (4 procent) och 4 av 89 initiativärenden (4 procent).

Administrativa brister är många gånger sammanlänkade med kommunikationsproblem inom och mellan verksamheter och/eller personal. Exempel på när kommunikationen brister är vid överrapporteringar vid skiftbyten, när patienten flyttas mellan avdelningar eller vid operation.

Tre fjärdedelar av samtliga händelseanalyser i Nitha kunskapsbank för händelseanalys under perioden 2010–2019 kan kopplas till bristande administration och dokumentation. (En händelseanalys är en systematisk utredning av negativa händelser och tillbud.) Viktigt notera i detta sammanhang är att en händelseanalys inom vården inte nödvändigtvis resulterar i en lex Maria-anmälan till IVO. Det innebär att några av händelseanalyserna finns i IVO:s ärenden, men inte alla.

Figur 12. Händelseanalyser, per bakomliggande orsak, antal, riket, 2010-2019

Källa: Nihta kunskapsbank för händelseanalyser, <https://nihta.inera.se/Learn>

En tredjedel av ärendena i vår genomgång kan kopplas till bristande kommunikation eller information inom eller mellan enheter. I vår genomgång av händelseanalyser från Nihta kunskapsbank är motsvarande uppgift 23 procent (se figuren ovan). Kommunikationsmissar leder till allvarliga konsekvenser för patienterna som förväxlingar och feldoseringar av läkemedel eller missad vital information om patienten.

Vi ser att verksamheterna arbetar med att få bukt med dokumentationsbristerna, exempelvis med mallar för enhetlig och strukturerad dokumentation samt digitalisering. En verksamhet har bland annat valt att införa regelbunden journalgranskning för att följa upp hur väl de följer de överenskomna arbetsätten för dokumentation.

Men verksamheterna har fortfarande svårt att rekrytera personal. Personalbrist leder till hög arbetsbelastning och stress, vilket i sin tur bidrar till att det är svårt att dokumentera på ett tillfredsställande sätt. Nästan hälften av händelserna i området omgivning och organisation i Nihta kunskapsbank för händelseanalys beror på brister som har att göra med personal, stress och överbelastning.



12 Psykiatrisk specialistsjukvård

Det är inte ovanligt att personer med psykisk ohälsa får det tidigt i livet. Det är inte heller ovanligt att problemen blir långvariga. Personer med psykisk ohälsa befinner sig ofta i en utsatt situation, och kan ibland få vård mot sin vilja. Det gör det extra viktigt att fortsätta förbättra omvårdnaden och öka tryggheten för personer som vårdas i den psykiatriska specialistsjukvården. Detta är också en grupp patienter som utsätts för risker då samordningen mellan olika vård- och omsorgsaktörer inte fungerar. IVO kan även konstatera att långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatrin gör det svårt att få ett fungerande vårdkedja mellan olika aktörer som ska ge stöd och vård till barn med psykisk ohälsa.

12.1 Iakttagelser för 2019

- **Brister i samordningen ger negativa konsekvenser för personer med psykisk ohälsa.**

IVO har även tidigare år rapporterat om bristande samordning för personer med psykisk ohälsa.

I 14 procent av klagomålen där IVO har riktat kritik ser vi någon typ av problematik i samverkan.

I 23 procent av lex Maria-anmälningarna i vår analys har vårdgivarna angett brister i samverkan som en bakomliggande faktor till en negativ händelse. I vår pågående nationella tillsyn av hur samordning av vård och omsorg fungerar för barn med psykisk ohälsa ser vi bland annat att samverkansmöten mellan verksamheter inte alltid leder till bättre samordning.

- **En knapp tredjedel av lex Maria-anmälningarna handlar om brister i det systematiska kvalitetsarbetet.**

I 31 procent av lex Maria-anmälningarna inom området är brister i det systematiska kvalitetsarbetet åtminstone en del av orsaken till problemen. IVO har under flera år noterat samma typer av brister i de anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria som vi tar del av. Vi ser också att samma typ av incidenter återkommer, till exempel att vårdgivaren inte har fungerande rutiner kring att bedöma självmordsrisker, eller att personalen inte har tillräcklig kompetens för att göra sådana bedömningar.

- **Lex Maria-anmälningarna fortsätter att minska.**

Vi ser att antalet lex Maria-anmälningar som rör psykiatrisk specialistsjukvård fortsätter att minska. Antalet beslutade lex Maria-anmälningar har minskat kraftigt under perioden 2016–2019. År 2019 har IVO fattat 33 procent färre beslut jämfört med året innan och 63 procent färre beslut jämfört med 2016. År 2019 fattade vi beslut i 208 lex Maria-anmälningar som gäller psykiatrisk specialistsjukvård. Av de 208 anmälningarna avsåg drygt 60 procent självmord. Minskningen har främst skett inom anmälningar som rör självmord. Anmälningsplikten för självmord upphörde den 1 september 2017.

- **Det finns förutsättningar för att begränsa användningen av tvångsåtgärder, men det systematiska kvalitetsarbetet behöver förbättras.**

Vård som genomförs med tvång innebär en stor inskränkning av en persons självbestämmande. IVO såg i en tillsyn av 67 verksamheter att användandet av tvångsåtgärder har minskat. Men det finns fortfarande ett antal brister kring hur verksamheterna använder tvångsåtgärder. Bland annat handlar det om att verksamheterna har erbjudit långt ifrån alla patienter som har varit föremål för tvångsåtgärder uppföljningssamtal. Vi såg också att det fanns brister i egenkontrollen och granskningen i ett tjugotal verksamheter. Hälften av de granskade verksamheterna saknade rutiner för kontroll av vitala parametrar såsom puls, blodtryck och syremättnad, eller för att bedöma risken för att patienten drabbas av en blodpropp i samband med långvariga fastspänningar.

12.2 Bakgrund

12.2.1 IVO:s tillsyn av psykiatrisk specialistsjukvård

IVO ansvarar för tillsyn av den psykiatriska specialistsjukvården. Vi inleder tillsyn om vi får indikationer på risker och brister, och vi tar emot och granskar anmälningar och utredningar enligt bestämmelserna om lex Maria. Vi tar också emot och granskar underrättelser från verksamheterna när de använder tvångsåtgärder. Patienter och deras närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen. IVO ansvarar också för tillsyn av den legitimerade personalen, exempelvis sjuksköterskor, läkare och psykologer.

Under 2019 utredde IVO 263 klagomålsärenden som avser psykiatrisk specialistsjukvård. I lite drygt hälften av ärendena riktade IVO kritik till vårdgivaren. Kritiken gällde i första hand brister i vård och behandling (45 procent), samverkan (14 procent), planering av vård och omsorg (12 procent) samt diagnos- tisering (11 procent).

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst. Under 2019 har vi tagit emot 2 378 syn- punkter och frågor som gäller psykiatrisk vård via upplysningstjänsten. Det är en ökning med 11 procent jämfört med 2018. Femtio procent av frågorna och tipsen handlar om den öppna psykiatriska vården.¹⁸

IVO fattade 2019 beslut i 208 lex Maria-anmälningar som handlar om den psykiatriska specialistsjuk- vården. Av alla anmälningar avsåg drygt 60 procent självmord och 15 procent vård och behandling. Drygt 80 procent av anmälningarna kommer från allmänpsykiatrin.

IVO har genomfört 122 egeninitierade tillsyner under 2019. De brister som vi har identifierat är brister i tvångsåtgärder (9 procent), dokumentation (9 procent) och rättssäkerhet (8 procent).

IVO har även utfärdat ett föreläggande mot en vårdgivare för att de inte inkommit med de uppgifter som IVO begärt om en anställd inom den psykiatriska specialistvården.

Tabell 28. Genomförd tillsyn av psykiatrisk specialistsjukvård 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Psykiatrisk specialistvård	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	569	549	312	208
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	415	445	506	263
Egeninitierad tillsyn	112	81	144	122

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är psykiatrisk specialistsjukvård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

12.2.2 Underlaget för vår analys

Vi baserar våra iakttagelser på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Undantaget är helårsstatistiken om vår upplysningstjänst. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 161 Lex Maria-anmälningar, 109 klagomål där IVO har riktat kritik, 85 egeninitierade tillsyner. Samtliga har avslutats under perioden från den 1 januari till och med den 3 oktober 2019.

¹⁸ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

12.2.3 Den psykiatriska specialistsjukvårdens uppdrag

Den psykiatriska specialistsjukvården ger stöd, vård och behandling på specialistnivå. Det kan till exempel handla om att behandla depressions- och ångesttillstånd, olika psykosjukdomar och personer som både har en psykisk sjukdom och en beroendeproblematik.

Den psykiatriska specialistsjukvården kan vårda personer mot deras vilja. Det kan uppfattas som mycket kränkande. Därför är det noggrant reglerat hur det får gå till i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV).

12.2.4 Allt fler drabbas av psykisk ohälsa

Den psykiska ohälsan¹⁹ har ökat under de senaste tjugo åren i Sverige (SOU 2018:90). Det kan röra sig om besvär som oro, ångest och sömnproblem. Depression och ångestsyndrom som drabbar människor i alla åldrar hör idag till några av våra stora folksjukdomar (Socialstyrelsen, 2019m, s. 7). När det gäller psykiska sjukdomar som till exempel olika typer av psykosjukdomar insjuknar varje år cirka 1 500–2 000 personer i Sverige, och cirka 30 000–40 000 personer i Sverige har diagnosen schizofreni (Socialstyrelsen, 2018d, s. 7). Personer med psykisk sjukdom kan ofta ha andra sjukdomstillstånd samtidigt (så kallad samsjuklighet), till exempel kroppsliga sjukdomar.

Det är inte ovanligt att en person drabbas av psykisk ohälsa tidigt i livet. Under de senaste tio åren har antalet barn och ungdomar som vårdas i den psykiatriska specialistsjukvården på grund av depression eller ångestsyndrom ökat. Det handlar ofta om långvarig problematik – 30 procent av de unga som för första gången diagnostiserades med depression eller ångestsyndrom år 2008 behövde fortfarande psykiatrisk vård tio år senare (Socialstyrelsen, 2019m).

12.3 Lex Maria-anmälningarna fortsätter att minska

Vi ser att antalet lex Maria-anmälningar som rör psykiatrisk specialistsjukvård fortsätter att minska. Antalet beslutade lex Maria-anmälningar har minskat kraftigt under perioden 2016–2019. År 2019 har IVO har fattat 33 procent färre beslut jämfört med året innan och 63 procent färre beslut jämfört med 2016.

År 2019 fattade vi beslut i 208 lex Maria-anmälningar som gäller psykiatrisk specialistsjukvård. Av de 208 anmälningarna avsåg drygt 60 procent självmord. Minskningen har främst skett inom anmälningar som rör självmord.

Före den 1 september 2017 var det obligatoriskt för vårdgivare att anmäla till IVO om en patient begick självmord inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt. Nu gäller samma regler som i övrig hälso- och sjukvård, det vill säga att vårdgivaren ska utreda och anmäla allvarliga händelser i vården som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada.

År 2018 gjorde vi en uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälnings-skyldigheten upphörde. Vi jämförde antalet inkomna ärenden som rör självmord som hade inträffat under två perioder, före respektive efter det att anmälningsplikten togs bort (den 1 september 2016 till den 30 juni 2017 respektive den 1 september 2017 till den 30 juni 2018). Vi såg en betydande minskning av antalet inkomna anmälningar av självmord efter den 1 september 2017 (Inspektionen för vård och omsorg, 2018c).

12.4 Det finns fortsatta brister i samordningen av olika insatser för personer med psykisk ohälsa

Personer som vårdas i den psykiatriska specialistsjukvården befinner sig ofta i en utsatt situation. De kan på grund av sin sjukdom ha svårigheter att själva koordinera sina olika kontakter med vården. Och de rör sig ofta mellan olika aktörer inom både vården och omsorgen. IVO har tidigare rapporterat om att samordningen brister för dessa personer (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a).

¹⁹ Psykisk ohälsa används ofta som en övergripande term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Begreppet psykisk ohälsa rymmer olika former av psykiska besvär och även kliniskt definierade sjukdomstillstånd.

IVO ser att verksamheterna fortsatt brister i att samverka runt den enskildes vård och omsorg. 15 av 109 klagomål (14 procent) i vår analys kan härledas till någon typ av problematik i samverkan. I 37 av 161 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Maria (23 procent) har vårdgivarna angett brister i samverkan som en bakomliggande faktor till en negativ händelse. I vår egeninitierade tillsyn har vi i 4 av 85 ärenden sett exempel på när samordning brustit. I de synpunkter som IVO:s upplysningstjänst tar emot framgår också att samordning inte alltid upplevs fungera. Vi får framför allt synpunkter på bristande samordning mellan psykiatrin och primärvården, habiliteringen, socialtjänsten och skolan.

När samordningen inte fungerar kan konsekvenserna bli allvarliga för patienterna. Det kan leda till försenad eller utebliven vård, ökad stress och försämrad diagnos. Det kan också leda till att vårdförloppet bli längre än vad det annars hade blivit.

12.4.1 Brister i kommunikation och informationsöverföring är en orsak till att samordning inte fungerar

En orsak till att samordningen inte fungerar är att de inblandade vårdgivarna är dåliga på att ge varandra information och på att kommunicera sinsemellan. Vi ser ofta sådana brister. Det påverkar patienternas vårdövergångar negativt och bidrar till att vårdplaneringen blir otydlig. Om vårdgivaren inte har en plan för patientens vård kan det i sin tur leda till att patienten inte följs upp, får vänta onödigt länge på nästa vårdbesök, eller riskerar att inte få rätt vård.

12.4.2 Verktyg ska underlätta att patienterna får en samordnad och personcentrerad vård

Kommuner och regioner är skyldiga att upprätta en individuell plan (SIP) om en person behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten, och om personen går med på att de upprättar en sådan plan. Många som vårdas i den psykiatriska specialistvården har behov av insatser från båda parterna. Kommuner och regioner ska också komma överens om hur de ska samarbeta kring personer med olika typer av samsjuklighet, till exempel psykisk funktionsnedsättning och beroendeproblematik. I våra ärenden ser vi exempel på att vårdgivare säger att det faktum att det saknats en samordnad individuell plan var en av flera orsaker till att samordningen runt patienten inte har fungerat.

12.4.3 Långa väntetider till barn- och ungdomspsykiatrin

En annan faktor som kan påverka hur väl samordningen fungerar är hur tillgängligheten till vård hos de olika aktörerna ser ut. Till exempel vet vi sedan länge att de långa väntetiderna för utredning och behandling hos barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) påverkar vårdkedjan negativt, och även möjligheterna till ett fungerande vårdkedja mellan de olika aktörerna.

Andelen patienter som fått en första bedömning inom 30 dagar hos BUP har minskat kraftigt, från 90 procent 2015 till 62 procent 2018. Antalet regioner som ger barn en första bedömning vid BUP inom 30 dagar har också minskat, och skillnaderna mellan regionerna är stora (Socialstyrelsen, 2019). Vi ser att barn och unga som väntar på till exempel utredning för neuropsykiatriska diagnoser hos BUP ibland kan tvingas vänta så länge som upp till två år.

12.4.4 IVO:s nationella tillsyn av samordning av vården och omsorgen för barn med psykisk ohälsa

IVO har en pågående nationell tillsyn av hur samordning av vården och omsorgen fungerar för barn med psykisk ohälsa.

I tillsynen utgår vi från barn som har insatser från minst tre vård- och omsorgsgivare, och vi upprättar en tidslinje över barnens vård och omsorg. Vi samlar de olika aktörer som har gett barnet vård och omsorg till ett gemensamt möte för att identifiera utvecklingsområden som kan bidra till bättre samordning. Vi har hittills genomfört samtal med 29 familjer och genomfört lika många dialogmöten där totalt 108 olika verksamheter har deltagit. Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP), socialtjänst och elevhälsan är de verksamheter som vanligtvis har varit representerade vid dessa dialogmöten.

Våra preliminära iakttagelser i tillsynen pekar på att:

- Vård- eller omsorgsgivaren kan ge insatser till barn utan att först ta reda på det verkliga behovet.
- Insatser till barn dröjer längre än nödvändigt.
- Samordningsmöten enligt individuella planer leder inte alltid till bättre samordning.
- Verksamheterna känner inte alltid till vilka andra aktörer som har kontakt med barnet.
- Den personal som arbetar med barn med psykisk ohälsa känner inte alltid till andra vård- och omsorgsgivares organisation och ansvar, vilket påverkar samordningen.
- Det kan vara en större utmaning för regionerna att samverka än för kommunerna, eftersom regionerna har många olika kommuner att samverka med och de olika kommunerna har olika samverkansavtal.
- Elevhälsans hälso- och sjukvård kan ha en oklar roll i den egna organisationen och i samordningen med andra verksamheter.

12.5 En knapp tredjedel av lex Maria-anmälningarna handlar om brister i det systematiska kvalitetsarbetet

Ett systematiskt kvalitetsarbete ökar möjligheterna för verksamheter att utforma åtgärder och förändra verksamheten så att kvaliteten ökar och risken för vårdskador minskar. Det kan exempelvis handla om att följa upp resultat av kvalitetsmätningar och att analysera risker, negativa händelser och avvikelser. Egenkontroll, en regelbunden granskning och att utreda avvikelser och negativa händelser i tillräcklig utsträckning är en förutsättning för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet.

Vi ser att det i 50 av 161 lex Maria-anmälningar (31 procent) i vår analys finns brister som på ett eller annat sätt beror på brister i det systematiska kvalitetsarbetet. Det kan till exempel vara att verksamheten inte följer rutiner och att dokumentationen är ofullständig.

Bristerna i det systematiska kvalitetsarbetet innebär risker för patienterna. Det kan till exempel leda till att missförhållanden får fortgå utan att verksamheten upptäcker dem, och att information som är viktig under patientens vård inte når fram till rätt person eller att den som får informationen missuppfattar den.

12.5.1 Samma typer av brister återkommer år efter år

En expertgrupp har nyligen analyserat vårdgivares händelseanalyser vid fullbordade självmord (Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen, 2019). Bristerna som expertgruppen lyfter rör bland annat i vilken utsträckning vårdgivarens personal följer de rutiner och procedurer som finns, kommunikation, brister i vårdgivarens organisation samt personalens utbildning och kompetens. Dessa brister återkommer år efter år och i rapporten menar expertgruppen att det kan bero på att vårdgivaren inte har kunnat översätta identifierade förbättringsområden från det systematiska patientsäkerhetsarbetet till konkreta förbättringar i verksamheterna.

IVO har under flera år noterat samma typer av brister i de lex Maria-anmälningar som vi tar emot. Vi ser också ofta att samma typ av incidenter återkommer, till exempel att rutinen eller kompetensen när det gäller att bedöma risken för självmord brister.

12.6 Tvångsåtgärder kan begränsas men egenkontroller behöver förbättras

Vård som genomförs med tvång innebär en stor inskränkning av en persons självbestämmande. Att bli föremål för en tvångsåtgärd kan dessutom vara starkt integritetskränkande. Därför vilar ett stort ansvar på de verksamheter och yrkesutövare som samhället har anförtrott rätten att använda tvångsåtgärder.

Enligt Socialstyrelsens statistikdatabas vårdades 2017 cirka 11 500 personer med stöd av LPT. Omkring 1 600 personer vårdades med stöd av LRV. Samma år rapporterades 12 000 tvångsåtgärder till Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, u.å. a).

