

Vad har IVO sett 2020?

lakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020



Innehållsförteckning

Förord	6
1. Utvecklingen av kvalitet och säkerhet inom vården och omsorgen	8
Tillsynen får ökad effekt genom systematisk monitorering av kvalitet och säkerhet	8
Befolkningens tillgänglighet till vård och omsorg	9
Vårdens och omsorgens kompetensförsörjning	11
Personcentrerad vård och omsorg	12
Förekomsten av vårdskador inom hälso- och sjukvården	13
Förekomsten av missförhållanden inom omsorgen	15
IVO:s utvecklingsarbete	16
2. Brister i vård och behandling av personer på äldreboende	18
Sammanfattning	18
Ett uppdelat ansvar mellan kommun och region för de mest sköra äldre	18
Tydlig riskbild inom äldreomsorgen	19
Äldres bild av tillgången till läkare och sjuksköterskor inom äldreomsorgen	20
Nationella tillsyner som IVO genomfört under 2020 med anledning av covid-19	21
De huvudsakliga iakttagelserna från tillsynerna	22
IVO:s tillsyn fortsätter med anledning av våra iakttagelser	24
3. Barn och unga i socialtjänsten	27
Sammanfattning	27
Röster från placerade barn och unga	28
Socialtjänsten har haft brister under flera år	36
4. Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen	42
Sammanfattning	42
IVO skärper tillsyn och uppföljning av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder	42
IVO har granskat förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS-boenden	43
Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer även inom äldreomsorgen	47
Återkommande iakttagelser om att placerade barn och unga utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder	48
IVO:s planerade åtgärder framåt	48

5. I väntan på vård: tillgängligheten inom hälso- och sjukvården	50
Sammanfattning	50
Att inte få vård i rätt tid kan vara en vårdskada	50
Patientsäkerhetsrisker när tillgängligheten brister	51
Andra konsekvenser av bristande tillgänglighet	51
IVO ska föreslå utvecklad tillsyn av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet	52
Covid-19-pandemins påverkan på specialistvårdens tillgänglighet	52
Dialoger och nationell tillsyn av cancersjukvården	60
Iakttagelser från IVO:s tillsyner	60
6. I väntan på insats: tillgängligheten inom omsorgen	65
Sammanfattning	65
IVO utvecklar sin analysförmåga	66
Antalet ej verkställda beslut har ökat markant	67
Covid-19-pandemins påverkan på ej verkställda beslut	68
Nationell tillsyn med anledning av förändringar i socialtjänstinsatser på grund av covid-19	73
7. Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa	76
Sammanfattning	76
IVO behöver utveckla tillsynen på området för att förstå helheten	76
Det finns fortfarande risker för personer med stora behov av samordning	76
Personer med psykiatrisk och somatisk samsjuklighet	77
Ojämn tillgänglighet till specialiserad vård i öppenpsykiatri	77
8. Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvården och tandvården	80
Sammanfattning	80
Det är fortsatt vanligt att tillsynen visar på felaktig förskrivning av läkemedel och oskicklighet i yrkesutövningen	81
IVO anmäler fler ärenden till HSAN än tidigare	82
Beslut om prøvotid ska ge möjlighet att rätta till bakomliggande orsaker, men det finns hinder	84
IVO anmäler fler tandläkare till HSAN	85

9. Säkerhet i nätverk och informationssystem inom hälso- och sjukvården	88
IVO granskar säkerhet i nätverk och informationssystem inom hälso- och sjukvården	88
10. IVO har ett viktigt uppdrag för att stoppa oseriösa aktörer	91
Sammanfattning	91
Personlig assistans och andra insatser inom socialtjänsten	91
Tandvård	92
Testning för covid-19	93
11. Referenser	96
Bilaga 1: Statistik per verksamhetsområde	101
Barn och familj	101
Äldreomsorg	102
Funktionsnedsättning	103
Missbruk och beroendevård	106
Primärvård	106
Psykiatrisk specialistsjukvård	106
Somatisk specialistsjukvård	107
Akutmottagning och prehospital vård	108
Tandvård	108
Bilaga 2: Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen	110
Sammanfattning	110
Antal klagomål som kommer in till IVO ökar	110
Ett fåtal ärenden relaterade till covid-19 utreddes i sak	111
Stor variation mellan länen	111
Klagomålen gäller främst personer över 18 år och kvinnor	112
De flesta utredda klagomålen gäller kirurgi och primärvård	113
Vård och behandling ligger bakom flest klagomål	114



Förord

Det gånga året är ett år vars motstycke vi får gå långt tillbaka för att hitta. Den situation vi befinner oss i är extraordinär, inte minst för vården och omsorgen. Coronapandemin innebär stora påfrestningar för vården och omsorgen i Sverige. Inte bara för att ta hand om de som insjuknat i denna nya sjukdom, utan också för att kunna fortsätta att ge vård och omsorg till alla som är i behov av det och samtidigt skydda dem från covid-19.

Alla som behöver, ska få en god vård och omsorg, och vara trygga. Även i kristider. Uppdraget för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) är att granska om det är så. IVO utövar tillsyn över all vård och omsorg. I tider som dessa är tillsyn svårt, men desto viktigare. Utgångspunkten för IVO:s tillsyn under pandemin är att vi beaktar de rådande omständigheterna och har förståelse för de påfrestningar som pandemin leder till. Men med patient- och brukarperspektivet i centrum är det tydligt att tillsyn och tillståndsprövning är nödvändigt också under en pandemi.

Förväntan på och behovet av att IVO har koll och snabbt agerar på och förmedlar det vi ser har aldrig varit tydligare än under rådande pandemi och i förhållande till dess konsekvenser på kort och lång sikt. Därför är det särskilt viktigt för IVO att få information och impulser om risker och brister i vården och omsorgen. Vi får mycket information via lex Maria- och lex Sarah-anmälningar, klagomål och anmälningar. Men vi har inte kunnat förlita oss på de traditionella kanalerna under pandemin. Sedan i våras har vi därför förstärkt vår upplysningstjänst genom en ny tipsfunktion – Tipsa IVO, som ligger på ivo.se.

Sedan i våras har vi tagit emot knappt 30 000 upplysningar, från såväl privatpersoner som personal inom vård och omsorg. Den information som kommit till oss på detta sätt har varit ovärderlig och hjälpt oss att sammanställa riskbilder som ligger till grund för tillsyn. Bland annat fick vi tidigt indikationer på brister i den medicinska behandlingen som ges vid landets särskilda boenden för äldre. I kombination med andra signaler ledde detta till att IVO inledde en granskning av just detta. En tillsyn du kan läsa mer om i denna rapport.

För att få ytterligare koll och bättre överblick över brister och risker i vården och omsorgen har IVO också inlett ett brett utvecklingsarbete för att i tillsynen och tillståndsprövningen använda den kunskap som samlas in i digitala system. Ytterst syftar utvecklingsarbetet till att vi ska bli ännu mer effektiv och träffsäker i vårt arbete för att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet för alla som är i behov av den. Delar av det arbetet, och vad det hittills resulterat i, kan du också läsa närmare om i denna rapport.

Denna rapport, "Vad har IVO sett 2020?", är en återblick över de viktigaste iakttagelserna och åtgärderna som IVO har vidtagit under 2020. Den präglas givetvis av pandemin, men många av våra iakttagelser är återkommande och relativt stabila. De känns igen sedan innan pandemin. Pandemin sätter dock ett strålkastarljus på redan kända brister och risker och visar på dess allvarlighetsgrad. Min förhoppning är att IVO:s tillsyn och tillståndsprövning och denna rapport bidrar till att förstå dessa risker och brister så vi kan förhindra att de upprepas. Med andra ord, att IVO bidrar till en säkrare och bättre vård och omsorg.

Stockholm, den 1 mars 2021

Sofia Wallström
Generaldirektör



1. Utvecklingen av kvalitet och säkerhet inom vården och omsorgen

Pandemin tydliggör kända problem och de allvarliga följder de kan få för patienter och brukare

Att ge en rättvisande bild av kvalitet och säkerhet inom vården och omsorgen är komplext. Behovet av att kunna göra det har dock aldrig varit tydligare än under den pandemi som nu pågår. Pandemin har blyxtbelyst redan tidigare kända problem inom vården och omsorgen samt vilka allvarliga konsekvenser dessa kan få för patienter och brukare. Samtidigt har det medfört en del nya risker, liksom en del nya möjligheter. Pandemins fullständiga konsekvenser och effekter är i nuläget svåra att förutspå.

I detta avsnitt ger vi en övergripande bild av kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen samt hur kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen har utvecklats. Efter ett år som 2020, handlar det till stor del om pandemin och hur den har påverkat vården och omsorgen. Men vi beskriver också andra områden som IVO anser vara avgörande för en god vård och omsorg, såväl under en pandemi som annars. Pandemin har självklart fått konsekvenser som visar sig även på dessa områden. De är i hög utsträckning tydliga exempel på tidigare kända problem som pandemin har synliggjort. Dessa områden är:

- Befolkningens tillgänglighet till vård och omsorg.
- Vårdens och omsorgens kompetensförsörjning.
- Personcentrerad vård och omsorg.
- Förekomsten av vårdskador inom hälso- och sjukvården.
- Förekomsten av missförhållanden inom omsorgen.

Det är viktigt för en tillsynsmyndighet att kunna analysera tillståndet i svensk vård och omsorg på en övergripande nivå och att följa utvecklingen över tid. Denna förmåga är central för en effektiv tillsyn och tillståndsprövning som leder till bättre vård och omsorg för patienter och brukare. IVO utvecklar och förstärker i dagsläget den analysförmåga som krävs, både för att följa och göra en bedömning av hur kvaliteten och säkerheten utvecklas.

Tillsynen får ökad effekt genom systematisk monitorering av kvalitet och säkerhet

IVO har ett omfattande uppdrag. Vården och omsorgen omfattar över 10 procent av Sveriges bruttonationalprodukt. Patienter och brukare har varje år miljontals interaktioner med tusentals verksamheter och hundratusentals anställda inom vården och omsorgen. Bara vården tar emot 69 miljoner besök varje år. Vår tillsyn omfattar bland annat 240 000 legitimerade personer inom hälso- och sjukvården, 103 sjukhus, all socialtjänst i 290 kommuner, 1 700 särskilda boenden för äldre och frekvenstillsyn över 1 000 boenden för barn och unga (exempelvis hem för vård eller boende, stödboenden och bostäder med särskild service). Vi prövar också ansökningar om tillstånd för privata utförare av bland annat hemtjänst, personlig assistans och särskilda boenden för äldre. Dessutom räknar vi med att behovet av välfärdstjänster ökar framöver, i takt med att andelen äldre i befolkningen ökar.

IVO ska bedriva en effektiv och riskbaserad tillsyn. Det förutsätter god kunskap om riskerna inom vården och omsorgen, så att vi kan agera där vi gör störst nytta för patienterna och brukarna. Vi strävar efter att ha god överblick över riskerna inom vårt omfattande verksamhetsområde. Därför behöver vi löpande samla in och analysera betydligt mycket mer data om hur kvaliteten och säkerhet i vården och omsorgen utvecklas än vad vi gör idag. Men inte ens det räcker. Vi behöver också betydligt mer träffsäker, heltäckande och detaljerad data i realtid än vad vi har i dag. Förväntningarna på IVO att ha koll och behovet av att vi agerar snabbt och löpande förmedlar det vi ser har aldrig varit större än nu.

Med vårt ansvar för tillsynen följer befogenhet att bedöma vilken information vi behöver för att kunna avgöra om verksamheterna når upp till lagens krav eller inte. Vi har alltså långtgående möjligheter att hantera stora informationsmängder. Vi bedömer att öka IVO:s datatillgång och arbete med datadrivna

analyser är den enskilt viktigaste åtgärden för att vi ska kunna arbeta effektivare och mer riskbaserat med tillsynen. Vi behöver systematiskt och löpande övervaka och bedöma sannolikheterna för att patienter och brukare kan komma att utsättas för bristande kvalitet och säkerhet. Det är när vi agerar förebyggande och bidrar till lärande som vi kan göra störst nytta för så många patienter och brukare som möjligt. Dessutom måste vi bli bättre på att följa upp om brister åtgärdas eller inte efter vår tillsyn, det vill säga att huvudmännen verkligen förbättrar kvaliteten och säkerheten.

Vårt mål är alltså att öka effekten av vår tillsyn genom att systematiskt övervaka kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen. Vi har redovisat några grundläggande förutsättningar för att möjliggöra den här utvecklingen i budgetunderlagen till regeringen samt i tre redovisningar av regeringsuppdrag (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b; Inspektionen för vård och omsorg, 2020c; Inspektionen för vård och omsorg, 2020e; Inspektionen för vård och omsorg, 2020d; Inspektionen för vård och omsorg, 2021). Det handlar bland annat om att få ökad tillgång till andra myndigheters register, om att förbättra datakvaliteten och datainfrastrukturen på IVO och om att förstärka IVO:s resurser för avancerad dataanalys.

Befolkningens tillgänglighet till vård och omsorg

Tillgång till vård och omsorg i rimlig tid är grundläggande för att undvika vårdskador och negativ påverkan på livskvalitet. Det är därför viktigt att belysa tillgängligheten inom vården och omsorgen.

Tillgänglighet inom vården

Alla i befolkningen har rätt till god vård efter behov, på lika villkor. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anger att vården ska vara lätt tillgänglig. Men det är en stor utmaning för hälso- och sjukvården i Sverige och har varit det under en längre tid. Under 2020 har covid-19-pandemin inneburit att redan bristande tillgänglighet har försämrats inom vissa områden. Inom andra områden har väntetiderna tvärtom blivit bättre när människor har undvikit att besöka vården. Att följa upp den uteblivna vårdens effekter på befolkningens hälsa är en viktig uppgift.

I kapitel 5 beskriver vi vår analys av covid-19-pandemins påverkan på specialistsjukvården, vår pågående tillsyn av uppskjuten vård och en nyligen inledd nationell tillsyn av cancersjukvården. Vi beskriver även våra iakttagelser från ett antal olika tillsyner under 2020 som visar vad bristande tillgänglighet kan leda till. I kapitel 2 beskriver vi bland annat äldre personers tillgång till individuella läkarbedömningar under pandemin.

Måluppfyllelsen för vårdgarantin har minskat under 2020

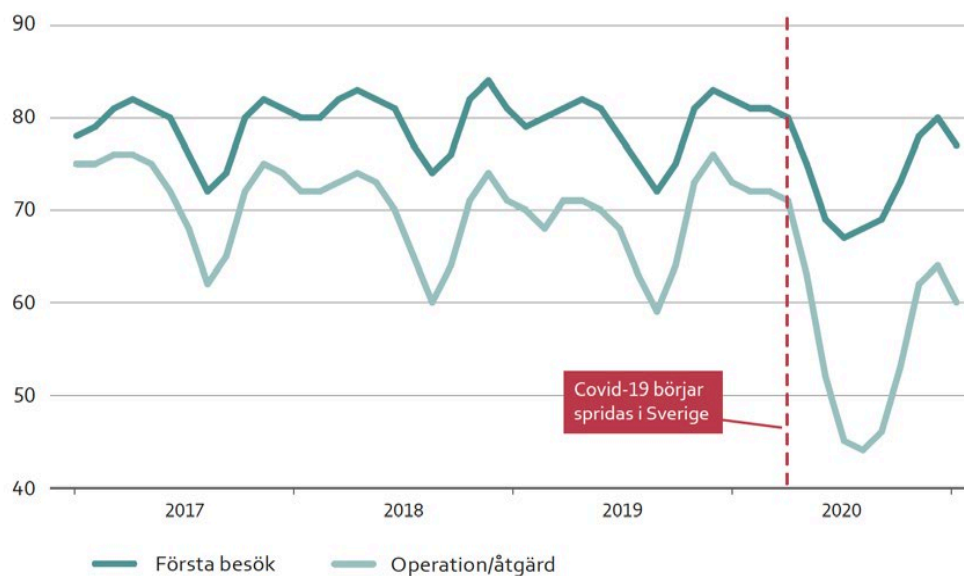
Ett vanligt sätt att bedöma väntetider i vården är att utgå från den nationella vårdgarantin. Den säger att vården ska ge patienter kontakt med primärvården samma dag som de söker en sådan kontakt och att legitimerad vårdpersonal i primärvården ska ge en medicinsk bedömning inom tre dagar. Ett besök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

Vårdgarantin är till för att öka tillgängligheten till den planerade vården. Måluppfyllelsen mäter hur stor andel av patienterna som har fått vård inom den angivna tiden.

Måluppfyllelsen för de två vårdgarantierna som gäller primärvården har varit relativt oförändrade under pandemin. Vårdgarantin om telefontillgänglighet har legat stabilt runt 90 procent måluppfyllelse och vårdgarantin om medicinsk bedömning har legat stabilt runt 80 procent måluppfyllelse. Men vi vet inte hur många personer som har undvikit att söka vård i primärvården under pandemin, och därmed vet vi inte heller hur väl måluppfyllelsen i primärvården speglar befolkningens behov av primärvård.

Måluppfyllelsen för vårdgarantierna inom specialistvård har däremot försämrats kraftigt under covid-19-pandemin. Det är viktigt att i sammanhanget tänka på att det finns en säsongsvariation i måluppfyllelsen till vårdgarantin inom specialistvården. Till exempel visar data för 2017–2019 tydligt att måluppfyllelsen minskar under sommarmånaderna, både när det gäller första besök och operation/åtgärd.

Figur 1: Måluppfyllelse för vårdgarantin för första besök och operation/åtgärd inom specialistvården 2017–2020, procent



Kommentar: Genomsnitt av samtliga regioner med publicerad månadsstatistik.

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Bristande måluppfyllelse inom specialistvården är alltså inte ett nytt fenomen, även om covid-19-pandemin har inneburit att måluppfyllelsen har varit lägre under 2020 än under 2017–2019. I juni 2020 var måluppfyllelsen för första besök som lägst med 67 procent. I juli 2020 var den som lägst för operation/åtgärd med 44 procent. Det kan jämföras med att de lägsta värdena under 2017–2019 har varierat mellan 72–74 procent för första besök och 59–62 procent för operation/åtgärder (samtliga i augusti månad).

Efter sommaren 2020 återhämtade sig måluppfyllelsen för specialistvården till 80 procent för första besök och 64 procent för operation/åtgärder i november, för att sedan sjunka något i december 2020. Men det är svårt att veta hur väl måluppfyllelsen inom specialistvården, liksom primärvården, speglar befolkningens behov av specialistvård under pandemin, eftersom det är osäkert hur många personer som har valt att inte söka vård under perioden.

Befolkningen anser att väntetiderna är långa

Ett annat sätt att mäta tillgänglighet är att mäta vad befolkningen anser om tillgängligheten. International Health Policy Survey (IHP) 2020 visar att den svenska befolkningen, jämfört med tio andra OECD-länder, rapporterar längst väntetid till vård som inte sker på akutmottagning på sjukhus.

Sverige är det land i denna jämförelse där lägst andel i befolkningen anger att de fick tid för vård inom samma eller nästa dag och fick tid för vård inom sju dagar (ingen av frågorna gäller akutbesök på sjukhus). När det gäller att få tid för besök till specialist inom tre månader är det endast ett annat land som har en lägre andel än Sverige. Samma sak gäller andelen som anser att de har fått en planerad och icke-akut behandling eller operation inom tre månader efter att ha blivit rekommenderad att genomgå en sådan (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020c).

Överbeläggningar och utlokaliseringar inom somatisk vård ökar över tid

En aspekt av tillgänglighet och kvalitet i vården är i vilken utsträckning överbeläggningar och utlokaliseringar förekommer. Utgångspunkten är att patienter ska vårdas på en vårdplats som är utformad och bemannad så att vården kan säkerställa patientsäkerheten och arbetsmiljön (disponibel vårdplats).

När behovet överstiger utbudet uppstår överbeläggningar och utlokaliseringar. Överbeläggning sker när en patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokalisering sker när en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Överbeläggningar och utlokaliseringar inom somatisk vård har ökat över tid. År 2019 var andelen överbeläggningar 5,0 per 100 disponibla vårdplatser och andelen utlokaliseringar 2,1 per 100 disponibla vårdplatser. År 2015 var motsvarande andel 3,1 per 100 disponibla vårdplatser respektive 1,4 per 100 disponibla vårdplatser. Överbeläggningar inom psykiatrisk vård har däremot minskat över tid, medan utlokaliseringarna inom psykiatrisk vård har legat på en stabil låg nivå över tidsperioden (Socialstyrelsen, 2020b).

Tillgänglighet inom omsorgen

Långa väntetider till att få omsorgsinsatser försämrar en persons livskvalitet. Det innebär att personen inte får den insats hen har rätt till och att personens behov inte uppfylls. Personer som behöver vård och omsorg har lagstadgad rätt att få den hjälp och det stöd de behöver från kommunen. När en person beviljas en insats från socialtjänsten är kommunen skyldig att verkställa den. En socialtjänst måste kunna ge brukarna god tillgång till de beviljade insatserna för att socialtjänsten ska kunna räknas som säker och av god kvalitet.

Socialnämnden, eller motsvarande, i en kommun är skyldig att rapportera till IVO om en beviljad insats inte verkställts inom tre månader. Socialnämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. IVO har tidigare rapporterat om att allt fler får vänta på sina socialtjänstinsatser. I spåren av pandemin har denna negativa utveckling fortsatt drastiskt.

I kapitel 6 beskriver vi vår analys av covid-19-pandemins påverkan på kommunernas verkställighet av socialtjänstinsatser och vår pågående tillsyn av hur samtliga kommuner tillgodoser behoven hos enskilda personer med socialtjänstinsatser under pågående pandemi.

Antalet ej verkställda beslut ökade markant under första halvåret 2020

Antalet rapporterade ej verkställda beslut under första halvåret 2020 ökade markant i jämförelse med samma period 2019. Under 2020 rapporterade kommunerna drygt 9 000 fler ej verkställda beslut till IVO än 2019, vilket motsvarar en ökning på 69 procent. Ökningen var som störst under mars och april 2020, då antalet ej verkställda beslut sjudubblades respektive femdubblades i jämförelse med samma månader 2019.

De flesta ej verkställda beslut har att göra med covid-19

IVO bedömer att 63 procent av de inrapporterade ej verkställda besluten under perioden januari till och med oktober 2020 har en direkt eller indirekt koppling till covid-19. Vi kan ännu inte uttala oss om helåret 2020 på grund av eftersläpningar i rapporteringen till IVO.

De socialtjänstinsatser som flest kommuner har rapporterat in som ej verkställda under första halvåret 2020 är dagverksamheterna enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

Vårdens och omsorgens kompetensförsörjning

Tillräcklig bemanning och god kompetens är självklara grunder för att kunna hålla god kvalitet och säkerhet i vård och omsorg. Den vetenskapliga litteraturen beskriver att det finns ett samband mellan vårdskador och otillräcklig bemanning respektive otillräcklig kompetens. Men i dagsläget är det inte tydligt hur sambanden utvecklats över tid eller hur starka sambanden är (Socialstyrelsen, 2018). Bemanning och kompetens påverkar också arbetsmiljön inom vården och omsorgen, vilket även den påverkar kvaliteten och säkerheten. Därför är det viktigt att följa detta område för att kunna bedöma kvaliteten inom vården och omsorgen.

Arbetsgivarna bedömer att det är brist på flera yrkeskategorier

Arbetskraftsbarometern 2020 från Statistiska centralbyrån visar att det råder brist på flera yrkesgrupper inom vården och omsorgen. Bristen är störst på distriktssköterskor. Drygt 9 av 10 arbetsgivare uppger att de har brist på både nyutexaminerade och yrkeserfarna distriktssköterskor. Bland de yrken där störst andel arbetsgivare anger brist på nyutexaminerade finns specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor inom anesthesi-, intensiv- och operationssjukvård. Bland de yrken där störst andel arbetsgivare anger brist på yrkeserfarna finns utöver distriktssköterskor även specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård och röntgensjuksköterskor (Statistiska Centralbyrån, 2020).

Socialstyrelsens senaste undersökning om tillgång och efterfrågan på personal visar att regionerna och andra arbetsgivare bedömer att det är brist på åtminstone 18 av de 22 legitimationsyrkena. Här finns regionala variationer, från en region som redovisar 16 bristyrken till en annan region som redovisar 6 bristyrken. Alla regioner redovisar brist på specialistsjuksköterskor. 20 av 21 regioner redovisar att de har brist på grundutbildade sjuksköterskor, medan många även svarat att de har brist på psykologer, specialistläkare och biomedicinska analytiker (19 av 21 regioner). Många redovisar också brist på tandläkare, barnmorskor och röntgensjuksköterskor. Bristen uppges vara störst utanför städerna och främst gälla erfaren personal (Socialstyrelsen, 2020c).

Kommunerna rapporterar om lägre brist på vissa legitimationsyrken än regionerna. Socialstyrelsens undersökning visar att 56 procent av kommunerna redovisar brist på grundutbildade sjuksköterskor, jämfört med 95 procent av regionerna. Brist på specialistsjuksköterskor rapporteras från 76 procent av kommunerna, jämfört med 100 procent av regionerna. 47 procent av kommunerna redovisar brist på arbetsterapeuter, jämfört med 67 procent av regionerna. Däremot rapporteras brist på fysioterapeuter från 56 procent av kommunerna, jämfört med 48 procent av regionerna.

Det finns få tecken på att bristen kommer att minska i framtiden

Universitetskanslersämbetet har visat att det kommer att vara svårt att leva upp till behovet av högskoleutbildade personer. Universitetskanslersämbetet bedömer att verksamheterna bör förbereda sig på att det inte kommer att gå att tillgodose alla delar av framtidens kompetensbehov med högskoleutbildad personal (Universitetskanslersämbetet, 2019).

IVO konstaterar att det finns få tecken på att bristen på kompetens kommer att minska i framtiden. Den åldrande befolkningen i kombination med alltför få examinerade leder till en allt större brist. Det gör att verksamheterna måste fokusera på arbetsorganiseringen och effektiviteten – hur de kan använda personalen på bästa sätt.

Personcentrerad vård och omsorg

Alla människor har rätt att bestämma över sitt eget liv. Det gäller även när vi behöver vård eller omsorg. Vår rätt till självbestämmande ska vara en utgångspunkt, och genom inflytande och delaktighet ska vi vara medskapande i den vård och omsorg vi behöver för att förverkliga våra liv.

Allt fler lever dessutom allt längre med komplexa hälsotillstånd och omsorgsbehov, tack vare en fantastisk medicinteknisk utveckling. Det ställer allt högre krav på vården och omsorgen att fungera som en helhet runt patienterna och brukarna, men även på hastigheten på teknikupptag och utveckling. Inte minst digitaliseringen måste öka. Vi menar att detta är grundläggande kvalitetsområden för vården och omsorgen.

Personcentrering innebär att vården eller omsorgen utgår från personens behov, preferenser och resurser. Istället för att se patienten eller brukaren som en passiv mottagare blir hon och hennes nära en medskapande resurs. Det kan till exempel handla om att ge stöd till egenvård och att patienters, brukares och närståendes erfarenheter och kunskaper tas tillvara såväl i mötet med vården och omsorgen som i utformningen av vård- och omsorgssystemen.

Personcentrering innebär också att vården och omsorgen fungerar som en helhet. Med andra ord krävs att vården och omsorgen är samordnad mellan olika aktörer, för att den ska kunna vara personcentrerad.

Det behövs en utvecklad nationell uppföljning

Det finns idag begränsad kunskap om utvecklingen av personcentrering och samordning i svensk vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv på nationell nivå. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har kartlagt enkätfrågor och innehåll i befintliga nationella patientundersökningar och kvalitetsregister. Myndigheten konstaterade då att det saknas nationella data för att kunna följa upp patienters och brukares upplevelser av samordningen mellan vården och omsorgen och för att kunna följa upp effekterna av lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Sammantaget anser myndigheten att det behövs en utvecklad nationell uppföljning från ett patient- och brukarperspektiv (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020b).

Samtidigt finns det i vår tillsyn tydliga tecken på att samordning och personcentrering är en stor utmaning för vården och omsorgen. Se till exempel vad vi skriver om vård och behandling av äldre personer på särskilda boenden (kapitel 2), om vad placerade barn och unga anser om sina boenden (kapitel 3), om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen (kapitel 4) och om psykisk ohälsa (kapitel 7).

Det framgår av International Health Policy Survey (IHP) 2016 att svenska patienter anser att de inte får tillräcklig hjälp att koordinera och planera sin vård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016). Av IHP 2020 framgår att få i Sverige har en ordinarie läkare eller sjuksköterska som de vanligtvis går till för sin vård. Undersökningen visar också att en lägre andel personer i Sverige än i andra länder anser att deras ordinarie läkare eller vårdpersonal alltid eller oftast känner till viktig information om deras medicinska historia. Undersökningen visar även att det finns brister i hur information överförs till den personalen på den ordinarie mottagningen efter utskrivning från sjukhus (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2020c).

I genomsnitt instämmer över 80 procent av patienterna, helt eller delvis, i att vårdmötet är personcentrerat. Drygt 70 procent upplever att vården samordnar deras vårdkontakter i den utsträckning som de behöver. Skillnader finns framför allt mellan åldersgrupper, där äldre upplever vårdmötet mer personcentrerat och vården mer samordnad. Här vet vi inte hur utvecklingen ser ut över tid eftersom det saknas tidsserier för dessa indikatorer. Vi kan notera att patienter med sämre hälsa i den specialiserade vården i betydligt mindre utsträckning upplever att vården är personcentrerad och samordnad. Dessa patienter tillhör samtidigt grupper som typiskt sett särskilt behöver en personcentrerad och samordnad vård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019a).

Förekomsten av vårdskador inom hälso- och sjukvården

En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om vården hade genomfört lämpliga åtgärder vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten har fått men också av att patienten inte har fått den vård som behövdes. Det är med andra ord ett av de tydligaste måtten på brister i vården, och ger därför en tydlig bild av kvaliteten inom vården.

Utöver det lidande som en vårdskada innebär för den som utsätts, får vårdskador följdverkningar för hälso- och sjukvården. Vårdtiden för patienter som har fått en vårdskada är mer än dubbelt så lång som för patienter som inte har fått någon vårdskada. Kostnaden för de extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas vara cirka 8 miljarder kronor per år (Socialstyrelsen, 2020a). Färre skador skulle alltså leda till att hälso- och sjukvårdens resurser skulle kunna användas mer effektivt.

Vi har ingen komplett bild av hur antalet vårdskador har utvecklats. Det beror delvis på att kunskapsläget är sämre utanför den somatiska slutenvården. Det beror också på att det inte finns några entydiga förklaringar till den utveckling vi ser.

I kapitel 5 beskriver vi risker för patientsäkerheten som bristande tillgänglighet inom hälso- och sjukvården kan leda till, samt iakttagelser från ett antal tillsyner.

Andelen vårdskador är relativt konstant över tid

Sveriges Kommuner och Regioner gör regelbundna undersökningar av hur vanligt det är att vårdskador förekommer i den somatiska slutenvården. Metoden som SKR använder kallas markörbaserad journalgranskning. Det finns i dagsläget inga publicerade resultat för år 2020.

Andelen skador som SKR bedömer skulle ha gått att undvika i den somatiska slutenvården har varit relativt konstant över tid, 62 procent år 2013 och 60 procent år 2019 (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020a). Inom den allmänna vuxenpsykiatriska vården bedömer SKR att andelen som skulle ha gått att undvika eller som sannolikt skulle ha gått att undvika var 37 procent år 2019 (46 procent år 2017) (Sveriges Kommuner och Landsting, 2018; Sveriges Kommuner och Regioner, 2020b).

Cirka 100 000 patienter på sjukhus drabbas varje år av vårdskador

Mellan 93 000 och 98 000 patienter på svenska sjukhus drabbas varje år av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. I cirka 1 200–1 300 fall per år bidrar vårdskadan till att patienten avlider och i cirka 2 000–2 600 fall får patienter någon form av bestående men. Under åren 2013–2019 har män en högre andel vårdtillfällen som resulterar i en vårdskada än kvinnor. Skillnaden är 7,8 mot 7,2 procent för vårdskador. Könsskillnaden är som störst vid allvarliga skador (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020a).

Mer kunskap krävs för att förstå orsakerna till vårdskadorna

Det finns mycket mer att göra innan huvudmännan når det övergripande målet att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. För att nå dit måste vi förstå orsakerna till vårdskadorna, som är många och komplexa. De kopplar bland annat till brister i kompetensförsörjning, personcentrering och samordning,

ledning och styrning, tillgänglighet och kvalitetsarbete. Det handlar också om bristande kunskap om varför det går bra när det går bra.

Utvecklingen av lex Maria-anmälningar till IVO

Ungefär 100 000 personer på sjukhus drabbas av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad varje år. SKR:s journalgranskningar visar att det förekommer ungefär 3 200 allvarliga vårdskador per år enbart inom den somatiska slutenvården (Sveriges Kommuner och Landsting, 2019e). Totalt sett rapporterar hela hälso- och sjukvården in färre än 2 500 allvarliga vårdskador (lex Maria-anmälningar) till IVO varje år. IVO bedömer därför att det finns ett stort mörkertal i rapporteringen. IVO bedömer också att antalet riskhändelser är mångdubbelt större. Det är en viktig del av IVO:s uppdrag att hjälpa vården att få syn på om vårdskador och riskhändelser är systematiska och möjliga att åtgärda eller om de är slumpmässiga.

IVO utreder anmälningar om allvarliga vårdskador. Alla vårdgivare är skyldiga att rapportera dessa händelser till IVO enligt bestämmelserna om lex Maria. År 2020 tog IVO emot 2 170 lex Maria-anmälningar. Antalet lex Maria-anmälningar har varierat över år 2016–2020. Färre lex Maria-anmälningar kom in till oss under 2020 än under 2019. Antalet lex Maria-anmälningar har minskat med 19 procent jämfört med 2017.

Tabell 1: Antal lex Maria-anmälningar som kom in till IVO 2016–2020

År	Antal
2016	2 469
2017	2 679
2018	2 008
2019	2 270
2020	2 170
Totalt	11 596

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vi får in flest lex Maria-anmälningar från verksamhetsområdena somatisk specialistsjukvård, primärvård, äldreomsorg och psykiatrisk specialistsjukvård. IVO fattar allt färre beslut i ärenden som gäller psykiatrisk specialistsjukvård, vilka utgör en tiondel av alla avslutade ärenden 2020. Det motsvarar en minskning med drygt 60 procent sedan 2016.

Tabell 2: Antal lex Maria-anmälningar som IVO avslutade under 2016–2020, fördelat på de tio största verksamhetsområdena

Verksamhetsområde	2016	2017	2018	2019	2020
Somatisk specialistsjukvård, kirurgi	409	508	503	397	461
Primärvård, utom hemsjukvård	381	444	331	370	334
Psykiatrisk specialistsjukvård	569	549	312	208	211
Äldreomsorg	293	287	238	216	207
Somatisk specialistsjukvård, invärtesmedicin	195	297	236	245	254
Akutmottagning	133	127	150	166	153
Hemsjukvård i ordinärt boende	87	126	91	138	109
Tandvård	82	80	65	45	56
Somatisk specialistsjukvård, barnmedicin	61	54	58	44	59
Radiologi	38	48	55	46	58
Totalt, alla verksamhetsområden	2 496	2 753	2 256	2 113	2 100

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

IVO konstaterar att det behövs bättre kunskap om hur antalet vårdskador utvecklas inom hela hälso- och sjukvården. De bästa undersökningarna som finns idag gäller endast en del av vården. Vi bedömer dessutom att det finns ett mörkertal i rapporteringen av allvarliga vårdskador till IVO. Vi kan därför inte dra några tillförlitliga slutsatser av om det är säkrare att vara patient i hälso- och sjukvård idag än tidigare.

Förekomsten av missförhållanden inom omsorgen

Den finns inga resultat om hur vanligt det är med missförhållanden inom omsorgen som kan jämföras med den markörbaserade journalgranskningen inom hälso- och sjukvården. Vi vet alltså betydligt mindre om hur vanligt det är med missförhållanden inom omsorgen än om vårdskador inom hälso- och sjukvården, även om kunskapen om vårdskador inom hälso- och sjukvården inte heller är komplett.

IVO konstaterar att statistik- och uppföljningssystemen inom vården och omsorgen i grunden inte är designade för att samla in fakta som kan visa det aktuella dagsläget (Inspektionen för vård och omsorg, 2020d). Än så länge finns det inte några realtidsdata över kommunala verksamheter. Men i princip de flesta kommunala verksamheter är digitaliserade och antalet systemvarianter är begränsat, så rent tekniskt är det inte särskilt svårt att få bättre koll. Det är större problem att verksamheterna inte använder enhetliga termer och begrepp samt att de inte registrerar på ett konsekvent sätt. Dessutom begränsas vår kunskap starkt av att den data som finns är aggregerad och ofta består av indikatorer som släpar efter i tid – istället för mikrodata i realtid. Slutligen finns starka sekretessgränser som inte gör det möjligt att slå ihop data från datakällor inom olika områden. Sammantaget innebär detta att det är svårt eller omöjligt att systematiskt följa upp socialtjänstens insatser.

I kapitel 4 beskriver vi våra iakttagelser om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen. Kapitel 3 beskriver återkommande brister inom den sociala barn- och ungdomsvården och visar att det finns allvarliga och oroande uppgifter från placerade barn och unga.

Utvecklingen av lex Sarah-anmälningar

IVO utreder anmälningar om allvarliga missförhållanden. Alla omsorgsgivare är skyldiga att rapportera dessa händelser till IVO enligt bestämmelserna om lex Sarah.

Tabell 3: Antal lex Sarah-anmälningar som kom in till IVO 2016–2020

År	Antal
2016	1 204
2017	1 294
2018	1 163
2019	1 200
2020	1 104
Totalt	5 965

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

År 2020 tog IVO emot 1 104 lex Sarah-anmälningar, att jämföra med 1 200 året innan. Antalet lex Sarah-anmälningar till IVO har varit relativt stabilt under 2016–2020.

Tabell 4: Antal lex Sarah-anmälningar som IVO avslutade under 2016–2020, fördelat på verksamhetsområden

Verksamhetsområde	2016	2017	2018	2019	2020
Äldreomsorg	463	513	444	407	420
Funktionsnedsättning LSS	308	364	336	323	311
Barn och familj	378	349	286	262	261
Funktionsnedsättning SoL	46	45	40	48	43
Missbruk	29	28	41	68	43
Ekonomiskt bistånd	21	17	19	26	19
Övrig socialtjänst	8	13	17	28	18
Familjerätt	2	3	2	6	2
Hemsjukvård i ordinärt boende	–	–	–	–	2
Övrigt	–	1	–	2	4
Totalt	1 255	1 333	1 185	1 170	1 123

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Från socialtjänsten får vi in flest lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdena äldreomsorg, funktionsnedsättning och barn och familj. Andelen beslutade lex Sarah-ärenden inom barn och familj har minskat med 31 procent sedan 2016.

IVO konstaterar att det behövs bättre kunskap om hur antalet missförhållanden utvecklas inom socialtjänsten. Vi kan därför inte dra några tillförlitliga slutsatser av om det finns någon trend mot att det blir säkrare eller osäkrare att vara brukare i socialtjänsten.

IVO:s utvecklingsarbete

Vården och omsorgen i Sverige är i många avseenden världsledande, men som i alla verksamheter kan även vården och omsorgen bli bättre. Det finns tecken på att vårdens och omsorgens förmåga till förändring och förbättring minskar eller i vart fall inte räcker till. Produktiviteten synes minska i ett läge där vi verkligen behöver öka den (Rehnberg, 2019). Många parametrar för hälsoutfall ökar inte heller i takt med potentialen. Nya läkemedel införs långsammare, och nya metoder sprider sig inte så snabbt som man kunde önska. Svensk vård och omsorg lämnad åt sig själv verkar inte ha den nivå av inre dynamisk utvecklingskraft som vi behöver för att möta våra utmaningar. Här kan IVO med ett rejält ökat fokus på resultat, driva på utvecklingen av både kvalitet och effektivitet.



2. Brister i vård och behandling av personer på äldreboende

Lägstannivån är för låg i medicinsk bedömning, vård och behandling under pandemin

Sverige har haft en stor smittspridning av covid-19 och höga dödstal bland äldre personer under 2020 (Coronakommissionen, 2020). Av totalt antal avlidna i covid-19 har 46 procent varit boende på särskilt boende för äldre, SÄBO (Coronakommissionen, 2020). IVO har tagit emot ett stort antal upplysningar och klagomål som har att göra med covid-19 under året och de flesta av dessa upplysningar gällde äldreområdet och många av dem var allvarliga. IVO har därför gjort flera tillsyner inom det här området under 2020, och flera fortsätter under 2021.

Sammanfattning

- IVO har konstaterat att lägstannivån är för låg på väldigt grundläggande punkter i vård och behandling av äldre personer på SÄBO. Bristerna är kända sedan tidigare, men de har blivit tydligare i och med pandemin.
- De grundläggande bristerna har främst att göra med regionernas ansvar för den medicinska vården och behandlingen. Vår granskning visar att regionen har lämnat över ansvaret för de medicinska bedömningarna till kommunen i varje enskilt fall där individuella läkarbedömningar inte har gjorts. Ett stort ansvar har därmed lagts på den personal som arbetar på boendena, vilket kommunerna inte står rustade för.
- Även kommuner och privata utförare har brustit i sin del av ansvaret. Det gäller främst brister i bemanning och kompetens. Det har lett till att omvårdnadspersonal har behövt göra medicinska bedömningar, vilket de inte har kompetens för.
- IVO bedömer att det i nuläget är särskilt angeläget att varje patient får en individuell läkarbedömning och vård och behandling utifrån den individuella bedömningen. Denna bedömning grundar sig på att covid-19 är en ny sjukdom som utvecklar sig på olika sätt för olika individer och särskilt drabbar äldre personer. Sjukdomen har också hög dödlighet och är klassad som en allmänfarlig och samhällsfarlig sjukdom enligt smittskyddslagen (2004:168).

”Det är allvarliga brister som framkommer i tillsynen. Regionerna är de som har helhetsansvaret enligt hälso- och sjukvårdslagen. Även om vi har förståelse för den prövning vården genomgår under en pandemi, så ser vi att lägstannivån i regionernas övergripande sätt att ta sitt medicinska ansvar är för låg.”

Sofia Wallström, generaldirektör för IVO

Ett uppdelat ansvar mellan kommun och region för de mest sköra äldre

På äldreboenden bor idag allt fler äldre personer med komplexa vårdbehov som kräver alltmer kvalificerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Patienter skrivs också ut snabbare från sjukhus än tidigare (Myn-digheten för vård- och omsorgsanalys, 2020a; Coronakommissionen, 2020). Dessutom ökar de tekniska möjligheterna att ge vård i hemmet (Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen, 2020). Utvecklingen ställer allt större krav på personalens kompetens och på att olika aktörer samverkar effektivt. IVO har återkommande pekat på vikten av god samverkan mellan alla ansvariga aktörer inom vård och omsorg av äldre och de risker som uppstår när samverkan inte fungerar (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2019a; Inspektionen för vård och omsorg, 2018c; Inspektionen för vård och omsorg, 2018d).

Äldre personer får många gånger både hälso- och sjukvårdsinsatser samt insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453). Regionerna har det grundläggande ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård (8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag [2017:30]). Kommunerna ansvarar för att erbjuda en god hälso- och

sjukvård upp till sjuksköterskans kompetensnivå inom vissa områden, till exempel särskilda boenden, korttidsboenden och för så kallad hemsjukvård i vissa fall. Hemsjukvård är hälso- och sjukvård som ges till personer i ordinärt boende, det vill säga i det egna hemmet (8 kap. 6 §, 12 kap. 1–3 §§ och 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag [2017:30]).

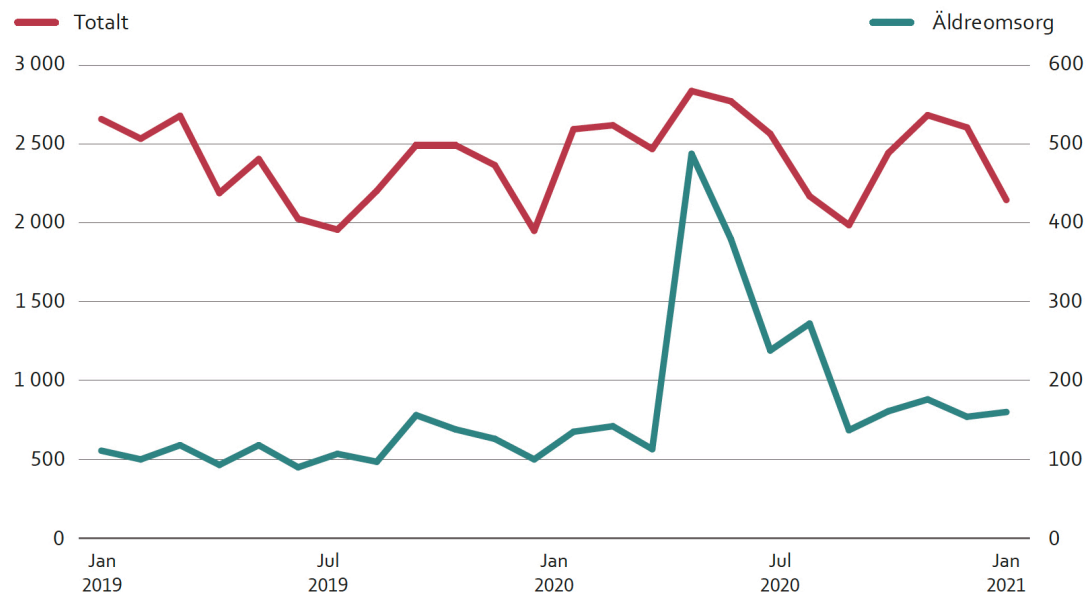
Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar inte ansvaret för insatser på läkarnivå. De läkarresurser som behövs för att befolkningen ska få en god hälso- och sjukvård ansvarar regionerna för (16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag [2017:30]). IVO kan utifrån vår tillsyn av vård och behandling av personer på äldreboende konstatera att regionerna inte har kontrollerat att kommunerna har kapacitet för att ta hand om de uppgifter som regionerna har skjutit över till dem. Kommunerna har inte ställt om och har varken tillräcklig bemanning, kompetens eller tillräcklig medicinsk utrustning för att kunna ta hand om dessa uppgifter. Dessa problem är kända sedan tidigare, men de har blivit tydligare i och med pandemin.

Tydlig riskbild inom äldreomsorgen

Sedan pandemins inledning har Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen betonat att äldre personer över 70 år och personer med vissa sjukdomstillstånd är två grupper som riskerar att drabbas särskilt allvarligt av covid-19. De har därmed en ökad risk för att avlida av covid-19.

Antalet upplysningar och klagomål till IVO har ökat under pandemin. Det beror till stor del på den ökande mängden upplysningar som gällt äldreomsorgen. En majoritet av dessa var mycket allvarliga. Upplysningarna om äldreomsorgen gällde oftast ledning och organisation, utförandebrister, hygien och vårdhygien.

Figur 2: Antalet upplysningar till IVO avseende vård och omsorg om äldre personer i relation till totalt antal upplysningar, 2019 – 2020

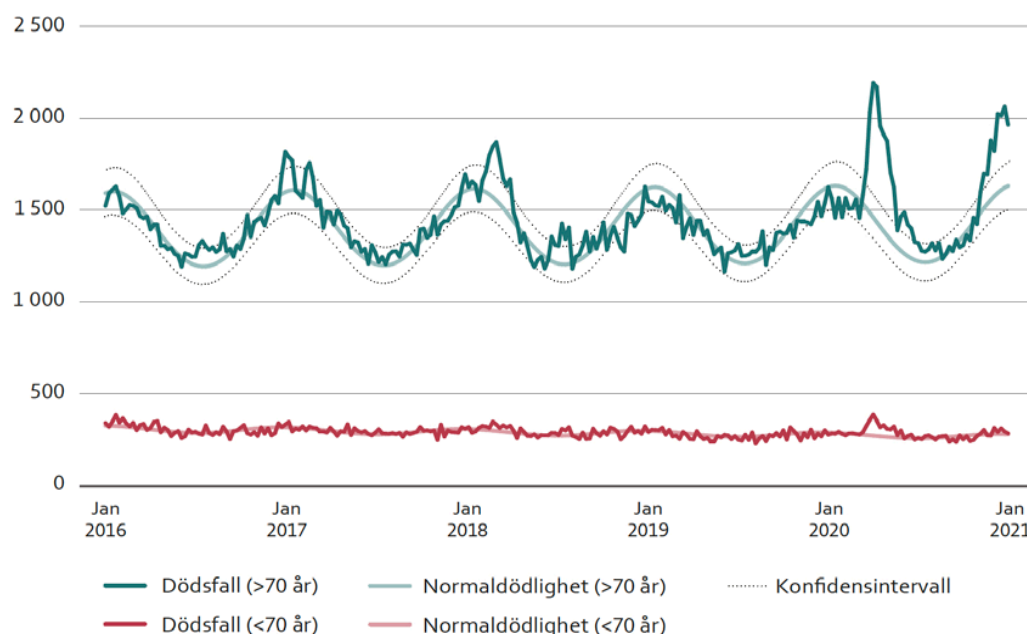


Kommentar: Upplysningarna utgörs av alla frågor och synpunkter som kommit in till IVOs upplysningstjänst för tillsynsfrågor.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Överdödlighet hos äldre som följd av covid-19

Överdödligheten har särskilt drabbat Sveriges äldre befolkning över 70 år under 2020. Det kan finnas flera orsaker till överdödlighet, till exempel yttre faktorer som gäller varmt eller kallt väder, eller hög intensitet av säsongsinfluensa. Covid-19 har gett en tydlig effekt på överdödligheten i Sverige under 2020, både under den så kallade första och andra vågen av pandemin (se figur 3).

Figur 3: Normaldödlighet och dödsfall för personer över 70 år i Sverige per vecka, januari 2016 – januari 2021



Kommentar: Dubbelsidigt konfidensintervall med konfidensgrad 95 procent.
Källa: Folkhälsomyndigheten.

Det finns i dag ingen statistik avseende smittade eller döda per särskilt boende i Sverige, något som bland annat IVO har påtalat för regeringen (Inspektionen för vård och omsorg, 2020d; Szebehely & Rostgaard, 2020). I dagsläget krävs därför manuella metoder för att ta reda på något så grundläggande som antalet avlidna per särskilt boende i Sverige. Denna informationsmängd är en av flera grundförutsättningar för att IVO löpande ska kunna följa kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen om äldre.

IVO har inlett ett brett utvecklingsarbete för att i tillsynen och i tillståndsprövningen använda datadrivna analyser i större utsträckning. Arbetet omfattar även ett större paket av författningsförslag som vi under hösten 2020 har lämnat till regeringen i syfte att öka tillgången till data och datakvaliteten i vård och omsorg (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b; Inspektionen för vård och omsorg, 2020c; Inspektionen för vård och omsorg, 2020d). Det handlar bland annat om ökad åtkomst till andra myndigheters register, förbättrad datakvalitet och datainfrastruktur på IVO, förstärkning av IVO:s resurser för avancerad dataanalys samt att IVO bör bli officiell statistikmyndighet enligt statistikförordningen.

Äldres bild av tillgången till läkare och sjuksköterskor inom äldreomsorgen

Socialstyrelsens årliga uppföljning av hur äldre personer uppfattar äldreomsorgen visar inga större förändringar mellan år 2018–2020 när det gäller hur lätt eller svårt de har att få träffa en läkare. Detta gäller alltså trots att de äldre svarade på 2020 års enkät under covid-19 pandemins första våg (9–13 mars med sista svarsdatum den 24 maj). Ungefär var femte svarande (21 procent, för alla åren 2018–2020) uppgav att det är svårt att få träffa läkare vid behov. Ungefär var tionde svarande (9 procent, för alla åren 2018–2020) uppgav att det är svårt att träffa sjuksköterska vid behov. Tillgängligheten till läkare och sjuksköterskor för äldre som bor på särskilda boenden under covid-19-pandemin verkar alltså vara jämförbar med tidigare år. Det finns precis som tidigare skillnader mellan olika kommuner och olika verksamheter.

Nationella tillsyner som IVO genomfört under 2020 med anledning av covid-19

På grund av den tydliga riskbild vi såg inom äldreomsorgen genomförde IVO två nationella tillsyner av verksamheter inom äldreomsorgen under 2020. Den första tillsynen genomförde vi i april 2020. Den fokuserade på smittspridning inom äldreomsorgen, hemtjänsten och LSS-boenden. Den andra tillsynen inledde vi i maj och den fortsatte under hela 2020. Syftet med denna tillsyn var att granska regionernas ansvar för medicinsk vård och behandling med avseende på covid-19 på särskilda boenden. Tillsynen omfattade samtliga särskilda boenden i Sverige.

Tidig tillsyn med fokus på smittspridning

I den första tillsynen granskade vi 1 045 verksamheter inom äldreomsorgen, hemtjänsten och LSS-boenden för att uppmärksamma dem på vikten av god följsamhet till basala hygienrutiner. Syftet med tillsynen var bland annat att sprida kunskap mellan verksamheter för att bidra till att minska smittspridningen.

Tillsynen visade att många åtgärder hade genomförts i verksamheterna för att minska risken för smittspridning. Enhetscheferna berättade om liknande utmaningar och svårigheter över hela landet. Men tillsynen visade ändå tydliga skillnader mellan områden där smittan fick fäste mycket snabbt, med kortare tid att förbereda sig, och områden som fortfarande var fria från smitta. De smittfria verksamheterna hade haft möjlighet att samla underlag och förbereda sig både på enhets- och huvudmannanivå.

Granskning av alla regioners medicinska ansvar vid SÄBO

I maj 2020 initierade vi ytterligare tillsyn med anledning av pandemin. I tillsynen granskade IVO om äldre som bor på särskilt boende har fått vård och behandling utifrån individuella behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Syftet med tillsynen var att granska regionernas ansvar för den medicinska vård och behandling som de som bor på särskilda boenden har fått med anledning av covid-19. De mest grundläggande frågorna i tillsynen var därför om regionerna såg till att de äldre fick individuella bedömningar av sina vårdbehov, om det fanns förutsättningar för att äldre personer på särskilda boenden skulle kunna få adekvat vård och behandling samt om patienterna eller närstående hade varit delaktiga.¹

Tillsynen skedde i fem steg för att både övergripande täcka regionernas ansvar för landets samtliga 1 700 särskilda boenden och mer fördjupat granska ett urval av särskilda boenden med avseende på risk. I tillsynen intervjuade vi medicinskt ansvariga sjuksköterskor i landets samtliga 290 kommuner och hälso- och sjukvårdsdirektörer eller annan utsedd företrädare i samtliga regioner. IVO granskade 1 700 journaler från 98 särskilda boenden och från de primärvårdsverksamheter som ingick i urvalet. Därefter intervjuade vi sjuksköterskor vid dessa 98 särskilda boenden, samt verksamhetschef och medicinskt ansvarig läkare vid ansvarig primärvårdsverksamhet.

Urvalet av särskilda boenden vid journalgranskningen baserades bland annat på vad som framkommit i tillsynen under våren, de upplysningar vi hade tagit emot om risker och brister för äldre personer som vårdades på särskilda boenden, samt på den aktuella smittspridningen. Totalt sett omfattades samtliga regioner och 55 av 290 kommuner i den fördjupade tillsynen.

1 Då personer som ingår i journalgranskningen vårdas på SÄBO med anledning av demenssjukdom, räknas även närstående in för delaktighet i bedömningen.

IVO granskade journalerna för att ta reda på

- om patienterna hade fått individuella bedömningar av läkare när patienterna uppvisade symtom på covid-19 eller när patienterna var konstaterat smittade av covid-19
- om patienterna hade fått vård och behandling enligt den bedömningen
- om patienterna eller de närstående hade varit delaktiga
- om det framgick att brytpunktsamtal hade genomförts i samband med att palliativ vård initierades
- om patienternas vårdförlopp går att följa i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen och i primärvårdsjournalen samt om uppgifterna är samstämmiga.

Ålder samt könsfördelning i journalgranskningen

IVO baserade urvalet av journaler till journalgranskningen på misstänkt eller bekräftad covid-19 och inte utifrån ett representativt urval gällande kön och ålder. Åldersfördelningen sträcker sig från 50 till personer som var över 100 år, med en medelålder på 86 år. Den största åldersgruppen är personer som var 85–95 år. Totalt sett är 64 procent kvinnor och 36 procent män. Populationen i journalgranskningen stämmer väl överens med den generella populationen på särskilda boenden (Socialstyrelsen, 2019a).

De huvudsakliga iakttagelserna från tillsynerna

IVO konstaterar att lägstanivån är för låg på väldigt grundläggande punkter i vård och behandling av äldre personer på särskilda boenden för äldre. Här nedan beskriver vi de brister och vilka konsekvenser de har fått för de äldre personer som bor på särskilda boenden för äldre.

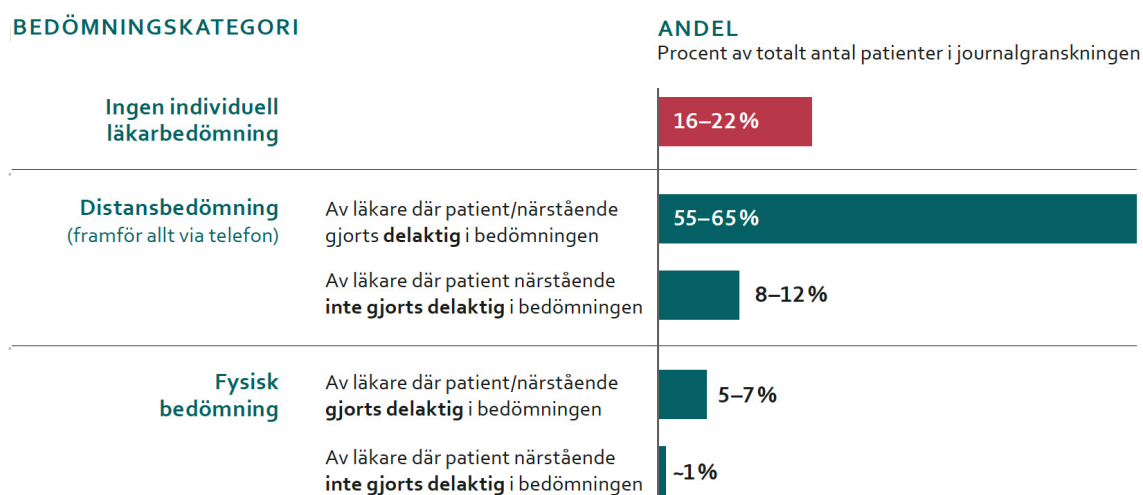
Regionerna brister i att säkerställa individuella läkarbedömningar

Det är regionerna som har det övergripande ansvaret för medicinsk vård och behandling av äldre som bor på särskilda boenden. Därför anser IVO att regionerna ska säkerställa att individuella läkarbedömningar av patienter med misstänkt eller bekräftad covid-19 sker där den enskilde patientens hälsotillstånd så kräver. Covid-19 är en ny sjukdom med varierande symtombild och där äldre samt multisjuka har pekats ut som särskilda riskgrupper. Den medicinska bedömningen ska därmed ske med den medicinska kompetens som läkarna har.

Resultatet av den fördjupade journalgranskningen som omfattar samtliga regioner, visar att cirka 20 procent av patienterna inte fått någon individuell läkarbedömning vid misstänkt eller bekräftad covid-19. De läkarbedömningar som har ägt rum har främst skett på distans, med någon typ av delaktighet från patienter eller närstående. Endast en mindre andel patienter har fått en fysisk läkarbedömning. För 3–5 procent av patienterna framgick det inte av journalerna hur den medicinska bedömningen gick till.

Läkarbedömningar på distans har främst gjorts med hjälp av telefonkontakt med en sjuksköterska. Ett fåtal läkarbedömningar har skett via telefonkontakt med patienten eller via e-post eller chatt.

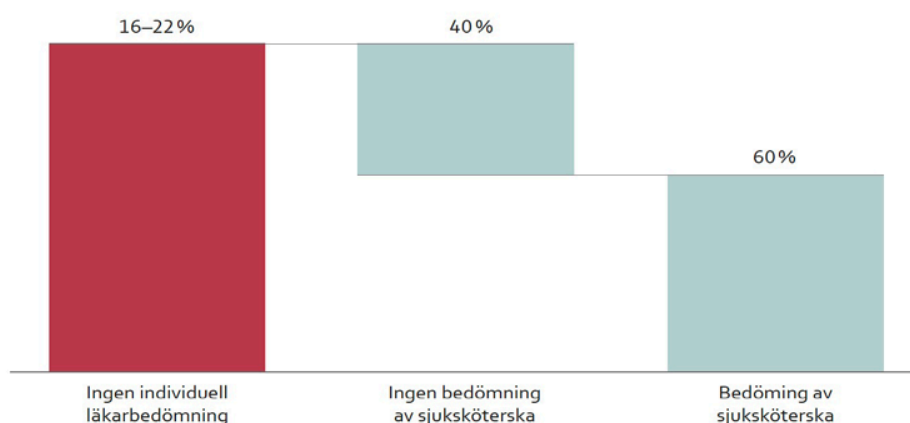
Figur 4: Andel patienter i journalgranskningen som inte har fått någon individuell läkarbedömning



Kommentar: För att minimera feltolkningar av journalanteckningar har IVO under tillsynen kvalitetssäkrat journalgranskningen i två steg. Resultaten från kvalitetssäkringen ger upphov till konfidensintervallen i resultaten.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

40 procent av de patienter som inte har fått någon individuell läkarbedömning har inte heller fått någon medicinsk bedömning av sjuksköterska, enligt vad som framkommer av journalerna. Bedömningen har i stället gjorts av en undersköterska eller av någon annan vårdpersonal. Detta bekräftas även av de intervjuer som vi har gjort med sjuksköterskor vid särskilda boenden och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i landets samtliga kommuner.

Figur 5: Andel patienter i journalgranskningen som inte har fått individuell bedömning som har fått bedömning av sjuksköterska



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Brister vid övergång till palliativ vård

IVO konstaterade att det både av de genomförda intervjuerna och av journalgranskningen framkommer allvarliga brister när det gäller att följa den föreskrift som gäller för ställningstagande om och genomförande av vård i livets slutskede för äldre som bor på särskilt boende. Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:7) ska ett så kallat brytpunktssamtal föras mellan ansvarig eller tjänstgörande läkare och patient. Vid dessa samtal är det ofta önskvärt att närstående deltar, om patienten tillåter. Tillsynen har visat att ställningstagande och brytpunktssamtal inte har skett på det sätt som föreskrivs, varken när det gäller delaktighet från patient eller närstående. Tillsynen visade också att samtalen ofta inte har dokumenterats på det sätt som de ska. Det förekommer även att sjuksköterskor har inlett vård i livets slutskede utan en förnyad kontakt med läkare, i strid med gällande bestämmelser.

För få sjuksköterskor på plats och brist på omvårdnadspersonal

Tillsynen visar att det har varit brist på både sjuksköterskor och omvårdnadspersonal under den aktuella perioden. IVO konstaterade att tillgängligheten till sjuksköterskor har varit alltför låg, inte minst med hänsyn till att det pågår en pandemi. I vissa fall beror det på att antalet sjuksköterskor har varit alltför lågt eller att sjuksköterskans geografiska ansvarsområde varit så stort att det i praktiken har gjort det omöjligt för sjuksköterskan att bedöma patienters tillstånd på plats på särskilda boenden i tillräcklig utsträckning. I andra fall har sjuksköterskan fått direktiv att avstå från besök hos patienter med covid-19-symtom eller konstaterad smitta. Alla dessa omständigheter har medfört att omvårdnadspersonal har behövt göra medicinska bedömningar, vilket de inte har kompetens för. Det är sedan tidigare känt att en stor andel av omvårdnadspersonalen inte ens har undersköterskeutbildning.

Det har även framkommit både vid intervjuer och vid journalgranskning att bristande bemanning har resulterat i allvarliga brister i vården och omsorgen i livets slutskede. Till exempel har bemanningsbristen medfört att det varit svårare än tidigare att sätta in vak när en patient varit döende. Kompetens- och bemanningsbristerna har också gjort det extra svårt att se till att patienterna får de insatser och den behandling som en läkare har ordinerat. Ytterst handlar det alltså om att regionerna inte har kontrollerat att kommunerna har kapacitet att omhänderta att patienterna får de insatser och den behandling som läkare har ordinerat. Vidare har kommunerna inte säkerställt en tillräcklig bemanning, tillräcklig kompetens och tillgång till den medicinska utrustning som de behöver.