Användandet av tvångsåtgärder är en vanlig orsak till att IVO inleder tillsyn. 36 av 85 egeninitierade ärenden (42 procent) inom den psykiatriska specialistvården handlar 2019 om användandet av tvångsåtgärder. I de 14 ärenden som vi riktar kritik handlar det bland annat om medicinska risker, såsom uteblivna och/eller sena personliga undersökningar i samband med fastspänning med bälte. Och att beslut om inskränkande av användandet av elektroniska kommunikationstjänster fattas på felaktiga grunder och ibland utan stöd i lag.

IVO har granskat psykiatrin för att få en bild av hur verksamheterna använder tvångsåtgärder, men även för att vi ska kunna bidra till att eventuella brister åtgärdas. Tillsynen omfattade 67 verksamheter inom vuxenpsykiatrin, BUP, rättspsykiatrin samt en av Rättsmedicinalverkets rättspsykiatriska enheter. Vi genomförde tillsynen som dialogmöten med verksamheterna.

12.6.1 Det finns förutsättningar för att begränsa tvångsåtgärder

IVO bedömer att de flesta verksamheter som ingått i tillsynen har ett systematiskt kvalitetsarbete som ger dem förutsättningar att begränsa användningen av tvångsåtgärder. Nära två tredjedelar av de granskade verksamheterna sa att de använt färre tvångsåtgärder under de senaste åren. Variationen var stor. Verksamheterna uppgav allt från att antalet tvångsåtgärder hade minskat marginellt till att det hade minskat med upp till 70 procent.

Verksamheterna uppgav att orsaken till minskningen bland annat berodde på organisatoriska förändringar. Samtidigt visar tillsynen att verksamheterna kommit olika långt i arbetet och att de kan förbättra olika delar i kvalitetsarbetet ytterligare.

12.6.2 Alla patienter erbjuds inte uppföljningsamtal

Efter att en tvångsåtgärd har genomförts ska chefsöverläkaren se till att patienten erbjuds ett uppföljningsamtal, så snart patientens tillstånd tillåter det. Samtalen är viktiga underlag för att förbättra vården för den enskilde patienten, och för verksamhetens utvecklingsarbete. Vi ser att långt ifrån alla som varit föremål för en tvångsåtgärd erbjuds ett uppföljningsamtal. Detta har kommit fram både i IVO:s dialogmöten med verksamheterna och i patienternas berättelser.

12.6.3 Verksamheternas egenkontroll och granskning kan bli bättre

I ett tjugotal verksamheter har IVO påtalat brister och förutsätter att verksamheterna genomför åtgärder för att uppfylla kraven på egenkontroll och granskning av verksamheten. I en verksamhet har IVO ställt krav på att vårdgivaren ska genomföra åtgärder som ser till att verksamhetens egenkontroll sker med den frekvens och omfattning som krävs för att säkerställa kvalitet. Om egenkontrollen brister kan det leda till att brister i verksamhetens kvalitet och missförhållanden får fortsätta utan att de blir upptäckta. Om verksamheterna inte har en systematisk uppföljning och översikt över tvångsåtgärderna minskar också verksamheternas möjlighet att analysera och utvärdera åtgärderna, och att använda resultatet i kvalitetsarbetet.

12.6.4 Vården i samband med långvariga fastspänningar behöver bli säkrare

IVO bedömer att de flesta verksamheter uppfyller kravet på god vård i samband med långvariga fastspänningar. Vi baserar detta på vad representanterna för verksamheterna sa på dialogmötena. Många verksamheter har riktlinjer för vilken vård en patient ska få under tiden hen är fastspänd, för att observera patientens somatiska och psykiska tillstånd. Men hälften av verksamheterna saknar rutiner för att kontrollera vitala parametrar som puls, blodtryck och syremättnad, eller för att bedöma risken för att patienten får en blodpropp. I de verksamheter där det finns brister är det extremt viktigt att de ser över sina rutiner och arbetssätt för att garantera att de hela tiden kontrollerar och bedömer patientens tillstånd under tiden patienten är fastspänd.



13 Tandvård

Sveriges befolkning är i allmänhet nöjd med tandvården. Samtidigt finns det problem både när det gäller patientsäkerhet och ekonomisk brottslighet inom tandvårdsområdet. Felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet uppskattas till cirka 300 miljoner kronor per år. Det förekommer också organiserad brottslighet som rör det statliga tandvårdsstödet. IVO ser att det ofta finns kopplingar mellan brottslighet och brister i patientsäkerheten inom tandvården. Vi ser också att dokumentation för ekonomisk ersättning prioriteras på bekostnad av dokumentation för patientjournalens innehåll.

13.1 Iakttagelser för 2019

- **Återkommande brister i rotbehandlingar ökar risken för att patienter drabbas av rotspetsinfektioner.**
IVO har under många år sett brister i hur tandvården utför rotbehandlingar. Det är det tredje vanligaste området i de klagomål som vi har granskat och där vi fattat beslut med kritik (26 procent av kritikbesluten). I samtliga nio anmälningar från IVO till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) under 2019 som gäller grov oskicklighet och där vi har yrkat på återkallelse av tandläkarlegitimationen, förekommer det bristfälligt utförda rotbehandlingar. Vi bedömer att det även kan finnas ett mörkertal av undermåligt utförda rotbehandlingar inom allmäntandvården.
- **Patienters klagomål om tandvården handlar ofta om brister i återuppbyggnad av förlorad tuggfunktion och estetik (protetik).**
Vi ser att tandläkare påbörjar protetikbehandlingar innan de har behandlat och utvärderat de sjukdomar som patienterna har. Protetikbehandlingar är den typ av behandlingar i tandvården som patienter klagat mest på. IVO har identifierat brister som gäller protetikbehandlingar i 32 procent av de klagomål där vi riktade kritik mot vårdgivaren under 2019. Samtliga nio tandläkare som IVO anmälde till HSAN visade också prov på grov oskicklighet när det gäller protetiska behandlingar. Vi bedömer att möjligheten till ekonomiska förtjänster kan förklara en del av bristerna.
- **Patientjournalerna saknar viktiga och nödvändiga uppgifter.**
Det är fortfarande vanligt att dokumentationen brister i tandvården. I en särskild genomgång av 50 klagomål där IVO har riktat kritik ser vi brister i journalföring i 64 procent av ärendena. Brister i journalföring finns också i samtliga ärenden som gäller tillsyn av legitimerad personal inom tandvården. Vi bedömer att tandvården prioriterar dokumentation som ligger till grund för ekonomisk ersättning, på bekostnad av dokumentation för patientjournalens innehåll.

13.2 Bakgrund

13.2.1 IVO:s tillsyn av tandvården

IVO ansvarar för tillsyn av tandvården och den legitimerade personal som arbetar inom tandvården. Vi tar till exempel emot lex Maria-anmälningar. Patienter och närstående som har klagat på vården, men inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret, kan göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen. Vi kan också initiera egna granskningar om vi får indikationer på risker eller brister.

Under 2019 utredde IVO 130 klagomål på tandvården. I drygt 60 procent riktade myndigheten kritik. Kritiken gäller huvudsakligen brister i vård och behandling (62 procent).

Vi har också fått mycket information via vår upplysningstjänst. Under 2019 har vi tagit emot 752 synpunkter och frågor gällande tandvården, vilket ligger i nivå med antalet synpunkter och frågor 2018. Knappt 64 procent av frågorna rör den privata tandvården.²⁰

²⁰ Siffrorna gäller dokumenterade kontakter till IVO:s upplysningstjänst.

IVO har fattat beslut i 45 lex Maria-anmälningar. Av alla anmälningar handlar drygt 60 procent brister i vård och behandling och knappt 30 procent brister i diagnosticering. Drygt 80 procent av anmälningarna kommer från den allmänna tandvården. Ett fåtal anmälningar kommer från specialisttandvården. Antalet beslut som IVO avslutar har blivit allt färre och nästan halverats jämfört med 2017.

IVO genomförde 30 egeninitierade tillsyner av tandvården under 2019. De brister som vi har identifierat är brister i dokumentation (34 procent), vårdhygien (27 procent) och ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (24 procent).

IVO har under 2019 beslutat att förbjuda två olika tandvårdsverksamheter på grund av ett antal olika missförhållanden i verksamheterna, bland annat bristande hygien, ofullständig utrustning och kunskapsbrister. Vi hävde ett av förbuden efter att verksamheten har redovisat åtgärder för att komma tillrätta med missförhållandena.

IVO avslutade under 2019 ett ärende med ett föreläggande mot en vårdgivare som bedriver tandvård. Föreläggandet utfärdades för att vårdgivaren inte har skickat in de handlingar och uppgifter som IVO begärt in.

Tabell 29. Genomförd tillsyn av tandvård 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag (avslutade ärenden).

Tandvård	2016	2017	2018	2019
Lex Maria	82	80	65	45
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen*	233	132	266	130
Egeninitierad tillsyn	16	19	56	30

*Avser klagomål som IVO har utrett. Sedan 2018 gäller det nya regler för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras. Därför har IVO utrett färre klagomål 2019 än under tidigare år.

IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är tandvård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

13.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistik över våra ärenden som är avslutade under januari till september 2019. Undantaget är vår helårsstatistik om upplysningstjänst. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalyser av 36 lex Maria-anmälningar, 50 klagomål där IVO har riktat kritik och nio anmälningar till HSAN.

Vi har också använt oss av andra uppgifter, till exempel statistik om tandhälsa från Socialstyrelsen, uppgifter om felaktiga utbetalningar i tandvårdsstödet och Svenskt Kvalitetsindex mätning av tandvården.

13.2.3 Cirka tio miljoner besök i tandvården varje år

Tandvården förebygger, utreder och behandlar sjukdomar och skador i munhålan. Cirka 4 miljoner vuxna patienter gör årligen cirka 10 miljoner besök i tandvården. Av de vuxna patienterna väljer drygt hälften att få sin tandvård genom privata vårdgivare och knappt hälften väljer att få sin tandvård genom Folk tandvården. De privata vårdgivarna varierar i storlek, från små verksamheter där tandläkaren och vårdgivaren är en och samma person, till större tandvårdskedjor med flera mottagningar. Regionerna ansvarar för barn- och ungdomstandvård, tandvård till långvarigt sjuka samt tandvård till personer med funktionsnedsättning.

Den svenska befolkningen är överlag mycket nöjd med sin tandvård. Det framgår av de undersökningar som årligen görs av Svenskt Kvalitetsindex. Tandvården har de allra nöjdaste patienterna av de branscher som de mäter (Svenskt Kvalitetsindex, 2019).

13.2.4 Det förekommer felaktiga utbetalningar och brottslighet i tandvården

Samtidigt finns det problem inom delar av tandvården. Försäkringskassan ansvarar för att betala ut det statliga tandvårdsstödet. År 2018 uppgick stödet till 6,4 miljarder kronor (Nationellt underrättelsecentrum, 2019). Felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet uppskattas till drygt 5 procent, vilket motsvarar cirka 300 miljoner kronor per år. Två tredjedelar av dessa felaktiga utbetalningar misstänks vara avsiktliga (Delegationen för korrekta utbetalningar, 2019).

Det förekommer organiserad brottslighet som rör det statliga tandvårdsstödet. Inom ramen för den myndighetsgemensamma satsningen mot organiserad brottslighet presenterade de deltagande myndigheterna 2019 resultatet av tre ärenden där de har samarbetat för att kartlägga och bekämpa brottsligheten under perioden december 2016 till juni 2019 (Nationellt underrättelsecentrum, 2019). IVO ser att det ofta finns kopplingar mellan brottslighet som rör det statliga tandvårdsstödet och brister i patientsäkerheten. IVO har i samtliga tre fall som beskrivs i rapporten pågående utredningar mot tandläkarna och i samtliga fall ser vi stora brister i vården.

13.3 Återkommande brister i rotbehandlingar ökar risken för att patienter drabbas av rotspetsinfektioner

IVO har under många år sett brister i hur tandvården utför rotbehandlingar. Under 2019 fattade IVO 50 beslut med kritik i klagomålsärenden. Det tredje vanligaste området i dessa beslut rör bristande rotbehandlingar (26 procent av kritikbesluten). Vi konstaterar också att det förekommer bristfälliga rotbehandlingar i samtliga nio anmälningar från IVO till HSAN, gällande grov oskicklighet och med yrkande på återkallelse av tandläkarlegitimationen. Samtliga tandläkare i de nio anmälningarna arbetar i den privata tandvården.

IVO gör anmälningar till HSAN endast i de allvarigaste fallen. Vi bedömer att det kan finnas ett mörkertal av undermåligt utförda rotbehandlingar, eftersom det finns bristande rotbehandlingar i samtliga anmälningar som IVO har gjort till HSAN. I Sverige behandlades år 2018 cirka 175 000 personer med minst en rotfyllning (Socialstyrelsen, 2019k).

När IVO granskar journaler konstaterar vi ofta att det inte finns någon röntgenbild av tanden som ska rotbehandlas, att det inte finns någon angiven diagnos och att det inte finns några uppgifter om rotkanalens längd. Vi konstaterar också att rotfyllningarna många gånger är otäta, för korta och ibland mycket för långa. I ett fall har tandläkaren pressat ut rotfyllningsmaterial i det omgivande benet. Vissa preparat som används i dessa sammanhang är giftiga. De ska därför inte komma ut i den omgivande benvävnaden eftersom det då kan uppstå allvarliga skador. IVO ser också att tandläkarna inte alltid säkerställer att arbetsområdet är sterilt, vilket kan orsaka allvarliga infektioner vid rotspetsarna.

En bristfällig rotfyllning är inte något patienten själv kan upptäcka. Symtom uppkommer först efter en längre tid och patienten kopplar oftast inte ihop symtomen med rotbehandlingen, som kanske utfördes flera år tidigare.

13.3.1 Det saknas nationell uppföljning av rotfyllningar på längre sikt

Det finns inga uppföljningar gjorda i Sverige av resultatet av rotfyllningar på längre sikt.

I en nationell utvärdering av tandvården 2013 använde Socialstyrelsen indikatorn "Effekt av rotbehandling" (Socialstyrelsen, 2013). Men myndigheten bedömde att den studerade uppföljningsperioden på två år var alltför kort för att ligga till grund för säkra slutsatser om resultatet av rotbehandlingar. Resultatet var att 97,7 procent av tänderna efter två år inte hade behövt någon ytterligare rotbehandling eller hade behövt tas bort.

Vi konstaterar att symptom på felaktiga rotfyllningar visar sig först efter en längre tid, och att denna utvärdering inte på ett korrekt sätt kunde visa resultatet av behandlingen.

13.3.2 Rotfyllning i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet

Innan tandläkaren gör en rotbehandling måste det finnas en röntgenbild som visar hela roten. Det måste också finnas en fastställd diagnos och det ska framgå hur ett sterilt arbetsområde har säkerställts. Det ska även framgå hur rotkanalrensningens djup har säkerställts, vilka preparat tandläkaren har använt och med vilken teknik och material hen har rotfyllt. Rotfyllningen ska vara tät och ska vara avslutad cirka 1-1,5 mm från den röntgenologiska rotspetsen. Dessutom ska det finnas en röntgenbild av den rotfyllda tanden tillsammans med en journalförd bedömning.

Rotbehandlingar ”görs blint”, det vill säga utan att tandläkaren har direkt insyn i hur arbetsmomenten utförs. Därför är det noga med alla kontroller som vi beskriver ovan. Dessa kontroller görs med röntgen eller annan teknisk utrustning. Detta innebär att tandläkaren även måste ha goda kunskaper i röntgenteknik.

En avhandling visar att tandläkare upplever att rotfyllningar är förknippade med svårigheter som rör själva utförandet (Dahlström, 2016). Det handlar om att de upplever behandlingen som komplex och tekniskt svår att genomföra. Det kan till exempel vara svårt att justera mängden rotfyllningsmaterial under arbetets gång. Tandläkarna i studien anser även att det finns organisatoriska svårigheter som ökar stressen och risken för bristfälliga resultat. Ett exempel är att de oftast inte hinner utföra behandlingen inom ersättningsgränsen, det vill säga den tid som ersättningen från det statliga tandvårdsstödet täcker.

13.4 Patienters klagomål på tandvården handlar ofta om brister i återuppbyggnad av förlorad tuggfunktion och estetik (protetik)

Vi ser att tandläkare påbörjar protetikbehandlingar innan sjukdomsbehandling av patienterna har utförts och utvärderats. Protetik omfattar rehabilitering (återuppbyggnad) av förlorad tuggfunktion och estetik.

Protetikbehandlingar är den typ av behandlingar i tandvården som patienter klagat mest på. IVO har identifierat brister som gäller protetikbehandlingar i 32 procent av de klagomål där vi riktade kritik till vårdgivaren under 2019.

Förklaringen till att patienten ofta klagat på protetiska behandlingar är att eventuella brister blir tydliga eftersom det handlar om utseende och tuggfunktion. Patienten har också ofta betalat mycket pengar för behandlingen och blir därför besviken när behandlingen trots detta inte har blivit bra.

Brister i protetiska behandlingar framgår också i de individärenden som IVO har anmält till HSAN under 2019. Samtliga nio tandläkare som IVO anmälde till HSAN uppvisade grov oskicklighet när det gäller protetiska behandlingar.

I anmälningar från vårdgivare enligt bestämmelserna om lex Maria finns för 2019 inte en enda anmälan som rör protetiska behandlingar. Det kan bero på att det är vårdgivaren som är den som gör utredning och anmälan enligt lex Maria och att vårdgivaren inte räknar en havererad protetisk konstruktion som en vårdskada. Det kan också bero på att patienten, med sin trasiga protetiska konstruktion, vänder sig till en annan vårdgivare när hen är missnöjd. Då får den tandläkare och vårdgivare som har utfört den bristfälliga vården inte reda på den eventuella vårdskadan.

Vi ser att orsaken till bristerna i de protetiska behandlingarna ofta är att bakomliggande tandsjukdomar som karies, tandlossning och rotinfektioner inte har behandlats i tillräcklig omfattning innan tandvården har utfört det protetiska arbetet. Vi ser också att röntgen och andra undersökningar inte är fullständiga och att det ibland helt saknas terapiplan. För patienterna innebär detta att de genomgår tidskrävande, dyra och omfattande bettrehabiliteringar som redan efter en kort tid kan uppvisa tecken på att gå sönder.

IVO anser att en förändring behöver komma till stånd. Alla tandläkare behöver förstå vikten av att behandla patientens grundsjukdomar, som till exempel karies och tandlossning, innan de påbörjar protetiska arbeten.

Protetiska behandlingar utgör endast två procent av det totala antalet åtgärder som utförs i tandvården, men står för tolv procent av kostnaderna (Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit, 2019).

13.4.1 Protetisk behandling i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet

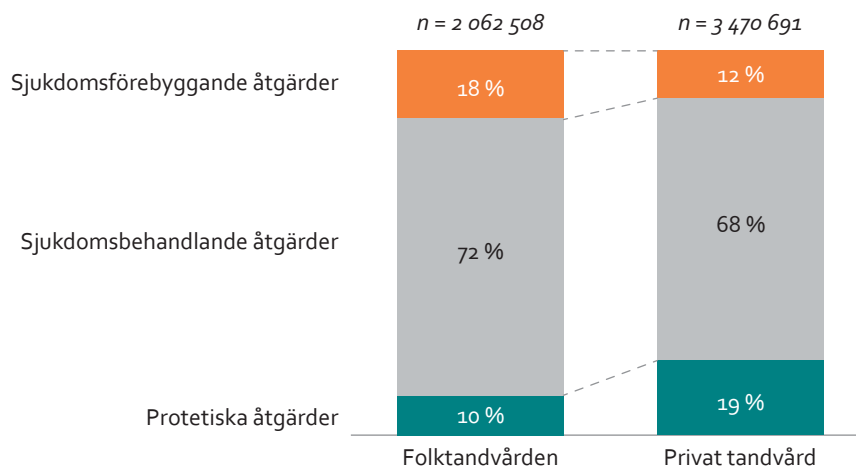
För en korrekt protetisk behandling krävs inledningsvis en komplett röntgenundersökning för att säkerställa att det finns förutsättningar för den planerade behandlingen. En bettanalys ska göras, som tar hänsyn till de krafter som kommer att påverka bettet. Patientens egna förväntningar och önskemål är också viktiga att ta hänsyn till. Därefter ska eventuella tandsjukdomar behandlas, till exempel karies, tandlossning och rotinfektioner. Behandlingen ska sedan utvärderas och eventuellt kompletteras innan det är dags att utforma den permanenta protetiska konstruktionen. Förebyggande behandlingar krävs sedan för att patienten ska kunna behålla ett gott resultat. Det är viktigt att patienten är införstådd med vad behandlingen innebär, vilket slutresultat som är realistiskt och vilket behov av uppföljningar och stödbehandlingar som finns.