Brister i dokumentationen är en patientsäkerhetsrisk

En tillräcklig journalföring är en nödvändig förutsättning för att kontinuerligt kunna följa upp och erbjuda patienter god vård och behandling. Vi bedömer att journalföringen är särskilt viktig under covid-19-pandemin, eftersom även professionen drabbas hårt av smitta och personalomsättningen har varit hög.

IVO konstaterade i tillsynen att den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen (boendejournalen) och primärvårdsjournalen (regionernas ansvar) inte i alla delar är samstämmiga. Skillnaderna mellan journalerna består bland annat i vilket datum som har dokumenterats när det gäller behovet av en insats eller när insatsen har utförts. Dessutom har vi haft svårt att bedöma patienternas vårdförlopp under covid-19 på grund av bristande dokumentation och på grund av att dokumentationen i vissa ärenden endast finns hos jourläkare från mobila team eller någon annan verksamhet.

IVO:s tillsyn fortsätter med anledning av våra iakttagelser

Iakttagelserna i tillsynen ligger till grund för beslut från IVO som gäller både regioner och kommuner, samt vissa privata utförare. IVO fattade i november 2020 beslut riktade till samtliga regioner, och begärde att de skulle komma in med redogörelser av vilka förbättringsåtgärder som de planerar och genomför med anledning av IVO:s iakttagelser. Alla regioner har lämnat in en redovisning som svar på IVO:s beslut.

De åtgärder som regionerna har beskrivit verifierar flera av de brister som IVO har pekat ut. Det handlar om allt från övergripande förändringar (som ändrad organisation eller utvecklad kunskapsstyrning) till detaljåtgärder (som ändrade rutinbeskrivningar och checklistor). Flera av regionernas redovisningar har visat att det har varit alltför oklart vad den medicinska vården och behandlingen för personer som bor på särskilda boenden för äldre ska innehålla. Redovisningarna har lyft fram att läkarens uppdrag behöver tydliggöras för denna patientgrupp.

IVO kommer att återkomma till samtliga regioner utifrån deras specifika redovisningar. Vi kommer också att följa upp hur regionerna genomför de förbättringsåtgärder som de har redovisat.

I januari 2021 fattade IVO beslut riktade till de kommuner och privata utförare som ingick i den fördjupade tillsynen. De ska senast den 15 mars 2021 komma in med redovisning av bland annat vilka förbättringsåtgärder som genomförs eller planeras för att åtgärda bristerna. IVO kommer att återkomma till de kommuner som berörs utifrån deras specifika redovisningar. Vi kommer också att följa upp hur kommunerna genomför de förbättringsåtgärder som de redovisar.

Pandemin har fortfarande allvarlig påverkan på äldre som bor på särskilda boenden. Med hänsyn till detta kan IVO komma att fatta ytterligare beslut inom tillsynen alternativt initiera ny tillsyn inom området. IVO planerar även en uppföljande journalgranskning för att undersöka hur förbättringarna har fått effekt för personer som bor på särskilda boenden för äldre.



3. Barn och unga i socialtjänsten

FN:s barnkonvention blev lag – men mycket är kvar att göra för att stärka barn som rättighetsbärare

Sverige ratificerade barnkonventionen 1990. Därmed åtog vi oss att respektera och förverkliga de rättigheter som följer av barnkonventionen. Sedan dess har barnets rättigheter successivt stärkts i svensk lagstiftning. Den 1 januari 2020 blev barnkonventionen lag i Sverige. Målet för barnrättspolitikerna är att barn ska respekteras och ges möjlighet till utveckling och trygghet samt delaktighet och inflytande.

IVO kan konstatera att det finns mycket kvar att göra för att socialtjänsten ska tillgodose barnets rättigheter fullt ut. Vi har även tidigare funnit allvarliga brister i hur socialtjänsten handlägger ärenden som rör barn och unga (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a; Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2020f). Även andra aktörer har rapporterat om brister inom området (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018; Barnombudsmannen, 2019; Grefve, 2017).

Under 2020 har vi fortsatt att förbättra vår tillsyn av placerade barn och unga på HVB, stödboende och Statens institutionsstyrelses (SiS) ungdomshem. Dels för att göra den mer träffsäker, dels för att utveckla hur barn och unga blir hörda i vår tillsyn.

Under 2021–2022 kommer IVO på regeringens uppdrag att förstärka tillsynen av hur socialtjänsten handlägger ärenden som rör barn och unga (Socialdepartementet, 2020a). Vi inleder tillsynen med en datadriven riskanalys för att identifiera vilka verksamheter som är mest angelägna att granska. Vi kommer bland annat att granska barns rätt att komma till tals, hur socialnämnderna beaktar och utreder barns bästa och hur socialnämnderna följer upp vården av de barn och unga som vårdas utanför sitt eget hem.

Sammanfattning

- De flesta placerade barn och unga i HVB, stödboenden och vid SiS ungdomshem som har svarat på vår enkät upplever att de är trygga och får god vård och behandling.
- Men många barn och unga i HVB, stödboenden och vid SiS ungdomshem upplever ändå att de inte är trygga och skyddade från övergrepp. 19 procent av barn och unga på SiS som har svarat på vår enkät upplever att de sällan eller aldrig känner sig skyddade från kränkningar som mobbing, övergrepp eller hot och våld. Motsvarande siffra för HVB är 10 procent.
- Flickor är otryggare än pojkar i HVB, stödboenden och vid SiS ungdomshem.
- Vår tillsyn visar att det finns brister i socialtjänsten. Andelen tillsynsbeslut med brister var cirka 60 procent under 2020. Det är ungefär samma andel brister som vi redovisade till regeringen i februari 2020 utifrån vår analys av tillsynsärenden från 2017 och 2018 (Inspektionen för vård och omsorg, 2020f).
- Socialtjänsten tillgodoser inte barn och ungas rättigheter i tillräcklig utsträckning. Av drygt 100 ärenden där IVO har granskat barns bästa och barns delaktighet under 2020 fann vi brister inom dessa områden i cirka 50 procent av ärendena.
- Vi bedömer att socialtjänstens arbete för att skydda barn och unga från våld måste stärkas. Vi fortsätter att se brister i hur socialtjänsten handlägger ärenden om våld. Följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter brister och mer behöver ske för att barn och unga ska vara skyddade mot alla former av våld.
- Kommunerna behöver använda sig av strukturer för spridning av kunskap på ett bättre sätt och mäta och utvärdera effekten av åtgärder. Vi bedömer att kommunerna behöver arbeta mer aktivt för att komma tillrätta med brister som har att göra med hur socialtjänsten handlägger ärenden som rör barn och unga. De behöver också bli bättre på att bibehålla en god kvalitet över tid.
- IVO konstaterar också att vi kontinuerligt behöver utveckla vår tillsyn, våra analyser och hur vi redovisar resultaten. Detta krävs för att vi ska bli bättre på att bidra till en förbättrad kvalitet i socialtjänsten. En viktig del är då att vi behöver förbättra vår uppföljning av tillsynen. Det kan bidra till att säkerställa att planerade åtgärder verkligen genomförs efter tillsynen och säkerställa att åtgärderna leder till bättre kvalitet och säkerhet för barn och unga.

Röster från placerade barn och unga

IVO inspekterar varje år samtliga HVB, stödboenden, särskilda ungdomshem som drivs av SiS, samt bostäder med särskilt stöd och service för barn eller ungdomar.

I vår tillsyn av dessa verksamheter strävar vi efter att göra barn delaktiga. Vi anpassar metoderna för att alla barn och unga som vill ska kunna föra fram sina tankar och synpunkter till IVO. Under år 2020 har vi förbättrat våra arbetssätt för att ta reda på vad placerade barn och unga tycker och använt denna information för att bedöma vad vi ska fokusera på i vår tillsyn. Barnkonventionen gäller också för vår tillsyn, och det är därför angeläget att vi blir bättre på hur vi gör barn delaktiga i tillsynen.

FAKTARUTA

Placerade barn och unga

Under 2019 fick 31 100 barn och unga heldygnsinnsatser, vilket innebär att de vårdas utanför hemmet. Majoriteten av de barn och unga som placeras är över 15 år och pojkar är i majoritet i alla former av placeringar. Den vanligaste formen av placering är i familjehem (66 procent) eller på ett hem för vård eller boende (33 procent).

Ett hem för vård eller boende (HVB) är ett hem som tar emot personer för vård eller behandling, enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. HVB drivs yrkesmässigt av exempelvis privata bolag, stiftelser och kommuner.

Majoriteten av placeringarna av vård utanför hemmet sker frivilligt, men det kan också ske med tvång, med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga. Cirka 1 000 barn och unga placerades under 2019 med tvång i särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Stödboende är verksamheter som tar emot barn och unga i åldern 16–20 år i ett eget boende med individanpassat stöd. Målgruppen är de som behöver mindre stöd än inom SiS och i HVB.

Bostad med särskild service är en insats för barn och ungdomar med någon form av funktionsnedsättning som behöver bo utanför föräldrahemmet. Cirka 920 barn och unga placerades i sådana bostäder under 2019.

Mer träffsäkra bedömningar med mer data om vad barn och unga tycker

Verksamheterna som vi granskar är till för att tillgodose barn och ungas behov. Vad barn och unga tycker om vården och behandlingen – och om de känner sig trygga, säkra och får vara delaktiga – är därför av stor betydelse när IVO bedömer hur väl verksamheterna fungerar.

De flesta samtalen har skett digitalt

Under våren 2020 beslutade vi att avstå från platsbesök och fysiska inspektioner för att minimera smittspridningen i samhället och för att ge verksamheterna så goda förutsättningar som möjligt under pandemin. Samtal med barn och unga har därför till största del skett digitalt. Vi genomförde 1 022 barnsamtal under 2020. Det är färre än hälften jämfört med föregående år. Minskningen kan bero på pandemin, nya digitala arbetsformer och att antalet verksamheter som vi inspekterar minskar över tid. IVO behöver analysera orsakerna ytterligare för att kunna genomföra rätt åtgärder framåt.

Ny enkät till barn och unga

Under 2020 använde IVO en ny enkät som skickats ut till samtliga HVB, stödboenden och SiS inför vår tillsyn. Samtliga inskrivna barn och unga har haft möjlighet att besvara den.

Enkäten utgår från områden som är grundläggande för att barn och unga ska få sina behov tillgodosedda under placeringstiden: trygghet, säkerhet och integritet, behandling, stöd och hjälp, bemötande, delaktighet och självbestämmande.

Under 2020 har vi fått svar från 2 198 barn och unga som bor på 617 HVB, stödboende eller SiS. Vi uppskattar att vi har fått svar från 10–20 procent av det totala antalet placerade barn och unga i HVB, SiS eller stödboende under år 2020. Uppskattningen baseras på Socialstyrelsens senast publicerade uppgifter om

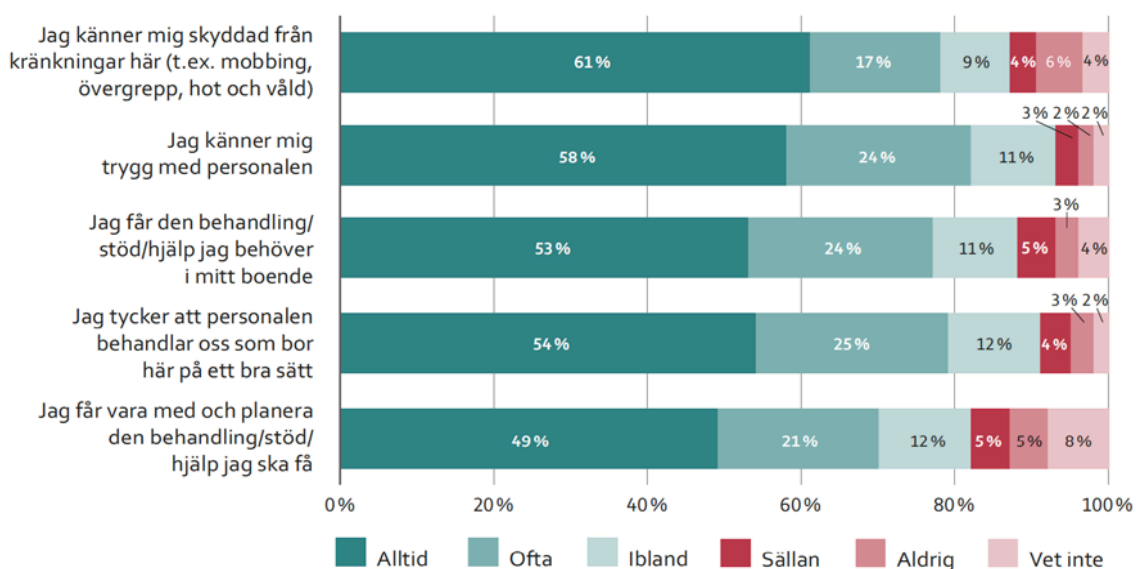
att cirka 30 000 barn och unga per år får en heldygnsinsats på HVB, SiS eller stödboende. IVO kommer att utveckla våra arbetsformer så att vi framöver når en större andel av de placerade barnen och ungdomarna.

För barn och ungdomar på LSS-boenden hade vi under 2020 ingen motsvarande enkät. Under 2021 kommer vi att testa en enkät även för dessa barn och ungdomar.

De flesta barn och unga upplever att de är trygga och får god vård och behandling

I samtliga tre boendeformer där barn och unga fått besvara enkäten upplever en majoritet att de är trygga och att de får god vård och behandling. Men svaren skiljer sig åt beroende på vilken boendeform det gäller. De som bor på stödboende är mest nöjda med sin placering. Även barn och unga på HVB skattar generellt sina upplevelser av vården högt. Barn placerade på SiS skattar sina upplevelser av den vård de får avsevärt lägre, men även här överväger de positiva svaren.

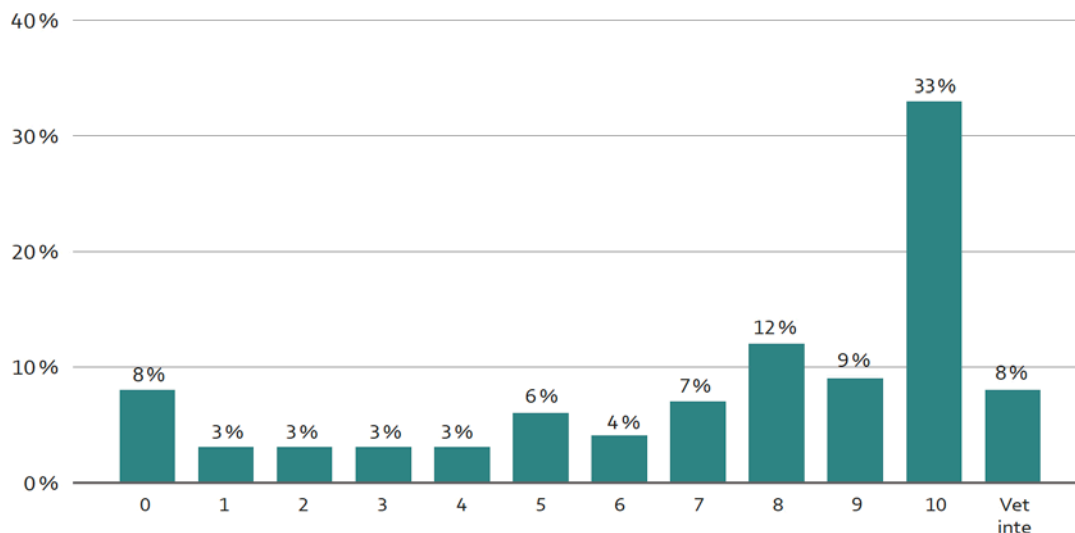
Figur 6: Upplevelse av trygghet i HVB



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

78 procent av barn och unga på HVB som svarat på vår enkät upplever att de alltid eller ofta känner sig skyddade från kränkningar som mobbing, övergrepp, hot och våld (figur 6). 82 procent anger att de alltid eller ofta känner sig trygga med personalen. När det gäller behandling, stöd och hjälp som de behöver i sitt boende upplever 77 procent av barn och unga på HVB att de alltid eller ofta får det som de behöver. Vi kan också se att 79 procent tycker att personalen alltid eller ofta behandlar dem på ett bra sätt.

Figur 7: Kan du rekommendera ditt boende till en kompis?



Kommentar: Frågan var "Om du skulle ha en kompis som behöver bo på ett HVB, hur stor är chansen att du skulle tipsa om det här boendet på en skala mellan 1 och 10?" där 0=ingen chans alls och 10=mycket stor chans.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Över hälften av de barn och unga på HVB som har svarat på vår enkät rankar sina boenden högt, i intervallet 8–10 (se figur 7).

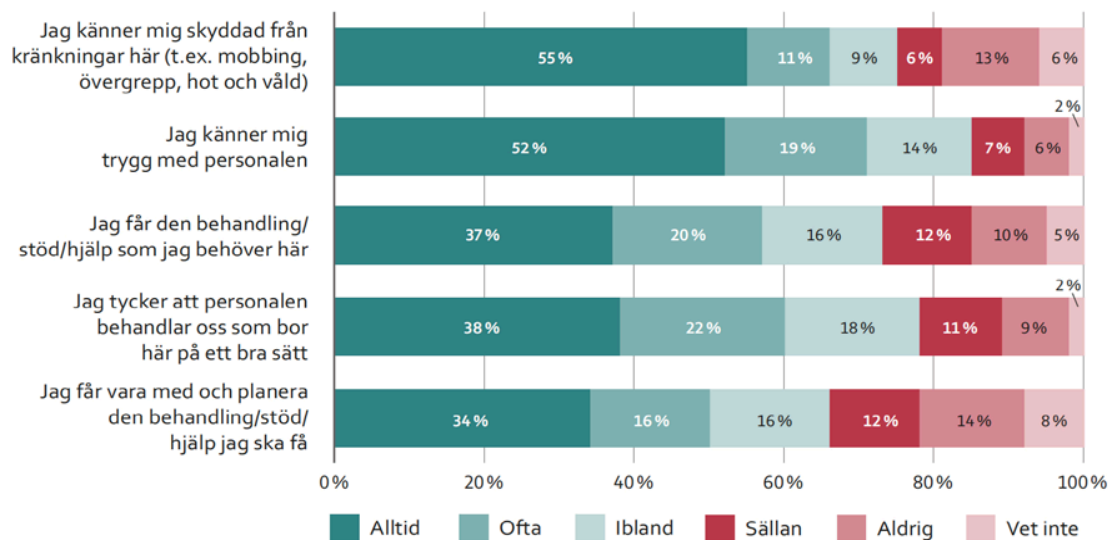
Barn och unga på stödboende är mest nöjda

På stödboenden är oftast ungdomar i åldern 18–20 år placerade. Majoriteten av barnen och ungdomarna (94 procent) i stödboende i vår enkät upplever att de är mycket eller ganska trygga i sina boenden. 92 procent är mycket eller ganska nöjda med sitt boende och 92 procent har mycket eller ganska högt förtroende för personalen i boendet. 94 procent är mycket eller ganska nöjda med stödet som de får av personalen och 88 procent tycker att de helt och hållet eller ganska mycket får vara med och planera hur stödet ska utformas.

Barn och unga på SiS är mindre nöjda

Barn och ungdomar på SiS rankar i vår enkät sitt boende betydligt lägre än barn på HVB och stödboende. Trots detta är en majoritet av barnen och de unga på SiS som svarat på vår enkät positiva.

Figur 8: Upplevelse av trygghet på SiS



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

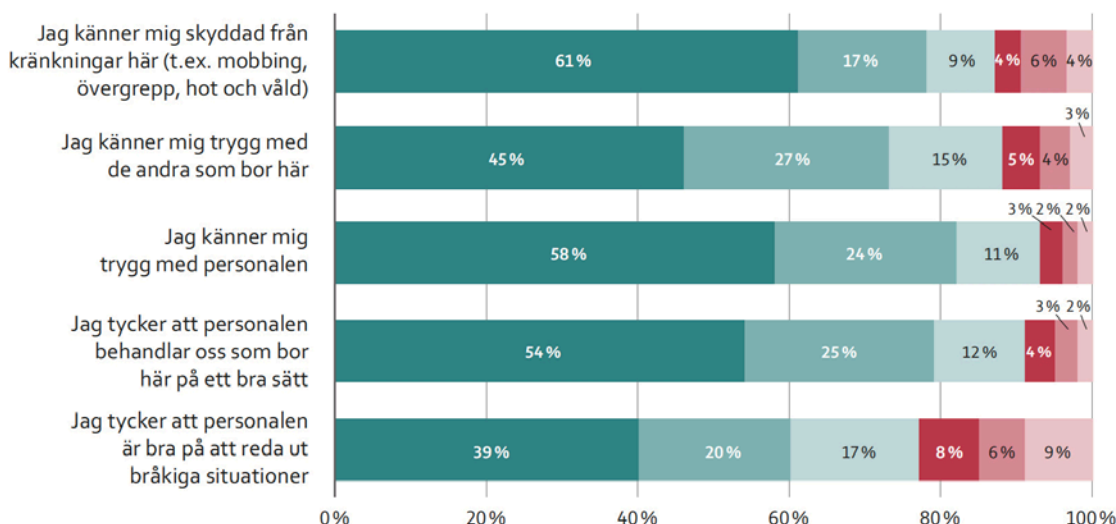
67 procent av barn och unga på SiS som svarat på vår enkät anger att de alltid eller ofta känner sig skyddade från kränkningar som mobbing, övergrepp, hot och våld och 71 procent anger att de alltid eller ofta känner sig trygga med personalen (se figur 8). 57 procent tycker att de alltid eller ofta får den behandling, stöd och hjälp som de behöver i sitt boende och 60 procent tycker att personalen alltid eller ofta behandlar dem på ett bra sätt. Endast hälften anser att de alltid eller ofta får vara med och planera sin egen vård.

Alla barn är inte trygga och skyddade från övergrepp

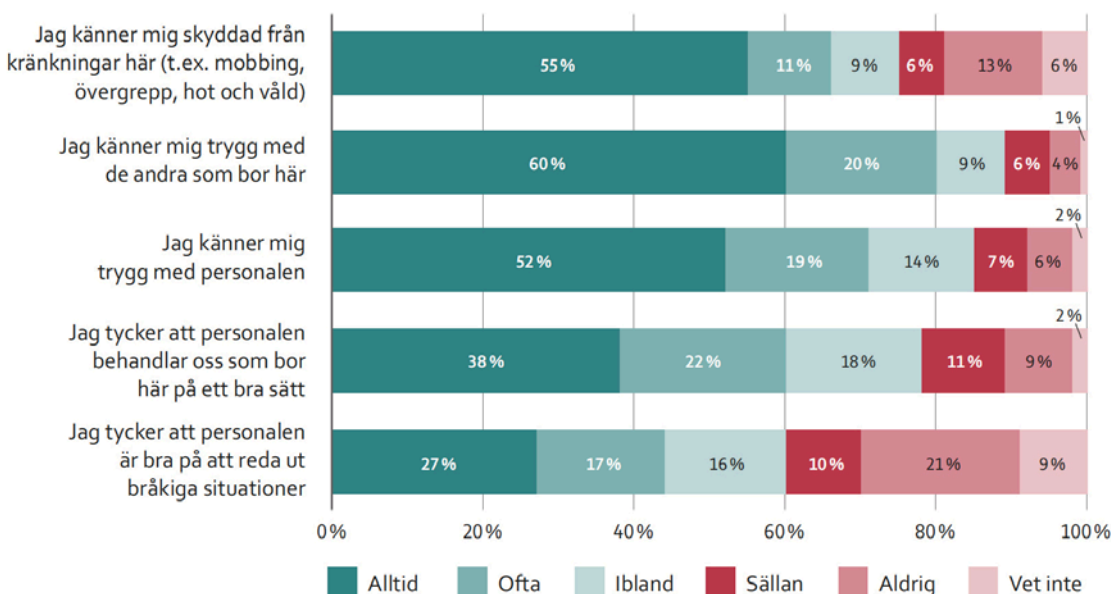
Vår enkät visar tydligt att det finns stora brister på vissa av landets HVB och SiS-institutioner, vilket är allvarligt. Alla barn och unga placerade i HVB och SiS har det inte bra i sina boenden. Det riskerar att försämra barn och ungas liv.

Figur 9: Upplevelse av trygghet på HVB och SiS

HVB



SiS



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

19 procent av barn och unga på SiS upplever att de sällan eller aldrig känner sig skyddade från kränkningar som mobbing, övergrepp eller hot och våld. Motsvarande siffra för HVB är 10 procent. Vi ser också att 9–10 procent av barn och unga på HVB och SiS sällan eller aldrig känner sig trygga med de andra som de bor tillsammans med och att cirka 13 procent av barn och unga på SiS sällan eller aldrig känner sig trygga med boendets personal. 20 procent av barn och unga på SiS upplever sällan eller aldrig att personalen behandlar dem på ett bra sätt. 31 procent tycker att personalen sällan eller aldrig är bra på att reda ut bråkiga situationer och litar inte heller på personalen.

IVO anser att detta är mycket allvarliga och oroande uppgifter. Rätten till liv är absolut. Barnkonventionen ställer dessutom krav på staten att säkerställa att inga barn får utsättas för tortyr eller annan grym,

omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning och att inget barn olagligt eller godtyckligt berövas sin frihet. Det är socialnämndernas och de enskilda huvudmännens ansvar att säkra en god kvalitet i verksamheterna, så att barn och unga kan växa upp under trygga och goda förhållanden.

Flickor är mer otrygga än pojkar

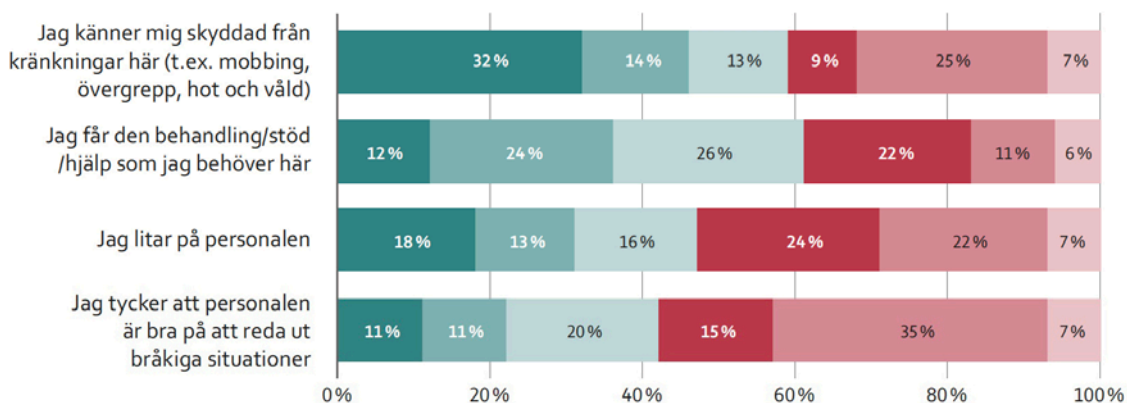
Det finns signifikanta skillnader i flickors och pojkars svar i enkäten. Flickor skattar sina upplevelser lägre än pojkar och det gäller oavsett om de bor på HVB eller inom SiS. Men skillnaderna är störst för barn och unga inom SiS.

Flickor skattar generellt sett sina upplevelser av trygghet, säkerhet och integritet betydligt lägre än pojkar. 34 procent av de flickor som är placerade på SiS uppger att de aldrig eller sällan känner sig skyddade från kränkningar som mobbing, övergrepp, hot och våld. Motsvarande siffra för pojkar på SiS är 9 procent. Även flickor på HVB är mer otrygga än pojkar. 10 procentenheter färre flickor än pojkar på HVB svarar att de alltid känner sig skyddade på sitt boende.

Figur 10: Skillnader i upplevelse av trygghet mellan flickor och pojkar vid SiS och HVB

SiS

Flickor



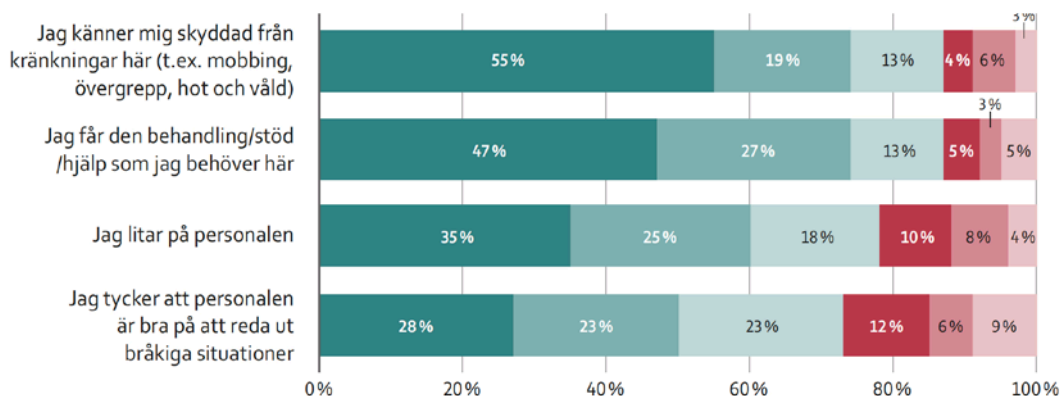
Pojkar



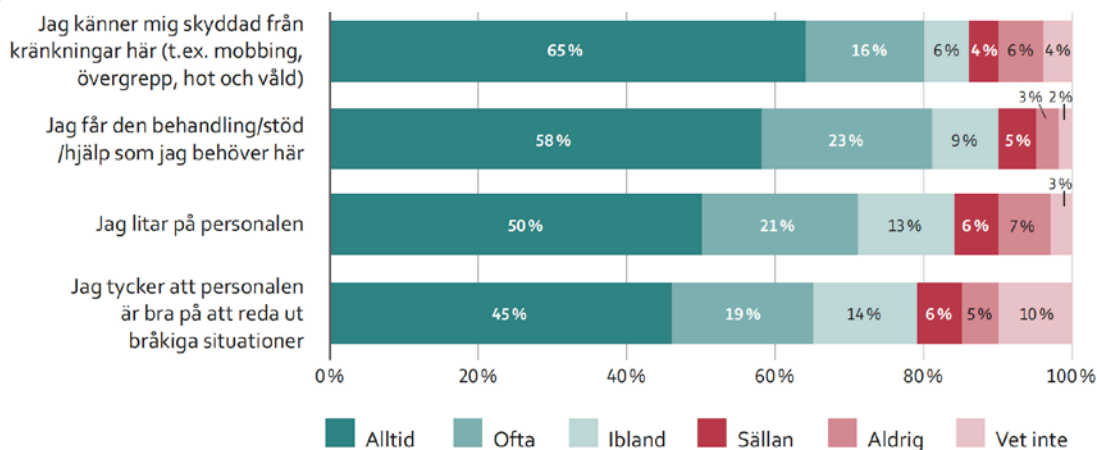
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Figur 10: Skillnader i upplevelse av trygghet mellan könen vid SiS och HVB, forts.

HVB Flickor



Pojkar



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Flickor skattar också sina upplevelser av behandlingen lägre än pojkar. 33 procent av flickorna på SiS upplever att de aldrig eller sällan får den behandling, stöd och hjälp som de behöver i sitt boende, att jämföra med 17 procent av pojkarna. På HVB finns inte denna könsskillnad. Där svarar 8 procent av både flickor och pojkar att de aldrig eller sällan får den behandling, stöd och hjälp som de behöver i sitt boende.

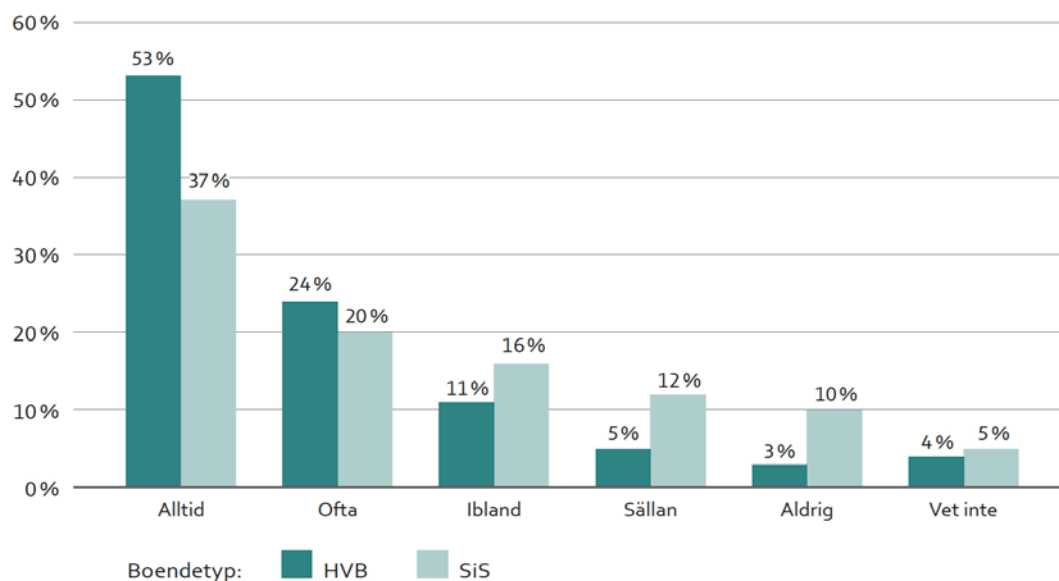
På SiS litar inte flickor på personalen i samma uträkning som pojkar. 24 procent av pojkarna och 46 procent av flickorna litar sällan eller aldrig på personalen. Flickorna tycker inte heller att personalen är bra på att reda ut bråkiga situationer på boendet i samma uträkning som pojkar.

De nationella jämställdhetspolitiska målen säger att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor. Det är därför viktigt att både huvudmännen och IVO beaktar de skillnader som finns mellan könen och upplevelsen av trygghet och behovstillfredsställelse under placeringstiden. Just att flickor är mindre nöjda och mindre trygga än pojkar gör att det finns risk att flickorna inte får sina rättigheter tillgodosedda på samma sätt som pojkar. Därför kan IVO särskilt behöva följa upp könsskillnader i upplevd trygghet och behandling i vår tillsyn av HVB, stödboende och SiS under 2021.

En del anser att de inte får den vård och behandling som de behöver

Alla barn och unga har rätt att få sina behov tillgodosedda. Det gäller även barn i samhällets vård. En placering ska ge barn och unga det stöd och den hjälp som de behöver. Men vi ser i vår enkät att så inte alltid är fallet.

Figur 11: Upplevelse av tillgång till behandling/stöd/hjälp i boendet



Kommentar: De svarande fick ta ställning till följande påstående: "Jag får den behandling/stöd/hjälp jag behöver i mitt boende".

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

22 procent av barn och unga som är placerade inom SiS uppger att de sällan eller aldrig får den hjälp och behandling som de behöver i sitt boende. Motsvarande siffra för barn och unga på HVB är 8 procent.

Barn som är 14 år eller yngre är mindre nöjda och mer otrygga

Barn som är 14 år eller yngre skattar sin upplevelse av vården i HVB och SiS lägre än äldre barn och unga. Inom alla områden i enkäten hamnar den här ålderskategorin lägst i sina rankningar. Dessa barn upplever sig alltså som mer utsatta och mindre självständiga än unga som står närmre vuxenlivet. IVO kan därför särskilt behöva uppmärksamma och följa kvaliteten och säkerheten för yngre placerade barn i tillsynen under 2021.

Alla barn och unga får inte tillräckligt stöd att sköta skolan och hälsan

Placerade barn och unga har generellt sett större hälsoproblem än andra barn. Det finns också mönster som visar att placerade barn inte genomför sin skolgång i samma uträkning som andra barn (Skolverket och Socialstyrelsen, 2013; Socialstyrelsen, 2019c; Sveriges Kommuner och Regioner, 2020c; Socialstyrelsen, 2020e).

I enkäten ser vi att barn och unga upplever att de inte får tillräckligt stöd i kontakterna med sjukvården och tandvården och inte heller med att sköta sin skolgång. 16 procent av de inom SiS som har svarat, uppger att de sällan eller aldrig kan få hjälp med att kontakta sjukvården. Sex procent svarar även att de inte vet om de kan få hjälp. Skillnaden är även här stor mellan pojkar och flickor. 27 procent av flickorna anger att de sällan eller aldrig kan få hjälp med kontakterna med sjukvården, medan motsvarande siffra

för pojkar är 10 procent. 23 procent av flickorna anger att de sällan eller aldrig kan få hjälp av personalen att sköta skolan. Motsvarande siffra för pojkar är 8 procent.

Vår enkät visar också att 4 procent av barn och unga vid HVB upplever att de sällan eller aldrig kan få hjälp av personalen att få kontakt med sjukvården eller tandvården och att 6 procent inte vet om de kan få hjälp. 7 procent av barn och unga vid HVB svarar att de sällan eller aldrig kan få sådan hjälp och 14 procent anger att de inte vet om de kan få det. Det finns även här skillnader mellan könen. Flickor svarar i lägre grad att de kan få hjälp även om skillnaderna inte är lika påtagliga som inom SiS.

IVO:s fortsatta tillsyn av området

IVO kommer att fortsätta att förbättra arbetet med riskbedömningar utifrån dialogen med barn och unga. Det är ett av de viktigaste underlagen vi har i våra riskbedömningar och tillsyner. De anger vad vi behöver fokusera på i vår fortsatta tillsyn.

Vi kommer att följa upp och fortsätta att agera på de uppgifter som vi har redovisat om upplevelser av otrygghet och bristande skydd från övergrepp, skillnader mellan flickors och pojkars upplevelser och om barn och unga upplever sig få den vård och det stöd de behöver. Vi kommer också att arbeta för att utveckla uppföljningen av vår tillsyn, både för att säkerställa att huvudmännen genomför förbättrande åtgärder och för att säkerställa att åtgärderna faktiskt leder till bättre kvalitet och säkerhet för barn och unga.

Socialtjänsten har haft brister under flera år

IVO har tillsyn över den sociala barn- och ungdomsvården. En del av vår tillsyn av den sociala barn- och ungdomsvården är våra regelbundna inspektioner av boenden för barn och unga. Vi beskrev ovan vad placerade barn och unga tycker om den vård och omsorg de får där. När vi tittar på hela vår tillsyn av den sociala barn- och ungdomsvården konstaterar vi att socialtjänsten har haft brister under flera år och att flera brister är återkommande.

Av de tillsyner IVO har genomfört under 2020 är andelen tillsynsbeslut med brister cirka 60 procent. Det är ungefär samma andel brister som vi redovisade till regeringen i februari 2020 när vi gjorde en analys av tillsynsärenden från 2017 och 2018 (Inspektionen för vård och omsorg, 2020f).

Bristerna finns genom hela handläggningen, från att hantera orosanmälningar och utreda barn och ungas behov till att följa upp vården för de placerade barnen. Brister finns också i dokumentationen, genom hela handläggningsskedjan. Vi ser även brister i hur socialnämnderna styr och leder sina verksamheter. Det leder till att socialnämnderna inte tillgodoser barn och ungas rättigheter och att barn och unga inte får sina behov av stöd, skydd och hjälp utredda och tillgodosedda. I värsta fall kan bristerna bidra till att barn och unga skadas eller till och med till att de avlider.

Det kan finnas flera orsaker till att kommunerna inte lyckas komma tillrätta med bristerna. Det kan exempelvis handla om att de behöver förbättra sitt systematiska förbättringsarbete och sina strukturer för att säkerställa en kunskapsbaserad verksamhet. Vi ser också brister i ledningssystem, riktlinjer, rutiner, avvikelshantering och egenkontroll. När ledningen och styrningen brister finns det risk att problem inte åtgärdas eller att åtgärder inte får den effekt som det var tänkt att åtgärderna skulle få. IVO anser att ett väl fungerande kvalitetsarbete är en förutsättning för att verksamheterna ska kunna åtgärda brister, utveckla verksamheten och bibehålla god kvalitet över tid.

FAKTARUTA

Exempel på återkommande brister i socialtjänstens handläggning

- Det tar tid innan socialtjänsten utreder orosanmälningar och gör skyddsbedömningar, både i samband med förhandsbedömningar och under utredningstiden.
- Socialtjänsten utreder inte uppgifter om våld och bedömer inte risken för fortsatt våld.
- Socialtjänsten begränsar föräldrars umgänge med sina placerade barn och unga utan att det finns lagstöd.
- Vård- och genomförandeplaner för placerade barn brister eller saknas helt.
- Socialtjänsten placerar barn i familjehem utan föregående utredning av barnets behov.
- Socialtjänsten placerar barn i familjehem som inte är utredda av socialnämnden.
- Socialtjänsten placerar barn utan föregående utredning och/eller beslut.
- Socialtjänsten gör inte barn delaktiga i utredningar som rör dem och deras åsikter klarläggs inte inför beslut.
- Det förekommer att barnavårdsutredningar tar längre tid än fyra månader.
- HVB och stödboenden brister i inskrivningen av barn och unga i verksamheterna, bland annat genom bristande lämplighetsbedömningar.
- Det förekommer otillåtna tvång- och begränsningsåtgärder mot placerade barn och unga.
- Vissa tillståndspliktiga verksamheter följer inte sitt tillstånd.
- Socialtjänsten brister i sitt ansvar att dokumentera handläggningen, utförandet och uppföljningen av insatser.

Barn och ungas rättigheter har inte fått tillräckligt genomslag i socialtjänstens handläggning

Barn och ungas rättigheter tillgodoses inte i tillräckligt utsträckning i socialtjänstens handläggning. Av drygt 100 ärenden där IVO har granskat barns bästa och barns delaktighet under 2020 fann vi brister inom dessa områden i cirka 50 procent av ärendena.

Vid beslut eller andra åtgärder som rör vård- eller behandlingsinsatser för barn, ska vad som är bäst för barnet vara avgörande. Vi ser att barn och ungas rätt att komma till tals inte alltid tillgodoses av socialtjänsten. Barn har rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör barnet. Trots det ser vi att socialtjänsten inte alltid tillgodoser deras rätt att komma till tals i utredningar som berör dem.

Socialtjänstens bedömning av barnets bästa förutsätter att socialtjänsten har tillgodosett barnets rätt till information, att komma till tals och att vara delaktig. Även små barns röster ska synliggöras i utredningen. Om barnet inte har ett talat språk kan socialtjänsten ändå fånga upp deras åsikter och perspektiv genom observationer eller genom uppgifter från personer som känner barnet väl. Det finns inte någon laglig möjlighet att helt utelämma barnets perspektiv. Om socialtjänsten inte följer sina skyldigheter att göra barn delaktiga i utredningar och uppföljning av insatser åsidosätts barns rättigheter och barns bästa riskerar att stå tillbaka för föräldrars och andras perspektiv och önskemål. Det finns flera exempel när barnets bästa har fått stå tillbaka för föräldrars önskemål. Ett exempel beskrivs mer utförligt i avsnittet nedan.

Socialnämnden får aldrig avstå att agera när barn kan fara illa: lärdomar från ett enskilt ärende med allvarliga brister

IVO har granskat socialnämndens handläggning av ett ärende som rör en flicka född 2016 och som den 30 januari 2020 påträffades död hemma hos sina föräldrar. Flickan hade sedan födseln varit placerad i ett familjehem med stöd av lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Efter ett beslut i domstol om att vården skulle upphöra flyttade flickan hem till sina föräldrar den 1 april 2019.

Vi fann mycket allvarliga brister i socialnämndens handläggning. Vi bedömde att socialnämnden hade brustit i att ta sitt yttersta ansvar för flickan och inte gett henne det skydd och stöd som hon haft rätt till. Vi anser att socialnämnden hade utrymme att agera mer kraftfullt inom ramen för den befintliga lagstiftningen. I det beslut som IVO fattade som följd av granskningen, förelade vi socialnämnden att vid vite om 1 miljon kronor ta fram en handlingsplan med åtgärder för att komma till rätta med bristerna.

Barnets behov hamnade i skymundan

I likhet med vad vi sett i flera andra ärenden hade barnets behov hamnat i skymundan i handläggningen av ärendet. Vi bedömde att detta hade genomsyrat hela handläggningen av ärendet, från det att kommunen började planera för att flickan skulle flytta hem, till de orosanmälningar som sedan kom in till socialtjänsten när flickan hade flyttat hem till sina föräldrar.

IVO anser att ärendet måste stämma till eftertanke i hela den svenska socialtjänsten och att det finns viktiga lärdomar att dra. IVO anser att socialtjänsten aldrig får avstå att agera när de har skäl att tro att ett barn kan fara illa. Om en domstol har kommit fram till att grunderna för tvångsvård inte längre är uppfyllda har socialnämnden fortfarande det yttersta ansvaret för barnet och ska se till att barnet får det skydd och stöd som hen har rätt till. Socialtjänsten måste använda alla till buds stående medel, inom ramen för hela den befintliga lagstiftningen, för att skyndsamt agera för att skydda barn som far illa.

I det aktuella beslutet betonade IVO att det är barnets behov som ska styra när socialnämnden ska planera för en att flytta hem efter en längre tids placering. Föräldrarna ska förstås vara delaktiga i denna process, men det är av yttersta vikt att nämnden tar ansvar för att bedöma vad som är bäst för barnet. Vi fann att nämnden hade brustit i att ta detta ansvar genom att låta föräldrarna styra hur planeringen av flickans hemflytt skulle se ut. Vi ansåg att det var särskilt anmärkningsvärt att nämnden hade noterat att planeringen inte var till barnets bästa och att nämnden trots det inte genomförde några åtgärder.

Flyttningsförbud hade kunnat övervägas på rätt grunder

Vi konstaterade också att socialnämnden inte hade övervägt om det fanns skäl att ansöka om flyttningsförbud på rätt grunder, eftersom nämnden inte hade vägt in barnets behov i bedömningen.

Flyttningsförbud är till för fall där själva separationen eller flyttningen är skadlig för barnet. Socialnämnden kan alltså behöva överväga om ett flyttningsförbud behövs när tvångsvården ska upphöra och nämnden inte kan komma överens med barnets vårdnadshavare om att vänta med att flytta hem barnet. Förarbetena till lagen betonar att bestämmelsen syftar till att bevaka barnets bästa och att vårdnadshavarens intresse att få bestämma över var barnet ska bo måste ge vika för vad som är bäst för barnet (prop. 1979/80:1 s. 541).

I det aktuella ärendet visar dokumentationen att socialnämnden vid flera tillfällen påtalade att det var viktigt att processen med hemflytten inte gick för fort utifrån barnets situation. Men när föräldrarna drev på processen och ville att hemflytten skulle gå snabbare, accepterade nämnden ändå detta utan att överväga om det kunde vara skadligt för barnet.

Stora brister i hanteringen av orosanmälningar

Vi fann även stora brister i hur socialnämnden hanterade de orosanmälningar som hade kommit in till socialtjänsten efter att flickan hade flyttat hem till föräldrarna. Vid tidpunkten för den första orosanmälan hade socialtjänsten inte haft någon kontakt med familjen på närmare nio månader. Men nämndens beslut om att inte inleda utredning grundade sig till största delen på att det inte hade framkommit några uppgifter som inte redan var kända för socialtjänsten. IVO konstaterade att nämnden hade brustit i att hämta in aktuell information om barnets situation vid såväl skydds- som förhandsbedömningar. Nämnden hade därmed inte ett tillförlitligt underlag när de bedömde om flickan hade behov av skydd och stöd eller inte.

Socialtjänstens arbete för att skydda barn och unga från våld måste stärkas

Våld mot barn är aldrig acceptabelt. Det är en fråga om mänskliga rättigheter. Barnkonventionens artikel 19 syftar till att skydda barn från att utsättas för alla former av våld.

Socialtjänsten är skyldig att uppmärksamma och ge stöd till både våldsutsatta och barn som bevittnar våld. Socialtjänsten är i sin tur beroende av att andra funktioner i samhället uppmärksammar misstankar om att barn far illa och de anmäler detta till socialtjänsten. Hälso- och sjukvården, skolan och andra som

möter barn i sitt yrke har stora möjligheter att uppmärksamma misstankar om att barn far illa och är också skyldiga att anmäla dem till socialtjänsten.

Covid-19-pandemin ökar riskerna för våld i nära relationer. Pandemin påverkar skyddsfaktorer mot våld, som skola, fritidsaktiviteter och kontakter med vänner, kollegor och grannar, eftersom fler personer arbetar hemma och umgås med andra i mindre utsträckning än tidigare. Detta sker samtidigt som riskfaktorerna ökar, som isolering, arbetslöshet, sämre ekonomi och försämrad fysisk och psykisk hälsa (United Nations Population Fund, 2020). Det leder till att risken ökar för att barn utsätts för eller bevittnar våld under pandemin och att risken ökar att våldet inte uppmärksammas.

Många har erfarenhet av att utsättas för eller bevittna våld

Tyvärr har alltför många barn erfarenheter av att utsättas för eller bevittna våld. Var femte person i befolkningen har någon gång i livet varit utsatt för våld i en nära relation.² Brottsförebyggande rådet uppskattar att cirka 150 000 barn i Sverige lever tillsammans med en förälder som har blivit misshandlad av den andra föräldern (Brottsförebyggande rådet, 2014). Enligt Socialstyrelsen gäller cirka 20 procent av anmälningarna om barn som far illa våld i nära relationer (Socialstyrelsen, 2019b; Socialstyrelsen, 2021a). Socialstyrelsens underrättelser till IVO i samband med dödsfallsutredningar visar också att flera av de barn som berörs av dödsfallsutredningarna vid något tillfälle har haft kontakt med socialtjänsten.

IVO har återkommande rapporterat om brister i socialtjänstens arbete för att skydda barn och unga från våld, alltsedan vi gjorde en nationell tillsyn under 2012–2013 (Inspektionen för vård och omsorg, 2014; Inspektionen för vård och omsorg, 2019b; Inspektionen för vård och omsorg, 2020g). Bristerna leder till att barn och unga som utsätts för eller bevittnar våld inte får det skydd och det stöd som de har rätt till.

Det saknas nationella indikatorer för att på ett systematiskt sätt följa utvecklingen över tid, av de brister vi ser inom socialtjänsten. IVO kan därför inte svara på hur vanliga bristerna generellt sett är. Eftersom vår tillsyn är avvikelsebaserad ger den inte underlag för generella slutsatser. Men uppgifter från IVO:s tillsyn, klagomål som vi tar emot och kontakter med vår upplysningstjänst visar ändå tydligt att kommunerna behöver förbättra kvaliteten i sitt arbete som gäller barn som utsätts för eller bevittnar våld.

Under 2015–2020 har IVO tagit emot cirka 260 klagomål som rör socialtjänstens arbete med våld i nära relationer, med en relativt jämn spridning mellan de enskilda åren. År 2020 tog vi emot flest, cirka 70 klagomål. Under 2015–2020 har vi tagit emot cirka 650 upplysningar om våld i nära relationer till vår upplysningstjänst. Antalet upplysningar har ökat under tidsperioden och år 2018–2020 tog vi emot cirka 160 upplysningar om våld i nära relation varje år.³

Trots att vi ser återkommande brister i kommunernas handläggning och att vi tar emot många klagomål och kontakter om våld, har IVO under 2015–2020 endast tagit emot 15 lex Sarah-anmälningar som huvudsakligen gäller våld i nära relationer. Vi bedömer därför att kommunerna och andra huvudmän inte rapporterar alla allvarliga missförhållanden som inträffar och som rör våld till IVO.

2 Våld i nära relationer är ofta ett mönster av handlingar som kan vara allt ifrån subtila handlingar till grova brott. Mer konkret är det allt ifrån att bli förlöjligad till att utsättas för våldtäkt eller allvarliga hot. Det är ofta kombinationer av fysiskt, sexuellt och psykiskt våld.

3 Upplysningarna kan röra både socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Tabell 5: Antal egeninitierade ärenden inom socialtjänsten med våld i nära relationer som granskningsområde

År	Antal egeninitierade ärenden med våld i nära relationer som granskningsområde	Antal egeninitierade ärenden med brister inom våld i nära relationer	Andel egeninitierade ärenden med brister, %
2015	11	5	45
2016	20	6	30
2017	14	7	50
2018	57	23	40
2019	49	21	43
2020	36	20	56
Totalt	187	82	44

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Brister i handläggning, styrning och uppföljning

Under 2020 har vi sett brister både i socialtjänstens handläggning och i hur socialnämnder styr och följer upp kvaliteten i verksamheterna.

Vi har sett exempel på socialnämnder som inte har tillgodosett barns rätt att komma till tals eller inte gett barn relevant information när de har varit utsatta för eller bevittnat våld, samt att de inte har utrett barnens behov av skydd och stöd. Andra brister som IVO uppmärksammat har bland annat handlat om att socialnämnder inte har utrett uppgifter om våld, inte har bedömt riskerna för ytterligare våld och inte har utrett och analyserat våldets karaktär, omfattning och konsekvenser. Det är givetvis inte acceptabelt att vi fortsätter att se den här typen av brister.

Bristerna i styrning och uppföljning handlar bland annat om att socialnämnder inte har tagit sitt ansvar för att styra och planera verksamheten. Vi har sett socialnämnder som saknar mål för arbetet med våldsutsatta och barn som har bevittnat våld. Vi har också sett exempel på att socialnämnder inte har analyserat om utbudet av insatser och andra sociala tjänster som erbjuds våldsutsatta och barn som bevittnat våld, svarar mot behoven i kommunen. Vi har också sett att uppföljningen brister. Det handlar till exempel om att socialnämnder inte har fastställt hur ansvaret för att kontrollera och följa upp insatser som är överlämnade till någon annan aktör ska fullgöras. Det kan också handla om att socialnämndens uppföljning och kontroll har varit otillräcklig för att kunna uppmärksamma brister i verksamheten.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) om våld i nära relationer trädde i kraft 2014. Syftet med de nya föreskrifterna var att höja kvaliteten i stödet till våldsutsatta barn och vuxna, barn som bevittnat våld och stödja våldsutövare att upphöra med våldet. IVO fortsätter alltså att se att följsamheten mot föreskrifterna brister och att kommunerna behöver tillgodose barns rättigheter och behov av stöd och skydd mot våld på ett bättre sätt.



4. Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen

IVO skärper tillsynen och uppföljningen

Vård och omsorg bygger på frivillighet. Tvångsvård och begränsningsåtgärder är bara tillåtet när det regleras i lag. Trots det sker tvångs- och begränsningsåtgärder inom frivillig omsorg som ges med stöd av socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och vård som ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

Varje handling som inbegriper tvång eller någon form av otillåten begränsningsåtgärd är mycket allvarlig. Sådana handlingar kränker de utsatta personernas grundläggande fri- och rättigheter och deras värdighet. Handlingarna kan också vara brottsliga och den som utför dem kan dömas till straff.

Sammanfattning

- IVO har under flera år uppmärksammat att bland andra människor med funktionsnedsättningar, äldre och placerade barn och unga utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder, trots att lagstiftningen inte tillåter sådana åtgärder.
- IVO konstaterar att vård- och omsorgsgivare måste se till att det är lätt att göra rätt för både ledning och personal. Det vill säga att endast använda sådana åtgärder som är tillåtna. Vård- och omsorgsgivare behöver därför undanröja möjligheterna att använda otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Det kan bland annat handla om att höja kompetensen hos både ledning och personal och att se över arbetssätt och rutiner och den fysiska utformningen av lokalerna.
- Vård- och omsorgsgivarna anger ofta att orsakerna till otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder är bristande kompetens hos både ledning och personal om vad som är tillåtet och otillåtet samt bristande ledning och styrning av verksamheterna.
- IVO skärper tillsynen och uppföljningen av tvångs- och begränsningsåtgärder.

IVO skärper tillsyn och uppföljning av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder

IVO har under flera år uppmärksammat att människor med funktionsnedsättning utsätts för tvång och begränsningar, trots att lagstiftningen inte tillåter sådana åtgärder (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2019a).

IVO bedömer att vård- och omsorgsgivarna behöver stärka kompetensen hos både ledning och personal om vad som är otillåtet att göra mot brukarna. Vård- och omsorgsgivarna behöver också se till att ledning och personal i övrigt har tillräckliga förutsättningar att agera på rätt sätt. Vi bedömer även att vård- och omsorgsgivarna behöver stärka styrningen och uppföljningen av verksamheternas kvalitet och säkerhet, så att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder upphör.

IVO genomför flera åtgärder för att stärka vår tillsyn och uppföljning av tvångs- och begränsningsåtgärder. Under 2021 inleder vi en datadriven tillsyn av bostäder med särskild service för vuxna, med syftet att öka kunskaperna i verksamheterna och bidra till att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder upphör. IVO ska alltid agera på uppgifter om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Vi har därför under 2020 infört en ny rutin för att stärka tillsynen och uppföljningen av uppgifter om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder, samt att i varje fall bedöma om vi ska polisanmäla händelserna.

FAKTARUTA

Vård och omsorg bygger på frivillighet

Vård och omsorg bygger på frivillighet. Det anges i socialtjänstlagen (2011:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och patientlagen (2014:821). Insatser med stöd av dessa lagar kan inte ges mot någons vilja. Om en åtgärd är tillåten eller otillåten beror alltså som huvudregel på om den person som berörs av åtgärden har samtyckt till den eller inte.

Var och en är gentemot det allmänna skyddade mot påtvingade kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden, enligt regeringsformen (1974:152).

Med påtvingat kroppsligt ingrepp avses i första hand våld, men hit hör även läkarundersökningar, smärre ingrepp som vaccinerings och blodprovstagning samt liknande företeelser som går under beteckningen kroppsbesiktning. Även tvångsmedicinering är ett sådant påtvingat kroppsligt ingrepp som avses i regeringsformen och som därmed kräver lagstöd för att vara tillåtet.

Med frihetsberövande avses bland annat fall då någon faktiskt är förhindrad att förflytta sig utanför ett rum eller annat relativt starkt begränsat område. Undantag från skyddet mot kroppsliga ingrepp och frihetsberövanden kan endast föreskrivas i lag.

IVO har granskat förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS-boenden

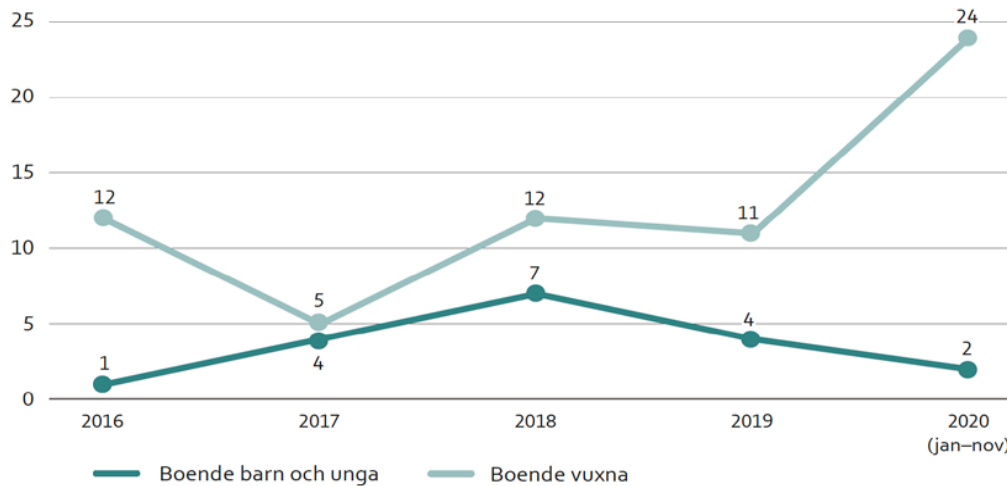
Under 2020 har IVO gjort en särskild granskning av de lex Sarah-anmälningar och anmälningsärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS som kommit in till myndigheten.⁴ Vi konstaterar att risken för att utsättas för tvångs- och begränsningsåtgärder och andra missförhållanden i LSS-bostäder har ett samband med att personal och/eller föreståndare på LSS-verksamheter inte har tillräcklig kompetens eller förutsättningar för att kunna utföra sitt arbete utan att vidta otillåtna åtgärder.

Av IVO:s statistik framgår att såväl lex Sarah-ärenden som upplysningar och klagomål till IVO där tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer har ökat från 2019. Vår analys kan inte svara på vad ökningen beror på.

Exempel på återkommande händelser som rapporteras och anmäls till IVO är att begränsa åtkomsten till gemensamma utrymmen, som att låsa dörren till boendets kök, med motivet att det där finns farliga redskap eller för att boende inte ska kunna äta som de vill. Under 2020 har vi även sett exempel på besöksförbud och förbud att göra hembesök till anhöriga.

⁴ IVO har gjort detta som en del i samverkan med Socialstyrelsens regeringsuppdrag (S2019/05315/RS) om kompetens i LSS-boenden. IVO:s granskning avser tidsperioden (beslutsdatum) 160101–200930 och gäller händelsekategorin insats mot enskilds vilja/inlåsning/tvångsåtgärder inom lex Sarah-anmälningar samt Anmälan till IVO.

Figur 12: Antal lex Sarah-anmälningar om tvångs- och begränsningsåtgärder som kommit in till IVO 2016–2020



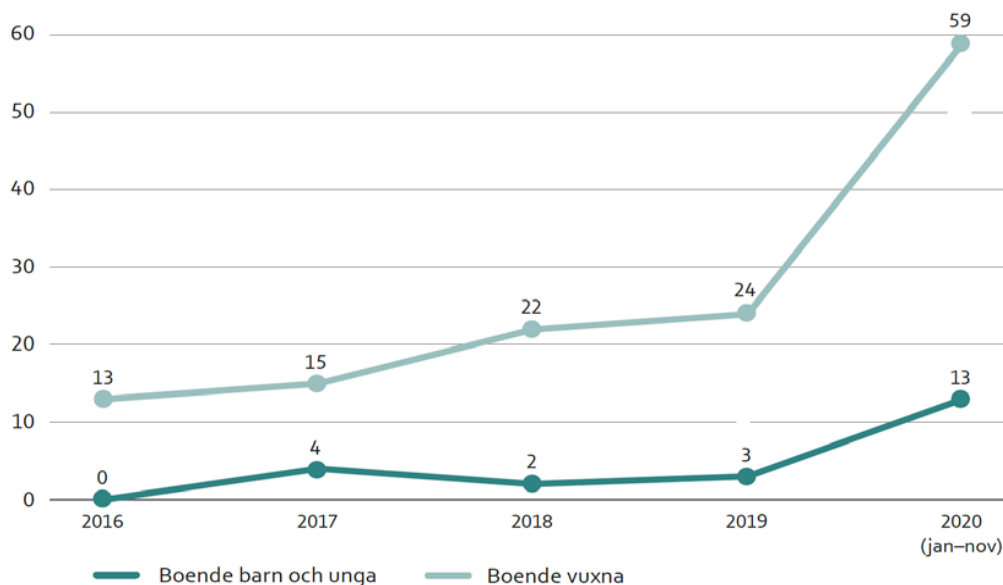
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Under det senaste året har det kommit in 106 ärenden till IVO:s upplysningstjänst som rör tvångs- och begränsningsåtgärder inom bostäder med särskild service för vuxna (9 § 9 p. LSS) och bostäder med särskild service för barn och ungdomar och familjehem (9 § 8 p. LSS).⁵ Flera av dessa är frågor som rör begränsningsåtgärder i samband med pandemin och försök att minska smittspridningen. Det kan exempelvis handla om vilka begränsningar som är tillåtna för att hindra smittspridning eller om det är tillåtet att förbjuda besök.

LSS-insatser är frivilliga och ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Varje lägenhet på ett LSS-boende är personens egen bostad. Det finns inte några bestämmelser som gör att verksamheten mot den enskildes vilja kan begränsa besök från exempelvis anhöriga och vänner i deras boende (Justitieombudsmannen 2006/07 s. 277; Justitieombudsmannen 2019/20 s. 460; prop. 1995/96:196 s. 11). Trots det konstaterar IVO att begränsningsåtgärder införts inom LSS-bostäder i syfte att stoppa smittan och att såväl anhöriga som anställda är osäkra på vad som är lagenligt. Brist på kunskap hos anhöriga och anställda på LSS-boenden om tvång och begränsning kan tillämpas inom LSS gör att de vänder sig till IVO för vägledning. När allmänheten hör av sig till IVO informerar vi om att insatser enligt LSS endast kan ske på frivillig väg och inte kan ges mot någons vilja och att tvångs- och begränsningsåtgärder inte är tillåtet.

5 Granskning av ärenden från IVO:s upplysningstjänst under perioden 200103–210111.

Figur 13: Antal klagomål (anmälan till IVO) om tvångs- och begränsningsåtgärder som kommit in till IVO 2016–2020



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

IVO har inte möjlighet att ge en heltäckande lägesbild av hur vanligt det är med tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS-bostäder. Det ligger i sakens natur att det är uppgifter som kan vara svåra att fånga systematiskt, särskilt om de inte rapporteras som allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för allvarliga missförhållanden till IVO. Det finns en risk för att låg kunskap om otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder hos såväl ledning som personal leder till underrapportering av anmälningar av missförhållanden och anmälningar om allvarliga missförhållanden till IVO. Ibland kan uppgifterna komma till vår kännedom på annat sätt, exempelvis via enskilda klagomål. Det rör sig ofta om särskilt sårbara brukare som har begränsade förutsättningar att meddela sig om de far illa. Det finns därför ett mörkertal av tvångs- och begränsningsåtgärder som är svårt att uppskatta.