13.4.2 Möjligheter till ekonomiska förtjänster kan förklara en del av bristerna

Protetiska behandlingar är ett område inom tandvården där många tandläkare ser möjligheter till ekonomiska förtjänster. Men de ser inte likadant på den inledande sjukdomsbehandlingen, som går ut på att skapa en frisk munhåla med goda förutsättningar för en lyckad protetisk rehabilitering. Det kan förklara varför tandläkare påbörjar stora protetiska arbeten utan att först utföra de nödvändiga förbehandlingarna, trots att det ökar risken för att det ska behövas omfattande efterföljande behandlingar.

Vi har jämfört antalet utförda sjukdomsbehandlande, sjukdomsförebyggande och protetiska åtgärder mellan tandvård i privat och offentlig regi. Jämförelsen visar att den privata tandvården genomför en högre andel protetiska åtgärder och en lägre andel sjukdomsbehandlande och sjukdomsförebyggande åtgärder än den offentliga tandvården.

Figur 13. Antal sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande och protetiska åtgärder som andel av totala antalet åtgärder inom dessa åtgärdsgrupper, 2018



Källa: Försäkringskassan (2018), Antal åtgärder per år och dess medianpriser, 2009-2018 (Dataset)

IVO bedömer att även patienters önskemål i vissa fall kan påverka tandläkarens val av behandling och åtgärder. I en del länder, framför allt utanför Europeiska Unionen, väljer patienter oftare att få estetisk behandling och har färre önskemål om att bli fullständigt undersökta. Enligt tandvårdslagen (1985:125) ska tandläkaren föreslå olika behandlingsalternativ som patienten sedan kan välja utifrån.

13.5 Patientjournalerna saknar viktiga och nödvändiga uppgifter

Det är ett återkommande problem att patientjournalerna i tandvården brister (Inspektionen för vård och omsorg, 2014; Inspektionen för vård och omsorg, 2018a; Försäkringskassan, Socialstyrelsen, TLV, 2012).

Av de 50 klagomål inom tandvård som IVO har tagit emot och där vi under 2019 fattade beslut med kritik, handlar det i 64 procent av fallen bland annat om brister i dokumentationen i journalerna. Vi finner också brister i journalföringen i alla ärenden som gäller tillsyn av legitimerad personal inom tandvården.

En ändamålsenlig dokumentation är viktig för patientsäkerheten. När uppgifter i patientjournalen saknas går syftet med journalen förlorat. Journalen blir då inte det nödvändiga instrument som den ska vara för att garantera patienten en säker vård och behandling. Brister i dokumentationen kan leda till att patienter får fel behandling, utsätts för allvarliga risker och i värsta fall drabbas av vårdskada.

Vi ser brister som bland annat handlar om att det saknas väsentliga uppgifter om skälen till den planerade och genomförda vården. Det handlar både om att det saknas underlag i form av röntgenbilder och uppgifter från undersökningar, men också om att det ofta saknas relevanta diagnoser som motiverar de utförda åtgärderna. Vi ser också att det alltför ofta saknas uppgifter om vilken produkt eller vilket läkemedel som har använts, vilket gör det omöjligt att spåra material. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården anger att det ska gå att spåra det material som har använts.

13.5.1 Patientjournalen har många syften

Det är av väsentlig betydelse att journalen innehåller alla viktiga uppgifter för att patienten själv, behandlande tandläkare, andra vårdgivare, försäkringsbolag, tillsynsmyndighet och andra intressenter ska kunna få en korrekt bild av varför och hur utförd behandling har gjorts.

För patientsäkerheten är det mycket viktigt att det finns en uppdaterad anamnes (sjukhistoria). Men det saknas en aktuell anamnes i de journaler som vi har granskat när vi utövar tillsyn av legitimerad personal, som vi sedan har anmält till HSN. Detta är mycket allvarligt eftersom det i dessa sammanhang nästan uteslutande rör sig om patienter som har fått omfattande behandlingar, och där de medicinska riskerna är relativt stora. Genom bristande röntgenunderlag (det saknas adekvata bilder och utlåtanden) riskerar behandlaren att missa allt från mindre skador till allvarliga tillstånd, till exempel cancer och cystor i käkbenet.

På många tandkliniker förs journalen med hjälp av textmallar och förskrivna frastexter. När dessa texter inte redigeras utifrån varje patients individuella situation och behandling kan felen bli omfattande.

13.5.2 Dokumentation för ekonomisk ersättning prioriteras på bekostnad av dokumentation för patientjournalens innehåll

En orsak till bristerna i journalföringen kan vara att detta moment ofta överläts till den enskilde behandlande tandläkaren att sköta efter bästa förmåga. Det är ovanligt med utbildning inom journalföring, utan tandläkarnas kompetensutveckling handlar oftast om kliniska behandlingar, till exempel implantatbehandlingar och liknande.

En väl genomförd journaldokumentation som uppfyller dagens krav är omfattande och tidskrävande. Därför utformar många tandläkare sina journaler främst för att uppfylla Försäkringskassans krav för ekonomisk ersättning. De tar inte lika stor hänsyn till de krav som ställs i lag och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

Försäkringskassans efterhandskontroller kan innebära återkrav och kan därför påverka verksamheten ekonomiskt. Det gör att den behandlande tandläkaren försöker utforma dokumentationen så att hen inte riskerar att få återkrav från Försäkringskassan. IVO anser att det är dåligt att beskrivningen i journalen av vården nedprioriteras, inte minst ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Försäkringskassan beskriver brister även i den dokumentation som krävs för ekonomisk ersättning (Försäkringskassan, 2019). Försäkringskassan beräknar att ungefär en femtedel av felen gäller att vårdgivaren inte kan styrka den utförda vården med underlag. Det rör sig om att dokumentationen inte kommer in till Försäkringskassan, eller att den är bristfällig eller inte styrker rapporterade uppgifter om patientens tillstånd och utförda åtgärder.

Tandvårdens ekonomiska system skiljer sig mycket från hälso- och sjukvården. Enligt Försäkringskassan sker 99 procent av handläggningen av det statliga tandvårdsstödet automatiskt, utan manuell handpåläggning (Försäkringskassan, 2017, s. 29). Detta ökar effektiviteten av handläggningen och minskar kostnaderna men ökar också risken för felaktiga utbetalningar. Detta kan ge större incitament för oseriösa aktörer inom tandvården, vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten. Under 2019 har Försäkringskassan lanserat ett mer finmaskigt kontrollsystem. I vissa situationer kan Försäkringskassan även besluta att vårdgivaren inte längre får vara ansluten till systemet för det statliga tandvårdsstödet.



14 Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

Legitimation är en garanti för en viss kunskapsnivå, kompetens och lämplighet att arbeta i vården. I vår tillsyn av legitimerad personal ser vi en ökande trend av oskicklighet i yrkesutövning. Kunskapsbrister och felaktig läkemedelshantering är några exempel på oskicklighet. Hälften av de ärenden som rör oskicklighet i yrkesutövningen handlar om bristande dokumentation. Det kan leda till att annan legitimerad personal ger en behandling eller ordinerar läkemedel som inte är förenlig med tidigare vård. Felaktig förskrivning av läkemedel är den vanligaste orsaken till att IVO ger kritik eller anmäler ärenden till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.

14.1 Iakttagelser för 2019

- **Vi ser en ökande trend av oskicklighet i yrkesutövningen, men det är oklart vad det beror på.** Oskickliga yrkesutövare utgör en fara för patientsäkerheten. Oskicklighet i yrkesutövningen förekommer i närmare hälften av ärenden där IVO har riktat kritik (46 procent). Antalet kritikbeslut som gäller oskicklighet har under 2019 ökat med 50 procent jämfört med föregående år, där oskicklighet bland sjuksköterskor och läkare står för den största ökningen. Brister i kunskap och felaktig läkemedelshantering är några exempel på oskicklighet. Den ökande trenden behöver inte betyda att yrkesgrupperna har blivit mer oskickliga i sin yrkesutövning, utan kan handla om att fler ärenden hamnar hos IVO och att antalet utfärdade legitimationer har ökat.
- **Felaktig förskrivning är den vanligaste orsaken till att IVO kritiserar eller anmäler förskrivare till HSAN.** Felaktig förskrivning är den vanligaste orsaken till att IVO kritiserar förskrivare. Felaktig förskrivning av narkotikaklassade och särskilda läkemedel finns i 46 procent av de ärenden där IVO har riktat kritik år 2019, en minskning från knappt 60 procent under 2016 och 2017. I en särskild genomgång av 230 individuella ärenden som gäller tillsyn av legitimerad personal där IVO antingen har fattat ett beslut med kritik eller anmält till HSAN ser vi att drygt 40 procent av yrkesutövarna är födda 1953 eller tidigare. Det är en ökning av äldre förskrivare jämfört med en liknande genomgång av ärenden från 2017. Vi har också sett läkare som har skrivit ut eftertraktade och dyra läkemedel, som tillväxthormon och botulinum toxin (Botox), utan att det har varit medicinskt motiverat.
- **I 30 procent av prövotidsärendena har personen fått sin legitimation återkallad på grund av att hen inte följt sin prövotidsplan eller själv begärt att legitimationen återkallas.** IVO avslutade 48 prövotidsärenden under januari till september 2019. I drygt 30 procent av fallen har personen fått sin legitimation återkallad på grund av att hen inte följt sin prövotidsplan eller själv begärt att legitimationen återkallas. Det är svårt att avgöra hur stort problemet är att följa prövotidsplanen för de personer som genomgår prövotid. Men vi ser att yrkesutövare inte alltid kan följa prövotidsplanen på grund av att de inte kan bekosta provtagningar själva eller ordna med den beslutade handledningen.

14.2 Bakgrund

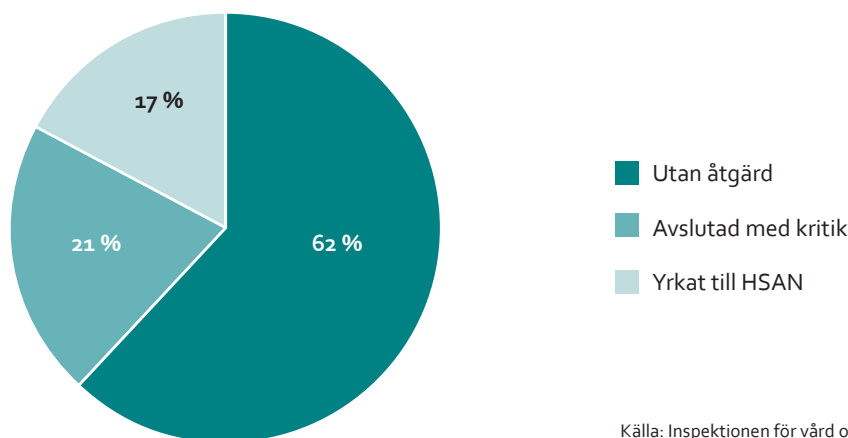
14.2.1 IVO:s tillsyn av legitimerad personal

Tillsyn av legitimerad personal är ett sätt att förebygga skador i vården. IVO utreder när vi får kännedom om att en person med legitimation kan vara en fara för patientsäkerheten. Enligt lagstiftningen behöver inget allvarligt nödvändigtvis ha inträffat för att en legitimerad person ska kunna bli föremål för en granskning.

IVO kan kritisera en legitimerad person som har visat brister i sin yrkesutövning. Vi har en skyldighet att anmäla en yrkesutövare till HSAN om vi i utredningen kommer fram till att det finns vissa omständigheter som rör sjukdom, oskicklighet, brott eller att personen skulle vara olämplig på något annat sätt. Det är HSAN som beslutar om påföljder för legitimerad personal. Dessa påföljder kan vara prövotid, att personens legitimation återkallas eller att någon annan behörighet dras in.

När IVO får kännedom om en person som kan misstänkas utgöra en fara för patientsäkerheten öppnar IVO ett tillsynsärende. Under 2019 avslutade IVO 811 ärenden gällande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Majoriteten av dessa avslutades utan åtgärd eller kritik.

Figur 14: Fördelningen av avslutade ärenden 2019



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 30. Genomförd tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2016–2019. Uppdelat på totalt antal beslut, antal beslut med kritik och antal anmälningar till HSN (avslutade ärenden).

Tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal	2016	2017	2018	2019
Avslutade ärenden	604	713	716	811
varav avslutade med kritik	184	172	178	169
varav anmälan till HSN	70	106	116	135

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Under 2019 har IVO avslutat 135 ärenden där vi har anmält den legitimerade yrkesutövaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). I runt hälften av dessa ärenden har IVO yrkat på prövotid och i drygt 40 procent på återkallelse av legitimation. Antalet beslut där IVO har yrkat om återkallelse har ökat med 160 procent jämfört med föregående år. Sjuksköterskorna står för den största ökningen (340 procent) inom främst missbruk och olämplighet, följt av läkare (230 procent).

Anmälningarna till HSN handlar om missbruk (45 procent), olämplighet (21 procent), sjukdom (17 procent), förskrivning (13 procent) och oskicklighet (12 procent). Missbruk är vanligast (60 procent) när IVO har yrkat om prövotid. Förutom missbruk (34 procent) är oskicklighet (16 procent) en av de vanligaste anledningarna till att IVO yrkar om återkallelse av legitimation.

I en femtedel av ärendena riktade myndigheten kritik. Osckicklighet i yrkesutövningen är vanlig även här och förekommer i närmare hälften av dessa ärenden (46 procent). Antalet kritikbeslut som gäller osckicklighet har under 2019 ökat med 50 procent jämfört med föregående år, där osckicklighet bland sjuksköterskor och läkare står för den största ökningen. En annan orsak till kritiken är felaktiga förskrivningar av narkotikaklassade och särskilda läkemedel (46 procent).

Läkare och sjuksköterskor är de yrkesgrupper som flest ärenden handlar om. Knappt hälften av besluten där IVO har anmält till HSN eller riktat kritik rör läkare och en tredjedel rör sjuksköterskor. Ungefär 6 procent av ärendena gäller tandläkare. Antalet beslut som gäller sjuksköterskor har ökat med 70 procent jämfört med 2018. Det är ungefär lika många män (52 procent) som kvinnor (48 procent) i besluten. En femtedel av besluten rör personer som är verksamma inom primärvården.

14.2.2 Åtalsanmälan av hälso- och sjukvårdspersonal

IVO har under 2019 avslutat 26 ärenden där vi har anmält hälso- och sjukvårdspersonal till åtal (i 19 fall mot legitimerad personal och i sju fall mot icke-legitimerad personal). Antalet åtalsanmälningar ligger i nivå med de senaste åren (Inspektionen för vård och omsorg, 2019n). Det vanligaste brottet som vi anmäler till åtal är misstanke om läkemedelsstöld: en tredjedel av ärendena rör detta (nio ärenden). I åtta av fallen rör det sig om misstanke om stöld av narkotikaklassade läkemedel och i samtliga fall är det legitimerade sjuksköterskor som vi har anmält till åtal. Vi har även anmält åtta legitimerade läkare till åtal för bland annat misstanke om övergrepp, brott mot tystnadsplikten och för dataintrång.

14.2.3 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på statistik över anmälningar från apotek eller vårdgivare samt egeninitierade tillsyner som rör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och som avslutades under januari till och med september 2019. Statistikuppgifterna har kompletterats med kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har gjort innehållsanalys av 230 ärenden som gäller tillsyn av legitimerad personal där IVO antingen fattat ett beslut med kritik eller anmält till HSAN. Vi har även gått igenom samtliga 48 provotidsärenden. Samtliga ärenden i vår innehållsanalys har avslutats från den 1 januari till och med den 3 oktober 2019.

14.2.4 Det finns 22 yrken inom hälso- och sjukvården som arbetar under eget yrkesansvar

Det finns i dag 22 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvård, bland annat sjuksköterskor, läkare, psykologer och tandläkare (Socialstyrelsen, u.å. b). Det är Socialstyrelsen som beslutar om legitimationer och det är enbart personer med legitimation som får använda dessa yrkestitlar.

14.2.5 Apotekspersonalen har en anmälningskyldighet till IVO

Både personal som expedierar läkemedel och vårdgivare är skyldiga enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal till IVO. Av de ärenden där vi har riktat kritik eller gjort en anmälan till HSAN har vi initierat hälften utifrån anmälningar från vårdgivare. Det är en ökning med drygt 60 procent jämfört med 2018. Antalet ärenden som har initierats utifrån anmälningar från apotek har varit relativt konstant och utgör cirka 20 procent av alla beslut där IVO har anmält till HSAN eller riktat kritik.

För att IVO ska kunna utreda en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal krävs det att vi får signaler om att personal eller yrkesutövare agerar eller har agerat på ett sätt som inte är patientsäkert. Vi kan få sådana signaler från olika källor. Receptarier och apotekare har en särskild ställning inom tillsynen av hälso- och sjukvårdspersonal. De tillhör de legitimerade hälso- och sjukvårdsyrken som omfattas av vår tillsyn. De har också en personlig skyldighet att till IVO anmäla förskrivare som skriver ut narkotiska läkemedel, andra särskilda läkemedel, alkoholhaltiga läkemedel eller teknisk sprit om de misstänker att förskrivningen strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet. Apotekspersonalen har på så sätt en viktig roll i att skicka signaler till IVO om personer som brister i sin förskrivning. Det är alltså viktigt för patientsäkerheten att apotekspersonalen följer sin skyldighet att anmäla misstänkta förskrivare.

14.3 Vi ser en ökande trend av oskicklighet i yrkesutövningen

Oskicklighet i yrkesutövningen kan handla om att läkare inte reagerar på avvikande provsvar, att sjuksköterskor inte ger rätt dos av läkemedel och att tandläkare inte ger korrekt behandling.

Vi ser sedan 2015 en ökande trend i antalet ärenden som handlar om oskicklighet i de kritikbeslut och anmälningar IVO gör till HSAN som rör läkare och sjuksköterskor. Ökningen behöver inte betyda att yrkesgrupperna har blivit mer oskickliga i sina yrken. En förklaring kan vara att IVO tar emot fler ärenden. En annan förklaring skulle kunna vara att antalet utfärdade legitimationer har ökat under samma tidsperiod (Socialstyrelsen, 2019q, s. 1).

I en femtedel av våra ärenden 2019 riktade vi kritik mot yrkesutövare. Oskicklighet i yrkesutövningen förekommer i närmare hälften av dessa ärenden (46 procent). Antalet kritikbeslut som rör oskicklighet har under 2019 ökat med 50 procent jämfört med föregående år, där oskicklighet bland sjuksköterskor och läkare står för den största ökningen.

14.3.1 Knappt en tredjedel av anmälningarna till HSAN gäller oskicklig yrkesutövning

I vår fördjupade analys av 230 tillsynsärenden som gäller legitimerad personal har vi bedömt att 73 personer var oskickliga i sitt yrke. Av dessa har en fjärdedel uppvisat så pass allvarliga brister att IVO anmält dem till HSAN. Knappt en tredjedel (29 procent) av IVO:s anmälningar till HSAN beror på att en legitimerad personal har visat sig oskicklig i yrkesutövningen.

14.3.2 Oskicklighet kan handla om kunskapsbrist och felaktig läkemedelshantering

Oskicklighet i yrkesutövningen tar sig olika uttryck. För läkare kan oskicklighet handla om bristande omdöme eller att ha ordinerat fel läkemedel. Det finns även läkare som har omfattande kunskapsbrister i yrket och som inte ger patienter en god och säker vård.

IVO har sett kompetensbrister hos vikarierande läkare, så kallade hyrläkare och stafettläkare. Vi har sett fall där dessa läkare har brustit på många områden, från att utreda och behandla patienterna till att förstå grundläggande medicinsk handläggning.

När vi fattar beslut med kritik eller anmäler tandläkare till HSAN har yrkesutövarna visat på omfattande kunskapsbrister. Vid flera tillfällen har tandläkare varken genomfört en professionell undersökning eller gett patienten en korrekt behandling.

För sjuksköterskor rör ofta oskickligheten brister i läkemedelskunskap och läkemedelshantering. Det kan vara så att sjuksköterskan inte har varit noggrann när hen har hanterat läkemedlet, vilket har lett till att patienten inte har fått rätt dos.

14.3.3 Ofullständiga patientjournaler gör det svårt att följa patienternas vård och behandling

Vi ser i hälften av ärendena som gäller oskicklighet i yrkesutövning att det är svårt att följa patienternas vård. Det är en brist som vi har sett även tidigare. Den legitimerade yrkesutövaren har då inte dokumenterat tillräckligt i patientjournalen. I vissa fall finns över huvud taget ingen dokumentation av några tillfällen när en patient har haft kontakt med vården. Det innebär stora risker för patientens fortsatta vård om det inte går att följa en patients sjukdomshistorik. Det kan leda till att annan legitimerad personal ger en behandling eller ordination av läkemedel som inte är förenlig med tidigare vård. Det kan även leda till att patientens vård inte följs upp på rätt sätt, eftersom det inte finns någon uppgift om att detta behövs.

14.4 Felaktig förskrivning är den vanligaste orsaken till att IVO kritiserar eller anmäler förskrivare till HSAN

Felaktig förskrivning är den vanligaste orsaken att IVO kritiserar eller anmäler legitimerad personal till HSAN. Att felaktigt skriva ut narkotiska eller andra särskilda läkemedel riskerar att bidra till ett beroende av läkemedel eller missbruk av läkemedel. Vi ser felaktig förskrivning av narkotikaklassade och särskilda läkemedel i 46 procent av de ärenden där IVO har riktat kritik år 2019.

Att felaktigt skriva ut läkemedel innebär att skriva ut dem i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan bland annat handla om att förskriva narkotiska läkemedel på felaktiga indikationer eller genom att förskriva större mängder läkemedel än vad som behövs för behandlingen.

14.4.1 Personer som är 65 år och äldre står för en stor del av ärendena

I våra ärenden om felaktig förskrivning ser vi att drygt 40 procent av alla som fått kritik av IVO eller där vi har anmält dem till HSAN, under 2019, är 65 år eller äldre. Det är en ökning av äldre förskrivare jämfört med en liknande genomgång av ärenden från 2017, där cirka 30 procent av förskrivarna var 65 år eller äldre (Inspektionen för vård och omsorg, 2018b, s. 8).

Att många äldre finns i ärendena om felaktig förskrivning har uppmärksammats tidigare, bland annat 2004 och 2011 (Socialstyrelsen, 2011; Mobilisering mot narkotika, 2004). Bland de personer som vi har granskat under 2019 är merparten läkare (88 procent). 8 av 10 är män och i cirka 30 procent av ärendena handlar det om att den legitimerade har skrivit ut läkemedel till sig själv.

Minst hälften av de äldre som felaktigt skriver ut läkemedel är ensampraktiserande eller pensionärer. Det finns därför inte nödvändigtvis någon vårdgivare som har insyn i hur läkemedel skrivs ut och som kan uppmärksamma brister. Därför är de anmälningar som apotekare och receptarier gör till IVO mycket betydelsefulla för att vi ska kunna upptäcka dessa fall.

14.4.2 I Sverige har legitimerad personal livslånga legitimationer

Alla legitimationer inom hälso- och sjukvården är livslånga, om inte legitimationen återkallas på eget eller annans initiativ. Det som är speciellt för läkar- och tandläkarlegitimationer är att de ger rätt att förskriva läkemedel oavsett var eller om personen tjänstgör. Läkare och tandläkare kan med andra ord fortsätta att skriva ut läkemedel efter att de har gått i pension och inte längre är yrkesverksamma.

I andra länder – exempelvis Storbritannien, Norge och Danmark – finns det vissa begränsningar för legitimationer. Det kan handla om hur länge legitimationer är giltiga innan personen måste söka ny licens eller regelrätta åldersgränser för att söka och ha legitimation (SOU 2008:117, s. 271).

Socialdepartementet har nyligen bedömt att det inte behövs en åldersgräns för de svenska legitimationerna (Ds 2018:21, s. 24). Departementet anser att åldersgränser är ett trubbigt verktyg, då det idag är okänt vilka förutsättningar som kommer att ha betydelse i framtiden, och att det inte finns någon kunskap om hur stort problemet är.

14.4.3 Eftertraktade och dyra läkemedel skrivs ut utan att det är medicinskt motiverat

I vår analys av 230 ärenden som gäller tillsyn av legitimerad personal har IVO kritiserat eller anmält 74 legitimerade yrkesutövare till HSAN för felaktig förskrivning.

Vi har under 2019 sett läkare som har skrivit ut eftertraktade och dyra läkemedel utan att det har varit medicinskt motiverat, så som tillväxthormon och Botox (botulinum toxin).

Tillväxthormon är känt för att användas av kroppsbyggare för att kunna bygga mer muskelmassa. Det är ett preparat som även förekommit i tillsynsärenden tidigare år. IVO har under senare år sett fler ärenden som rör Botox. Det är ett muskelavslappnande läkemedel som inom vården bland annat används för att behandla migrän och kramper i muskler. Läkemedlet används också inom skönhetsindustrin för att reducera rynkor.

Tillväxthormon och Botox återfinns i 7 procent av våra beslut med kritik och anmälningar till HSAN som rör felaktig förskrivning. Förutom det har IVO under året gjort en åtalsanmälan mot en läkare där vi har bedömt att läkaren felaktigt har förskrivit Botox. IVO gjorde även en liknande åtalsanmälan i december 2018.

Både tillväxthormon och Botox är dyra läkemedel. I ett ärende där IVO riktar kritik har en läkare skrivit ut 40 ampuller med botulinum toxin till ett totalt värde av 73 000 kronor. IVO misstänker att felaktig förskrivning av dessa läkemedel görs för att få en ekonomisk vinning, antingen genom att tjäna pengar på att skriva ut till andra personer eller att läkaren skriver ut till sig själv för att använda läkemedlet i behandlingar.

När IVO undersöker förskrivning av narkotiska läkemedel använder vi E-hälsomyndighetens tjänster för att få uppgifter om vilka läkemedel som har hämtats ut av patienter som läkare eller tandläkare har skrivit ut under de senaste tre månaderna. Vi har däremot inte möjlighet i nuläget att hämta ut uppgifter om Botox och kan därför inte kontrollera förskrivning av detta läkemedel via den kanalen.

14.5 I 30 procent av prövotidsärendena återkallas legitimationen

IVO har avslutat 48 prövotidsärenden under januari till september 2019. I drygt 30 procent av fallen har personen fått sin legitimation återkallad på grund av att hen inte följt sin prövotidsplan eller själv begärt att legitimationen återkallas.

Det är svårt att säga exakt hur stort det här problemet är för de personer som genomgår prövotid. I vår tillsyn av hur prövotidsplaner följs ingår inte att särskilt granska varför den enskilda yrkesutövaren inte följer prövotidsplanen. IVO har även mycket begränsad information i drygt en tredjedel av de prövotidsärenden som leder till att legitimationen återkallas. I dessa ärenden har den legitimerade inte svarat på IVO:s kontaktförsök eller inte sänt in det underlag som vi har frågat efter.

Ibland ser vi att den legitimerade yrkesutövaren inte kan följa prövotidsplanen på grund av att hen inte kan bekosta provtagningar eller ordna med handledning på egen hand. Provtagning ska ske initialt minst en gång i månaden och det kan kosta mer än tusen kronor per tillfälle för en yrkesutövare som inte längre har kvar sin anställning. Vissa arbetsgivare bekostar den anställdes provtagning genom företagshälsovården.

Förutom ekonomiska hinder har vi också indikationer på att det kan vara ett problem för den legitimerade att få en läkarkontakt i enlighet med beslut i prövotidsplanen, för att vården inte anser att personen är tillräckligt sjuk för att få behandling. Tiden mellan att någon gör en anmälan till IVO och HSAN:s beslut om prövotid kan vara lång. Det är vanligt att det tar cirka två år, och under den tiden kan mycket ha hänt med personens hälsotillstånd.

14.5.1 Beslut om prövotid ger den legitimerade personen möjlighet att rätta till problemet

Prövotid är en påföljd som ger de legitimerade yrkesutövare som kan utgöra en fara för patientsäkerheten en möjlighet att åtgärda de bakomliggande orsakerna till problemet. Ett beslut om prövotid innebär inte någon inskränkning av deras behörighet att utföra sitt yrke. Individerna kan alltså fortsätta försörja sig själv och bidra till samhället (SOU 2008:117, s. 678).

En prövotid löper alltid under tre år. Under prövotiden ska den legitimerade yrkesutövaren följa det som har beslutats i prövotidsplanen. Det är den enskilde yrkesutövarens ansvar att se till att hen följer prövotidsplanen. Där kan det ingå krav om till exempel behandling, att lämna prover och fortbildning. Om hen inte följer prövotidsplanen kan det innebära att legitimationen återkallas. Statens ansvar är att kontrollera att yrkesutövaren följer sin prövotidsplan och genomför åtgärder så att målen med planen kan uppnås.

14.5.2 Prövotid beslutas främst på grund av sjukdom eller liknande omständighet

Uppgifter från HSAN visar att en legitimerad yrkesutövare huvudsakligen får prövotid på grund av sjukdom eller annan liknande omständighet, exempelvis beroende. År 2018 var det så i 60 procent av fallen (Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd, 2019, s. 10).

14.5.3 Kortare prövotider än tre år

Socialdepartementet har inom ramen för ett uppdrag om att se över patientsäkerhetslagen (2010:659) problematiserat frågan om prövotid ska kunna gälla en kortare tid än tre år (Ds 2018:21, s. 22). Detta skulle till exempel kunna vara angeläget om den legitimerade yrkesutövarens sjukdomstillstånd har förbättrats eller att hen inte har missbrukat under en längre tid, vid tidpunkten för HSAN:s beslut.



15 Medicinteknik

Medicintekniska produkter har en direkt betydelse för diagnostik och behandling. I vissa fall har de en livsuppehållande funktion. Inom omsorgen spelar medicintekniska produkter en viktig roll för en god livskvalitet, exempelvis gånghjälpmedel, lyftar och larm. IVO ser att personal som använder produkterna inte alltid har kunskap om hur de ska hanteras på ett patientsäkert sätt. Det kan till exempel handla om att produkter används för andra ändamål än de är avsedda för och att produkter återanvänds trots att de är framtagna för engångsbruk.

15.1 Iakttagelser för 2019

- **Medicintekniska produkter återanvänds trots att riskerna för patientsäkerheten är okända.**
Återanvändning av engångsprodukter förekommer i en eller flera verksamheter vid Sveriges samtliga sju universitetssjukhus, och även vid andra sjukhus och vårdverksamheter. Enligt den enkät som IVO skickade till somatiska verksamheter vid Sveriges sjukhus i januari 2019 återanvänds engångsprodukter i drygt 14 procent av alla verksamheter. Vi ser att universitetssjukhusen inte har kunnat visa dokumentation som styrker att produkterna är patientsäkra när de återanvänds. Återanvändning av engångsprodukter är felanvändning, om inte verksamheten tar ansvar för hela produkten genom den så kallade egentillverkningsprocessen.
- **Felaktigt användande av medicintekniska produkter leder till allvarliga risker.**
Under 2019 har IVO tagit emot 321 anmälningar från olika vårdgivare om allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. Anmälningarna går till Läke medelsverket, och till IVO för information. En analys av 263 anmälningar inkomna under januari till september 2019 visar att det vid 39 av dessa händelser är tydligt att produkten har hanterats på fel sätt. Vid 13 av de 39 händelserna har den medicintekniska produkten använts utanför sitt användningsområde. Vi ser flera fall med allvarliga konsekvenser när produkterna har använts utanför sitt användningsområde.

15.2 Bakgrund

15.2.1 IVO:s tillsyn av medicinteknik

IVO ansvarar för tillsyn över hur medicintekniska produkter används inom hälso- och sjukvården. Det gäller såväl för den privata som den regionala och kommunala hälso- och sjukvården. När medicintekniska produkter används i omsorgen räknas det som hälso- och sjukvård. IVO har alltså även tillsyn över den användningen. Vi har också tillsyn över de produkter som tillverkas inom vården och som bara ska användas i den egna verksamheten, så kallade egentillverkade medicintekniska produkter.

15.2.2 Underlag för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på en särskild genomgång av våra ärenden inom medicinteknik. Vi har genomfört kvalitativa innehållsanalyser för att få mer detaljerad information om innehållet i våra ärenden. Vi har tagit emot 321 anmälningar om allvarliga händelser och tillbud med medicintekniska produkter som har avslutats under januari till september 2019 och en fördjupad analys av 263 av dessa anmälningar. Vi har också gått igenom 46 anmälningar enligt bestämmelserna om lex Sarah och lex Maria, 16 egeninitierade tillsyner och 6 klagomål där IVO har riktat kritik där ärendet avser medicinsk produkt. Samtliga av dessa ärenden är avslutade under perioden den 1 januari till och med den 3 oktober 2019. Den enkät som vi skickat till somatiska verksamheter vid Sveriges sjukhus med frågor som rör återanvändning av engångsprodukter har också varit ett underlag för våra iakttagelser.

15.2.3 Det finns många olika slags medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter är en bred term som omfattar allt från plåster och rullstolar till stora avancerade system, som datortomografer och implantat till pacemakers. Även programvaror som har ett medicinskt syfte är medicintekniska produkter, exempelvis journalsystem och beslutsstöd.

En del medicintekniska produkter är tillverkade för att bara användas en kort stund, till exempel sterila engångssprutor. Andra kan användas i tiotals år om de underhålls och rengörs på rätt sätt, till exempel viss operationsutrustning eller taklyftar.

Medicintekniska produkter används inom slutenvård, öppenvård, omsorg, vid särskilda boenden, i hemmen och i offentliga miljöer. Det är många som använder produkterna. All hälso- och sjukvårdspersonal och omsorgspersonal kommer i kontakt med eller använder medicintekniska produkter. Det gör också de flesta patienter och brukare.

15.2.4 Medicintekniska produkter får allt större betydelse för vården och omsorgen

Medicintekniska produkter har fått allt större betydelse inom vården. De har nu en direkt avgörande betydelse för diagnostik och behandling. I vissa fall har produkterna en livsuppehållande funktion. Tillgången till bra och säkra medicintekniska produkter är en väsentlig förutsättning för dagens hälso- och sjukvård.

Även inom omsorgen används allt fler medicintekniska produkter. Det rör sig om allt från klassiska hjälpmedel som lyftar, gånghjälpmedel och rullstolar till nyare produkter som larmmattor, medicingivare och andra produkter som innehåller digital teknik.

Det finns omkring 700 000 olika medicintekniska produkter registrerade på den europeiska marknaden. Produkterna måste användas och hanteras på ett sådant sätt att säkerhet och prestanda bibehålls i alla situationer och under hela tiden som produkterna används.

15.2.5 Nya förordningar från Europeiska Unionen kommer att påverka hälso- och sjukvården

Det händer en hel del i regleringen av medicintekniska produkter. Två nya förordningar från Europeiska Unionen ska tillämpas i alla medlemsstater från och med den 26 maj 2020 respektive 2022.²¹ Det pågår därför ett stort arbete med att göra nödvändiga anpassningar i svensk rätt. Detta arbete är i skrivande stund inte färdigt. Vi vet därför inte exakt hur tillämpningen av förordningarna kommer att påverka hälso- och sjukvården. Här beskriver vi några faktorer som kan påverka hälso- och sjukvården:

- Hårdare produktkrav kan leda till att det kommer att finnas färre produkter på marknaden efter den 26 maj 2020, om inte alla tillverkare hinner ställa om så att de lever upp till de nya kraven. Detta gäller främst de produkter som kommer att tillhöra en högre säkerhetsklass. Exempel på sådana produkter är mjukvaror och sterila produkter. Produkter som kommer att höra till en högre säkerhetsklass kommer att behöva granskas av ett utomstående så kallat anmält organ. De anmälda organen saknar idag kapacitet att göra alla dessa granskningar. Flera anmälda organ har också sitt säte i Storbritannien och kan inte användas som anmälda organ efter att landet har lämnat Europeiska Unionen.
- Det är inom Europeiska Unionen inte tillåtet att återanvända engångsprodukter (så kallad reprocessing) enligt artikel 17 i förordningen (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR), om inte den enskilda medlemsstaten tillåter det. I dagsläget är det inte utrett i Sverige. Det kommer inte att finnas lagar eller föreskrifter för detta innan EU-förordningen om medicintekniska produkter ska börja tillämpas i maj 2020. Eftersom sådan återanvändning förekommer i dag kommer det att påverka hälso- och sjukvården väsentligt när de tvingas sluta med det helt och hållet i maj 2020. IVO deltar i den utredning som ska undersöka om det framöver finns förutsättningar för att tillåta sådan återanvändning i Sverige (Regeringsbeslut S2019/05187/FS).

²¹ Förordning (EU) 2017/745 om medicintekniska produkter (MDR) respektive förordning (EU) 2017/746 om medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik (IVDR).

- MDR ställer krav på hälso- och sjukvårdsinstitutioner att lagra och förvara unik produktidentifiering (UDI) för implantat i klass III. Medlemsstaterna i Europeiska Unionen får genom förordningen möjlighet att kräva detta även för andra produktklasser, och uppmantras att göra det. Det är ännu inte klart om Sverige kommer att använda denna möjlighet. Det skulle kunna påverka hälso- och sjukvården mycket, eftersom vården i så fall skulle behöva anpassa sina system för att kunna hantera detta krav.

De nya förordningarna om medicintekniska produkter har kommit till huvudsakligen för att garantera att medicintekniska produkter håller en hög standard.

15.2.6 När fler aktörer använder medicintekniska produkter uppstår nya risker

En vanlig orsak till de negativa händelser med medicintekniska produkter som kommer till IVO:s kännedom är handhavandefel. Vi ser att produkter ibland används för ett annat ändamål än vad de är avsedda för, till exempel att de återanvänds trots att de är framtagna för engångsbruk. Det beror ibland också på att den personal som använder produkterna inte alltid känner till hur de ska hantera produkten på ett patientsäkert sätt.