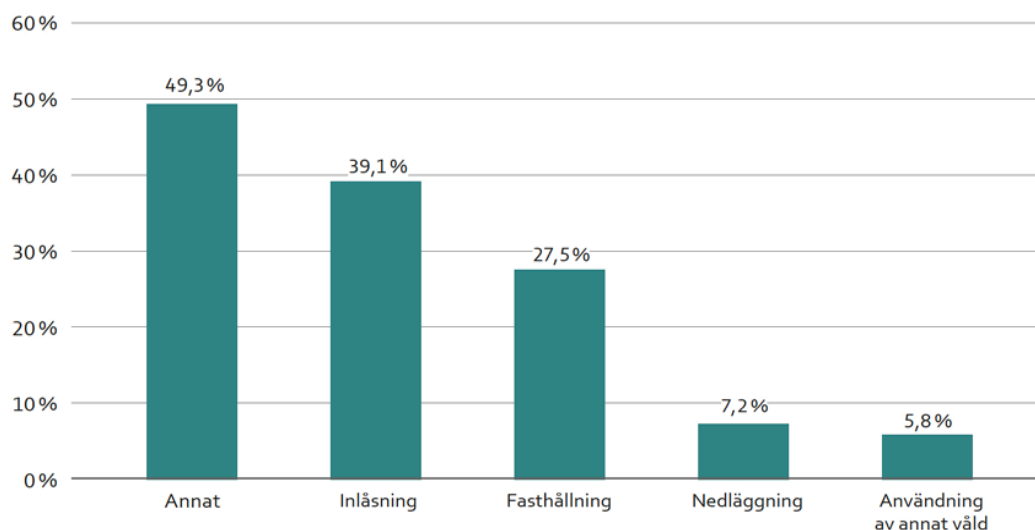
Vård- och omsorgsgivarna anger att den vanligaste orsaken till allvarliga missförhållanden är kompetensbrist

I 74 procent av de granskade lex Sarah-ärenden anges bristande kompetens hos personal som en orsak till att missförhållandet kunde uppstå. Cirka 45 procent av de granskade klagomålen (anmälan till IVO) innehåller också uppgifter om brister i kompetens hos personalen.

Missförhållandena som anges i lex Sarah-anmälningarna handlar om att personer blir inlåsta, fasthållna eller att nedläggning har förekommit. Det händer även att de boende utsätts för andra typer av kränkningar, som verbala hot och grovt språk från personalen, som innebär att det inte är en god vård och omsorg. Sådana fall skulle kunna utgöra exempelvis olaga hot eller ofredande enligt brottsbalken (1962:700).

I cirka 49 procent av lex Sarah-anmälningarna gäller missförhållandet kategorin "annat". I denna kategori förekommer till exempel fastspänning, fasttejpning, fastbindning, fysiskt tvång från personal, tvångsmedicinering och matbegränsningar.

Figur 14: Vad det allvarliga missförhållandet avser i lex Sarah-anmälningar om tvångs- och begränsningsåtgärder som kommit in till IVO 2016–2020



Kommentar: Figuren avser endast lex Sarah-ärenden med beslutsdatum från och med 160101 till och med 200930.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Brister i ledning och styrning förekommer ofta i verksamheterna

Bristande ledning och styrning är en bidragande orsak till att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer. Det är ledningens ansvar att säkerställa att personalen har rätt kompetens. I cirka 49 procent av granskade lex Sarah-ärenden anger vård- och omsorgsgivarna att brister i ledning och styrning är en orsak till att missförhållandet kunde uppstå. I granskningen av klagomålen (anmälan till IVO) handlar 64 procent om brister i ledning och styrning.

I de granskade ärendena förekommer uppgifter om att det saknas rutiner och arbetsmetoder och att personal inte får handledning. Det förekommer också uppgifter om att verksamheterna tar emot brukare med vård- och omsorgsbehov som personalen inte har tillräcklig kompetens för att sörja för. Det kan i sin tur utsätta andra boende för risker, med bland annat otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder som följd. Det finns även uppgifter om att ledningen inte utreder avvikelser och eller gör lex Sarah-anmälningar och att brister i verksamheterna därför inte åtgärdas.

Det är av stor betydelse att det finns tillräcklig ledning och styrning och rätt kompetens för att de boende ska få en god omsorg. I det sammanhanget konstaterar IVO att vi återkommande ser att föreståndare är ansvariga för många verksamheter, vilket ger sämre förutsättningar för ett närvarande ledarskap. I tillståndspliktiga verksamheter har IVO ett viktigt uppdrag att redan i tillståndsprövningen säkerställa att det finns en tillräcklig ledning och styrning av verksamheterna. Både i dessa verksamheter och i övriga – verksamheter i kommunernas egen regi behöver inte tillstånd – uppmärksammar IVO vid behov problematiken med föreståndarnas förutsättningar för ledning och styrning i tillsynen.

Vård- och omsorgsgivare behöver se till att det är lätt att göra rätt

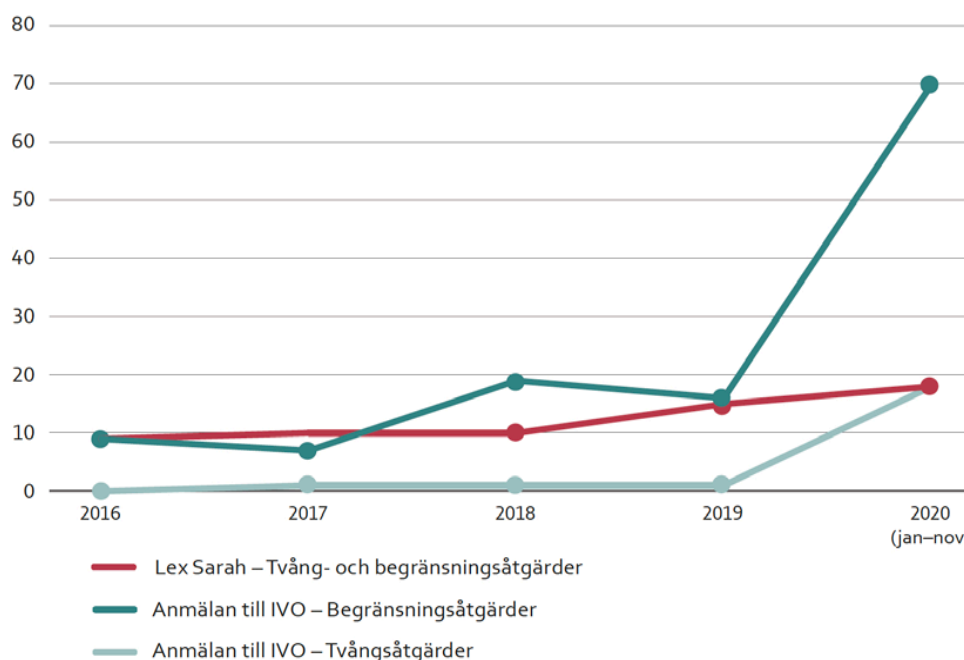
IVO konstaterar att vård- och omsorgsgivare måste se till att det är lätt att göra rätt för både ledning och personal. Det vill säga att endast använda sådana åtgärder som är tillåtna. Vård- och omsorgsgivare behöver därför undanröja möjligheterna att använda otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Det kan bland annat handla om att höja kompetensen hos både ledning och personal och att se över arbetssätt och rutiner och den fysiska utformningen av lokalerna.

För att förbättra kvaliteten för de boende i LSS-bostäder och se till att förekomsten av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder upphör, är det av stor betydelse att både personal och föreståndare har relevant kompetens för sina arbetsuppgifter. Vid sidan om relevant grundutbildning är det också viktigt att ha tillgång till handledning och fortbildning i exempelvis lågaffektivt bemötande, tydliggörande pedagogik och alternativ och kompletterande kommunikation. Det är även viktigt att stärka personalens kunskaper om lagstiftningen, så att det inte finns några tveksamheter om vad som är tillåtet och vad som inte är det.

Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer även inom äldreomsorgen

Under 2020 har det kommit in 18 lex Sarah-anmälningar till IVO inom verksamhetsområde äldreomsorg som gäller att verksamheten har agerat mot den boendes vilja, inlåsning och tvångsåtgärder. Men hälso- och sjukvård och insatser inom socialtjänsten bygger på den enskildes självbestämmande och får i regel inte ges utan samtycke.⁶

Figur 15: Antal lex Sarah-ärenden och klagomål (anmälan till IVO) om tvångs- och begränsningsåtgärder inom äldreomsorgen 2016–2020



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Ärendena som har kommit in handlar exempelvis om fastbindning i rullstol, tvångsmatning, låsta dörrar till ett toalettutrymme, fasthållning och inlåsning. Detta är inte tillåtet och utgör grova kränkningar av de personer som utsätts. Konsekvenserna kan bli långtgående och långvariga för de utsatta personerna, bland annat i form av otrygghet, psykisk ohälsa och minskat förtroende för vården och omsorgen.

Under samma tidsperiod har det kommit in 88 klagomål (anmälan till IVO) som rör tvång och begränsning inom äldreomsorgen. Det är en ökning jämfört med föregående år och beror på inflödet av frågor

⁶ 4 kap. 2 § patientlagen (2014:821) och 1 kap. 1 § 3 st. socialtjänstlagen (2011:453). Kravet på samtycke ingår även i kraven för god vård, se 5 kap. 1 § 3 p. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

som har med covid-19-pandemin att göra. Det är både anhöriga och anställda inom äldreomsorgen som har hört av sig till IVO. Anmälningarna gäller både klagomål och konkreta frågor om olika ställningstaganden i verksamheterna är rätt eller fel. Exempel på frågor kan vara om verksamheter får låsa delar av avdelningen för att undvika att boende träffas och smittar varandra. Det finns också exempel där boende har satts i karantän för att förhindra smittspridning. Det kan betyda att de boende behöver stanna på sina rum och inte tillåts vara på de gemensamma ytorna på boendet.

Återkommande iakttagelser om att placerade barn och unga utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder

IVO har återkommande rapporterat om att placerade barn och unga utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a; Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2020f). Vi fortsätter att se att sådana åtgärder förekommer.⁷ Det kan exempelvis handla om att placerade barn och unga förbjuds att lämna boendets område utan att personal följer med dem och att verksamheter tar barn och ungas mobiltelefoner eller andra ägodelar i beslag. Det kan också handla om att verksamheter, utan att få ett samtycke vid varje enskilt tillfälle, tvingar barn och unga att lämna drogtestar och att få sina rum genomsökta av personalen.

IVO:s planerade åtgärder framåt

Det är mycket allvarligt när personer i vården och omsorgen utsätts för tvångs- och begränsningsåtgärder, kränkningar, och annat våld. Personer som har begränsade möjligheter att kommunicera med sin omvärld kan dessutom själva ha svårt att kalla på hjälp och göra sin röst hörd. Vård och omsorgstagare måste alltid vara skyddade mot tvång- och begränsningsåtgärder och IVO har ett stort ansvar att agera och följa upp när vi får information om att tvång- och begränsningsåtgärder sker.

IVO ska alltid agera när myndigheten får uppgifter om tvångs- och begränsningsåtgärder. Det är en fråga om rättssäkerhet, trygghet och säkerhet för patienter och brukare. IVO inleder under 2021 en tillsyn av bostad med särskild service för vuxna med syftet att öka kunskaperna i verksamheter som bedrivs enligt LSS. Tillsynen ska också bidra till att otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder minskar och upphör.

I november 2020 tog IVO fram en ny rutin för handläggningen av de LSS-ärenden som berör tvångs- och/eller begränsningsåtgärder. Syftet är att vi ska ha en enhetlig handläggning när IVO tar emot uppgifter om att det förekommer tvångs- och/eller begränsningsåtgärder vid LSS-boenden. Om tillsynen visar på allvarliga brister ska IVO följa upp ärendet för att säkerställa att verksamheten har genomfört de redovisade åtgärderna och att de har fått avsedd effekt. Utöver att ta ställning till vilka åtgärder som ska vidtas mot den aktuella verksamheten, ska IVO även ta ställning till om myndigheten ska öppna ett särskilt ärende för att eventuellt göra en polisanmälan.

⁷ Här avser vi alltså inte de särskilda befogenheter som de särskilda ungdomshemmen har laglig rätt att under vissa förutsättningar använda. Om de särskilda ungdomshemmen däremot vidtar åtgärder som inte ligger inom de särskilda befogenheterna eller om de tillämpar dem på ett lagstridigt sätt, kan det innebära att de använder otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.



5. I väntan på vård: tillgängligheten inom hälso- och sjukvården

Pandemin har blixtbelyst långvariga problem med bristande tillgänglighet och långa väntetider i hälso- och sjukvården

Alla i befolkningen har rätt till god vård efter behov, på lika villkor. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anger att vården ska vara lätt tillgänglig. Men det är en stor utmaning för hälso- och sjukvården i Sverige och har varit det under en längre tid. Under 2020 har covid-19-pandemin inneburit att redan bristande tillgänglighet försämrats inom vissa områden. Inom andra områden har väntetiderna tvärtom blivit bättre när människor har undvikit att besöka vården. Att följa upp den uteblivna vårdens effekter på befolkningens hälsa är en viktig uppgift.

Sammanfattning

- Patienter utsätts för flera risker när tillgängligheten i hälso- och sjukvården brister. Att inte få vård i rätt tid kan innebära en vårdskada i sig, och IVO har därför ett viktigt uppdrag att övervaka tillgängligheten i vården och inleda tillsyn där riskerna för patienterna är som störst.
- IVO har gjort en kvantitativ analys av covid-19-pandemins påverkan på tillgänglighet till vård och behandling i specialistvården. Vi har under den rådande pandemin valt att inleda dialogsamtal med regionerna med anledning av den uppskjutna vård som covid-19-pandemin har fört med sig och att inleda en nationell tillsyn av cancersjukvården.
- Sverige har under lång tid haft väntetider till vården och i vissa avseende låg måluppfyllelse till vårdgarantin. Det finns också en återkommande säsongsvariation i måluppfyllelsen till vårdgarantin inom specialistvården.
- Antalet personer i kö till första besök inom specialistvården var i december 2020 cirka 306 000, vilket var en procent färre än motsvarande månad 2019. För operation/åtgärd fanns det cirka 146 000 personer i kö i december 2020, vilket var sju procent fler än motsvarande månad 2019. Antal personer som behöver vård kan dock vara större än vad analysen över antal personer i kö för 2020 visar. Det beror bland annat på att screeningverksamheter har ställts in och att ett okänt antal personer troligen helt har undvikit att söka vård under pandemin.
- Vid en jämförelse av december 2020 mot december 2019 finner vi att den totala vårdproduktionen av första besök inom specialistvården har minskat med 11 procent på nationell nivå. Flertalet vårdområden har minskad vårdproduktion av första besök. Vårdproduktionen av första besök har minskat i 19 av 21 regioner.
- Vid en jämförelse av december 2020 mot december 2019 finner vi att den totala vårdproduktionen av operation/åtgärder inom specialistvården har minskat med 17 procent. Minskningarna varierar mellan olika vårdområden. Vårdproduktionen har minskat i 17 av 21 regioner.

Att inte få vård i rätt tid kan vara en vårdskada

Alla vårdgivare är skyldiga att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador, enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Patienter kan drabbas av vårdskador på grund av den vård och behandling som de får, men också på grund av att de inte får den vård som de behöver i rätt tid (prop. 2009/10:210 s. 190). Med bristande tillgänglighet och långa väntetider ökar riskerna att patienterna inte får den vård som de behöver i rätt tid. Därför är alla vårdgivare skyldiga att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador på grund av att de inte får vård i rätt tid eller inte alls får den vård som de behöver.

IVO:s tillsyn av hälso- och sjukvården ska främst inriktas på att granska att vårdgivare bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det vill säga att vårdgivarna arbetar systematiskt för att skydda patienterna från riskerna att drabbas av vårdskador. Därför behöver vi kunskap om hur tillgängligheten

och väntetiderna inom vården ser ut och utvecklas över tid. Det är ett viktigt underlag för våra riskanalyser och därmed för våra förutsättningar att bedriva en effektiv tillsyn.

Patientsäkerhetsrisker när tillgängligheten brister

IVO har under flera år rapporterat om olika patientsäkerhetsrisker som följer av den bristande tillgängligheten (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2019a; Inspektionen för vård och omsorg, 2018a).⁸

Bristande tillgänglighet och långa väntetider kan leda till försämrad hälsa, fördröjd eller utebliven diagnos och sämre behandlingsprognos. Det kan i sin tur medföra allvarliga patientsäkerhetsrisker. I värsta fall kan det leda till att patienter drabbas av skador som hade kunnat undvikas om vården hade genomfört adekvata åtgärder. Bristande tillgänglighet och långa väntetider kan också öka patienternas otrygghet och stress, vilket leder till en sämre livskvalitet. En sämre livskvalitet kan i sin tur försämra hälsan och alltså öka det strikt medicinska behovet av vård.

För patienter med brådskande tillstånd kan långa väntetider försämra hälsan. Exempelvis kan en medicinskt omotiverat lång väntetid till undersökning av misstänkt cancer försena diagnosen, vilket i sin tur kan försena den tidpunkt då patienten kan börja sin behandling. För cancerpatienter som väntar på behandling längre än vad som är medicinskt motiverat kan tillväxten av tumörer öka, vilket riskerar att försämra behandlingsprognosen. I värsta fall leder väntetiden till att det inte längre är möjligt att operera eller behandla effektivt på något annat sätt. Det kan leda till att patienten avlider eller får färre återstående levnadsår.

Om det förekommer undanträngning inom hälso- sjukvården, det vill säga att lägre prioriterade patienter ges vård före patienter som har högre prioritet (större medicinska behov), kan det leda till bristande tillgänglighet. Det kan i sin tur innebära patientsäkerhetsrisker för de patienter som prioriteras ned. Några exempel är om nedprioriteringen sker på fel grunder, om patienternas medicinska behov förändras utan tillräcklig uppföljning och omprioritering från vårdens sida och om de patienter som har minst behov inte längre bedöms behöva vård över huvud taget. Sådan undanträngning kan också ske om vården prioriterar patienter med en viss diagnos eller inom ett specifikt verksamhetsområde framför andra diagnoser eller verksamhetsområden. Det kan i sin tur innebära att patienter med andra diagnoser eller inom andra verksamhetsområden utsätts för risker.

Höga tillgänglighetsbarriärer kan också riskera patientsäkerheten. Det kan till exempel handla om personer som saknar kunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar, eller som inte kan förstå den information som hälso- och sjukvården ger om hur man söker vård, och därför inte söker vård i rimlig tid. Det kan också handla om att olika personer har olika sätt att kommunicera och ta till sig information, vilket gör att hälso- och sjukvårdens förmåga att anpassa sig tillräckligt bra till dem kan vara avgörande för om patienterna känner sig trygga i vårdmöten, följer behandlingsrekommendationer och kommer på återbesök.

Andra konsekvenser av bristande tillgänglighet

Bristande tillgänglighet och långa väntetider riskerar att försämra befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Det har till exempel observerats en samvariation mellan väntetider och befolkningens förtroende för primärvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2017). Det riskerar i sin tur att påverka hur befolkningen uppfattar hälso- och sjukvårdens legitimitet.

Det finns ett krav i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) på att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Ett hälso- och sjukvårdssystem som återkommande leder till att vården inte är tillräckligt tillgänglig och till långa väntetider är rimligen inte organiserat för optimal kostnadseffektivitet. Det kan exempelvis medföra att patienter kan behöva dyrare behandlingar längre fram i ett vårdförlopp för att kompensera för utebliven och otillräcklig vård tidigare i vårdförloppet. Patienten kan behöva söka akut vård på grund av försämrad hälsa under väntetiden. Patienten kan också behöva minska eller helt avstå från sitt arbete eller sina studier, på grund av försämrad hälsa under väntetiden, vilket är samhällsekoniskt ineffektivt.

⁸ Tillgänglighet ur ett patientperspektiv är ett brett begrepp. Ett sätt att beskriva det är att skilja på olika *tillgänglighetsbarriärer* som kan utgöra hinder för befolkningen att komma in i hälso- och sjukvården och de *väntetider* för tillgång till vård som kan uppstå inom hälso- och sjukvården (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2019a).

IVO ska föreslå utvecklad tillsyn av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet

Regeringen har gett IVO i uppdrag att lämna förslag på hur vi kan utveckla vår tillsyn utifrån de risker som bristande tillgänglighet i hälso- och sjukvården kan medföra för patientsäkerheten samt andra konsekvenser ur ett patientperspektiv (Socialdepartementet, 2020b). Vi ska redovisa detta uppdrag till regeringen senast den 15 juni 2021.

IVO kommer i enlighet med uppdraget också att beskriva de rättsliga förutsättningarna vi har för att bedriva tillsyn utifrån olika aspekter av tillgänglighet, bland annat väntetider och vårdgarantin. Vi kommer att redovisa en analys av om vi bedömer att IVO har tillräckliga rättsliga möjligheter att agera när det gäller vår tillsyn inom tillgänglighetsområdet, till exempel i form av befogenheter att använda viten och sanktioner. Vi kommer även att analysera i vilka situationer som IVO skulle kunna ålägga huvudmän vite eller sanktioner i de fall huvudmännen inte uppfyller vårdgarantin.

Covid-19-pandemins påverkan på specialistvårdens tillgänglighet

IVO:s mål är att systematiskt övervaka kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen. För att kunna ha god överblick över riskerna inom vårt omfattande verksamhetsområde, behöver vi löpande samla in och analysera betydligt mycket mer data om hur kvaliteten och säkerhet i vården och omsorgen utvecklas än vad vi gör idag. Vi behöver också betydligt mer träffsäker, heltäckande och detaljerad data i realtid än vad vi har idag. Förväntan på IVO att ha koll, behovet av att vi agerar snabbt, och löpande förmedlar det vi ser, har aldrig varit tydligare än vad det är nu.

Vi behöver analysera riskerna som följer av bristande tillgängligheten i vården bättre, bland annat för att säkrare kunna identifiera de risker för patientsäkerhet och vårdskador som väntetider kan innebära för enskilda patienter. Genom att systematiskt och datadrivet följa och analysera väntetider i vården kan IVO inleda tillsyn där vi gör som störst nytta, bidra till lärande inom vården och till att öka vårdens tillgänglighet.

IVO har gjort en kvantitativ analys av hur covid-19-pandemin har påverkat tillgängligheten till vård och behandling inom specialistvården (se faktaruta nedan). Analysen fokuserar på tillgängligheten till första besök och operationer/åtgärder.

Det är viktigt att påpeka att vår analys i dagsläget inte kan ge svar på frågor om vad som förklarar förändringar och variationer i tillgängligheten. I ett komplext hälso- och sjukvårdssystem är också orsakerna komplexa.

FAKTARUTA

Information om den kvantitativa analys som IVO har gjort

- Den inledande analys som IVO har gjort tar inte hänsyn till alla aspekterna av hur covid-19-pandemin har påverkat hälso- och sjukvården.
- Vi redovisar här analyser av tillgänglighet utifrån tre dimensioner: totalt antal patienter som väntar på vård, målluppfyllelsen av vårdgarantin och mängden producerad vård.
- Vi har utgått från data om vårdproduktionen under 2019, för att fånga upp förändringar under 2020. Det betyder inte att den vård som gavs under 2019 var rätt mängd vård. Resultaten blir mer osäkra när vi analyserar enskilda regioner och vårdområden.
- Vi kommer framöver att ta hänsyn till längre tidsserier. Sådana analyser kompliceras bland annat av hur fullständig datan är och om klassificeringarna har förändrats.
- Vissa klassificeringar som rör väntetider och målluppfyllelse till vårdgaranti är gjorda på en mycket aggregerad nivå, vilket har försvårat vår analys.
- Analysen tar inte hänsyn till behov av vård som ännu inte har upptäckts. Detta gäller till exempel effekter av inställda screeningprogram för cancer som en följd av covid-19.
- Analysen har inte kunnat ta hänsyn till i vilken region vården faktiskt har utförts, utan utgår från var patienterna är folkbokförda.

Under covid-19 har vården behövt prioritera hårdare för att kunna ge vård efter behov. Det gör att tillgängligheten försämrats och väntetiderna har ökat för de patienter där vården har fått vänta på grund av pandemin. Samtidigt blir effekterna inte lika påtagliga för de patienterna som har hög prioritet. För att förstå orsakerna behöver vi både genomföra ytterligare analyser, bedöma patientsäkerhetsriskerna och bedriva tillsyn där riskerna är som störst för patienterna. Vi har inlett en sådan tillsyn av cancersjukvården (se sida 60).

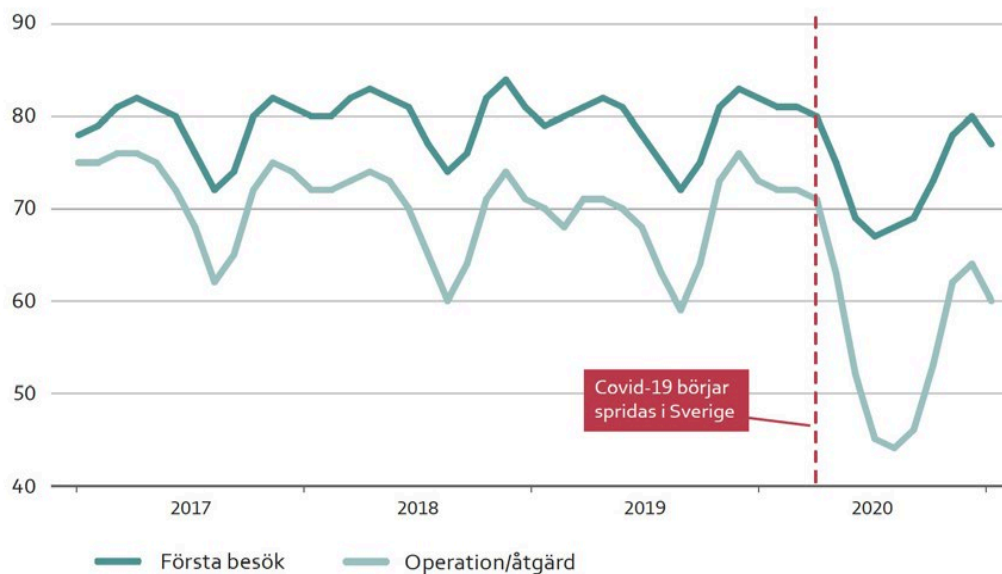
Måluppfyllelse till vårdgarantin har en återkommande säsongsvariation

Den nationella vårdgarantin anger hur länge en patient som längst ska behöva vänta på vård. Vårdgarantin är till för att öka tillgängligheten till planerad vård.

Vårdgarantin är författningsreglerad i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). Vårdgarantin följs upp av en måluppfyllelsegrad som mäter hur stor andel av patienterna som fått vård inom den angivna tiden för vårdgarantin.

Sverige har under lång tid haft väntetider till vården och i vissa avseende låg måluppfyllelse till vårdgarantin. Det finns också en återkommande säsongsvariation i måluppfyllelsen till vårdgarantin inom specialistvården. Under 2017–2019 minskade måluppfyllelsen tydligt under sommarmånaderna, både när det gäller första besök och operation/åtgärd. Men sjuka patienter har samma behov av vård oavsett vilken tid det är på året.

Figur 16: Måluppfyllelse för vårdgarantin för första besök och operation/åtgärd inom specialistvården 2017–2020, procent



Kommentar: Genomsnitt av samtliga regioner med publicerad månadsstatistik.
Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Bristande målpuppfyllelse inom specialistvården är alltså inte ett nytt fenomen, även om covid-19-pandemin har inneburit att målpuppfyllelsen har minskat mer 2020 än under sommarperioderna 2017–2019. I juni 2020 var målpuppfyllelsen för första besök som lägst med 67 procent, och i juli 2020 för operation/åtgärd med 44 procent. Det kan jämföras med att de lägsta värdena under 2017–2019 varierade mellan 72 och 74 procent för första besök och 59 och 62 procent för operation/åtgärder (samtliga i augusti månad).

Efter sommaren 2020 återhämtade målpuppfyllelsen sig för specialistvården till 80 procent för första besök och 64 procent för operation/åtgärder i november, för att sedan sjunka något i december 2020. Vi ser ett liknande mönster efter sommarperioderna 2017–2019.

Hur har antalet personer som väntar på vård förändrats?

Antalet personer i kö till första besök inom specialistvården var i december 2020 cirka 306 000, vilket var 1 procent färre än december 2019. För operation/åtgärd var det cirka 146 000 personer i kö i december 2020, vilket var 7 procent fler än december 2019.⁹

Antalet personer som behöver vård kan vara större än vad analysen över antalet personer i kö för 2020 visar. Det beror bland annat på att screeningverksamheter har ställts in och att ett okänt antal personer troligen helt har undvikit att söka vård under pandemin.

Att patienter som redan finns på en väntelista själva väljer att vänta, kallas för patientvald väntan. Under 2019 låg den patientvalda väntan för första besök på stabila nivåer runt 2–4 procent av det totala antalet personer som väntade (inklusive medicinskt orsakad väntan). Under perioden maj till juli 2020 ökade den patientvalda väntan till 6 procent, och sjönk sedan igen till 4 procent under september 2020. Sedan dess har den varit på samma nivå fram tills december 2020. När det gäller operation/åtgärder låg den patientvalda väntan under 2019 på stabila nivåer runt 4–6 procent av det totala antalet personer som väntade. I maj till augusti 2020 ökade den patientvalda väntan till 8–9 procent, och sjönk till 6–7 procent fram till december 2020. Den patientvalda väntan har alltså ökat under covid-19-pandemin, men fortfarande varit på låga nivåer.

Det finns skillnader mellan olika vårdområden

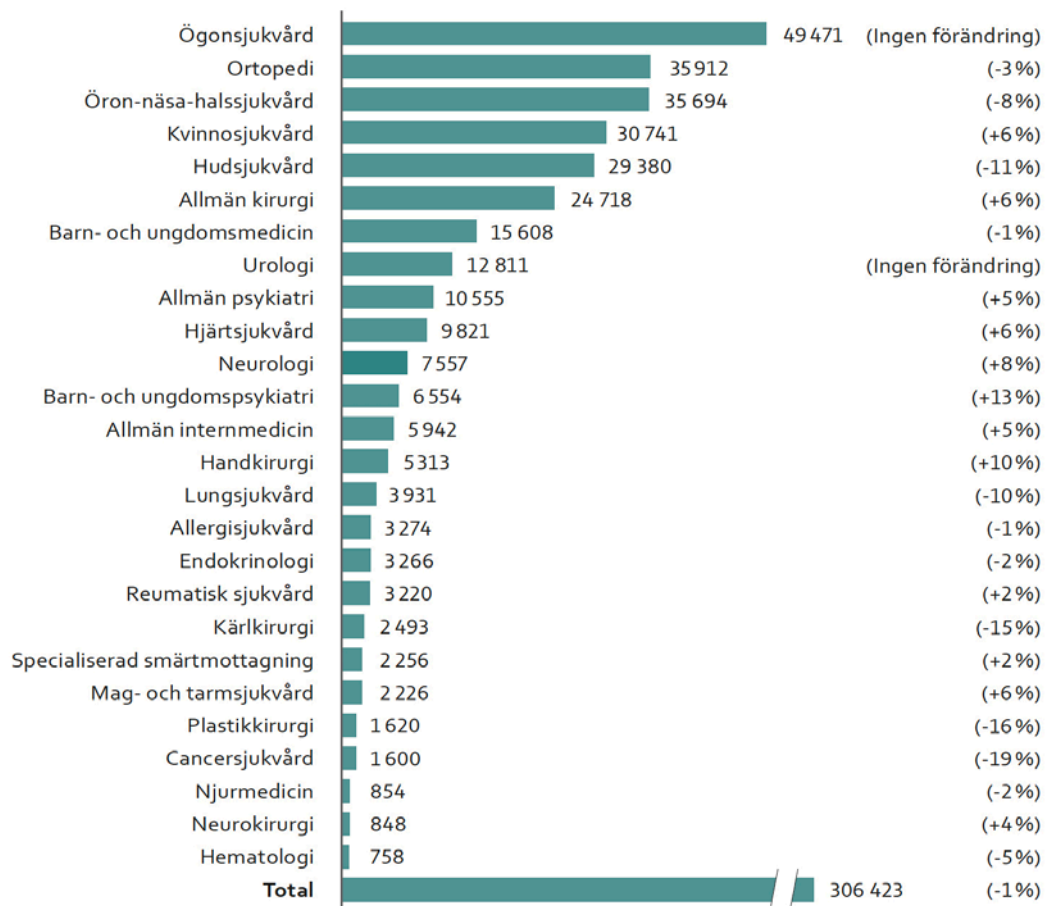
Vårdköerna för första besök till specialistvård varierar beroende på vårdområde. Generellt sett håller Sverige korta vårdköer inom vårdområden som cancersjukvård och hematologi över tid. I december 2020 väntade flest antal personer på sitt första besök inom ögonsjukvård, ortopedi och öron-näsa-halssjukvård. Vi ser också att antalet personer i vårdköen för första besök ökade som mest mellan december månad 2019 och 2020 inom barn- och ungdomspsykiatri, reumatisk sjukvård, och handkirurgi. Minskningen var som störst inom cancersjukvård, plastikkirurgi och kärlkirurgi.

9 Inkluderar patientvald väntan och medicinskt orsakad väntan.

Figur 17: Vårdkö till första besök och operation/åtgärd

Per vårdområde inom specialistvården i december 2020, tusental personer, och relativ förändring december 2019–december 2020. Värden inom parentes anger förändring i procent.

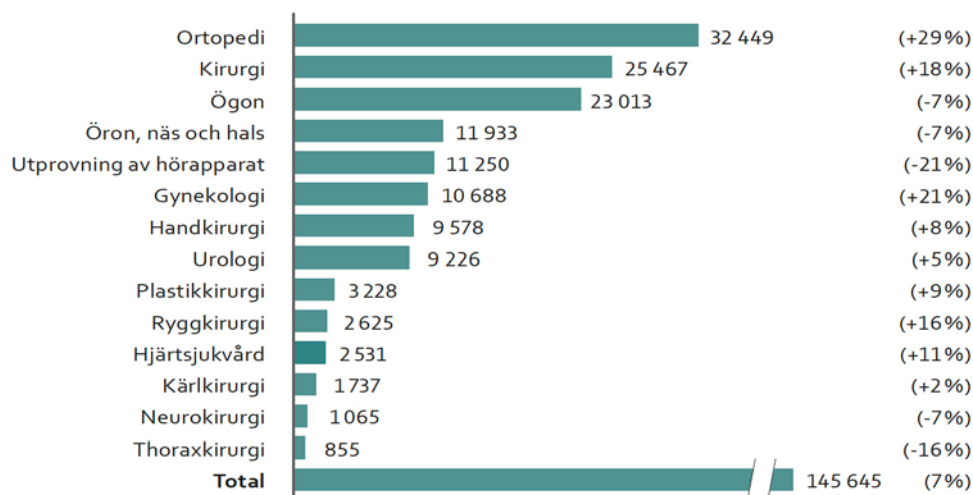
Personer i kö för första besök



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, bearbetning av Inspektionen för vård och omsorg.

Figur 17: Vårdkö till första besök och operation/åtgärd, forts.

Per vårdområde inom specialistvården i december 2020, tusental personer, och relativ förändring december 2019–december 2020. Värden inom parentes anger förändring i procent.

Personer i kö för operation/åtgärd

Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, bearbetning av Inspektionen för vård och omsorg.

Inom operation/åtgärd var antalet personer i kö som störst inom ortopedi, kirurgi och ögonsjukvård. Vid en jämförelse mellan december månad 2019 och 2020 ser vi att antal personer i kö hade ökat som mest inom ortopedi, gynekologi och kirurgi. Det hade minskat som mest inom utprovning av hörselapparat och thoraxkirurgi.

IVO kommer att ytterligare analysera vad skillnaderna mellan vårdområden beror på.

Det finns skillnader mellan regioner

Det finns också regionala skillnader i vårdköerna. Ett sätt att beskriva detta är att sätta det totala antalet väntande i en region i relation till befolkningens mängden i respektive region. I december 2020 var antal väntande på första besök inom specialistvården per 100 000 invånare som högst i region Norrbotten, Västernorrland och Skåne. Antal väntande på operation/åtgärd inom specialistsjukvården per 100 000 invånare var i december 2020 som högst i region Jämtland-Härjedalen, Örebro och Värmland. Observera att detta är en ögonblicksbild från slutet av året. Störst relativ ökning av antal personer i vårdköen för första besök mellan december 2019 och 2020 ser vi i region Jämtland-Härjedalen, Örebro och Norrbotten. För operation/åtgärd var motsvarande ökning som störst i region Jämtland-Härjedalen, Västmanland och Kronoberg.

IVO kommer att ytterligare analysera vad de regionala skillnaderna beror på.

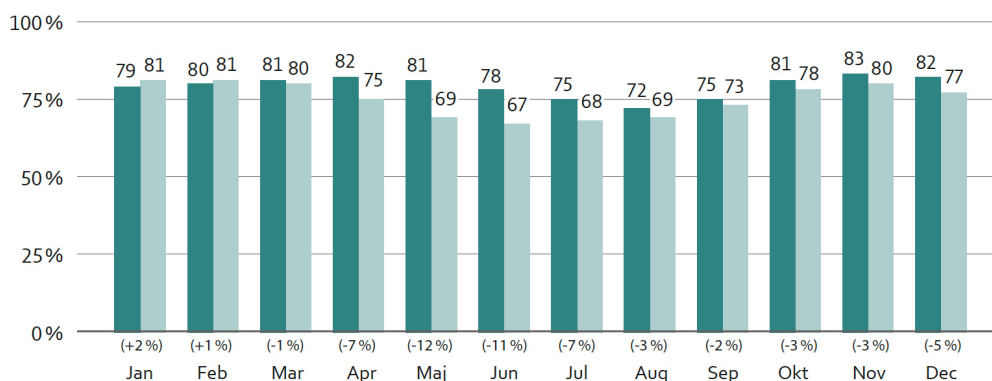
Hur har målpuppfyllelsen till vårdgarantin förändrats?

Målpuppfyllelsen för de två vårdgarantierna i primärvården har varit relativt oförändrade under covid-19-pandemin och legat stabilt runt 80–90 procent. Vi vet däremot inte hur många personer som har undvikit att söka vård i primärvården under pandemin.

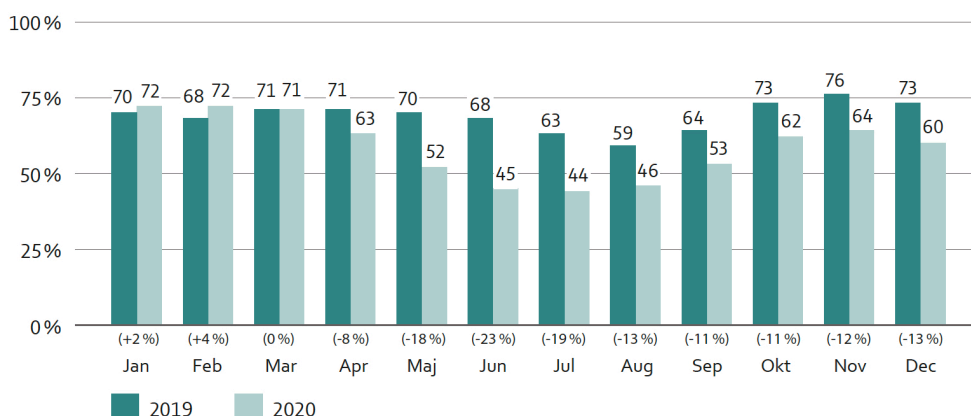
Målpuppfyllelsen inom specialistvården har försämrats kraftigt under 2020. Målpuppfyllelsen för första besök under 2020 var som mest 12 procentenheter lägre än motsvarande månad föregående år. Under två månader var målpuppfyllelsen mer än 10 procentenheter lägre än motsvarande månad föregående år.

Figur 18: Måluppfyllelse för vårdgarantierna inom specialistvården 2019–2020, procent (Värden inom parentes anger förändring i procent mellan samma månad 2019 och 2020)

Personer i kö för första besök



Personer i kö för operation/åtgärd



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Måluppfyllelsen för operation/åtgärd inom specialistvården försämrades mer än måluppfyllelsen för första besök. Måluppfyllelsen för operation/åtgärd under 2020 var som mest 23 procentenheter lägre än motsvarande månad föregående år. Under åtta månader var måluppfyllelsen mer än 10 procentenheter lägre än motsvarande månad föregående år.

Det är svårt att veta hur väl måluppfyllelsen inom specialistvården speglar befolkningens behov av specialistvård under pandemin, givet osäkerheter kring hur många personer som har valt att inte söka vård och att screeningverksamheter har ställts in.

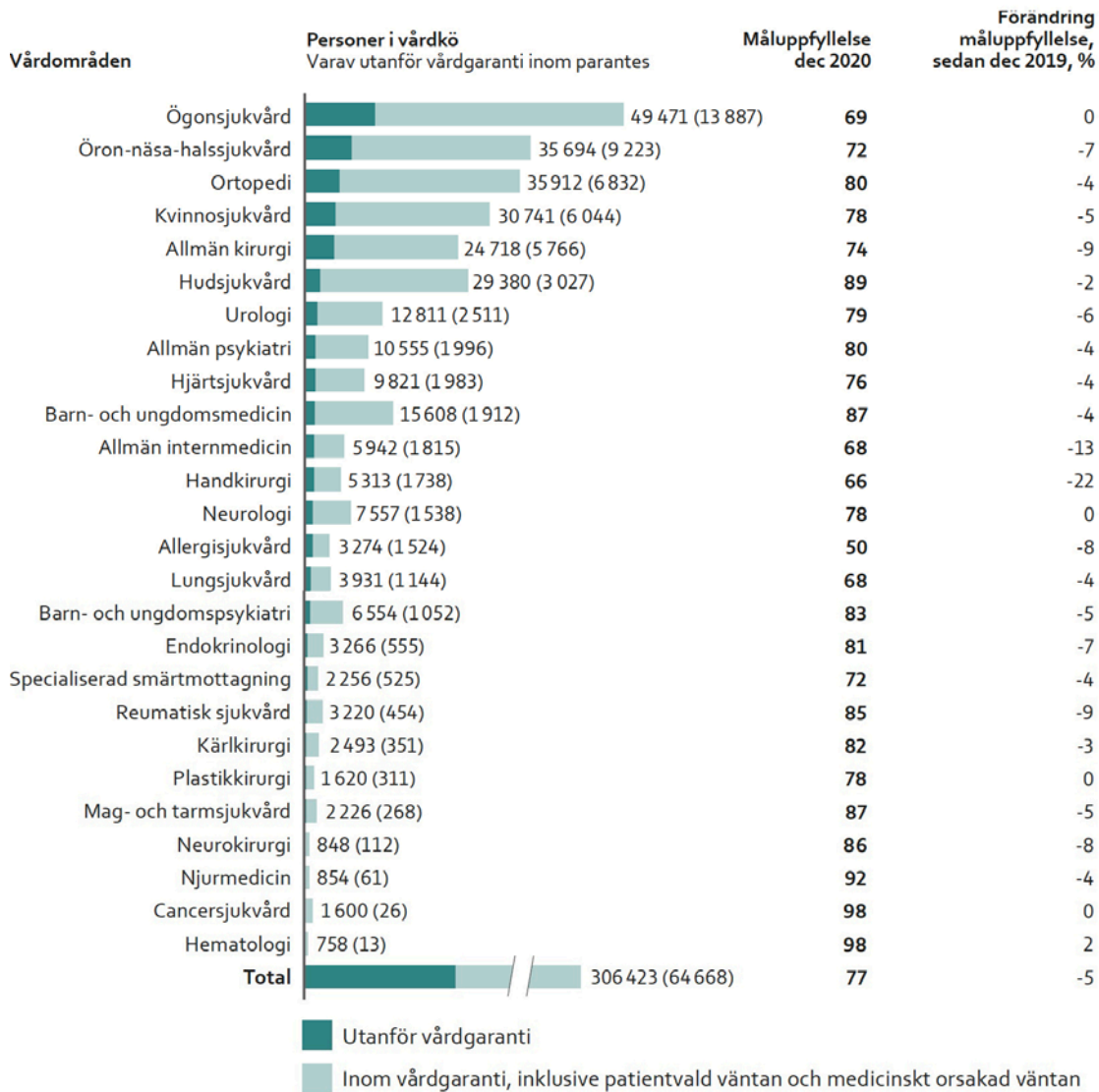
Det finns skillnader mellan olika vårdområden

Det finns skillnader i hur måluppfyllelsen har förändrats mellan olika vårdområden. Vi har analyserat förändringar mellan december 2019 och december 2020. Måluppfyllelsen för första besök har framför allt försämrats inom handkirurgi, internmedicin, kirurgi och reumatisk sjukvård. Måluppfyllelsen för operation/åtgärd har framför allt försämrats inom ortopedi, gynekologi, urologi, hjärtsjukvård och ryggkirurgi.

Figur 19: Måluppfyllelse för vårdgarantin till första besök och operation/åtgärd

Per vårdområde inom specialistvården i december 2020, tusental personer, och relativ förändring december 2019–december 2020.

Personer i kö för första besök

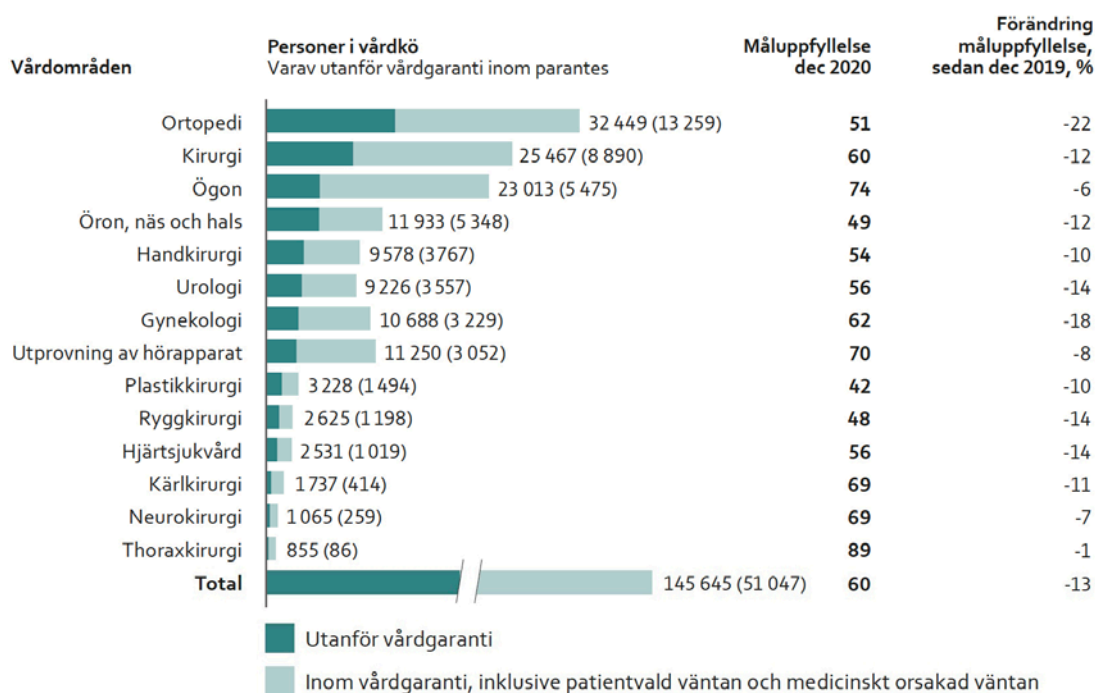


Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, bearbetning av Inspektionen för vård och omsorg.

Figur 19: Måluppfyllelse för vårdgarantin till första besök och operation/åtgärd, forts.

Per vårdområde inom specialistvården i december 2020, tusental personer, och relativ förändring december 2019–december 2020.

Personer i kö för operation/åtgärd



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner, bearbetning av Inspektionen för vård och omsorg.

Det finns skillnader mellan regioner

Måluppfyllelsen har minskat i de flesta av Sveriges regioner. När vi jämför december 2020 med december 2019 ser vi att måluppfyllelsen för första besök inom specialistvården har minskat i 15 av 21 regioner. Minskningen varierar mellan 1 och 16 procentenheter. Fyra regioner har ökat måluppfyllelse, med mellan 2 och 4 procentenheter.

Måluppfyllelsen för operation/åtgärd har minskat i 19 av 21 regioner under samma period. Minskningen varierar mellan 3 och 27 procentenheter. En region har ökat måluppfyllelsen, med 13 procentenheter.

Återhämtningstakten i måluppfyllelsen efter den inställda vården som har orsakats av covid-19 ser olika ut i olika regioner och inom olika vårdområden. Det gäller både förstagsbesök och operationer/åtgärder.

Hur har vårdproduktionen förändrats?

IVO har analyserat hur den producerade vården har förändrats. Den producerade vården räknar vi som det antal första besök och operationer/åtgärder som sjukvården faktiskt har genomfört. Vi har jämfört resultat för 2019 mot 2020. Se faktaruta på sidan 52 för mer information om analysen.

Vid en jämförelse av december 2020 mot december 2019 finner vi att den totala vårdproduktionen av första besök inom specialistvården har minskat med 11 procent på nationell nivå. De flesta vårdområden har minskad vårdproduktion av första besök. Minskningen varierar mellan olika vårdområden, från 4 till 30 procents minskning. Om vi istället ser till regionerna finner vi att vårdproduktionen av första besök har minskat i 19 av 21 regioner, från 5 till 24 procents minskning. I två regioner ökade vårdproduktionen under samma period, med 16 respektive 20 procent.

När det gäller den totala vårdproduktionen av operation/åtgärder inom specialistvården ser vi en minskning med 17 procent från december 2019 till december 2020. Minskningarna varierar mellan olika vårdområden, från 10 till 36 procents minskning. Om vi istället ser till regionerna finner vi att vårdproduktionen av operation/åtgärder har minskat i 17 av 21 regioner, från 6 till 32 procents minskning. I två regioner var vårdproduktionen oförändrad och i två regioner hade den ökat, med 3 respektive 21 procent.

Vård ska ges efter behov

Hälsö- och sjukvårdslagen (2017:30) innehåller ett uttalat mål om att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Det gäller även under pandemin. Målet om vård efter behov borde alltså innebära att köerna i vården generellt sett har ökat som mest under året för den vård som regionerna har bedömt kan anstå, det vill säga den vård som kan prioriteras ned, på grund av att det finns andra patienter som har större behov.

Dialoger och nationell tillsyn av cancersjukvården

IVO har utifrån analyser av specialistvården valt att under rådande omständigheter inleda dialoger med vårdgivarna med anledning av den uppskjutna vård som covid-19-pandemin har fört med sig. Samtalen riktar sig till samtliga regioner och fokuserar på att uppmärksamma vårdgivarna på den uppskjutna vården, vikten av att vårdgivarna har åtgärdsplaner för att på sikt hantera den uppskjutna vården samt på att redovisa hur IVO planerar att följa upp hur väntetiderna och mängden uppskjuten vård utvecklas framöver.

Nationell tillsyn av cancersjukvård

IVO har inlett en nationell tillsyn av cancersjukvården. Inom cancersjukvården bedömer vi att uppskjuten vård innebär allvarliga risker för patientsäkerheten och att det finns påtagliga risker för vårdskador. Vi konstaterar också att screeningverksamheter inom cancersjukvården har påverkats under pandemin, vilket troligen innebär att antalet odiagnostiserade personer har ökat.

Ett perspektiv i tillsynen är att granska hur regionerna, under utbrottet av covid-19, tillgodoser behoven hos enskilda patienter utifrån de prioriteringar som har varit nödvändiga med anledning av pandemin. Tillsynen pågår under 2021 och vi granskar:

- vilka konsekvenser den inställda vården och behandlingen har inneburit för enskilda patienter
- om det finns allvarliga brister som påverkar patientsäkerheten
- hur vårdgivarna har planerat att komma till rätta med den uppskjutna vård som covid-19 har orsakat.

Tillsynen genomförs bland annat utifrån underlag från Sveriges Kommuner och Regioners öppna statistik om väntetider (vantetider.se), kvalitetsdata (vardenisiffror.se), svenskt perioperativt register, regionala cancercentrum, Statistiska Centralbyrån samt andra relevanta källor. IVO:s data om lex Maria-anmälningar, klagomål och andra upplysningar ligger också till grund för tillsynen.

Iakttagelser från IVO:s tillsyner

Här beskriver vi iakttagelser från ett antal av de tillsyner vi har gjort som berör tillgängligheten i hälso- och sjukvården. Det är en regional tillsyn av primärvården, en regional tillsyn av intensivvården, en nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter och en uppföljande tillsyn av en akutmottagning vid ett stort sjukhus.

Tillsyn av primärvården i Region Stockholm och Gotland

IVO utförde i början av pandemin en tillsyn av primärvården. Tillsynen omfattade Region Stockholms samtliga 229 vårdcentraler och Region Gotlands samtliga 6 vårdcentraler. Tillsynen visade att verksamheterna hade anpassat sin verksamhet under pandemin för att fortsätta ge en god tillgänglighet för patienterna. Anpassningarna kunde till exempel vara fler bokningsbara tider istället för öppna mottagningar utan tidsbokningar, fler digitala besök, fler hembesök, eller andra åtgärder som har hindrat smittspridningen av covid-19, men som inte har påverkat tillgängligheten till primärvården för patienterna.

En stor majoritet av de tillsynade primärvårdcentralerna har behövt skjuta upp vårdbesök för patienter med kroniska tillstånd. Men tillsynen visade också att de flesta hade utvecklat nya arbetssätt för att

förebygga risker för dessa patienter, vilket även kan gynna patienterna på sikt. Därutöver visade tillsynen även positiva effekter i organisationernas verksamheter som en följd av pandemin, där flera har beskrivit att samverkan med andra aktörer har blivit bättre. Många verksamhetschefer och distriktssköterskor uttryckte att de ser risker för att personer med psykisk ohälsa och personer i riskgrupp inte söker vård inom primärvården under covid-19, trots att de egentligen behöver göra det.

Tillsyn av intensivvården

Intensivvården står i särskilt fokus under covid-19-pandemin. Redan tidigt under våren 2020 ökade belastningen på intensivvården, med många covid-19-patienter i främst Region Stockholm. På nationell nivå var trycket på intensivvården som högst under mars och april 2020. Efter april sjönk antalet patienter som intensivvårdas på grund av covid-19 för att åter igen stiga under den senare delen av hösten 2020. Men det var ändå färre patienter med covid-19 per dag i intensivvården under hösten än under våren.

Socialstyrelsen har ett uppdrag att samordna koordineringen av lediga intensivvårdsplatser (Regeringskansliet, 2020a). Det sker genom att tillhandahålla lägesbilder över tillgängliga och upptagna IVA-platser nationellt och per region. Den 27 mars 2020 gav Socialstyrelsen ut nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden med anledning av covid-19 (Socialstyrelsen, 2020d).

Den nationella beläggningsgraden på intensivvårdsplatserna i Sverige har legat på i genomsnitt 68 procents beläggning under perioden 2020-03-30 till och med 2020-11-05. Beläggningsgraden och antalet lediga intensivvårdsplatser med respirator beror inte enbart på antalet tillgängliga respiratorer. Tillgänglig personal och schemaläggning är också ytterst avgörande faktorer. Antalet intensivvårdsplatser har i princip fördubblats i Sverige under covid-19-pandemin. Redan före pandemin var Sveriges intensivvårdsavdelningar ibland hårt belastade, vilket kan kräva sekundärtransporter mellan sjukhus av svårt sjuka patienter.

Beläggningen och tillgängligheten till intensivvårdsplatser har varierat över tid samt mellan regioner. 8 av 21 regioner har haft full beläggning någon gång under perioden 2020-03-30 till 2020-11-05.¹⁰ Men antalet dagar med full beläggning varierar mellan regionerna, där Region Blekinge har haft 22 dagar med full beläggning (under en perioden juni till och med oktober 2020) och Region Örebro län har haft full beläggning under en dag i oktober 2020. 16 av 21 regioner har haft 90 procents IVA-beläggning någon gång under perioden 2020-03-30 till och med 2020-11-05.

Regional tillsyn av intensivvården – och planering för nationell tillsyn

IVO fick under våren 2020 in anmälningar och tips om intensivvården i Region Stockholm. Av uppgifterna framgick bland annat att covid-19 medförde lokala skillnader mellan sjukhusen i prioritering till intensivvård och behandlingsbegränsningar under pågående intensivvård. IVO initierade en tillsyn av Region Stockholms samtliga sex akutsjukhus med intensivvårdskapacitet. Vid tiden för tillsynen var vården hårt belastad och samhällsspridningen av covid-19 hög. Region Stockholm kommunicerade dock att det fanns kapacitet.

Tillsynen visade att det under våren 2020 var ett högt tryck på samtliga intensivvårdsavdelningar i Region Stockholm, men att regionen generellt har kunnat följa vanliga principer för vård och behandling. Vissa sjukhus var mer belastade, men detta korrigerades regionalt bland annat genom en reallokering av ambulanser. Inom tillsynen framkom att Karolinska Universitetssjukhuset hade tagit fram egna riktlinjer/stöd vid beslut om intensivvård. Bedömningar av covid-19-patienter har generellt sett varit svåra, då det är en ny sjukdom med oklart sjukdomsförlopp. Detta har krävt en multidisciplinär samverkan. Intern samt extern samverkan upplevs ha fungerat väl och IVA-koordinator har använts.

Med anledning av att trycket fortsatt är högt på intensivvården planerar IVO en datadriven nationell tillsyn gällande IVA-vården. Tillsynen kommer att fokusera på den lärande processen, regional samt nationell samverkan, krisberedskap, samt på att säkerställa patientsäkerheten trots en förväntad hög belastning.

Nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter

Utgångspunkten är att patienter ska vårdas på en disponibel vårdplats, alltså en vårdplats med fysisk utformning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. När utbudet inte motsvarar

10 Region Blekinge, Gotland, Jämtland Härjedalen, Kronoberg, Norrbotten, Sörmland, Västmanland samt Örebro län.

behovet uppstår överbeläggningar och utlokaliseringar. Överbeläggning är när en patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokalisering är när en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten.

Antalet utlokaliseringar i den somatiska vården har ökat över tid. Patienter som vårdas utlokaliserat i somatisk vård har 60–70 procents högre risk att drabbas av vårdskador än patienter som inte vårdas utlokaliserat. På nationell nivå betyder resultaten att det under 2018 och 2019 fanns cirka 7 000 patienter varje år som drabbades av vårdskador som de kanske inte skulle ha drabbats av om de inte hade vårdats utlokaliserat (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020a).

IVO har genomfört en nationell tillsyn av patientsäkerhet för utlokaliserade patienter inom den somatiska specialistsjukvården. Vi har samlat in erfarenheter från patient- och anhörigorganisationer och granskat 23 sjukhus med stort antal utlokaliserade patienter. Vi har också samtalat med företrädare för 5 sjukhus, som hade mindre andel utlokaliserade patienter än de 23 granskade sjukhusen, för att få mer kunskap om vad dessa sjukhus har gjort för att minska behovet av att utlokalisera patienter. Tillsynen genomfördes huvudsakligen under hösten 2019. Syftet med vår tillsyn var att bidra till att minska riskerna för vårdskador hos de utlokaliserade patienterna, öka kunskapen om förhöjda risker för vårdskador och bidra till att vården utlokaliserar färre patienter.

Vi fann brister i 20 av de 23 granskade sjukhusen. Vid 5 av de 20 sjukhusen krävde vi att vårdgivaren redovisar vilka åtgärder de planerar till IVO. Vid 15 av de 20 sjukhusen förutsatte IVO att vårdgivaren genomför åtgärder utan att de behöver redovisa dem till IVO.

Vi såg tre huvudsakliga brister i tillsynen. För det första bedömer vårdgivare inte alls eller endast till viss del risker för att händelser skulle kunna inträffa specifikt för de utlokaliserade patienterna. För de andra följer vårdgivare inte alls eller endast till viss del upp, utvärderar och kontrollerar patientsäkerhetsriskerna specifikt för de utlokaliserade patienterna. För det tredje sammanställer och analyserar vårdgivare inte rapporter, klagomål och synpunkter som specifikt rör de utlokaliserade patienternas vård.

Lärdomarna från tillsynen är att vårdgivarna behöver

- arbeta aktivt för att minska behovet av att utlokalisera patienter och därmed minska risken för att patienter drabbas av vårdskador
- särskilt följa upp de utlokaliserade patienterna i det systematiska patientsäkerhetsarbetet för att kunna genomföra lämpliga åtgärder för att minska patientsäkerhetsriskerna och behovet av att utlokalisera
- tydligt styra vilka patienter som kan utlokaliseras, under vilka förutsättningar och till vilka avdelningar, samt tydligt styra så att de mottagande avdelningarna har vad som behövs i form av bemaning, kompetens, lokaler och utrustning.

De 5 sjukhus som har redovisat åtgärder till IVO under 2020 har i huvudsak beskrivit åtgärder för

- att minska behovet av att utlokalisera patienter, till exempel genom att sträva efter balans mellan in- och utflöde av patienter på sjukhuset, genom förstärkt planering och genom nya möjligheter att direktinlägga äldre och multisjuka på geriatrisk klinik och närsjukvårdsavdelning
- att stärka kompetensen, till exempel genom utbildningsinsatser för den mottagande avdelningens personal och nya möjligheter för personalen att gå bredvid mellan avdelningarna
- att stärka styrningen, till exempel genom rutiner för vilka patienter som kan utlokaliseras direkt från akutmottagningen, kriterier som ska vara uppfyllda för att utlokalisering av enskilda patienter ska kunna ske och förstärkta rutiner för rondning av utlokaliserade patienter
- att förbättra uppföljning och analys, till exempel genom en patientenkät till de utlokaliserade patienterna, förbättrad registrering i avvikelshanteringen så att utlokaliserade patienter lättare kan följas upp och införande av nya rutiner för regelbunden uppföljning och journalgranskning av de utlokaliserade patienternas vård.

IVO kommer under 2021 att ta ställning till om och hur tillsynen ska följas upp.

Uppföljande tillsyn av en akutmottagning

Situationen på en akutmottagning påverkas av flera faktorer. Om akutmottagningen inte är dimensionerad för att tillräckligt många patienter ska kunna komma in samtidigt uppstår så kallad *crowding*, en överbelastad akutmottagning. Crowding leder i sin tur till patientsäkerhetsrisker för alla patienter på akutmottagningen. Om antalet patienter på akutmottagningen som behöver slutenvård överstiger tillgången på vårdplatser på slutenvårdens avdelningar, blir dessa patienter kvar på akutmottagningen. Akutmottagningen är generellt inte bemannad för detta, och då uppstår risker för patientsäkerheten och stress för personalen.

IVO har tidigare identifierat patientsäkerhetsrisker för patienter som väntar på en vårdplats på akutmottagningar. Riskerna finns bland annat inom områdena medicinsk övervakning, administration av läkemedel, tillsyn, omvårdnad, dokumentation, nutrition, fallrisk och trycksår (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a).

IVO har under flera år granskat verksamheten vid en akutmottagning vid ett stort sjukhus. Vi har då konstaterat att vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete har brustit och vi har även funnit patientsäkerhetsrisker i vården vid akutmottagningen. Vårdgivaren har därför under flera år behövt redovisa till IVO vilka åtgärder som har genomförts och planerats med anledning av bristerna och riskerna.

I februari 2020 inspekterade IVO akutmottagningen på nytt i en uppföljande tillsyn. Vi konstaterade att det fanns allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker i verksamheten. Vi valde att inte förelägga vårdgivaren att genomföra åtgärder, med hänsyn till konsekvenserna av covid-19-pandemin. I vårt beslut från april 2020 förutsatte vi i stället att vårdgivaren skulle genomföra åtgärder med anledning av bristerna och riskerna.

Under hösten 2020 följde vi upp situationen på akutmottagningen med ytterligare en inspektion. Vi granskade även ett 60-tal patientjournaler och ett 50-tal avvikelser från verksamheten. Vi hade då tagit emot flera upplysningar om situationen i verksamheten från allmänheten via vår upplysningstjänst.