Vi ser också att en ökad användning av medicintekniska produkter i hemmiljö kan leda till ökade risker för patienterna. Det kan också leda till en risk att patienten eller dennes anhöriga får ta ett alltför stort ansvar för att samordna olika inblandade aktörer och deras olika ansvar för de medicintekniska produkterna.

En undersökning gjord av Kommunal 2018 visar att var femte medarbetare inom omsorgen anser att de inte har fått tillräcklig utbildning om hur hjälpmedel ska användas. Otillräcklig utbildning ökar risken för att hjälpmedel används fel, vilket i sin tur kan leda till patientskador (Kommunal, 2019).

Det finns en trend mot att allt mer av sjukvården bedrivs i hemmet. En stor orsak till denna trend är att gruppen som är 65 år och äldre ökar i befolkningen (Statistiska centralbyrån, 2020a). Samtidigt ökar både antalet och andelen personer som får kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser med stigande ålder (Socialstyrelsen, u.å. f). Det leder bland annat till att behovet av hjälpmedel ökar, vilket i sin tur ställer högre krav på den vård- och omsorgspersonal som kommer i kontakt med dessa hjälpmedel.

Samtidigt blir allt mer teknisk utrustning tillgänglig för hemmabruk. Det är en positiv och nödvändig utveckling för att Sverige ska kunna erbjuda en mer patientnära och effektiv hälso- och sjukvård. Men det innebär också att vården och omsorgen behöver hantera nya förhållanden och risker. Det är viktigt att personalen både känner till produkterna, hur de ska användas och vem som har ansvar för de medicintekniska produkter som används i hemmiljö, för att undvika risken att de används fel.

Mer och mer avancerad vård flyttas till hemmen. Det innebär att fler aktörer också är involverade i att använda de medicintekniska produkter som används i vården av patienterna. Det rör sig om allt från patienten själv och dennes närstående till läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter och hemtjänstpersonal. Samtliga dessa personer behöver ha kunskap om produkten för att undvika att den används fel. Det måste också vara tydligt vilket ansvar aktörerna har. Det måste till exempel vara tydligt vem som

- ansvarar för att se till att produkten fungerar som den ska
- ansvarar för att den används på rätt sätt
- ansvarar för att bedöma om den medicintekniska produkten fortfarande matchar patientens behov
- bestämmer vad som ska göras när produkten inte fungerar.

15.3 Medicintekniska produkter återanvänds trots att riskerna för patientsäkerheten är okända

Tillgång till engångsprodukter är i dag en grundläggande förutsättning för att bedriva hälso- och sjukvård. Varje år genomförs till exempel fler än 10 000 ingrepp där cellförändringar på livmoderhalstappen skärs bort med hjälp av instrument avsedda för engångsbruk, så kallade diatermislyngor (Socialstyrelsen, u.å. c; Cancerfonden, 2020).

En eller flera verksamheter vid Sveriges samtliga sju universitetssjukhus återanvänder engångsprodukter, och det gör även andra sjukhus och vårdverksamheter. Enligt den enkät som IVO skickade till somatiska verksamheter vid Sveriges sjukhus i januari 2019 återanvänder de engångsprodukter i drygt 14 procent av alla verksamheter. Det handlar om bland annat operationsinstrument och katetrar för elektrofysisk undersökning och behandling (ablationskatetrar) (Inspektionen för vård och omsorg, 2019i). Många av dessa produkter återanvänds dagligen.

Ett av universitetssjukhusen har till exempel återanvänt ablationskatetrar sedan 1990-talet, när ett annat regelverk gällde. Sjukhusets företrädare anser att de inte har sett några ökade risker med återanvändningen, men de har ingen dokumentation som styrker detta. Inte heller något av de andra universitetssjukhusen har kunnat visa dokumentation över att dessa produkter är patientsäkra när de återanvänds. Även om produkterna fortfarande fungerar, måste de som ansvarar för verksamheten vara säkra på att den hygieniska standarden är god och ta hänsyn till vad som kan hända med materialet som kanske inte är synligt för blotta ögat. De måste exempelvis veta om produktens ytskikt släpper ifrån sig något oönskat ämne efter att ha steriliserats.

Verksamhetschefer för de verksamheter som återanvänder elektrofysiska katetrar uppger för oss att återanvändningen av just denna produkttyp sparar klinikerna många miljoner kronor varje år. De säger att de skulle behöva säga upp personal om de skulle vara tvungna att sluta med detta. Vid ortopedoperationer återanvänds ännu fler produkter, som var för sig inte är lika kostnadsdrivande som katetrarna, även om den totala kostnaden är stor även inom det området.

Vi konstaterar att återanvändning av engångsprodukter är felanvändning, om inte verksamheten tar ansvar för hela produkten genom processen för egentillverkning. Ingen av de verksamheter som IVO har inspekterat när det gäller hur de återanvänder engångsprodukter under 2019 har uppfyllt reglerna för egentillverkning enligt de lagar och föreskrifter som gäller idag. IVO har kritiserat samtliga sju universitetssjukhus och har uppmanat dem att komma tillrätta med bristerna om de tänker fortsätta med att återanvända engångsprodukter.

Det finns många åsikter för och emot återanvändning av engångsprodukter. Företagen som tillverkar produkterna vill självklart inte att de som köper deras produkter återanvänder dem, eftersom de då inte får sälja lika många produkter. Dessutom finns det en risk att ursprungstillverkaren får stå till svars vid ett eventuellt tillbud med en återanvänd produkt, särskilt om det är oklart för användaren om produkten används för första eller andra gången. Sterilteknikerna vill inte heller att verksamheterna ska återanvända produkter, eftersom de inte kan garantera att produkterna är sterila. Vårdverksamheterna anser däremot att det är slöseri att bara använda produkterna en gång, eftersom deras erfarenhet visar att produkterna tål upprepad användning.

Vi konstaterar att de regler som gäller (SOSFS 2008:1) ska följas vid användning av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården. Detta gäller oavsett vad olika aktörer anser om eventuell möjlig återanvändning.

15.4 Felaktigt användande av medicintekniska produkter leder till allvarliga risker

Medicintekniska produkter ska vara säkra när de används till det de är avsedda för. Det garanterar tillverkaren när de CE-märker produkten. Om en produkt används för ett annat ändamål eller på annat sätt än vad tillverkaren har avsett kan det i värsta fall medföra allvarliga konsekvenser för patient eller brukare. Den hälso- och sjukvårdspersonal som ska använda och hantera en medicinteknisk produkt ska veta hur produkten fungerar, känna till riskerna med att använda den och veta hur den ska hanteras.

Under 2019 har IVO tagit emot 321 anmälningar från olika vårdgivare om allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter. En analys av 263 anmälningar som kom in under januari till september 2019 visar att det i 39 av dessa händelser är tydligt att produkten har hanterats på fel sätt. Vid 13 av de 39 händelserna har den medicintekniska produkten använts utanför sitt användningsområde.

Konsekvenserna för patienterna vid de 39 ärenden som rör felaktigt handhavande har varit allt från inga större konsekvenser (14 ärenden) och lindrig skada (12 ärenden) till allvarligt försämrad hälsa (11 ärenden) och död (2 ärenden). De båda dödsfallen inträffade när den medicintekniska produkten användes utanför sitt avsedda användningsområde.

Negativa händelser i samband med användning av medicintekniska produkter kan också förekomma i de lex Sarah- och lex Maria-anmälningar som IVO tar emot, liksom i klagomål.

Anmälningssplikt

Alla allvarliga negativa händelser och tillbud med medicintekniska produkter ska anmälas till Läkemedelsverket och/eller IVO. Anmälningssplikten regleras i 6 kap. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Händelser med CE-märkta medicintekniska produkter ska anmälas till tillverkaren och Läkemedelsverket. Dessa händelser kan även rapporteras till IVO, som information. Händelser med egentillverkade medicintekniska produkter ska anmälas till IVO.



16 Vävnadsinrättningar

Vården tar tillvara, bearbetar och använder vävnader och celler från människor inom många olika medicinska specialiteter. Det kan handla om allt ifrån hornhinnor och hjärtklaffar till blodbildande stamceller. De svenska vävnadsinrättningarna fungerar överlag mycket väl. Samtidigt ser IVO flera områden där verksamheterna kan bli bättre. Bland annat finns risker i hur verksamheterna kan vara organiserade i förhållande till den övriga vården. Det kan göra det svårt för den som är ansvarig för en vävnadsinrättning att leva upp till de krav som finns för en patientsäker verksamhet. IVO ser också att fler vävnader skulle kunna tas till vara för att användas vid transplantation.

16.1 Iakttagelser för 2019

- **Fler vävnader skulle kunna tas till vara för att användas vid transplantationer än vad som sker i dag.**

I vårdgivarnas uppdrag ingår att främja donation och att arbeta för att tillgången till vävnader blir bättre. Vi ser att vårdgivarna skulle kunna ta tillvara fler vävnader än vad som sker i dag. Det gäller till exempel benvävnader från levande donatorer och hornhinnor från avlidna donatorer. Intensivvårdsavdelningarna på sjukhusen kan bli bättre på att identifiera tänkbara donatorer och ett regionövergripande samarbete skulle kunna förbättra tillgången på benvävnad i Sverige.

- **Det finns risker för patientsäkerheten när vävnadsinrättningens organisation är otydlig.**
Hur en vävnadsinrättning är organiserad i förhållande till övrig hälso- och sjukvård påverkar vilka möjligheter vävnadsinrättningarna har att se till att verksamheten är patientsäker. För att undvika risker bör vävnadsinrättningens verksamhetschef följa den linjeorganisation som finns vid resten av sjukhuset, samt ha fullt mandat att fatta beslut och genomföra de åtgärder som krävs för att säkerställa patientsäkerheten. Så är inte fallet på alla sjukhus i dag.

- **Fler barnlösa par och ensamstående kvinnor kan få behandling när IVF-klinikerna får IVF-behandla med donerade könsceller.**

Privata kliniker som arbetar med provrörsbefruktning (IVF-kliniker) får efter en lagändring IVF-behandla patienter med donerade könsceller. IVO har bifallit de ansökningar som kommit in om att bedriva verksamhet enligt de nya reglerna, men ännu har de nya tillstånden inte nyttjats av huvudmännen. När det finns fler som utför IVF-behandling med donerade könsceller kommer fler barnlösa par och ensamstående kvinnor att kunna få behandling. Det innebär också att behovet av ägg- och spermiedonatorer ökar.

16.2 Bakgrund

16.2.1 IVO:s tillsyn och tillståndsprövning av vävnadsinrättningar

För att en vävnadsinrättning ska få bedriva sin verksamhet krävs det att de har fått tillstånd från IVO. Tillståndet är tidsbegränsat och förnyas om verksamheten kontinuerligt och systematiskt arbetar med att utveckla kvaliteten och säkerheten. Vävnadsinrättningar måste rapportera allvarliga händelser och allvarliga biverkningar till IVO. Sedan 2010 har IVO inspekterat varje vävnadsinrättning i landet minst vartannat år. Tillsynsbesluten ligger till grund för IVO:s beslut om att förlänga vävnadsinrättningens tillstånd.

16.2.2 Underlaget för vår analys

Våra iakttagelser baseras på en kvalitativ innehållsanalys av våra ärenden. Vi har gått igenom de 78 anmälningarna om allvarliga biverkningar och de 31 anmälningar om allvarliga avvikande händelser som har kommit in till IVO under 2019. Vi baserar också våra iakttagelser på vad vi har sett i den frekvenstillsyn av vävnadsinrättningarna som vi har genomfört under de senaste åren. Analysen omfattar också samtliga vävnadsinrättingars årsrapporter för verksamhetsåret 2018. Vi har även använt uppgifter från Svenska höftprotesregistret.

16.2.3 Vävnadsinrättningarnas uppdrag

Vården tar tillvara på, bearbetar och använder vävnader och celler från människor inom många olika medicinska specialiteter. Om syftet är att använda dem till människor eller för att tillverka läkemedel eller medicintekniska produkter för användning till människor, omfattas de av regelverket för vävnader och celler. Verksamheten vid en vävnadsinrättning regleras av lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler.

Idag har drygt 50 verksamheter i Sverige tillstånd att hantera mänskliga vävnader och celler som sedan ska användas på människor. I huvudsak rör det sig om benvävnader, hud, hornhinnor, hjärtklaffar, hörselben, blodbildande stamceller och könsceller.

Vävnader från avlidna donatorer används vid drygt 1 300 vävnadstransplantationer i Sverige varje år. Det gäller i första hand transplantationer av hornhinnor och hjärtklaffar, men även av hud, benvävnad, hörselben och ögonvita (sclera). Även vävnader och celler från levande donatorer används vid transplantationer. Det gäller framförallt blodbildande stamceller, som cirka 800 patienter får transplantationer med varje år. Varje år får 1 200 patienter benvävnad från levande donatorer vid operationer där deras höftproteser byts ut. Totalt 12 000 barnlösa par eller ensamstående kvinnor behandlas vid de svenska IVF-klinikerna (provrörsbefruktning) under ett år. IVF-klinikerna är också vävnadsinrättningar.

16.2.4 Antalet rapporterade allvarliga biverkningar har inte förändrats

Under 2019 har 78 anmälningar om allvarliga biverkningar kommit in till IVO från vävnadsinrättningarna. Det är ungefär lika många som har kommit in till oss tidigare år.

Av de 78 anmälningarna handlar 75 om överstimulering orsakad av de läkemedel som används för att stimulera äggproduktion i samband med IVF-behandling (provrörsbefruktning). Överstimulering är en biverkning som hos vissa patienter är oundviklig och som hanteras av klinikerna enligt rutiner.

16.3 Fler vävnader skulle kunna tas till vara för att användas vid transplantationer

I vårdgivarnas uppdrag ingår att främja donation och att arbeta för att tillgången till vävnader ska bli bättre. Det framgår av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:30) om donation och tillvaratagande av vävnader och celler. Vi bedömer att vårdgivarna skulle kunna ta tillvara fler vävnader än vad som sker idag. Det gäller till exempel benvävnader från levande donatorer och hornhinnor från avlidna donatorer.

Under 2018 genomförde vården i Sverige 18 629 operationer där patientens lårbenshuvud, lårbenshals och ledskål ersätts med en protes som består av konstgjorda delar av metall och plast, så kallade primära totalprotesoperationer (Svenska höftprotesregistret, 2019). Vid drygt 1 500 av dessa operationer bedömde vården att patienten var lämplig för att donera benvävnad. Det framgår av verksamheternas årsrapporter till IVO. För dessa patienter togs den benvävnad som opererades bort för att ersättas med protes tillvara vid operationen.

De flesta personer som får en ny höftled kan leva resten av livet utan att behöva opereras i höften igen. Men några behöver gå igenom en ny operation för att byta ut protesen. Det är vid dessa så kallade revisionsoperationer som vården använder donerad benvävnad. Vid vissa operationer räcker det med benvävnad från en donation, medan andra operationer kräver mer benvävnad som "packmaterial" till den nya protesen. Under 2018 genomfördes 2 129 revisionsoperationer i Sverige (Svenska höftprotesregistret, 2019).

16.3.1 Regionerna kan göra mer för att öka tillgången på benvävnader

För att korta väntetiderna till höftprotesoperationer har två av storstadsregionerna värdavtal med privata aktörer som utför en del av operationerna. Detta är positivt för patienterna.

Det är de primära höftprotesoperationerna som utförs av de avtalade privata aktörerna medan regionerna utför revisionsoperationer, det vill säga operationer av patienter som behöver få en ny protes. Det innebär att privata aktörer kan genomföra de operationer där benvävnad kan tas tillvara och att regionen genomför operationerna där benvävnaden behövs. Detta är i sig inget problem, förutsatt att benvävnad faktiskt tas tillvara där primäroperationerna genomförs. Men vi ser att hälso- och sjukvårdsförvaltningarna inte alltid skriver in i sina avtal med de privata aktörerna att dessa även ska ta tillvara den överblivna benvävnaden när de utför dessa operationer.

Även ett regionövergripande samarbete skulle förbättra tillgången på benvävnad i Sverige. Mindre regioner har tillgång till mer benvävnad än de använder, men tar inte tillvara den, eftersom de själva inte behöver den.

16.3.2 Tillgången på benvävnader riskerar att öka väntetiderna

IVO ser en risk för att väntetider för patienter som behöver få en ny protes blir längre om vården inte tar hand om tillräckligt med benvävnad som sedan kan användas för donation. Samtidigt går det inte att säga hur mycket benvävnad som vore optimalt att ta tillvara. Men Sverige har som mål att vara självförsörjande när det gäller donerad benvävnad. Det är ett av vävnadsinrättningarnas uppdrag att verka för att detta mål nås.

16.3.3 Fler hornhinnor skulle kunna tas till vara från avlidna donatorer

Vi ser också exempel på att vården inte tar hand om tillräckligt med hornhinnor (cornea) från avlidna donatorer som sedan kan användas för transplantationer. Enligt Svenska Cornearegistrets årsrapport råder det brist på hornhinnor för transplantationer (Svenska Cornearegistret, 2018). De bedömer även att brist på operationsresurser kan bidra till längre väntetider för transplantation.

Indikationerna för operation har utökats i takt med att nya säkrare tekniker för transplantation har utvecklats (Svenska Cornearegistret, 2018). För hornhinnetransplantation finns ingen väntelista för patienter på motsvarande sätt som för organ, och det ses inte heller som en livräddande transplantation. Men en hornhinnetransplantation bidrar till ökad livsqualität för patienten och att patienten får större möjligheter att försörja sig i stället för att bli sjukskrivna. Under 2018 utfördes 850 transplantationer av hornhinnor i Sverige, enligt verksamheternas årsrapporter till IVO. Men om vården tog tillvara fler hornhinnor skulle fler patienter kunna bli hjälpta.

16.3.4 Intensivvården och vävnadsinrättningarna kan påverka tillgången på hornhinnor

Vi ser att det finns två huvudsakliga förklaringar till att inte fler hornhinnor tas om hand.

Intensivvårdsavdelningarna på sjukhusen identifierar inte alltid en tänkbar donator. Även om den avlidne inte kan donera organ, kanske den avlidne kan donera hornhinnor (eller andra vävnader). Enligt Svenska intensivvårdsregistret är målet för intensivvården att uppmärksamma samtliga patienter som uppfyller kriterierna för möjlig donator och att detta dokumenteras (Svenska intensivvårdsregistret, 2019, s. 14).

Alla vävnadsinrättningar har inte en fungerande organisation för att göra donatorsutredningar på avlidna. Möjligheten att ta tillvara hornhinnor beror också på tillgången till rätt kompetens vid vävnadsinrättningarna. Det är viktigt att vävnadsinrättningarna långsiktigt säkerställer att de har nödvändig och relevant kompetens. Exempelvis har en av vävnadsinrättningarna för hornhinnor inte kunnat ta emot ögonbulber (ögat i dess helhet) och preparera hornhinnor på två år, på grund av personalbrist. Detta drabbade tidigare även en av vävnadsinrättningarna för hud.

16.3.5 Det finns goda exempel

Det finns goda exempel på att vården tar tillvara hornhinnor på ett bra sätt. Ett sådant exempel är vävnadsinrättningen i Lund. Där åker vävnadsinrättningens egen personal runt till bårhusen och tar själva tillvara ögon efter att ha kontrollerat vilka som har avlidit under natten och gjort en donatorsutredning. På andra ställen finns olika avtal med bårhusen för att ta tillvara hornhinnor. IVO anser att verksamheterna missar många möjliga donatorer på de platser där verksamheterna inte har något sådant samarbete.