Vår uppföljande tillsyn visade att det fortfarande fanns allvarliga brister i verksamheten och att vårdgivaren inte hade gjort tillräckligt för att komma till rätta med dem. Vi bedömde därför att vårdgivaren inte följer kravet i patientsäkerhetslagen (2010:659) på att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls. Vi menade också att det finns brister på systemnivå vid sjukhuset och i regionen och att den högsta ledningen i regionen därför måste ta sitt ansvar och genomföra adekvata åtgärder. Det handlar bland annat om att ta ansvar för åtgärder som är högsta ledningens ansvar, där lägre organisatoriska nivåer saknar befogenheter, och att se till att beslutade åtgärder genomförs och har tillräcklig effekt.

De kvarstående bristerna är mycket allvarliga och kan leda till fara för patientsäkerheten på akutmottagningen. Bristerna är följande:

- Patienter som behöver vård på högre vårdnivå (intermediärvård och intensivvård) får inte tillgång till någon sådan vårdplats. Patienter blir istället kvar på akutmottagningen under lång tid i väntan på vårdplats.
- Patienter som vårdas på akutmottagningen riskerar att smittas av andra patienter. Verksamheten separerar inte patienter med smitta från andra patienter. Detta gäller både patienter med misstänkt covid-19 och patienter med andra smittrisker.
- Patienter som vårdas på akutmottagningen får inte den omvårdnad de behöver. Personalen prioriterar bort omvårdnad vid hög arbetsbelastning. Det finns exempel på att patienter har skadats under vårdtiden på akutmottagningen, till exempel med trycksår. Patienter saknar också möjlighet att kalla på personalens uppmärksamhet eftersom det saknas larmklockor.

Vårdgivaren har under tidigare år inte kommit till rätta med bristerna genom de åtgärder som vårdgivaren har redovisat. Därför kommer IVO att genomföra tätare uppföljningar av de kvarstående bristerna. IVO kommer att följa upp vårdgivarens åtgärder genom regelbundna möten med den högsta ledningen i regionen, inklusive de politiskt ansvariga, för att höra vilka åtgärder de har genomfört, vilka effekter de har lett till och hur de planerar för de åtgärder som de inte kan genomföra omedelbart.



6. I väntan på insats: tillgängligheten inom omsorgen

Många ej verkställda beslut om socialtjänstinsatser har koppling till pandemin

Personer i behov av vård och omsorg har rätt att få den hjälp och det stöd de behöver från kommunen. Om kommunen inte verkställer ett biståndsbeslut (benämns fortsättningsvis som insats) som de har beviljat enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, inom tre månader är kommunen skyldig att rapportera detta till IVO. Kommunen ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Dessutom ska kommunen fortsätta att rapportera till IVO en gång i kvartalet tills beslutet är verkställt eller avslutat av annan anledning. När kommunen har verkställt eller avslutat ett beslut bör kommunen rapportera det omedelbart till IVO. Om IVO bedömer att kommunen inte har verkställt insatsen inom skälig tid kan vi ansöka om att förvaltningsrätten dömer ut en särskild avgift.

I detta kapitel beskriver vi resultaten av en kvantitativ analys av covid-19-pandemins påverkan på utförande av socialtjänstinsatser och vår pågående tillsyn.

Sammanfattning

- Kommunernas utförande av socialtjänstinsatser har påverkats under pågående pandemi. Många personer har fått sina insatser förändrade under 2020. Förändringarna handlar om allt från att personer har fått sina insatser vid färre tillfällen eller under kortare tider, till att vissa insatser helt har uteblivit på grund av att kommunerna har stängt ned vissa verksamheter.
- De socialtjänstinsatser som flest kommuner har rapporterat in som ej verkställda under första halvan av 2020 är dagverksamheterna enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS.
- IVO har fått signaler från enskilda brukare, anhöriga, anhörig- och brukarorganisationer samt genom medierapportering, om ohållbara situationer där brukare lämnas att klara sig själva eller med hjälp av anhöriga utan att kommuner följer upp den enskilde brukarens behov. IVO har även mottagit samtal från oroliga chefer och medarbetare i kommunerna med frågor om hur de kan och ska hantera olika situationer.
- IVO har inlett en nationell tillsyn av samtliga kommuner med syfte att granska hur kommunerna tillgodoser behoven hos enskilda personer med socialtjänstinsatser under pågående pandemi.

FAKTARUTA

Hur många brukare/individer som har socialtjänstinsatser

Under 2019 hade 401 000 personer, 65 år och äldre, minst en pågående insats enligt 4 kap. 1 § SoL. Det motsvarar 19 procent av befolkningen 65 år och äldre och i denna åldersgrupp hade 23 procent av kvinnorna och 14 procent av männen minst en socialtjänstinsats (Socialstyrelsen, 2020a). Den 31 oktober 2019 hade 57 200 personer med funktionsnedsättning minst en pågående insats enligt SoL. Den vanligaste insatsen var boendestöd, följt av hemtjänst i ordinärt boende samt trygghetslarm. Könsfördelningen var jämn för insatser till personer med funktionsnedsättning, där 51 procent av insatserna gällde kvinnor och 49 procent gällde män (Socialstyrelsen, 2020c). Den 1 oktober 2019 hade 75 000 personer med funktionsnedsättning pågående insatser enligt LSS. Daglig verksamhet och boende för vuxna är de två vanligaste insatserna (Socialstyrelsen, 2020f).

Ansökan om särskild avgift - IVO:s ställningstagande under pandemin

Om en kommun väntar oskäligt länge med att verkställa sitt beslut, ansöker IVO om särskild avgift hos förvaltningsrätten. I vår bedömning av om väntetiden kan anses skälig väger vi in individens behov av insatsen i den aktuella situationen. Vi beaktar även eventuella önskemål och insatser som den enskilde fått i väntan på att beslutet ska verkställas. Vi väger också in hur kommunen har arbetat för att verkställa beslutet. Under 2020 ansökte IVO om särskild avgift i 226 ärenden vilket är en minskning med 24 procent (73 ärenden) jämfört med 2019. Minskningen beror till största delen på pandemin och IVO:s ställningstagande att inte ansöka i ärenden som redan var verkställda för att inte öka kommunernas administrativa börda. Arbetet på IVO har också präglats av den stora ökningen av ärenden vilket inneburit viss omställning av arbetet till att göra första bedömningar i samtliga inkomna ärenden.

IVO utvecklar sin analysförmåga

IVO:s mål är att systematiskt övervaka kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen. För att kunna ha god överblick över riskerna inom vårt omfattande verksamhetsområde behöver vi löpande samla in och analysera betydligt mycket mer data om hur kvaliteten och säkerhet i vården och omsorgen utvecklas än vad vi gör idag. Detta gäller även tillgängligheten till socialtjänstinsatser.

IVO har därför under 2020 utvecklat analysen av inrapporterade ej verkställda beslut från kommunerna i syfte att få överblick och för att löpande kunna analysera utvecklingen. Analysen ligger också till grund för den pågående tillsyn av samtliga kommuner och hur de tillgodoser behoven hos enskilda personer med socialtjänstinsatser under pågående pandemi.

Det är viktigt att påpeka att vår analys i dagsläget är en redovisning av resultat utifrån inrapporterade ej verkställda beslut, men ingen analys av samband eller konsekvenser. Detta kommer att bli möjligt först när vår pågående tillsyn, av hur kommunerna tillgodoser behoven hos personer med socialtjänstinsatser under pågående pandemi, är avslutad.

FAKTARUTA

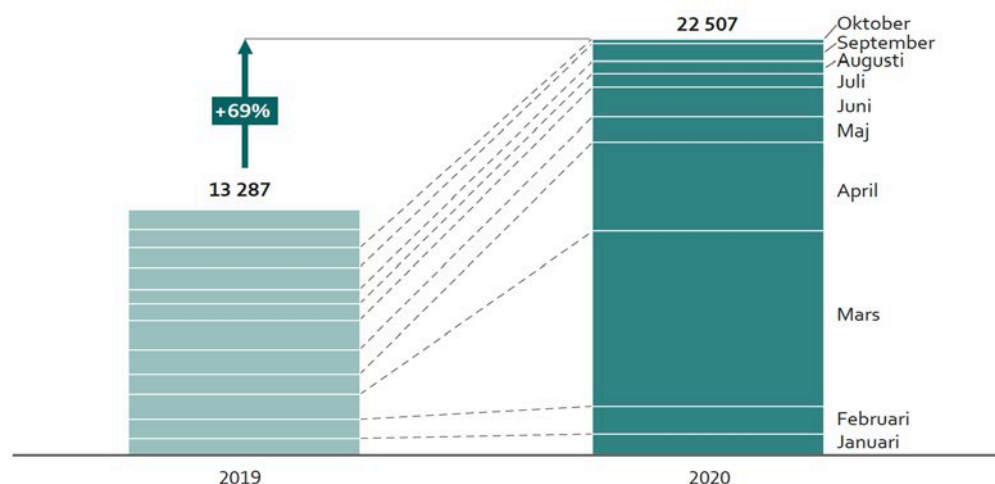
Närmare information om genomförda analyser

Det finns en eftersläpning i rapporteringen av ej verkställda beslut till IVO, som gör att vi inte har kunnat analysera uppgifter för helåret 2020. Det innebär att det faktiska värdet för helåret 2020 förväntas öka. I detta kapitel redovisar vi ej verkställda beslut för perioden den 1 januari till och med den 31 oktober för 2020, om inget annat anges. Redovisade datum avser datum för när socialtjänstinsatserna rapporterades som ej verkställda (inte det datum då ärendet rapporterades in till IVO).

Antalet ej verkställda beslut har ökat markant

Under 2020 har antalet rapporterade ej verkställda beslut ökat markant i jämförelse med 2019. Under 2020 rapporterade kommunerna drygt 9 000 fler ej verkställda beslut till IVO än 2019, vilket motsvarar en ökning på 69 procent. Ökningen var som störst under mars och april 2020, då antalet ej verkställda beslut sjudubblades respektive femdubblades i jämförelse med samma månader 2019.

Figur 20: Antal ej verkställda beslut som kommunerna rapporterade in till IVO januari till och med oktober 2019–2020



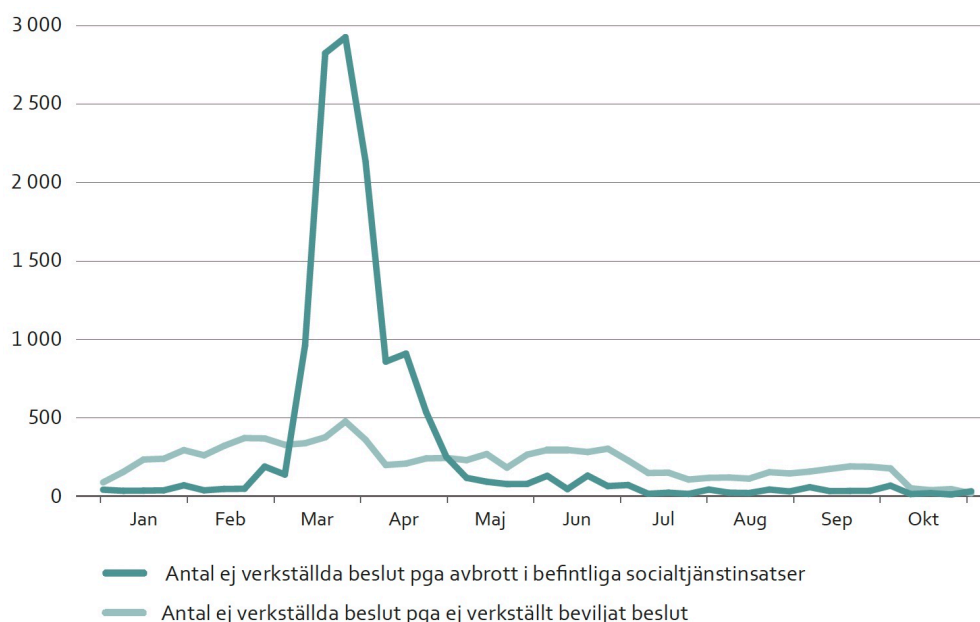
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Ökningen av antalet ej verkställda beslut som kommunerna rapporterade in till IVO under 2020 kan framförallt kopplas till avbrott i befintliga socialtjänstinsatser. Ungefär 60 procent av det totala antalet ej verkställda beslut under perioden januari till och med oktober beror på avbrott i befintliga insatser. Övriga, alltså ungefär 40 procent, beror på att insatsen inte har verkställts.

I Socialstyrelsens statistik om beslutade insatser syns en nedåtgående trend för antalet personer som har fått vissa insatstyper beslutade under 2020. Från och med vecka 15 (inledningen av april 2020) syns en kraftig nedgång i beviljade beslut om socialtjänstinsatser.¹¹ Från och med vecka 15 syns även en minskning i antalet inrapporterade ej verkställda beslut till IVO. Efter vecka 18 (sista veckan i april 2020) sjunker antalet inrapporterade ej verkställda beslut ytterligare, till under 500 per vecka. Efter vecka 38 (mitten av september 2020) ligger antalet inrapporterade ej verkställda beslut under 200 per vecka (se faktarutan ovan vad gäller eftersläpning i inrapporteringen).

¹¹ Socialstyrelsens statistikdatabas om socialtjänstinsatser till äldre, Statistik om socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning efter regiform, Statistik om vuxna personer som får boendeinsatser och anhörigstöd, Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning, Statistik om stöd och service till personer med funktionsnedsättning.

Figur 21: Antal ej verkställda beslut som kommunerna rapporterade in till IVO under perioden 2020 per orsakskategori



Kommentar: På grund av eftersläpningar i rapporteringen till IVO är uppgifterna för senare delen av året osäkra, särskilt vid nedbrutna analyser.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det är svårt att jämföra uppgifter om beslutade socialtjänstinsatser från Socialstyrelsen med antalet inrapporterade ej verkställda beslut från IVO. Det beror på att informationen inte är klassificerad på samma sätt av de två myndigheterna. Undantaget är insatser enligt LSS, vilka rapporteras enligt lagens klassificering hos båda myndigheterna. Det finns dessutom eftersläpningar inom både beslutade socialtjänstinsatser från Socialstyrelsen och i antalet inrapporterade ej verkställda beslut till IVO. Eftersläpningen gör att det exempelvis inte är möjligt att utreda om kommunerna har börjat bevilja insatser under hösten 2020, då samhällsspridningen var lägre än under våren.

Covid-19-pandemins påverkan på ej verkställda beslut

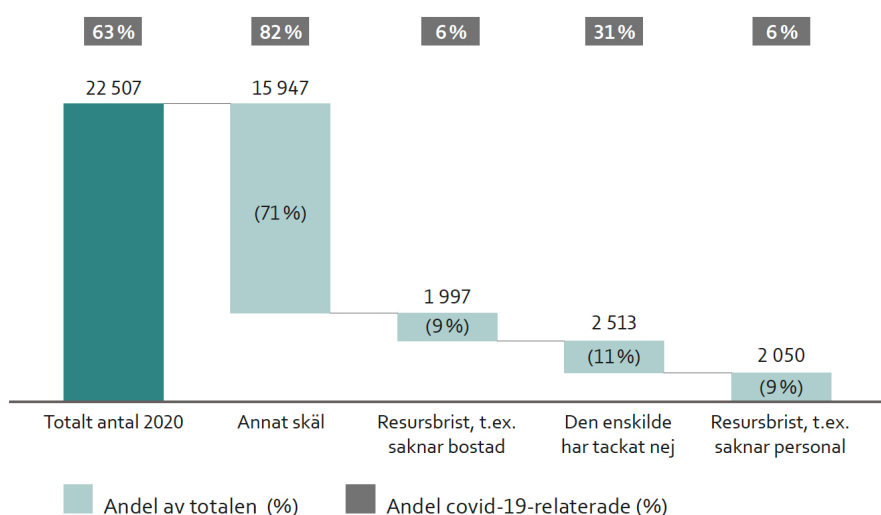
När kommunerna rapporterar in ej verkställda beslut till IVO ska de bland annat ange det huvudsakliga skälet till att beslutet inte är verkställt. I rapporteringen kan kommunerna ange fyra huvudsakliga skäl: resursbrist på grund av exempelvis avsaknad av ledig bostad, resursbrist på grund av exempelvis avsaknad av lämplig personal/uppdragstagare, den enskilde har tackat nej till erbjudande och annat skäl där kommunen kan komplettera med förklaring i fritext.

Under 2020 (januari till och med oktober 2020) konstaterar IVO att det huvudsakliga skälet till att insatser avbrutits eller inte verkställts tillhör kategorin annat skäl (71 procent). Vilka mer exakta skäl som ryms inom denna kategori återstår att utreda inom ramen för den pågående tillsynen (se mer nedan). IVO har dock i vår initiala hantering bedömt att 82 procent av de rapporteringar som angett annat skäl har direkt eller indirekt koppling till covid-19.

Nio procent av de inrapporterade ej verkställda besluten anger resursbrist/avsaknad av bostad respektive resursbrist/avsaknad av personal som huvudsakligt skäl. På motsvarande sätt som ovan har IVO i sin initiala hantering bedömt att sex procent inom respektive resursbristkategori har en direkt eller indirekt koppling till covid-19. Elva procent av de inrapporterade ej verkställda besluten anger som huvudsakligt skäl att den enskilde själv har valt att tacka nej och i 31 procent av dessa har IVO bedömt att det finns en direkt eller indirekt koppling till covid-19.

Sammantaget bedömer IVO att 63 procent av de inrapporterade ej verkställda besluten under perioden januari till och med oktober 2020 har en direkt eller indirekt koppling till covid-19. Vi kan ännu inte uttala oss om helåret 2020 på grund av eftersläpningar i rapporteringen till IVO.

Figur 22: Huvudsakligt skäl till att ett beslut har rapporterats som ej verkställt under 2020

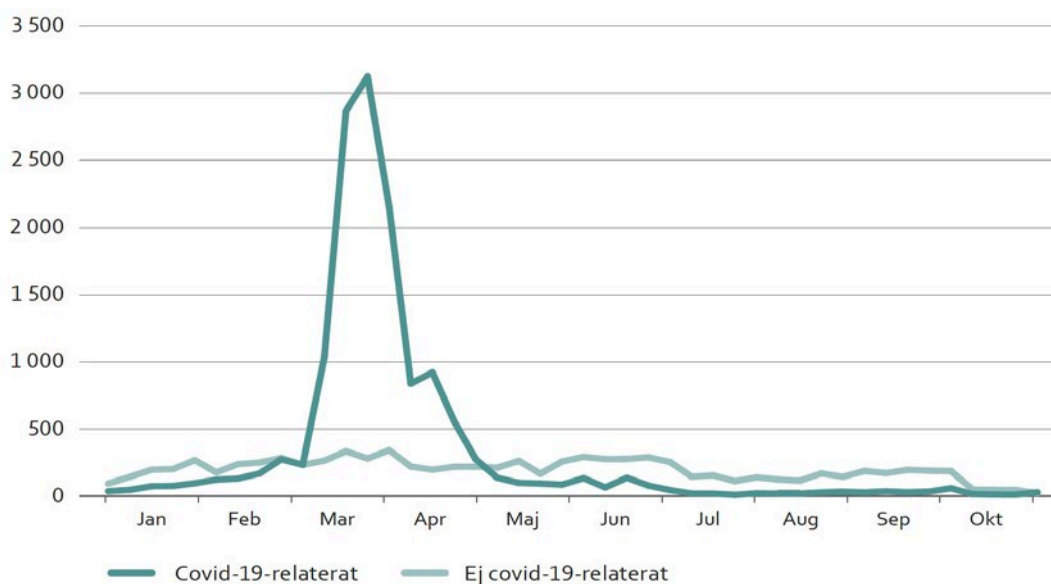


Kommentar: På grund av eftersläpningar i rapporteringen till IVO är uppgifterna för senare delen av året osäkra, särskilt vid nedbrutna analyser. Procenttalet i staplar anger huvudsakligt skäl av de totala inrapporterade skälen. Procenttalet ovanför respektive stapel anger andelen covid-19-relaterade ärenden inom det angivna skälet till att insatsen rapporterats in som ett ej verkställt beslut.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Under de månader som kommunerna rapporterade in flest ej verkställda beslut (mars och april) har IVO bedömt att flertalet hade en direkt eller indirekt koppling till covid-19. Störst påverkan av pandemin fanns under vecka 12 och 13, och här har IVO bedömt att över 90 procent av de inrapporterade ej verkställda besluten hade en koppling till pandemin.

Figur 23: Antal covid-19-relaterade och ej covid-19-relaterade ej verkställda beslut under perioden 2020



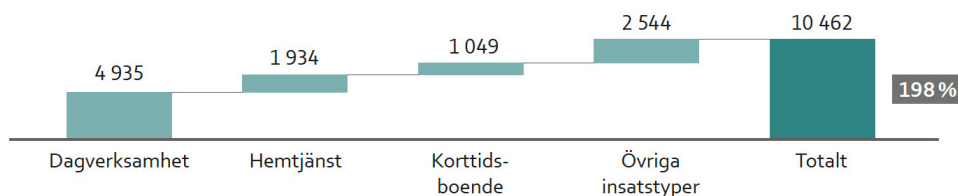
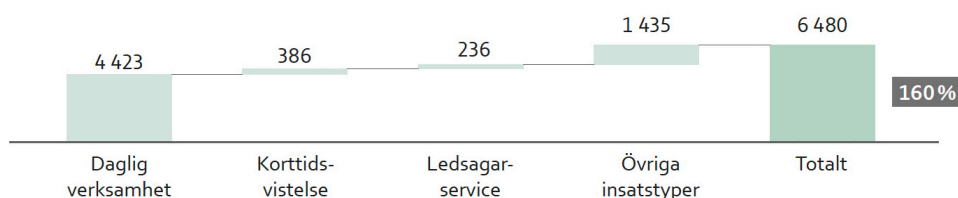
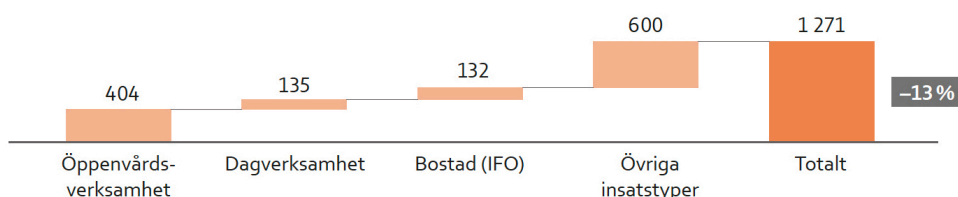
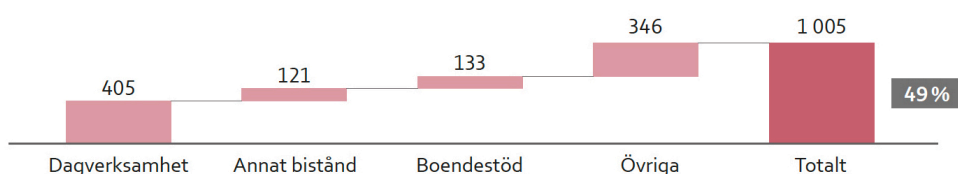
Kommentar: På grund av eftersläpningar i rapporteringen till IVO är uppgifterna för senare delen av året osäkra, särskilt vid nedbrutna analyser.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det är främst dagverksamheterna enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS som har ställts in

De socialtjänstinsatser som flest kommuner har rapporterat in som ej verkställda under första halvåret 2020 är dagverksamheterna enligt SoL och daglig verksamhet enligt LSS. Antalet inrapporterade ej verkställda beslut inom hemtjänst samt korttidsboende inom äldreomsorgen har också ökat markant för första halvan av 2020 i jämförelse med samma tidsperiod 2019. Vi ser även en ökning av ärenden inom öppenvårdsverksamhet inom individ- och familjeomsorgen.

Figur 24: Antalet ej verkställda beslut per verksamhetsområde och insatstyp

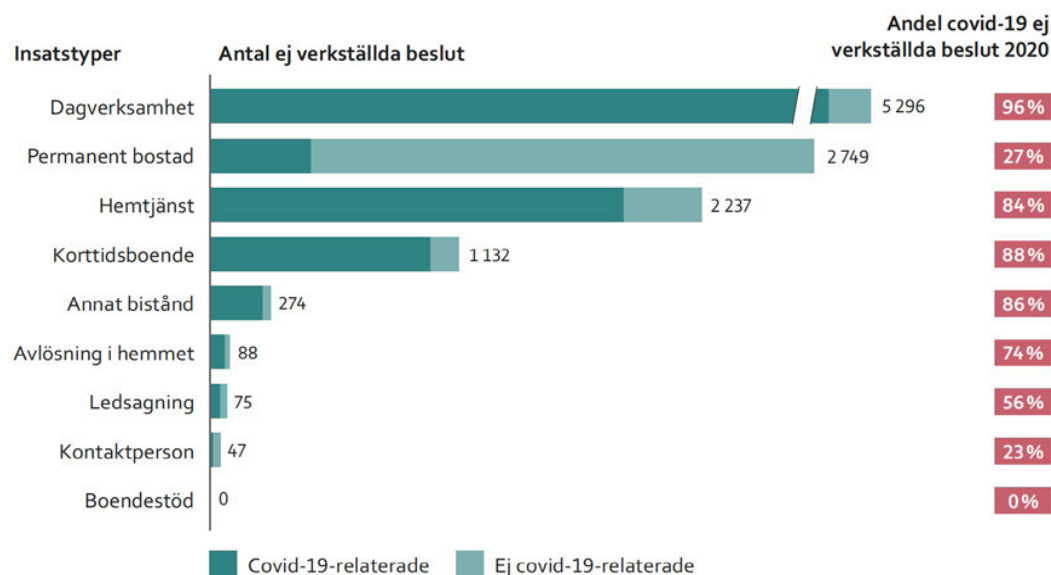
Äldreomsorg*Omsorg funktionsnedsättning / LSS**Individ- och familjeomsorg**Omsorg funktionsnedsättning / SoL*

Kommentar: Inrapporterade beslut januari till och med juli 2020. På grund av eftersläpning i rapporteringen är statistiken där-
efter mer osäker.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Av alla inrapporterade ej verkställda beslut om dagverksamhet inom äldreomsorgen under perioden januari till och med oktober 2020 hade 96 procent direkt eller indirekt koppling till covid-19. Dagverksamheterna drivs ofta inom befintliga äldreboenden där flera personer samlas tillsammans i en lokal. Enligt vad som framkommit som exempel i inrapporteringen av ej verkställda beslut till IVO från kommunerna, har personal inte haft möjlighet att säkerställa nödvändiga avstånd till de äldre och mellan de äldre. IVO bedömer även att det finns en direkt eller indirekt koppling till covid-19 i majoriteten (56–88 procent) av alla inrapporterade ej verkställda beslut om hemtjänst, korttidsboende, annat bistånd, avlösning i hemmet samt ledsagning. Permanent bostad samt kontaktperson är de enda insatstyperna där den direkta eller indirekta kopplingen till covid-19 saknas för majoriteten av ärendena.

Figur 25: Antal, andel samt procentuell ökning av ej verkställda beslut inom äldreomsorg orsakade av covid-19



Kommentar: Inrapporterade beslut januari till oktober 2020. På grund av eftersläpningar i rapporteringen till IVO är uppgifterna för senare delen av året osäkra, särskilt vid nedbrutna analyser.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

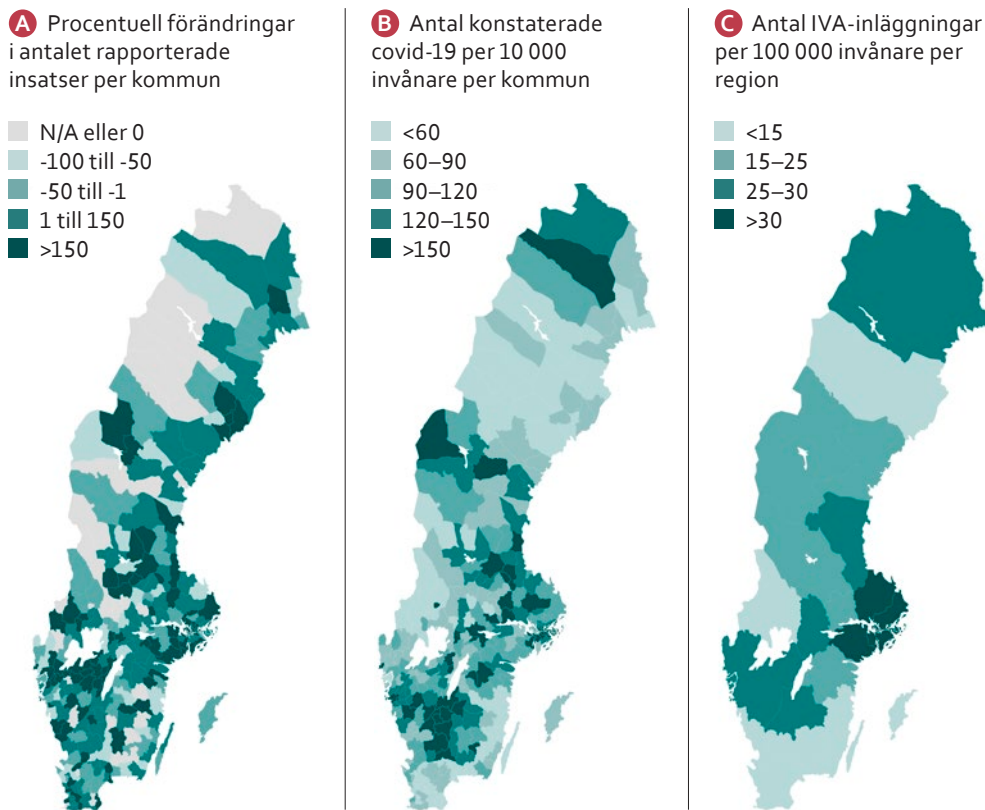
IVO gör fördjupade analyser av covid-19-pandemins påverkan på samtliga verksamhetsområden och insatstyper inom den pågående tillsynen (se nedan).

Kommuner med högre smittspridning har i snitt en högre andel inrapporterade ej verkställda beslut

Det finns skillnader mellan pandemins utbredning i landet och vilka kommuner som har rapporterat in ett förändrat antal ej verkställda beslut till IVO. Det finns även en stor spridning i vilka socialtjänstinsatser som kommunerna har förändrat under 2020. IVO kommer att utreda kommunernas förändringar i socialtjänstinsatserna i vår pågående tillsyn.

Kommuner som tillhör en region med högre smittspridning av covid-19 har i snitt en högre andel inrapporterade ej verkställda beslut i förhållande till befolkningsmängden.¹² Men det finns kommuner som ingår i regioner där det har varit hög smittspridning av covid-19, som har rapporterat in få ej verkställda beslut i förhållande till befolkningsmängd. Det finns också kommuner som ingår i regioner där det har varit låg smittspridning av covid-19, som har rapporterat in många ej verkställda beslut i förhållande till befolkningsmängden.

¹² För att beräkna smittspridning av covid-19 har antal IVA-inläggningar på grund av covid-19 per 100 000 invånare per region använts mellan vecka 6 till 44 för år 2020. Källa: Intensivvårdsregistret.

Figur 26: Geografiska skillnader i antalet ej verkställda insatser, konstaterad covid-19 och IVA-inläggningar

Kommentar: Flera kommuner saknar inrapporterade ej verkställda beslut för år 2019 och/eller 2020. Då kan vi inte beräkna ökningen i A ovan. Detta benämns som N/A eller 0 i figuren. Analysen i A baseras på data från vecka 6 till vecka 44 för år 2019 respektive 2020. Analysen i B och C baseras på data för vecka 6 till och med 44 för år 2020.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, Folkhälsomyndigheten, Intensivvårdsregistret.

Nationell tillsyn med anledning av förändringar i socialtjänstinsatser på grund av covid-19

IVO har med anledning av utbrottet av covid-19 i Sverige inlett en nationell tillsyn som riktar sig till samtliga kommunala nämnder som beviljar socialtjänstinsatser.¹³

Syftet med tillsynen är att granska hur kommunerna, under utbrottet av covid-19, tillgodoser behoven hos personer med socialtjänstinsatser. IVO kommer att granska hur kommunen säkerställer kvalitet och säkerhet vid förändringar i insatser, för att tillgodose berörda personers behov. Förändringar kan exempelvis handla om minskning av insatserns omfattning i antalet timmar, dagar och tillfällen samt omställning till mer digitalt utförda insatser, ändrat innehåll i insatser eller helt inställda insatser.

Vi kommer också att granska vilka konsekvenser förändringar i insatser innebär för berörda personer och hur de upplever kommunernas hantering av förändringar i insatser. Vi kommer därför att intervjua personer vars insatser har förändrats under utbrottet av covid-19.