Rättsmedicinalverket har hittills bidragit med många donatorer. Men varken det eller att bedriva sjukvård ingår i deras uppdrag. De har via avtal och ersättning från Vävnadsrådet kunnat bidra med vävnader. Men de statliga bidrag som Vävnadsrådet har haft i 10 års tid har nu upphört. Det är därför osäkert om Rättsmedicinalverket kommer kunna fortsätta bidra med vävnader.

16.4 Det finns risker för patientsäkerheten när vävnadsinrättningens organisation är otydlig

Hur en vävnadsinrättning är organiserad i förhållande till den övriga vården påverkar vävnadsinrättningens möjligheter att säkra patientsäkerheten. Vi vill här lyfta fram två exempel:

- När vävnadsinrättningens verksamhetschef inte följer den linjeorganisation som finns vid det övriga sjukhuset.
- När vävnadsinrättningens verksamhetschef inte har fullt mandat att fatta beslut och genomföra de åtgärder som krävs för att säkerställa patientsäkerheten.

16.4.1 Vävnadsinrättningens verksamhetschef följer inte alltid den linjeorganisation som finns vid det övriga sjukhuset

En regions ortopedverksamhet finns ofta vid två eller flera sjukhus, med en gemensam ledning men med olika vårduppdrag. Ortopedverksamheten behandlar medfödda och förvärvade sjukdomar och skador i kroppens rörelseorgan. Vävnadsinrättningens verksamhetschef finns vid ett av sjukhusen och har ansvar för all hantering av benvävnad, även den hantering som vården utför vid något av de andra sjukhusen.

IVO konstaterade 2014–2015 att ett ”flertal vävnadsinrättningar för ben har en organisation som omfattar flera ortopediska enheter på olika sjukhus med sin egen sjukhusorganisation där vävnadsinrättningens organisation framstår som en papperslösning utan förankring hos ledningen för de olika sjukhusen” (Inspektionen för vård och omsorg, 2015, s. 4). Vi kan idag konstatera att läget ser betydligt bättre ut. Vävnadsinrättningarna har i dag en förankring både vid de olika klinikerna och hos sjukhusledningarna.

Men verksamhetschefen förfogar oftast inte över den operationspersonal som utför det praktiska arbetet med benvävnaden. Det är därför nödvändigt att vårdgivaren ger vävnadsinrättningen de förutsättningar som krävs, i form av tid och personal, även om personalen inte är anställd av ortopedkliniken. Då skulle verksamhetschefen kunna driva och följa upp den utveckling av verksamheten som ingår i dennes ansvar.

En vävnadsinrättning ska säkerställa att den vävnad som används både är patientsäker och av god kvalitet. Vi ser att många kliniker eller sjukhus nu förstår hur värdefullt vävnadsinrättningens arbete är för sjukhusets kliniska verksamhet.

16.4.2 Verksamhetschefer utan mandat har svårt att säkerställa patientsäkerhet

Stamceller tas tillvara antingen från patienten själv eller från en donator. Detta sker genom så kallad aferes. Aferes är en behandling som är lik dialys, men aferes skiljer ut de olika blodkropparna och tar tillvara stamcellerna som finns i blodet, medan patienten/donatorn får tillbaka övriga blodkomponenter. En aferes tar 4–6 timmar. Det måste ske den dag som det finns stamceller i blodet, och det går inte alltid att förutsäga exakt vilken dag det blir. Vävnadsinrättningen måste alltså vara beredd att samla in stamceller när morgonens provtagning visar att det finns stamceller i blodet.

I region Skåne behövde vävnadsinrättningen fler platser för behandlingar av patienter inför stamcellstransplantationer. Men de nya lokaler som vävnadsinrättningen fick hade färre britsar än vad de behövde. Det ledde till att aferesbehandlingar fick skjutas upp och att cancerpatienter inte kunde få sin behandling i tid. Vävnadsinrättningens verksamhetschef förfogade inte över lokalfördelningen vid sjukhuset. Trots att vävnadsinrättningen påpekade problemet för sjukhusledningen prioriterade inte sjukhusledningen behovet av fler britsar.

IVO bedömde att det var en oacceptabel patientsäkerhetsrisk att cancerpatienter riskerade att inte få sin behandling i tid på grund av lokalbrist. Vi inledde därför tillsyn av vårdgivaren. Med tillsynen ville vi se till att vårdgivaren tog fram en handlingsplan för att frigöra platser för aferesbehandling av de berörda patienterna. Sjukhuset frigjorde nya lokaler för behandlingen. Vid vår uppföljning under våren 2019 konstaterade vi att vävnadsinrättningen inte hade behövt skjuta upp aferesbehandling för någon patient.

16.5 Fler barnlösa och ensamstående kvinnor kan behandlas med donerade könsceller.

Den 1 januari 2019 trädde ett antal ändringar i kraft i lagen (2006:351) om genetisk integritet med mera. Den nya regleringen innebär bland annat att:

- Kravet på att det blivande barnet ska ha genetisk koppling till minst en förälder vid assisterad befruktning har tagits bort. Den svenska hälso- och sjukvården får nu utföra befruktning utanför kroppen med både donerade ägg och donerade spermier, och behandling med ett donerat befruktat ägg.
- Befruktning utanför kroppen med donerade könsceller får utföras vid andra kliniker än universitetssjukhusen.

Patienterna får i dag vänta olika länge på behandling i de olika regionerna. Väntetiderna är också svåra att mäta, eftersom de beror på om patienten själv betalar för behandlingen eller om patienten har rätt till vård finansierad av regionen. Väntetiden beror också på om patienten behöver donerade könsceller eller om det är ett par som får behandling med parets egna könsceller.

16.5.1 Privata IVF-kliniker får nu också behandla med donerade könsceller

Lagförändringen gör det nu möjligt även för privata IVF-kliniker att utföra behandlingar där såväl äggceller som spermier är donerade. IVO har bifallit de ansökningar om tillstånd som kommit in till oss, men ännu har de huvudmän som har fått nya tillstånd inte nyttjat dem.

Att även privata IVF-kliniker numera får utföra IVF-behandling med donerade könsceller kommer förhoppningsvis att förenkla för ofrivilligt barnlösa att bli föräldrar. Det borde kunna korta köerna till behandling och förhoppningsvis även göra tillgången till behandling mer jämlik över landet.

Under 2019 har landets samtliga 10 privata IVF-kliniker sökt och fått tillstånd av IVO att genomföra IVF-behandling med donerade könsceller. Vår tillsyn 2019 har omfattat fem av dessa kliniker. Tillsynen visar att de förbereder sig noggrant inför den nya verksamheten. Klinikerna har genomfört riskanalyser där de gått igenom både lokal- och personalresurser. Årets tillsyn har även omfattat 3 av de 7 universitetssjukhusens kliniker. Vi konstaterar att ingen av dessa kliniker har startat behandlingar där både ägg och spermier är donerade. Klinikerna väntar på att få kunskapsstöd och riktlinjer från Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner.

16.5.2 Behovet av ägg- och spermiedonatorer ökar

Med fler utförare av IVF-behandling med donerade könsceller kommer fler barnlösa par och ensamstående kvinnor kunna få behandling. Det innebär att behovet av ägg- och spermiedonatorer kommer att öka. Två initiativ har tagits för att minska behovet att köpa spermier från Danmark. Region Stockholm har gett ett uppdrag till Reproduktionsmedicin vid Karolinska universitetssjukhuset att bygga upp en spermabank för regionens behov. Livio Fertilitetscenter AB har på motsvarande sätt startat en ägg- och spermabank för sina klinikers behov av donerade könsceller.

16.5.3 Spårbarheten har blivit säkrare

IVF-klinikerna har från början haft it-system för processtöd och för att upprätthålla spårbarhet mellan donator och mottagare. De flesta andra vävnadsinrättningarna har tidigare haft register i papper eller i digitala kalkylblad. Övergången till it-system även för övriga vävnadsinrättningar har gjort spårbarheten både säkrare och mer lättarbetad.

It-baserade system för processerna och spårbarheten innebär också att samtliga vävnadsinrättningar nu har implementerat EU-direktiv (2015/565/EG) med ändringar i vissa tekniska krav för kodning av mänskliga vävnader och celler. Direktivet kräver att varje vävnad eller cell som ska transplanteras ska vara märkt med en standardiserad europeisk kod (SEC).



17 Blodverksamheter

Sverige har en hög kvalitet och säkerhet när det gäller hanteringen av blod och blodkomponenter. Biomedicinska analytikers kompetens är avgörande för flera av de arbetsuppgifter som förekommer i blodverksamheterna. Under 2019 har samtliga blodverksamheter utom en påtalat en ökad svårighet att rekrytera biomedicinska analytiker. För att upprätthålla patientsäkerheten behöver blodverksamheterna kunna säkra kompetens och bemanning. IVO ser också brister i följsamhet till provtagningsrutiner, när provtagning sker på vårdavdelning. Det kan bland annat leda till att prover förväxlas, vilket utgör en allvarlig säkerhetsrisk.

17.1 Iakttagelser för 2019

- **Det behövs insatser för att se till att blodverksamheterna kan anställa tillräckligt med personal med rätt kompetens för att verksamheterna ska vara patientsäkra.**
Flera arbetsuppgifter som ingår i en blodverksamhet ställer specifika krav på kunskap och kompetens hos den som utför dem. En biomedicinsk analytiker har denna kunskap och kompetens. Att blodverksamheterna kan anställa tillräckligt många biomedicinska analytiker är därför en förutsättning för att de ska kunna fortsätta bedriva blodverksamhet med hög kvalitet och hög säkerhet. Samtliga blodverksamheter som vi har utövat tillsyn över 2019, utom en, säger att de har ökande problem att rekrytera biomedicinska analytiker. Ibland används kompetensväxling mellan olika yrkeskategorier för att täcka behov i verksamheten. När verksamheterna gör detta måste de noga överväga konsekvenserna och riskerna.
- **Det finns brister i hur väl hälso- och sjukvårdspersonalen följer provtagningsrutiner.**
Under 2019 har IVO tagit emot anmälningar om 500 händelser där blodverksamheten har upptäckt brister i samband med att de tagit prover på en vårdavdelning (preanalytiska avvikelser). En stor del av händelserna har inträffat under 2018. När en person ska genomgå en blodtransfusion tar den ordinarie personalen på en vårdavdelning ett prov för att kontrollera patientens blodgrupp och antikroppar. Om personalen inte tar prov enligt de fastställda rutinerna finns det risk för att proverna blir förväxlade eller att provet behöver tas om av någon annan anledning.

17.2 Bakgrund

17.2.1 IVO:s tillsyn och tillståndsprövning

IVO ansvarar för att utöva tillsyn av och pröva tillstånd för blodverksamheter. Vi genomför regelbundna inspektioner av blodverksamheterna. Vartannat år besöker IVO respektive verksamhet för att kontrollera att säkerheten och kvaliteten kring hanteringen av blod och blodkomponenter lever upp till de krav som finns i lagar och föreskrifter. Blodverksamheterna ska också rapportera allvarliga biverkningar och allvarliga avvikande händelser till IVO. För att få driva en blodverksamhet i Sverige måste IVO ge tillstånd. Det finns i dag 24 blodverksamheter i Sverige som har fått tillstånd från IVO.

17.2.2 Underlaget för vår analys

De iakttagelser som vi beskriver i detta avsnitt baseras på en kvalitativ innehållsanalys av våra ärenden. Analysen omfattar de 37 anmälningar om allvarliga biverkningar och de 174 anmälningar om allvarlig avvikande händelser som kom in till IVO under 2019. Vi har gjort en fördjupad genomgång av 34 anmälningar om allvarliga avvikande händelser som innehåller preanalytiska avvikelser. Vi har också gått igenom de 9 lex Maria-anmälningar som rör blodverksamheter, och som IVO avslutade under perioden januari till augusti 2019. Dessutom baserar vi våra iakttagelser på vad vi har sett i den frekvenstillsyn av blodverksamheterna som vi har genomfört under de senaste åren. I vår analys ingår även samtliga blodverksamheters årsrapporter för verksamhetsåret 2018.

17.2.3 Blodverksamheternas uppdrag

En blodverksamhet samlar in, kontrollerar, framställer, förvarar, distribuerar och lämnar ut blod och blodkomponenter som ska användas för transfusioner. Insamlingen av blod sker vanligtvis vid en blodcentral eller på en blodbuss, dit blodgivare kan gå för att lämna blod. Sammanlagt donerades nästan 400 000 godkända blodpåsar under 2018 (GeBlod, u.å.).

I en blodverksamhet arbetar olika personalkategorier. Det kan vara biomedicinska analytiker, läkare, sjuksköterskor, kemister och undersköterskor som gemensamt arbetar med de olika arbetsmomenten från att en blodgivare lämnar blod till en färdig blodpåse.

Sverige har en hög kvalitet och säkerhet när det gäller hanteringen av blod och blodkomponenter. Exempelvis är antalet rapporterade allvarliga biverkningar mycket få i förhållande till antalet överförda blodkomponenter. Av de årsrapporter som IVO har tagit emot från blodverksamheterna framgår att totalt 480 729 blodkomponenter (mestadels röda blodkroppar, blodplättar och plasma) överfördes under verksamhetsåret 2018. Under samma år rapporterade verksamheterna 39 fall av allvarliga biverkningar till IVO. Även IVO:s regelbundna tillsyn av verksamheterna visar att verksamheterna till stor del fungerar väl.

Men blodverksamheterna har utmaningar för att kunna upprätthålla en hög kvalitet och en hög säkerhet. En av dessa handlar om tillgången på biomedicinska analytiker. En annan utmaning är att det förekommer preanalytiska avvikelser, alltså avvikelser i samband med provtagning inför blodverksamhetens analyser.

17.3 Blodverksamheterna behöver personal med rätt kompetens

Flera av de arbetsuppgifter som ingår i en blodverksamhet ställer specifika krav på kompetens som bara legitimerade biomedicinska analytiker har, medan andra uppgifter kan utföras av andra personalkategorier, exempelvis sjuksköterskor och undersköterskor.

Alla utom en av de granskade blodverksamheterna har under det senaste årets tillsyn sagt att det har blivit svårare att rekrytera biomedicinska analytiker. Samtliga verksamheter säger att de är oroliga för denna utveckling. Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) väntas cirka 70–75 procent av de biomedicinska analytikerna gå i pension under perioden 2017–2035. Under denna tidsperiod kommer tillgången på biomedicinska analytiker, enligt SCB:s prognos, att minska med 15 procent samtidigt som efterfrågan väntas öka med 10 procent (Statistiska Centralbyrån, 2017).

De senaste fem åren (2015–2019) har det blivit färre sökande men fler antagna till kurser eller program för biomedicinska analytiker. Antalet sökande har minskat med nästan en tredjedel (Universitets- och högskolerådet, uå). Antalet antagna har ökat med 17 procent (justerat för befolkningsutvecklingen).

Samtidigt visar uppgifter från Universitetskanslersämbetet och SCB att färre som påbörjar sin utbildning till biomedicinsk analytiker avslutar den. Procentuellt avslutade 55 procent av de kvinnor och 39 procent av de män som startade sina studier 2013 (den senaste datapunkten) sin påbörjade utbildning (Statistiska Centralbyrån, 2019).

Om blodverksamheterna saknar personal med rätt kompetens kan det leda till att patientsäkerhetsriskerna ökar. Exempelvis riskerar arbetsförhållandena på en underbemannad verksamhet att leda till ihållande stress för personalen, vilket i sin tur ökar risken för misstag (Socialstyrelsen, 2018a). I de anmälningar om allvarliga avvikande händelser från blodverksamheterna som vi tar emot ser vi exempel där brister i bemanning och kompetens varit bidragande orsaker till händelser som har lett till en vårdskada eller hade kunnat orsaka vårdskada.

För att upprätthålla patientsäkerheten måste blodverksamheterna se över hur de ska kunna se till att de har tillräckligt med personal med rätt kompetens framöver. I tillsynen ser vi att några av blodverksamheterna nu genomför en kompetensväxling där exempelvis sjuksköterskor utför en del av de arbetsuppgifter som tidigare har utförts av biomedicinska analytiker. Detta har många gånger fungerat bra, men vi ser också att det leder till andra utmaningar:

- Verksamheterna behöver anpassa inskolningen av ny personal så att den blir ändamålsenlig utifrån vilken yrkeskategori som ska skolas in. Yrket som biomedicinsk analytiker respektive sjuksköterska är vanligtvis helt olika, och deras utbildning och erfarenhet skiljer sig åt.
- I blodverksamheterna finns det arbetsuppgifter som kräver kompetens som bara biomedicinska analytiker har. När de ersätts med exempelvis sjuksköterskor minskar därför möjligheterna till arbetsrotation för dem som är biomedicinska analytiker. Verksamheten riskerar därför att bli mindre flexibel och mer sårbar.

IVO vill därför påpeka att verksamheterna måste vara vaksamma när de genomför den här typen av kompetensväxling. Vi vill också betona hur viktigt det är att verksamheterna långsiktigt ser till att de har tillräckligt med personal som har nödvändig kompetens, så att patientsäkerheten inte hotas.

17.4 Det finns brister i hur väl hälso- och sjukvårdspersonalen följer provtagningsrutiner

Under 2018 fick nästan 90 000 patienter blodtransfusioner i Sverige (GeBlod, u.å.). För att säkerställa att en patient som kan komma att behöva en blodtransfusion får rätt blodprodukt analyserar blodverksamheten patientens blod för att kontrollera blodgrupp och antikroppar. En patient som vid transfusion får blod med fel blodgrupp kan få en kraftig allergireaktion och kan behöva mer vård. I värsta fall kan patienten drabbas av en allergisk (anafylaktisk) chock och avlida.

Det är hälso- och sjukvårdspersonalen på den vårdavdelning där patienten vårdas som tar blodprovet som blodverksamheten ska analysera. När personalen på den vårdavdelning där patienten vårdas tar prover ska de genomföra särskilda moment, enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:29) om transfusion av blodkomponenter. Rutinerna finns för att säkerställa patientens identitet och att proverna är märkta med denna identitet.

Under 2019 har IVO tagit emot anmälningar om 500 händelser där blodverksamheten har upptäckt brister i samband med provtagningen, så kallade preanalytiska avvikelser.²² Det handlar exempelvis om förväxlade prover. Blodverksamheten har upptäckt detta genom att det prov som de har analyserat har en annan blodgrupp än den blodgrupp som sedan tidigare finns registrerad för patienten. I och med att blodverksamheten har upptäckt dessa fel har de kunnat genomföra lämpliga åtgärder, och därmed förhindrat en potentiell vårdskada. Men preanalytiska fel får konsekvenser även om de upptäcks. Vid preanalytiska fel tas alltid provet om, i de fall då transfusionen fortfarande behövs. Det leder till mer arbete för vård- och laboratoriepersonalen. Det innebär också ytterligare obehag för patienten och att det tar längre tid innan provsvaren kommer.

Utöver den direkta återkopplingen som blodverksamheten gör till den inblandade vårdavdelningen när blodverksamheten upptäcker preanalytiska avvikelser, så genomför också biomedicinska analytiker från blodverksamheter ofta utbildningsinsatser för studenter och personal på vårdavdelningar.

IVO har under en period, i samband med inspektionerna av blodverksamheterna, besökt olika vårdavdelningar för att föra en dialog med personalen om detta. Syftet har varit just att påpeka hur viktigt det är att avdelningspersonalen följer de provtagningsrutiner som finns.

²² Avvikelse har rapporterats till IVO under 2019 men en stor del av händelserna har inträffat under 2018. Några blodverksamheter rapporterar preanalytiska avvikelser i form av halv- eller helårssammanställningar, medan andra rapporterar enskilda avvikelser löpande.



18 Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen

Patienter och deras närstående kan klaga på vården. Först ska de vända sig till den verksamhet som har vårdat dem eller till patientnämnden. Om de inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret kan de göra en anmälan till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen. IVO bedömer utifrån patientsäkerhetslagen (2010:659) om myndigheten ska utreda klagomålet eller inte. Vi utreder som regel inte händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden. Vi prövar inte heller begäran om skadestånd eller andra ekonomiska frågor.

Vi konstaterar att antalet klagomål som IVO tar emot ökar. Under 2019 tog vi emot 6 014 klagomål på hälso- och sjukvården, vilket är cirka 500 fler än 2018. IVO fattade beslut i 2 600 färre klagomålsärenden 2019 än föregående år.

Det vanligaste är att patienter och närstående lämnar klagomål som gäller kirurgi och primärvård. Men oavsett vilket verksamhetsområde klagomålen gäller, handlar det flesta om händelser som rör vård och behandling, bemötande eller diagnostisering. Klagomålen rör i större utsträckning kvinnor än män, särskilt i åldersgruppen 18-29 år.

18.1 Antal klagomål som kommer in till IVO ökar

Antal klagomål som kommer in till IVO ökar. Under 2019 kom det in 6 014 klagomål, vilket är en ökning med 503 klagomål (9 procent) jämfört med 2018. IVO fattade beslut i 5 792 klagomål under 2019, vilket är en minskning med 2 549 klagomål (31 procent) jämfört med 2018. Under 2019 utredde vi 1 677 klagomålsärenden varav 862 avslutades med kritik.

Anledningen till att IVO har fattat färre beslut 2019, trots att fler ärenden kom in till IVO, är att vi under 2018 prioriterade att utreda och avsluta klagomål från 2017 och tidigare. Det resulterade i att vi avslutade ett stort antal ärenden 2018.

Tabell 31. Inkomna och beslutade klagomål 2019.

Inkomna	Beslutade	Utredda	Varav kritikbeslut	Utan utredning
6 014	5 792	1 677	862	4 115

Av de 5 792 beslutade ärendena under 2019 inkom 359 före 2018-01-01 och IVO handlade därför dem enligt den tidigare lagstiftningen. Av dessa utredde IVO 341 och avslutade 210 med kritik.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

IVO avstod från att utreda 4 115 ärenden, vilket inte är någon större förändring jämfört med 2018.

Den 1 januari 2018 började nya regler gälla för hur klagomål på hälso- och sjukvården ska hanteras i både hälso- och sjukvården och hos IVO. Målet med de nya reglerna är att förtydliga ansvarsfördelningen och öka effektiviteten i hanteringen av klagomål. En viktig skillnad är att vårdgivaren nu först ska ha fått möjlighet att bemöta klagomålen, innan IVO eventuellt utreder dem. Under 2018 och 2019 har IVO därför utrett färre klagomål än under tidigare år.

De vanligaste orsakerna till att IVO inte utreder ett klagomål är att det inte är ett ärende som IVO är skyldig att utreda, och att anmälaren inte kontaktar vårdgivaren eller patientnämnden innan hen framför klagomålet till IVO.

Tabell 32. Antal beslutade klagomål 2019 per anledning till att IVO inte utreder klagomålet.

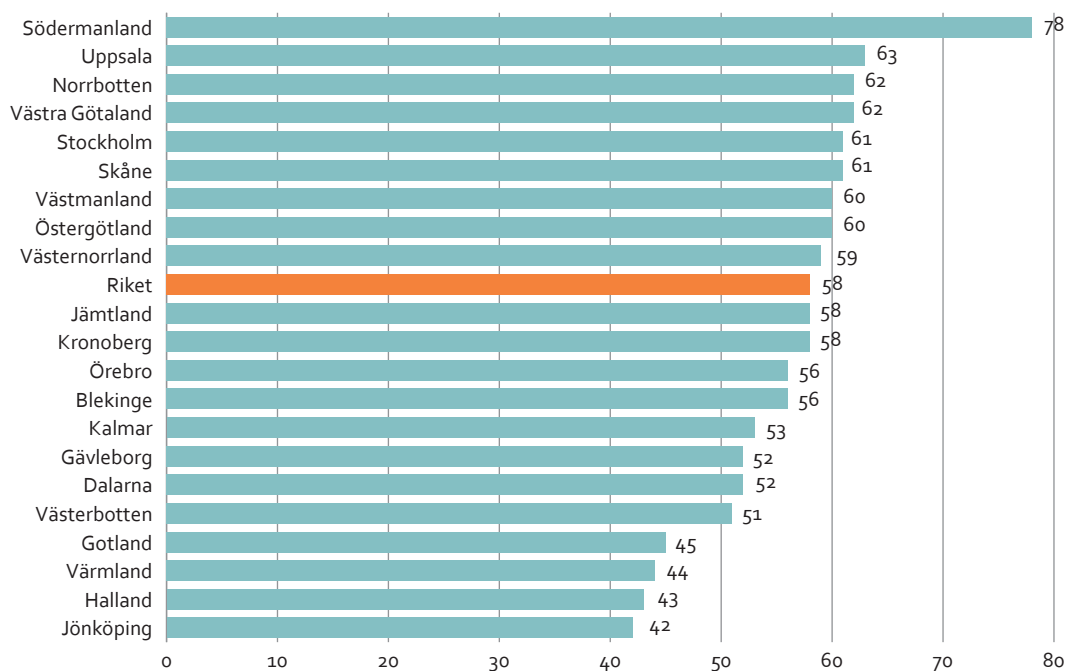
Anledning	Antal beslutade ärenden
Ej IVO:s utredningsskyldighet	1 803
Ej kontaktat vårdgivare eller patientnämnd	1 615
Äldre än två år	315
Ej IVO:s tillsynsområde	121
Beaktas i annan tillsyn	34
Uppgift saknas	271

Ett ärende kan räknas till flera kategorier.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg

18.2 Stor variation mellan länen

Det kom in 58 klagomål per 100 000 invånare under 2019. Men spridningen mellan länen är stor. Södermanland är det län som har flest klagomål per invånare. Det har under året kommit in minst antal klagomål per 100 000 invånare i Halland och Jönköping.

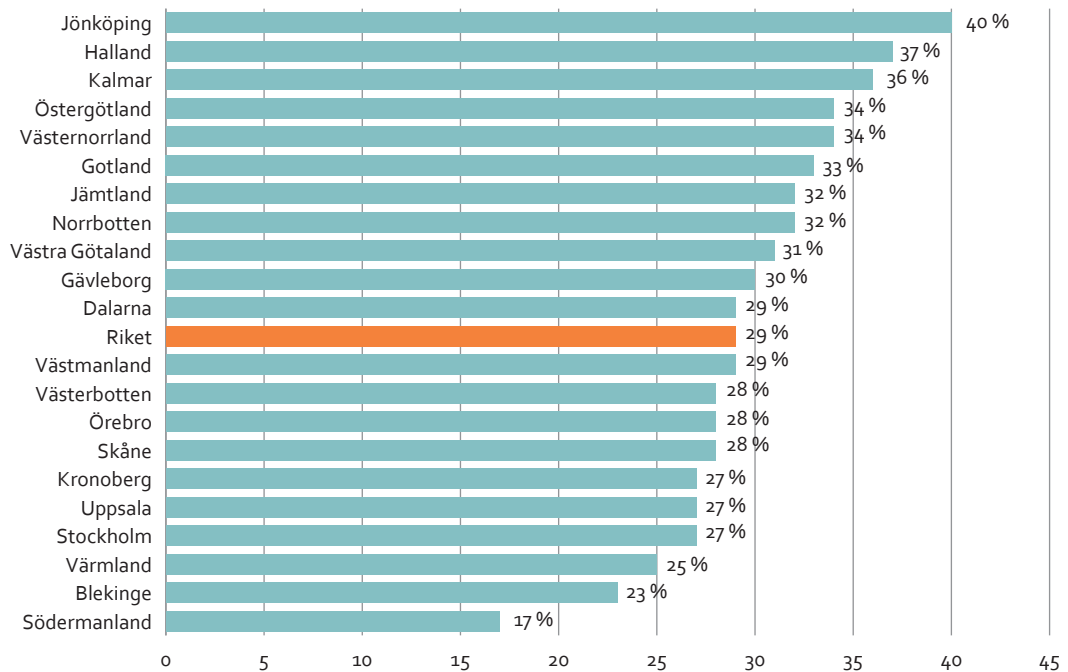
Figur 15. Antal inkomna klagomål per län och 100 000 invånare.



Källa: Klagomålsstatistik från Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik per 30 september 2019 från Statistiska centralbyrån.

Det finns även stora skillnader mellan länen när det gäller andelen klagomål som IVO utreder. Av de klagomål som vi beslutade under 2019 utredde vi 29 procent, sett till hela riket. 40 procent av de beslutade utredda klagomålen under 2019 gäller Jönköpings län. Det län där vi utredde minst andelen ärenden under 2019 är Södermanland, där vi utredde 17 procent av de beslutade klagomålen.

Figur 16. Andel beslutade klagomål som IVO utredde 2019 per län.

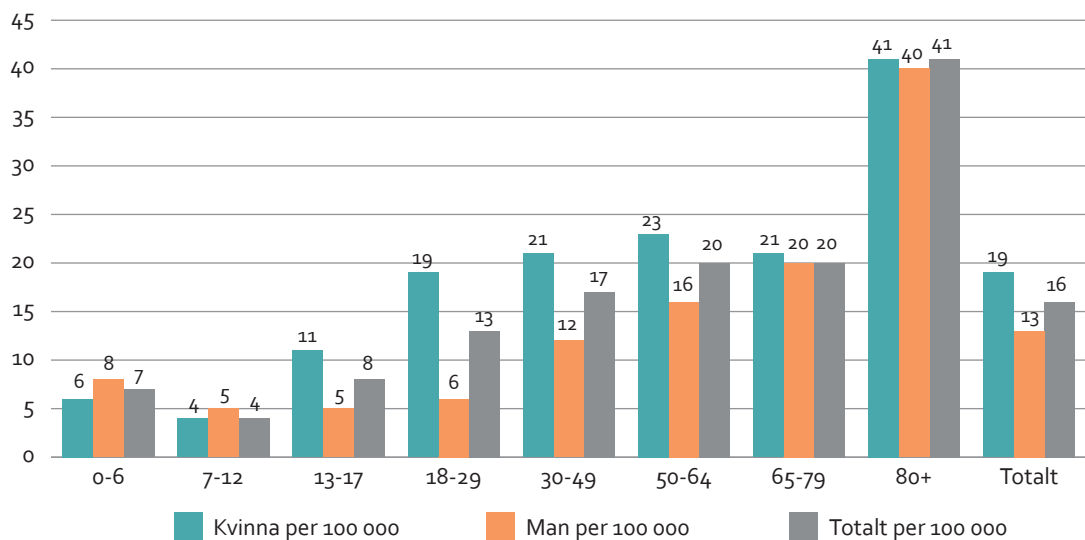


Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

18.3 Klagomålen rör främst personer över 18 år och kvinnor

Majoriteten av de klagomål som IVO utredde under 2019 gäller personer som är 18 år eller äldre. Om vi 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 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 17. Beslutade klagomål som IVO utredde, uppdelat på kön och ålder.



Källa: Klagomålsstatistik från Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik från Statistiska Centralbyrån.

18.4 De flesta klagomålen rör kirurgi och primärvården

Under 2019 utredde IVO framför allt klagomål inom kirurgi och primärvård. Tillsammans svarar de två verksamhetsområdena för nära hälften av alla klagomål som IVO utredde under året. Andelen ärenden som avslutas med kritik varierar mellan verksamhetsområdena, från 47 procent inom primärvården till 60 procent inom tandvården.

Tabell 33. Utredda klagomål och kritikbeslut fördelade på de vanligaste verksamhetsområdena och totalt, antal och andel.

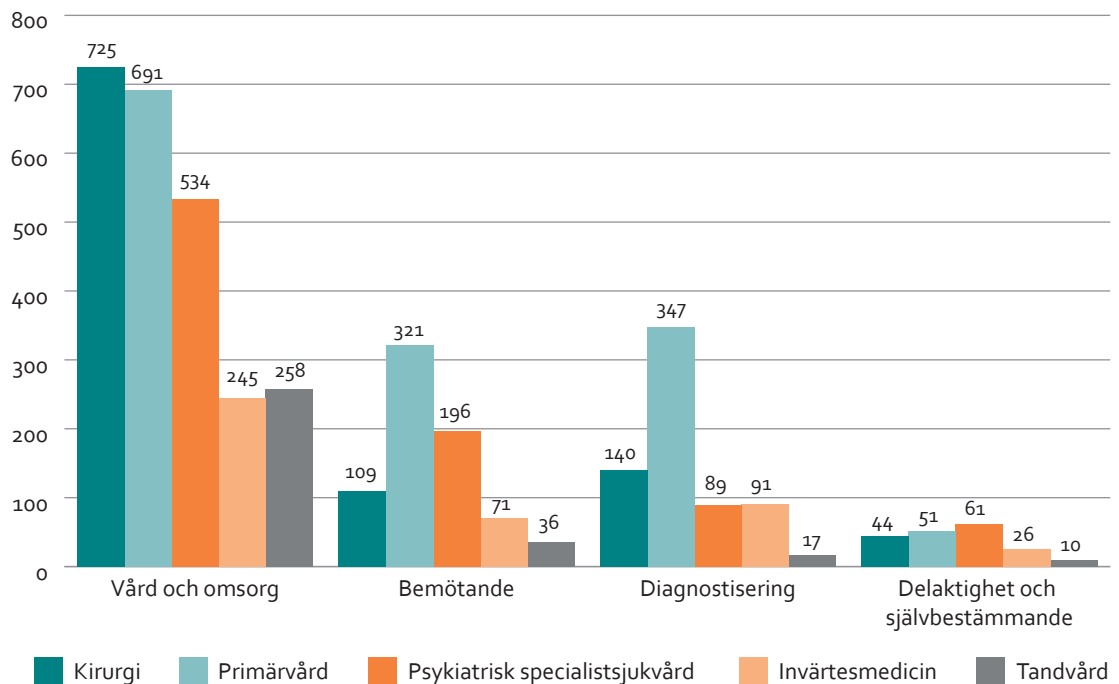
Verksamhetsområde	Antal utredda	Avslutas med kritik	Andel med kritik
Kirurgi	402	223	55%
Primärvård	350	164	47%
Psykiatrisk specialistsjukvård	263	133	51%
Invärttesmedicin	148	79	53%
Tandvård	130	78	60%
Äldreomsorg	92	53	58%
Totalt	1 677	862	51%

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

18.5 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 18. De vanligaste händelsekategorierna inom de mest förekommande verksamhetsområdena, antal.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg



19 Litteraturförteckning

- Arbetsmiljöverket. (2014). Projektrapport. *Inspektioner av kvinno- och mansdominerad kommunal verksamhet, hemtjänst och teknisk förvaltning*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket. (u.d.). *Risker inom omsorg och sociala tjänster*. Hämtat från Arbetsmiljöverket: <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/omsorg--och-sociala-tjanster/risker-inom-omsorg-och-sociala-tjanster/> den 11 februari 2020.
- Barnombudsmannen. (2019). *Vem bryr sig – när samhället blir förälder. Barns röster om att växa upp i den sociala barnvården*. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Blix, M., & Levay, C. (2018). *Operation digitalisering*. En ESO-rapport om hälso- och sjukvården. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Boverket. (den 13 maj 2019). *Fortfarande många kommuner som uppger underskott*. Hämtat från Boverket: <https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/olika-grupper/funktionsnedsattning/> den 7 januari 2020.
- Brottsförebyggandet rådet. (2018). *Brott mot äldre. Om utsatthet och otrygghet*. Stockholm: Brottsförebyggandet rådet.
- Cancerfonden. (den 20 januari 2020). *Gynekologisk cellprovskontroll*. Hämtat från Cancerfonden: <https://www.cancerfonden.se/om-cancer/undersokningar/gynekologisk-cellprovskontroll> den 20 januari 2020.
- Carlbom, T. (den 26 juni 2018). *Kommunnotan för inhyrd personal ökar*. Hämtat från Dagens Samhälle: <https://www.dagenssamhalle.se/nyhet/kommunnotan-inhyrd-personal-okar-22745> den 12 februari 2020.
- Chen, C., Goldman, D., Zissimopoulos, J., Rowe, J., & Research Network on an Aging Society. (den 11 september 2018). Multidimensional comparison of countries' adaptation to societal aging. *PNAS*, 115(37), 9169-9174.
- Dahlström, L. (2016). *On root-filling quality in general dental practice*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Delegationen för korrekta utbetalningar. (2019). *Läckaget i välfärdssystemen, del 1. Omfattningsstudier och bedömningar av felaktiga utbetalningar från vissa välfärdssystem*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Delikås, E., Risberg, M., Haugen, M., Lindström, J., Nylén, U., Rutberg, H., & Michael, S. (den 20 mars 2017). Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ Open*, 7(3), e012492.
- Folkhälsomyndigheten. (den 14 april 2019a). *Narkotikarelaterad dödlighet*. Hämtat från Folkhälsomyndigheten: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsans-utveckling/halsa/narkotikarelaterad-dodlighet/> den 10 december 2019.
- Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen. (2019). *Händelseanalyser av suicid inom hälso- och sjukvården. En sammanställning och analys av händelseanalyser i Nitha Kunskapsbank*. Östersund: Folkhälsomyndigheten.
- Fullman, N., Barber, R., Alemu Abajobir, A., Hassen Abate, K., Abbafati, C., & Abbas, K. (den 16 september 2017). Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390, 1423-1459.
- Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S., Abbafati, C., Abd-Allah, A., & Abdela, J. (den 2 juni 2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 391, 2236-2271.

- Försäkringskassan. (2017). *Hur kan Försäkringskassan bli bättre på att motverka överutnyttjande och bedrägeri med statligt tandvårdsstöd? Analys och förslag*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2019). *Felaktiga utbetalningar från statligt tandvårdsstöd*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2019b). *Socialförsäkringen i siffror 2019*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan, Socialstyrelsen, TLV. (2012). *Journalföring inom tandvården*. Stockholm: Försäkringskassan, Socialstyrelsen, TLV.
- GeBlod. (u.å.). *Statistik*. Hämtat från GeBlod: <https://geblod.nu/om-blodgivning/statistik/> den 2 februari 2020.
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. (2019). *Verksamhetsredogörelse 2018*. Stockholm: Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Tillsyn av tandvården 2013 - en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2015). *Lägesbeskrivning Vävnadsinrättningar. Tillsynens iakttagelser 2014-2015*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018a). *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården. Nationell tillsyn 2017*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018b). *Innehållsanalys av ärenden gällande tillsyn av personal inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018c). *Uppföljning av hur anmälningar av självmord har påverkats sedan anmälningsskyldigheten upphörde den 1 september 2017*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019a). *Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019b). *Granskning av kommuners arbete med våld i nära relationer 2018. En rapport med IVO:s iakttagelser från 14 kommuners arbete*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (den 26 februari 2019c). *Efter IVO:s tillsyn – kommuner genomför kontroller av tillstånd*. Hämtat från Inspektionen för vård och omsorg: <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/nyheter-2019/efter-ivos-tillsyn--kommuner-genomfor-kontroller-av-tillstand/> den 9 december 2019.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019d). *Statistik över stödboenden och HVB för ensamkommande barn*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (den 16 maj 2019e). *Nyanserad bedömning av socialnämnds ansvar för att aktivt söka upp missbrukare*. Hämtat från Inspektionen för vård och omsorg: <https://www.ivo.se/publicerat-material/principiella-beslut/tillsynsbeslut-iss-och-sol/nyanserad-bedomning-av-socialnamnds-ansvar-for-att-aktivt-soka-upp-missbrukare/> den 13 december 2019.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019f). *IVO:s bidrag till omställningen i vården. Uppdrag om tidsbegränsad förstärkt tillsyn på området god och nära vård*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019g). *Personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019i). *IVO:s enkät Återanvändning av medicintekniska produkter avsedda för engångsbruk*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.

- Inspektionen för vård och omsorg. (2019j). *Det finns förutsättningar för en patientsäker vård i digitala vårdtjänster*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019k). *Översikt lex Maria-anmälningar 2014-2018*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019l). *Allt fler fick vänta på socialtjänstinsatser under 2018*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019m). *Lång väntan på socialtjänstinsatser får konsekvenser för både individ och kommun*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019n). *Årsredovisning 2018*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020a). *Barn riskerar att bli utan stöd och hjälp. En regional tillsyn av våld i nära relationer vid 13 kommuner och 7 barnkliniker i Mellansverige*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020b). *Sociala barn- och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården S2019/01922/FST*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Kolada. (u.å. a). *Antal anställda -34 år inom primärvård, andel (%)*. Hämtat från https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. b). *Boendeplatser enl. LSS § 9.9 där hot eller våld mot brukare inte förekommit på boendet under de sex senaste månaderna, andel (%)*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. c). *Brukarbedömning gruppbostad LSS/Servicebostad LSS - Personalen bryr sig om brukaren, andel (%)*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 28 januari 2020
- Kolada. (u.å. d). *Brukarbedömning särskilt boende äldreomsorg - inte kränkts av någon personal under året, andel (%)*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=index den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. e). *Brukarbedömning, barn- och ungdomsvård, IFO*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=index den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. f). *Enheten har rutin för personalens agerande vid misstanke/upptäckt av att den enskilde har utsatts för våld eller andra övergrepp, andel (%)*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/index.php?_p=workspace/nt den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. g). *Invånare 65+/80+ i särskilt boende eller med hemtjänst i ordinärt boende, andel (%)*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. h). *Kompetensutveckling inom Alternativ och Kompletterande Kommunikation (AKK) har erbjudits till personalen på enheten*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 7 januari 2020.
- Kolada. (u.å. k). *Utredningstid i antal dagar från påbörjad utredning till avslutad utredning inom barn och ungdom 0-20 år, medelvärde*. Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 28 januari 2020.
- Kolada. (u.å. l). *Vårdtillfällen, antal/100 000 inv.* Hämtat från Kolada: https://www.kolada.se/?_p=workspace/nt den 13 februari 2020.
- Kommunal. (2019). *Välfärdsteknik. För trygghet, hälsa och utveckling i arbetet*. Stockholm: Kommunal.
- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsblag. (u.å.). *Årsredovisning 2018*. Stockholm: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsblag.

- Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag. (2019). *Anmälningar till Löf 2018*. För hela Sverige. Stockholm: Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag.
- Lundahl, M. (den 9 oktober 2019). *Utredaren om hyrpersonal i vården: "Staten har abdikerat"*. Hämtat från ArbetsVärlden: <https://www.arbetsvarlden.se/utredaren-om-hyrpersonal-i-varden-staten-har-abdikerat/> den 11 februari 2020.
- McKinsey Global Institute. (2018). *Skill shift. Automation and the future of the workforce*. McKinsey & Company.
- Mobilisering mot narkotika. (2004). Överförskrivning av narkotikaklassade läkemedel. Dokumentation från hearing den 3 mars 2004 i Rosenbad.
- Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk hälsa. (2018). *För att börja med något nytt måste man sluta med något gammalt. Förslag för en långsiktig hållbar styrning inom området psykisk hälsa* (SOU 2018:90). Stockholm: Norstedts Juridik.
- Nationellt kompetenscentrum anhöriga. (2014). *Snabba fakta om Sveriges 1,3 miljoner anhöriga*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Nationellt underrättelsecentrum. (2019). *Operativa rådsinsatsen Trollet. Organiserad brottslighet inom det statliga tandvårdsstödet*. Stockholm: Nationellt underrättelsecentrum. Hämtat från https://www.forsakringskassan.se/!ut/p/z0/LYsxCsMwDADfOsGjsUu3bvlFyFLUSDgmtmQs4ZLf15ROx8Fd2MlaNo-aRElgWhjj9_ez12cAOd38sLu7CRmxKr07ahDUPcrFN0T8qlVIBRmIX68WY00GmCnVQP4F9FFPSE-3BW6oD-3cVMyy_zmaV6m_eAjqomSBbaudy-oquweA!!/ den 28 januari 2020.
- OECD. (2019). *Health at a Glance 2019*. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
- Olsson, A. (den 5 april 2019). *Nio av tio sjuksköterskor stannar i yrket*. Hämtat från Vårdfokus: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2019/april/nio-av-tio-sjukskoterskor-stannar-i-yrket/> den 11 februari 2020.
- Patientsäkerhetsutredningen. (2008). *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?* (SOU 2008:117). Stockholm: Fritzes.
- Polismyndigheten. (2019). *Myndighetsgemensam lägesbild om organiserad brottslighet 2019*. Stockholm: Polismyndigheten.
- Rafter, N., Hickey, A., Condell, S., Conroy, R., O'Connor, P., Vaughan, D., & Williams, D. (april 2015). Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM: An International Journal of Medicine*, 108(4), 273–277.
- Sjukhusläkaren. (den 24 september 2019). *Allt sjukare patienter flyttas*. Hämtat från Sjukhusläkaren: <https://www.sjukhuslakaren.se/allt-sjukare-patienter-flyttas/> den 3 februari 2020.
- Sjögreen, J. (den 2 september 2018). *Det behövs enighet om fast läkare i vården*. Hämtat från Svenska Dagbladet: <https://www.svd.se/dar-politiken-ar-storre-an-patienten/om/krisen-i-sjukvarden> den 17 december 2019.
- Socialdepartementet. (2017). *Kommittédirektiv 2017:39. Översyn av socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat från 2017.
- Socialdepartementet. (2018). *Åtgärder för en stärkt patientsäkerhet och en effektivare hantering av behörighetsärenden inom hälso- och sjukvården* (Ds 2018:21). Stockholm: Norstedts Juridik.
- Socialstyrelsen. (2019q). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2018 samt arbetsmarknadsstatus 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2009). *Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:10) om abulanssjukvård m.m.*
- Socialstyrelsen. (2011). *Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2013). *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2016a). *Primärvårdens uppdrag. En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017b). *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar. Rapport februari 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018a). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018b). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018c). *Öppna jämförelser 2018. Missbruks- och beroendevården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018d). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2018e). *Vad säger vårdgivarnas patientsäkerhetsberättelser om utvecklingen på patientsäkerhetsområdet?* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Statistik om väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019aa). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2018 samt arbetsmarknadsstatus 2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019ab). *Öppna jämförelser 2019 – Stöd till personer med funktionsnedsättning LSS*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019b). *Uppföljning av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Väntetider i akutsjukvården och fyra tematiska analyser, 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019c). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019d). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019e). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019f). *Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019g). *Statistik om insatser till vuxna personer med missbruk och beroende 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019h). *Öppna jämförelser 2019. Missbruks- och beroendevården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019k). *Statistik om tandhälsa 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019m). *Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområden*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019n). *Kartläggning av samsjuklighet i form av psykisk ohälsa och beroendeproblematik*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019o). *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019r). *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019w). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2019x). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019y). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019z). *Allvarliga skador och vårdskador. Fördjupad analys av skador och vårdskador i somatisk vård av vuxna vid akutsjukhus*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019å). *Öppna jämförelser 2019. Våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019ä). *Öppna jämförelser 2019. Social barn- och ungdomsvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019ö). *Öppna jämförelser 2019. Äldreomsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (u.å. a). *Statistikdatabas för psykiatrisk tvångsvård*. Hämtat från Socialstyrelsen: https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_tvangsvard/val.aspx 4 den 28 januari 2020.
- Socialstyrelsen. (u.å. b). *Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtat från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/alla-register/halso--och-sjukvardspersonal/> den 17 december 2019.
- Socialstyrelsen. (u.å. c). *Statistikdatabas för operationer i specialiserad öppen vård (dagkirurgi)*. Hämtat från Socialstyrelsen: https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_dagk/val.aspx den 20 januari 2020.
- Socialstyrelsen. (u.å. d). *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal*. Hämtat från Socialstyrelsens: https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_per/val.aspx den 7 januari 2020.
- Socialstyrelsen. (u.å. e). *Antal personer per 100 invånare med åtgärd*. Hämtat från Statistikdatabas för tandhälsa: https://sdb.socialstyrelsen.se/ef_tandhalsa/val.aspx den 13 februari 2020.
- Socialstyrelsen. (u.å. f). *Statistik om insatser i kommunal hälso- och sjukvård*. Hämtat från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/insatser-i-kommunal-halso-och-sjukvard/> den 28 januari 2020.
- SOS Alarm. (2019). *I12 i Sverige. Verksamhetsrapport 2008*. Stockholm: SOS Alarm Sverige AB.
- Statistiska Centralbyrån. (2017). *Trender och Prognoser 2017. Befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden med sikte på 2035*. Stockholm: Statistiska Centralbyrån.
- Statistiska Centralbyrån. (den 12 december 2019). *Genomströmning och resultat i högskoleutbildning på grundnivå och avancerad nivå*. Hämtat från Statistiska Centralbyrån: <https://www.scb.se/uf0208> den 12 februari 2020.
- Statistiska centralbyrån. (den 28 januari 2020a). *Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968–2018*. Hämtat från Statistiska centralbyrån: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/ den 28 januari 2020.
- Statistiska centralbyrån. (u.å. a 2020a). *Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2018*. Hämtat från Statistiska centralbyrån: http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/ den 28 januari 2020.
- Statistiska Centralbyrån. (u.d.). *Räkenskapssammandrag för kommuner och regioner*. Hämtat från SCB: <https://www.scb.se/OE0107> den 11 februari 2020.
- Svensk försäkring. (u.d.). *Så här fungerar en sjukvårdsförsäkring*. Hämtat från Svensk försäkring: <https://www.svenskforsakring.se/om-forsakring/vad-ar-och-hur-funkar-det/sa-har-fungerar-en-privat-sjukvardsforsakring/> den 11 februari 2020.
- Svenska Cornearegistret. (2018). *Årsrapport 2017*. Stockholm: Svenska Cornearegistret.

- Svenska höftprotesregistret. (2019). *Årsrapport 2018*. För verksamhetsåret 2018. Göteborg: Svenska höftprotexregistret.
- Svenska intensivvårdsregistret. (2019). *Årsrapport 2018. Sammanfattning, analys och reflektion*. Karlstad: Svenska Intensivvårdsregistret.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2017a). *Resultatöversikt för 16 hälso- och sjukvårdsområden. Jämförelse mellan landsting och regioner baserat på ett urval av indikatorer i Vården i siffror*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018a). *Handlingsplan mot missbruk och beroende. Tidig upptäckt, tidiga insatser, stöd och behandling för personer i åldern 13-29 år*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018b). *Skador i vården – utveckling 2013-2017. Nationell nivå*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018c). *Skador inom psykiatrisk vård. Markörbaserad journalgranskning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018d). *Personcentrerad vård i Sverige*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2018e). *Svensk sjukvård i internationell jämförelse. Internationell jämförelse 2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2019b). *Ekonomirapporten, oktober 2019. Om kommunernas och regionernas ekonomi*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2019c). *Diagnostiska fel. Lärdomar av händelseanalyser*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2019d). *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019. Öppna jämförelser*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2019e). *Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 – december 2018, nationell nivå*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2019f). *Projekt - Oberoende av inhyrd personal. Rapport från det nätverksgemensamm projektet 2016-2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (den 11 oktober 2018b). *Fakta om äldreomsorgen*. Hämtat från Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/faktaomaldreomsorgen.15586.html> den 27 januari 2020.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (den 17 december 2019b). *Primärvård 2018*. Hämtat från Nationell patientenkät: <https://patientenkät.se/sv/resultat/Prim%C3%A4rv%C3%A5rd%202018/> den 28 januari 2020.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (den 2 december 2019d). *Bemanningsrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvården*. Hämtat från Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personalochkompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningsrendinhyrdpersonal.11422.html> den 17 december 2019.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (den 17 december 2019e). *Ekonomi- och verksamhetsstatistik*. Hämtat från Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/regionekonomiochverksamhet.1342.html> den 18 december 2019.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2019h). *Köp av verksamhet 2019. Kommuner och regioner 2006-2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

- Sveriges Kommuner och Regioner. (den 20 december 2019i). *Planerad specialiserad vård - Förstabetesök*. Hämtat från Väntetider i vården: <https://www.vantetider.se/Kontaktkort/Sveriges/SpecialiseradBesok> den 3 februari 2020
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2019j). *Vårdrelaterade infektioner. En kunskapssammanställning baserad på markörbaserad journalgranskning 2013-2018*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (u.d.). *Bemanningsrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvården*. Hämtat från Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/download/18.3de6a3df16d1b-67fc52e2242/1568707895665/Bemanningsrend%20i%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rden%20halv%C3%A5r%20i%202019.pdf> den 12 februari 2020.
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020a). *Bemanningsrend för inhyrd personal i hälso- och sjukvården*. Hämtat från Sveriges Kommuner och Regioner: <https://skr.se/arbetsgivarekollektivavtal/personaloch-kompetensforsorjning/halsoochsjukvard/bemanningsrendinhyrdpersonal.11422.html> den 27 februari 2020.
- Sveriges Television. (den 17 december 2018). *Explosionsartad ökning av digitala vårdbesök*. Hämtat från Sveriges Television: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/orebro/notan-for-natlakarna-2018-over-en-kvarts-miljard> den 11 februari 2020.
- Sveriges Television. (den 7 januari 2019). *SVT granskar: Hundratals barn far illa när socialtjänsterna gör fel*. Hämtat från Sveriges Television: <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/svt-granskar-hundratals-barn-far-illa-nar-att-socialtjansterna-gor-fel> den 9 december 2019.
- Sveriges Yngre Läkares Förbund. (den 9 September 2019). *SYLF:s AT-ranking 2019*. Hämtat från Moderna läkare. En tidning från SYLF: <https://slf.se/sylf/moderna-lakare/sylfs-at-ranking-2019/> den 28 januari 2020.
- The Commonwealth Fund. (den 17 november 2017). *2017 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults*. Hämtat från The Commonwealth Fund: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2017/nov/2017-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-older> den 12 februari 2020.
- Universitets- och högskolerådet. (uå). *Sök i Universitets- och högskolerådets antagningsstatistik*. Hämtat från Universitets- och högskolerådet: <https://statistik.uhr.se/> den 3 februari 2020.
- Utredningen om assistansersättningens kostnader. (2012). *Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning* (SOU 2012:6). Stockholm: Fritzes.
- Utredningen om belastningsregisterkontroll i arbetslivet. (2019). *Belastningsregisterkontroll i arbetslivet – behovet av utökat författningsstöd* (SOU 2019:19). Stockholm: Norstedts Juridik.
- Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (2018). *God och nära vård. En primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik.
- Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård. (2019). *God och nära vård. Vård i samverkan* (SOU 2019:29). Stockholm: Norstedts Juridik.
- Westin, J. (den 20 november 2019). *Stora besparingar väntar inom vården nästa år*. Hämtat från Vårdfokus: <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2019/november/stora-besparingar-vantar-inom-varden-nasta-ar/> den 12 februari 2020.
- WHO. (den 11 februari 2020). *Data and statistics*. Hämtat från World Health Organization: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics> den 11 februari 2020.
- Wihlborg, A. (den 14 oktober 2019). *Nära hälften har funderat på att lämna yrket*. Hämtat från Framtidens karriär - sjuksköterska: <https://sjukskoterskekarriar.se/artikel/nara-halften-har-funderat-pa-att-lamna-yrket/> den 11 februari 2020.

- Vingren, M. (den 19 mars 2019). *VeckoRevyn avslöjar: över hundra unga utsatta för sexuella övergrepp på HVB-hem de senaste fyra åren*. Hämtat från Veckorevyn: <https://veckorevyn.com/nyheter/veckorevyn-avslojar-over-hundra-unga-utsatta-for-sexuella-overgrepp-pa-hvb-hem-de-senaste-fyra-aren/> den 5 december 2019.
- Vårdanalys. (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2016a). *Missar vi målen med missbruks- och beroendevården? Om uppföljning av resultat ur ett patient- och brukarperspektiv*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2016b). *Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2016c). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2017a). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2017c). *Från medel till mål. Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2018a). *En akut bild av Sverige. Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Vårdanalys. (2018b). *Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2018c). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2018d). *I väntans tider. En delrapport om satsningen på kvinnors hälsa*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2019a). *Omotiverat olika. Socioekonomiska och regionala skillnader i cancervården*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2019b). *Social kompetens. Om kompetensförsörjning av handläggare i socialtjänsten*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (2019c). *Åt samma håll. Nationella insatser för stärkt ledarskap i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys. (u.d.). *Internationell jämförelse av primärvården (IHP 2019)*. Hämtat från Vårdanalys: <https://www.vardanalys.se/rapporter/ihp-2019/> den 11 februari 2020.
- Vården i siffror. (u.å. a). *Antal besök hos läkare i hälso- och sjukvården per 1 000 invånare*. Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=d74417fd-08e1-4d38-952f-e80595d-3587b&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13&units=03&units=23&units=05&units=25&units=17&units=07&units=10&units=20&units=18&units=08&units=12&units=22&unit> den 13 februari 2020.
- Vården i siffror. (u.å. b). *Antal disponibla vårdplatser i slutenvård per 1 000 invånare*. Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=ab0dd634-b383-4233-8c79-16d968488e53&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13&units=03&units=23&units=05&units=25&units=17&units=07&units=10&units=20&units=18&units=08&units=12&units=22&unit> den 13 februari 2020.

Vården i siffror. (u.å. c). *Antal personer per 100 invånare som undersökt sina tänder den senaste tvåårsperioden*. Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator?date-from=2013-01-01&metadatameasure=9a7a83c5-9cfl-4e16-ala5-9d74029083le&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13&units=03&units=23&units=05&units=25&units=17&units=07&units=10&units=20&units=18&units=08&units=12&units=22&unit> den 13 februari 2020.

Vården i siffror. (u.å. d). *Antal besök på 1177 Vårdguiden i genomsnitt per invånare och år*. Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=72c456f9-b356-46f2-b091-283c43163fdf&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13&units=03&units=23&units=05&units=25&units=17&units=07&units=10&units=20&units=18&units=08&units=12&units=22&unit> den 11 februari 2020.

Vården i siffror. (u.å. e). *Patienter med överfylld urinblåsa – journalgranskning. Andel vårdtillfällen där patienten fått en överfylld urinblåsa*. Hämtat från Vården i siffror: <https://vardenisiffror.se/indikator?metadatameasure=5c121624-14db-481b-b831-2b446a4fc88b&units=06&units=19&units=09&units=01&units=21&units=13&units=03&units=23&units=05&units=25&units=17&units=07&units=10&units=20&units=18&units=08&units=12&units=22&unit> den 3 februari 2020.

Vårdförbundet. (den 26 mars 2019). *Ny undersökning: Nära hälften har övervägt lämna vården*. Hämtat från Vårdförbundet: <https://www.vardforbundet.se/engagemang-och-paverkan/aktuellt/nyheter/ny-undersokning-nara-halften-har-overvagt-lamna-varden/> den 11 februari 2020.

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 uphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr | IVO 2020-5

Foto | Johnér

Utgiven | februari 2020, uppdaterad 20200316

www.ivo.se