IVO har inlett tillsynen med att ställa frågor till Sveriges alla kommuner. Vi har begärt uppgifter från samtliga nämnder som är skyldiga att rapportera ej verkställda beslut enligt SoL och LSS till IVO. Vi har använt dessa uppgifter, tillsammans med bland annat uppgifter från andra ärenden hos IVO med koppling

¹³ Enligt 4 kap. 1 § SoL och 9 § LSS.

till covid-19 och befolkningsstatistik, i vår riskanalys för att välja ut kommuner som vi fortsatt kommer att granska.

För att belysa de lärdomar som kommunerna har gjort under utbrottet av covid-19 kommer tillsynen att tydliggöra brister och framgångsfaktorer i kommunernas beredskap och arbete under perioden 1 januari till och med 31 oktober 2020.

Lärdomarna ska bidra till att säkerställa kvalitet och säkerhet för att tillgodose behoven hos enskilda med socialtjänstinsatser även vid framtida pandemier eller andra större hälsokriser.



7. Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa

Behov av ökat samarbete och breddad kompetens över olika verksamhetsområden

Psykisk ohälsa hör till några av våra stora folksjukdomar. Psykiska besvär ökar, i synnerhet bland yngre personer och kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2020a). Den rådande pandemin kan komma att påverka den psykiska hälsan ytterligare, både på kort och på lång sikt. Den ökade psykiska ohälsan i befolkningen kan i sin tur öka kraven på vården och omsorgen och på att stärka det främjande och förebyggande arbetet för psykisk hälsa. Regeringen pekar på behovet att det nationella arbetet med frågor kring psykisk hälsa och suicidprevention behöver intensifieras för att möta den växande utmaning som den psykiska ohälsan innebär (Socialdepartementet, 2020c).

Regeringens strategi för psykisk ohälsa löpte ut under 2020. Det pågår arbete för att ta fram en ny långsiktig nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Den nya strategin ska fokusera på det främjande och förebyggande arbetet. IVO och 23 andra myndigheter har fått i uppdrag att under 2021 komma in med underlag till att ta fram denna nya nationella strategi. Uppdraget avspeglar att olika aktörer behöver ta ett gemensamt ansvar och att frågorna behandlas med ett brett och långsiktigt perspektiv.

Sammanfattning

- IVO behöver utveckla vår tillsyn inom området för att systematiskt kunna monitorera vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa.
- IVO måste också förstärka tillsynen inom det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.
- Den tillsyn som IVO har bedrivit mot den vård och omsorg som ges till personer med psykisk ohälsa visar på brister i samordning och tillgänglighet.

IVO behöver utveckla tillsynen på området för att förstå helheten

Majoriteten av de verksamheter som IVO har tillsyn över har främjande, förebyggande eller behandlande uppdrag inom psykisk hälsa. Riskerna och bristerna för personer med psykisk ohälsa spänner också över vårdens och omsorgens olika verksamhetsområden. IVO bedömer att myndigheten behöver förstå och tidigt upptäcka risker som löper tvärs över olika verksamhetsområden, exempelvis bristande personcentrering, brister i vårdkedjan och bristande samordning.

Vi bedömer därför att vi behöver bredda perspektivet i våra riskanalyser och i vår tillsyn som historiskt främst har fokuserat på psykiatrisk specialistvård. Vi behöver utveckla en mer systematisk monitorering av vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. IVO behöver också förstärka vår tillsyn av hela vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa, inklusive det främjande och förebyggande arbetet.

IVO har inlett ett utvecklingsarbete för att öka digitaliseringen och för att arbeta mer datadrivet. Syftet är att möjliggöra en mer effektiv och träffsäker tillsyn, av bland annat vården och omsorgen om personer med psykisk ohälsa. Istället för att fortsätta att i huvudsak agera på enskilda signaler om vad som redan har drabbat patienter och brukare, behöver vi istället systematiskt och löpande övervaka och bedöma sannolikheterna för att patienter och brukare kan komma att utsättas för bristande kvalitet och säkerhet. Det är när vi agerar förebyggande och bidrar till lärande som vi kan göra störst nytta för så många vård- och omsorgstagare som möjligt.

Det finns fortfarande risker för personer med stora behov av samordning

Under 2020 har IVO avslutat två nationella projekt som berör vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa. Dessa tillsyner hör till de riskområden som IVO prioriterade under 2018–2020. Sammantaget konstaterar vi att det finns brister i samordning av och tillgänglighet till vården och omsorgen. Det kan leda till att patienter drabbas av vårdskador, fördröjd eller utebliven diagnos och sämre behandlingsprognos, vilket i sig kan leda till försämrad hälsa och livskvalitet. Se även kapitel 5 för fördjupade resonemang om risker med bristande tillgänglighet.

Det är väl känt att samordningen av vård och omsorg brister för personer med psykisk ohälsa. Bristerna handlar bland annat om hur vården och omsorgen är organiserad, med avgränsade specialistområden som inte har kontakt med varandra och som inte följer individernas behov (Samordnad utveckling för god och nära vård, 2021; Inspektionen för vård och omsorg, 2020a; Inspektionen för vård och omsorg, 2019a). Utifrån denna välkända riskbild valde IVO att granska vården för några av de grupper som är mest utsatta och som drabbas hårt när samordningen inte fungerar. Tillsynerna är begränsade till sin omfattning, men har gett oss värdefull kunskap som vi använder för att utveckla en mer systematisk monitorering av vården och omsorgen för personer med psykisk ohälsa.

Bristande kännedom om varandras uppdrag drabbar barn och unga med psykisk ohälsa

IVO konstaterar att det fortfarande saknas grundläggande förutsättningar för att samordningen ska fungera för barn och unga som behöver insatser från både vården och omsorgen. Verksamheterna som vi har granskat saknade kunskap om varandras uppdrag och organisation, och dessutom var ansvarsfördelningen och gränsdragningen mellan dem otydlig. De olika verksamheterna kände inte till vilka insatser barnen fick från andra verksamheter. De kände inte heller till de verktyg som finns för att underlätta samordningen mellan olika verksamheter, exempelvis samordnade individuella planer.

Personer med psykiatrisk och somatisk samsjuklighet

Personer med somatisk och psykiatrisk samsjuklighet är en heterogen grupp. De flesta har ett starkt behov av att samordningen fungerar både mellan vårdens aktörer och mellan vården och omsorgen. IVO:s tillsyn fokuserade på samordningen inom hälso- och sjukvården. Vi konstaterade att tillämpningen av de överenskommelser som finns mellan olika verksamhetsområden brister. Tillsynen visade också att vårdgivarna inte säkerställer att verksamheternas personal har den kunskap som behövs för att upprätthålla kraven på en god vård. Den bristande kännedomen om varandras arbetssätt och få snabba vägar till kontakt verksamheter emellan, riskerar också att påverka vården och behandlingen negativt.

Ojämn tillgänglighet till specialiserad vård i öppenpsykiatri

Tillgängligheten till vård inom den specialiserade öppenpsykiatri är ojämn mellan olika regioner, både för barn och vuxna med psykisk ohälsa. Vi ser stora regionala variationer i väntetider och tillgänglighet vilket riskerar leda till en ojämlig vård.

Tillgängligheten till barn- och ungdomspsykiatri varierar stort inom landet

IVO har tidigare pekat på riskerna med de långa väntetiderna för utredning och behandling hos barn- och ungdomspsykiatri och att det påverkar vårdkedjan negativt (Inspektionen för vård och omsorg, 2019a; Inspektionen för vård och omsorg, 2020a).

Måluppfyllelsen för första besök vid barn- och ungdomspsykiatri inom 30 dagar varierar betydligt mellan regionerna. År 2020 varierade måluppfyllelsen mellan 21 och 94 procent. Måluppfyllelsen har också minskat över tid. År 2013 uppnådde 16 av Sveriges 21 regioner minst 90 procents måluppfyllelse. År 2018 och 2020 var det endast tre regioner som uppnådde 90 procents måluppfyllelse.

IVO har genomfört en regional tillsyn av öppenvården inom den specialiserade barn- och ungdomspsykiatri under 2020. Resultaten bekräftar att barn och unga inte får tillgång till vård på lika villkor. Vi såg att väntetiden till behandling varierade mellan 3 och 31 månader inom regionen, vid tre granskade mottagningar. Tillsynen visar att barn och unga inte får tid till läkarbedömning och tillgång till exempelvis psykologisk behandling i rimlig tid. Verksamheterna menade att förklaringen bland annat stod att finna i brist på den personal som de behöver för att kunna ge en god vård.

Långa och varierande väntetider även inom den psykiatriska öppenvården för vuxna

Under 2020 har IVO också uppmärksammat risker kring bristande tillgänglighet, kontinuitet och samverkan inom den psykiatriska öppenvården för vuxna. Vi genomförde därför en tillsyn i sju regioner¹⁴ och vi har inlett tillsyn i ytterligare en region.¹⁵

Tillsynerna visade att det är långa väntetider vid samtliga granskade mottagningar. För neuropsykiatriska utredningar kunde väntetiderna variera mellan 4 månader och 3,5 år och för psykoterapeutiska utredningar mellan 6 månader och 1,5 år. För personlighetsutredning varierade väntetiderna mellan 1 och 1,5 år. Vid över hälften av mottagningarna visade tillsynen även att kallelser, ombokningar eller uppföljningar uteblir eller försenas och att patienter inte sätts upp på väntelistor i enlighet med den uppgjorda planeringen. Det innebär att vård uteblir på grund av verksamhetens bristande administration. IVO kan konstatera att utebliven vård kan vara en vårdskada, och vårdgivarna är skyldiga att förebygga att patienterna drabbas av vårdskador. Utebliven vård kan också leda till sämre hälsa och livskvalitet.

14 Tillsynen omfattade totalt 22 mottagningar inom Region Värmland, Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Uppsala, Region Örebro län, Region Sörmland och Region Västmanland.

15 Region Skåne.



8. Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvården och tandvården

Felaktig förskrivning av läkemedel och oskicklighet i yrkesutövning är fortsatt de vanligaste ärendena i tillsynen

IVO:s tillsyn av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och tandvården ska förebygga att människor drabbas av skador i vården.

Vår tillsyn av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och tandvården har fortsatt att öka och IVO anmäler fler ärenden till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Det är för tidigt att dra några säkra slutsatser om hur covid-19-pandemin och den hårt pressade arbets-situationen i vården påverkar den legitimerade personalens yrkesutövning. IVO utreder för närvarande ett fåtal tillsynsärenden som har initierats med anledning av covid-19.

Sammanfattning

- Det är fortsatt vanligt att tillsynen visar på felaktig förskrivning av läkemedel och oskicklighet i yrkesutövningen inom hälso- och sjukvården. Den vanligaste orsaken till att IVO riktar kritik är felaktig förskrivning. Detta är också en av de vanligaste orsakerna till att IVO anmäler legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN.
- IVO anmäler fler ärenden inom hälso- och sjukvården till HSAN. I 207 ärenden under 2020 har den legitimerade yrkesutövaren uppvisat så pass allvarliga brister att IVO har anmält hen till HSAN. Det är en fortsatt ökning från tidigare år. I knappt hälften av dessa ärenden har IVO yrkat på att HSAN ska återkalla legitimationen.
- Vår tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal visar att det finns vissa hinder för legitimerad personal att följa de beslutade provotidsplanerna.
- IVO anmäler fler tandläkare till HSAN. Under 2020 anmälde IVO 29 tandläkare till HSAN. IVO yrkade att HSAN skulle återkalla legitimationen i 25 ärenden och att HSAN skulle besluta om provotid i 4 ärenden. Det är ett ökat antal jämfört med tidigare år.

FAKTARUTA

Vad gör IVO?

När IVO får kännedom om att legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och tandvården kan vara en fara för patientsäkerheten startar vi en utredning. Vårdgivare och apotekspersonal är skyldiga enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) att anmäla hälso- och sjukvårdspersonal till IVO. Enligt lagstiftningen behöver inget allvarligt nödvändigtvis ha inträffat för att vi ska granska en legitimerad personal. Vi hämtar in uppgifter från exempelvis arbetsgivare, vårdkontakter och receptregistret. Vi ska också låta den person som är under utredning yttra sig i ärendet.

Vad gör hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN?

Om IVO bedömer att det finns skäl för beslut om provotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning i förskrivningsrätt ska IVO anmäla detta till HSAN. Det är HSAN som beslutar om påföljder. Det kan till exempel vara provotid eller att återkalla legitimationen.

Det är fortsatt vanligt att tillsynen visar på felaktig förskrivning av läkemedel och oskicklighet i yrkesutövningen

Under 2020 fattade IVO beslut i 843 ärenden om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det innebär att antalet tillsynsbeslut fortsätter att öka även under 2020, liksom under de närmast föregående åren (se tabell 6).

Vi har avslutat marginellt färre ärenden med kritik under 2020 än under föregående år, men andelen beslut som IVO avslutar med kritik ligger fortfarande på en hög nivå, 18 procent. Vi avslutade majoriteten av ärendena utan åtgärd eller kritik. En förklaring till detta kan vara att IVO tar emot fler signaler och riskindikationer än tidigare på andra sätt än endast genom anmälningar från vårdgivare och apotekspersonal. Många av uppgifterna som kommer in till IVO är inte så allvarliga att de leder till ett kritikbeslut. Men även om ett ärende inte resulterar i ett beslut med kritik, är dessa signaler ändå viktiga för IVO att ta del av eftersom vi använder dem som underlag i våra riskanalyser och tillsyner.

Tabell 6: Antal avslutade ärenden med tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2016–2020

Avslutade ärenden	2016	2017	2018	2019	2020
Avslutas med kritik	184	172	178	169	149
Avslutas utan kritik	281	191	152	193	194
Ärendet avslutas	67	267	291	349	267
Totalt	604	713	716	813	843

Kommentar: Uppgifterna avser slutligt beslutsdatum. "Ärendet avslutas" avser bland annat de ärenden som har vunnit laga kraft efter anmälan till HSN.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Den vanligaste orsaken till att IVO riktar kritik är felaktig förskrivning

Den vanligaste orsaken till att IVO riktar kritik är felaktig förskrivning. Detta är också en av de vanligaste orsakerna till att IVO anmäler legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till HSN (se mer på sida 82). I ett och samma beslut kan IVO rikta kritik på flera olika punkter, till exempel oskicklighet i yrkesutövningen eller olämplighet.

Att felaktigt skriva ut läkemedel innebär att skriva ut dem i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan bland annat handla om förskrivning på felaktiga indikationer eller att läkare eller tandläkare förskriver större mängder läkemedel än vad som är nödvändigt för behandlingen. I flertalet fall rör det sig om felaktig förskrivning av narkotikaklassade och särskilda läkemedel. Som särskilda läkemedel räknas, utöver narkotika, bland annat anabola steroider och tillväxthormoner. Att felaktigt skriva ut narkotiska eller andra särskilda läkemedel riskerar att bidra till beroende eller missbruk och kan leda till stora negativa konsekvenser för den enskilde.

År 2020 riktade IVO kritik för felaktig förskrivning i 45 procent av de ärenden som vi avslutade med kritik. En majoritet av besluten handlar om att den legitimerade personalen felaktigt hade skrivit ut läkemedel i tjänsten. I ungefär en tredjedel handlar det istället om oriktig förskrivning av läkemedel till sig själv eller till en närstående.

Största delen av de som kritiseras för felaktig förskrivning är äldre läkare eller tandläkare, ofta över 65 år (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a). Just som under tidigare år är det framförallt ensampraktiserande eller pensionerade läkare eller tandläkare som kritiseras för felaktig förskrivning. I Sverige är alla legitimationer inom hälso- och sjukvården livslånga, om de inte återkallas. Läkare- och tandläkarlegitimationer ger rätt att skriva ut läkemedel oavsett var personen tjänstgör eller om personen tjänstgör. Läkare och tandläkare kan därmed förskriva läkemedel även när de inte längre är yrkesverksamma.

Tabell 7: Antal avslutade ärenden med kritik 2016–2020 fördelade på olika kritikgrunder

Avslutas med kritik	2016	2017	2018	2019	2020
Förskrivning	70	92	95	72	25
Förskrivning i tjänsten	0	0	0	2	24
Förskrivning till sig själv eller närstående	0	0	0	0	27
Missbruk	7	1	4	2	5
Olämplighet	32	7	14	11	10
Oskicklighet	57	59	65	77	62
Sjukdom	0	2	2	2	2
Övrigt	33	29	18	18	12
Övrigt/Uppgift saknas	0	1	0	4	3

Kommentar: Uppgifterna avser slutligt beslutsdatum. Uppdelningen av förskrivningsärenden är ny för 2020. Observera att ett ärende kan innehålla flera kritikgrunder, varför varje kolumnsumma kan överstiga det totala antalet unika avslutade ärenden respektive år.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

IVO riktar kritik mot legitimerad personal för oskicklighet i yrkesutövningen

En annan vanlig orsak till att IVO riktar kritik mot legitimerad personal är oskicklighet i yrkesutövningen. Under 2020 förekommer oskicklighet i yrkesutövningen i 43 procent av de ärenden där IVO riktade kritik. Oskickliga yrkesutövare utgör på olika sätt en fara för patientsäkerheten. Det kan till exempel handla om stora brister i kunskap som leder till att patienter inte får en god och säker vård. Exempel är när läkare inte reagerar korrekt på ett avvikande provsvar och när sjuksköterskor brister i hanteringen av eller kunskapen om läkemedel.

Detta behöver inte betyda att personer som är yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården blir allt mer oskickliga. Det kan istället bland annat bero på att Socialstyrelsen utfärdar allt fler legitimationer (Socialstyrelsen, 2020f), på att de som är skyldiga att anmäla faktiskt anmäler oftare, på att IVO tar emot fler signaler om brister och oskicklighet i yrkesutövningen och på att myndigheten får in fler ärenden i allmänhet.

IVO anmäler fler ärenden till HSN än tidigare

I 207 ärenden under 2020 har den legitimerade yrkesutövaren uppvisat så pass allvarliga brister att IVO har anmält hen till HSN. Det är en fortsatt ökning från tidigare år.¹⁶ I knappt hälften av dessa ärenden (98 stycken) har IVO yrkat på att HSN ska återkalla legitimationen. I nästan lika många fall har IVO yrkat på att personen ska få provotid.

Vi kan konstatera att andelen ärenden där HSN har bifallit IVO:s yrkanden ligger på en stabilt hög nivå. Under år 2018–2020 låg andelen ärenden där HSN biföll IVO:s yrkande på 90–95 procent (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, 2020). Det visar att våra utredningar och bedömningar är väl underbyggda.

¹⁶ Dessa ärenden behöver inte nödvändigtvis vara avslutade eller beslutade utan uppgiften avser när IVO gjorde själva yrkandet till HSN.

Tabell 8: Antal yrkanden till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) 2016–2020 fördelat på olika yrkanden

Yrkanden till HSAN	2016	2017	2018	2019	2020
Interimistisk indragning eller begränsning av förskrivningsrätt	0	0	1	0	1
Interimistisk återkallelse av legitimation	0	0	2	4	6
Läkarundersökning	2	5	10	4	2
Läkarundersökning och int. återkallelse av legitimation	0	1	1	1	1
Prövotid	63	83	95	87	90
Indragning eller begränsning av förskrivningsrätt	0	0	0	4	9
Återkallelse av annan behörighet	3	2	2	0	0
Återkallelse av legitimation	26	29	64	65	98
Total	94	120	175	165	207

Kommentar: Uppgifterna avser yrkanden som IVO gjorde under de redovisade åren.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vad handlar IVO:s anmälningar till HSAN om?

I de ärenden där IVO har anmält legitimerade yrkesutövare till HSAN kan vi se att det framförallt handlar om missbruk, oskicklighet i yrkesutövningen, brott eller olämplighet. Felaktig förskrivning är vanligt även här, antingen i tjänsten eller till sig själv eller närstående. Observera att ett enskilt ärende kan handla om mer än en sak, exempelvis både missbruk och felaktig förskrivning.

Vi ser att antalet ärenden med brott som grund för anmälan ökar. Domstolarna ska skicka domar som rör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som dömts för brott till IVO och Socialstyrelsen, vilket framgår i enligt förordningen (1982:117) om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen om domar i vissa brottmål. IVO har under 2019 arbetat aktivt med att hämta in sådana domar, vilket har lett till att vi har gjort ett ökat antal anmälningar till HSAN. Ökningen av antalet yrkanden till HSAN mellan 2019 och 2020 som gäller brott beror med stor sannolikhet på att vi har fått tillgång till fler domar, snarare än på att brottsligheten har ökat.

Tabell 9: Antal yrkanden till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) 2016–2020 fördelat på vad ärendet avser

Yrkande till HSAN avser	2016	2017	2018	2019	2020
Brott	0	0	5	13	29
Förskrivning	12	23	23	17	4
Förskrivning i tjänsten	0	0	0	2	10
Förskrivning till sig själv eller närstående	0	0	1	1	10
Missbruk	48	60	82	59	44
Olämplighet	15	12	28	29	25
Oskicklighet	10	18	29	36	41
Sjukdom	10	13	23	29	25
Underlåtenhet att följa provotidsplan	0	1	0	5	8
Övrigt	14	18	18	15	5
Övrigt/Uppgift saknas	0	0	5	8	55
Total	109	145	214	214	256

Kommentar: Uppgifterna avser yrkanden som IVO gjorde under de redovisade åren. Observera att en anmälan till HSAN kan baseras på flera olika grunder, varför varje kolumnsumma kan överstiga det totala antalet unika yrkanden respektive år.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Beslut om provotid ska ge möjlighet att rätta till bakomliggande orsaker, men det finns hinder

I flertalet ärenden där IVO anmäler en legitimerad yrkesutövare till HSAN yrkar vi på provotid. Provotid är ett sätt att ge legitimerade yrkesutövare möjligheter att åtgärda de bakomliggande orsakerna till det problem som gör att vi bedömer att de kan vara en fara för patientsäkerheten. Syftet med provotid är också att ge en yrkesutövare möjlighet att förbättra sig inom områden där det finns brister, om personen till exempel saknar tillräckliga medicinska kunskaper. Detta kan ske genom exempelvis handledning eller fortbildning.

Vi ser att allt fler legitimerade yrkesutövare får beslut om provotid som påföljd av HSAN efter yrkande från IVO. Det huvudsakliga skälet är sjukdom eller annan liknande omständighet. Det kan till exempel vara ett beroende, som medför att det finns risk att personen inte kan utföra sitt yrke på ett betryggande sätt (Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, 2020).

En provotid löper alltid under tre års tid. Inför en provotid upprättar IVO en provotidsplan. Provotidsplanen kan exempelvis innehålla krav på behandling, krav på att lämna prover eller att fortbilda sig inom det område där IVO har identifierat brister. Det är den legitimerade personens eget ansvar att följa provotidsplanen. I IVO:s uppdrag ingår tillsyn över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har fått beslut om provotid från HSAN. Om yrkesutövaren inte följer provotidsplanen kan detta innebära att IVO yrkar på att HSAN ska återkalla legitimationen.

Ibland följer personer inte den beslutade provotidsplanen och orsakerna till detta varierar. IVO har mycket begränsad information i flera av de ärenden som leder till att legitimationen återkallas. Det beror bland annat på att den legitimerade personen inte har svarat på våra kontaktförsök eller inte skickat in nödvändiga underlag till oss, exempelvis provsvar.

Det finns omständigheter som försvårar möjligheterna att följa provotidsplanen

Vår tillsyn visar att det finns vissa hinder för legitimerad personal att följa de beslutade provotidsplanerna. Vi ser också exempel där den legitimerade personen själv har begärt att legitimationen ska återkallas på grund av att de har svårt att följa provotidsplanen.

Ett sådant hinder är ekonomiska förutsättningar. Om HSAN har beslutat om provotid på grund av att personen har ett missbruk eller beroende, innehåller provotidsplanen krav på provtagning. Provtagning ska initialt ske minst en eller två gånger i månaden och det kan kosta mer än tusen kronor per tillfälle. Vi ser då att personer som inte längre har kvar sin anställning, på eget initiativ återkallar sina legitimationer, eftersom de inte själva har råd att stå för kostnaderna för provtagningarna. Om den legitimerade personen däremot har kvar sin anställning, kan företagshälsovården betala för provtagningen. I vilken mån yrkesutövare själva behöver betala för provtagning varierar över landet. Vi ser också skillnader mellan olika yrkeskategorier, som innebär att läkare med missbruk eller beroende i större utsträckning får behålla sin anställning än vad sjuksköterskor får.

Provotidsplanen kan också innehålla krav på kontinuerlig läkarkontakt eller behandling. Även här ser IVO tecken på att det kan finnas hinder för att följa kraven. Det kan till exempel handla om svårigheter för den legitimerade personen att få till stånd den kontakt med en behandlande läkare som krävs. Det kan också handla om att personen hamnar i kläm om vården inte anser att personen är tillräckligt sjuk för att få den behandling som provotidsplanen anger. En orsak till att det kan vara svårt att följa provotidsplaner med krav på behandling är lång handläggningstid mellan att anmälningen kom in till IVO och att HSAN beslutade om provotiden. Det är inte ovanligt med en sammanlagd handläggningstid om två år. Det innebär att yrkesutövarnas hälsa och förutsättningar kan hinna förändras under handläggningstiden.

Här finns det en målkonflikt mellan behovet av att agera snabbt och behovet av ett omsorgsfullt utredningsarbete. IVO genomför just nu en omfattande genomlysning av flertalet processer, för att förkorta och effektivisera handläggningstiderna. Inom tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har vi under året bland annat tagit fram ett nytt bedömningsstöd för att effektivisera handläggningen.

Under våren och sommaren 2020 har IVO fått indikationer på att det varit svårt för en del legitimerade yrkesutövare, som nyligen fått beslut om provotid, att få tillgång till provtagning, läkarbesök eller behandling på en del mottagningar. Detta beror på att mottagningarna har haft intagningsstopp på grund av den rådande covid-19-pandemin. Vi vet i dagsläget inte hur utbrett detta problem är.

IVO anmäler fler tandläkare till HSAN

År 2018 anmälde IVO 10 tandläkare till HSAN för oskicklighet. Motsvarande antal för 2019 var 11 tandläkare. Under 2020 anmälde IVO 29 tandläkare till HSAN (22 män och 7 kvinnor). IVO yrkade att HSAN skulle återkalla legitimationen i 25 ärenden och att HSAN skulle besluta om provotid i 4 ärenden.

IVO har initierat 13 av de 29 ärendena under 2020 efter anmälningar från Försäkringskassan. I resterande fall initierades ärendena av tandvården (6 ärenden), apotek (2 ärenden) samt övriga (8 ärenden).

Av de 29 tandläkare som IVO anmälde till HSAN under 2020 hade 16 sin verksamhet i eller runt Stockholm. Vidare var 10 minst 60 år när anmälan skickades in till HSAN och 22 hade examen från svensk tandläkarhögskola som grund för sin svenska legitimation. 26 tandläkare var verksamma inom den privata tandvården, 1 tandläkare var verksam inom den offentliga tandvården (Folktandvården) och 2 tandläkare var verksamma både inom den privata och inom den offentliga tandvården.

Saknade patientjournaler försvårar granskningen

I fyra ärenden har IVO inte granskat några patientjournaler, eftersom det i princip har varit omöjligt att få tillgång till dessa. Antingen har tandläkarna vägrat att skicka in de begärda handlingarna till IVO eller så har klinikerna varit nedlagda och journalerna inte funnits kvar. Två anmälningar grundar sig på att tandläkarna har hållit sig undan från tillsyn. Ett ärende öppnades mot bakgrund av att tandläkaren har begått grova brott och ett ärende öppnades eftersom tandläkaren inte kom igång med att följa den provotidsplan som HSAN tidigare hade beslutat om.

Samtliga granskade patientjournaler uppvisar brister

IVO granskade totalt 253 patientjournaler i de 25 ärenden som vi anmälde till HSAN under 2020 och där vi granskade journaler. Vi konstaterar att samtliga journaler uppvisar brister som gäller både kliniska undersökningar och röntgenundersökningar. Detta är anmärkningsvärt. Det är också anmärkningsvärt att det i 171 av de 253 journalerna saknas uppdaterade medicinska uppgifter (aktuella hälsodeklarationer). Det innebär att tandläkarna har riskerat att utsätta dessa patienter för till exempel allvarliga allergiska reaktioner, omfattande infektioner, svåra läkemedelsbiverkningar och svårstoppade blödningar.

Vår granskning visar att 5 av de 25 tandläkare som har skickat in patientjournaler till IVO, hade manipulerat journalerna eller gjort efterhandsnoteringar i journalerna eller både och. Efterhandsnoteringarna innebär i dessa fall att den utskrift som de skickade till IVO sannolikt inte beskriver den vård som de faktiskt har utfört.

Behandlingar är undermåliga

Yrkesutövningen när det gäller tandsjukdomarna karies och tandlossning (parodontit) brister ofta i diagnostik och utredning och i att patienterna inte får den behandling de behöver, vare sig kausal (orsaksinriktad) eller profylax (förebyggande). Två tredjedelar av tandläkarna har utfört rotbehandlingar utan att säkerställa ett rent och sterilt (aseptiskt) arbetsfält med hjälp av en gummiduk som används för att avskärma arbetsområdet (kofferdam). Det saknas också ofta diagnoser som motiverar den utförda rotbehandlingen och själva behandlingen är i sig ofta bristfälligt beskriven (det saknas exempelvis mått på rensdjup). Påfallande ofta är rotfyllningsresultatet bristfälligt och det saknas en dokumenterad bedömning av resultatet i journalen.

Protetikbehandlingar påbörjas alldeles för tidigt

I nästan alla journaler framgår att tandläkarna har påbörjat omfattande protetiska bettrehabiliteringar (det vill säga med exempelvis kronor, broar och implantat) utan att de först på ett korrekt sätt har diagnostiserat och behandlat eventuella underliggande tandsjukdomar, som till exempel karies, tandlossning (parodontit) och infektioner. Detta är en allvarlig brist som kan leda till att de nygjorda konstruktionerna inte håller så länge som de ska. Cirka hälften av dessa behandlingar har utförts utan att tandläkaren först har dokumenterat i vilken ordning olika moment ska göras och vad slutmålet är (terapiplan). Två tredjedelar av de granskade tandläkarna har inte dokumenterat någon kontroll av passformen på de utförda konstruktionerna.

Brister i hanteringen av röntgen

IVO ser också stora brister när det gäller den utförda röntgendiagnostiken. Det handlar dels om den tekniska kvaliteten på utförda undersökningar, dels om att det i flertalet journaler saknades uppgifter om varför bilder har tagits, och vad bilderna har visat för information. Vi ser detta i 80–90 procent av de ärenden som vi har anmält till HSAN. En kvalitetsbrist är att röntgenunderlaget i nästan hälften av de granskade patientjournalerna innehåller för få bilder för att kunna ge ett bra underlag för diagnostik och terapiplanering. I en tredjedel av alla fall kunde IVO konstatera att bilderna hade tagits på ett sätt som var felaktigt och som på grund av detta också hade utsatt patienterna för farlig joniserande strålning.

Brister i kirurgisk verksamhet

Hos många tandläkare noterade IVO brister när det gäller bedömningar både inför och i samband med kirurgiska ingrepp. IVO noterade också att flera tandläkare utförde kirurgiska behandlingar utan dokumenterade indikationer, det vill säga utan att i journalen med lämplig diagnos ange varför ingreppet behövde göras. Relativt ofta saknades också dokumenterade operationsberättelser.

Felaktig behandling med antibiotika och andra läkemedel

Det ökande problemet med antibiotikaresistens gör att antibiotika endast ska ges på strikta indikationer och enligt Läkemedelsverkets rekommendationer (Läkemedelsverket, 2012; Läkemedelsverket, 2014). Trots detta noterade IVO att 20 av de 25 granskade tandläkarna hade behandlat sina patienter med antibiotika, utan att det fanns någon indikation för denna behandling. De granskade tandläkarna uppvisade också bristande kunskaper när det gäller vilka preparat och doser som de har valt, något som i några fall hade kunnat leda till allvarliga allergiska reaktioner och ytterst till att patienten dött. IVO noterade också att det i flera patientjournaler saknades uppgifter om preparat och dos när det gäller lokalbedövning. IVO anser att dessa uppgifter alltid är nödvändiga, och att det är särskilt allvarligt när det handlar om läkemedel som sprutas in i kroppen (injektioner).



9. Säkerhet i nätverk och informationssystem inom hälso- och sjukvården

Störningar i nätverk och informationssystem kan innebära betydande risker för patientsäkerheten

Nätverk och informationssystem spelar en allt viktigare roll i samhället och även inom vården och omsorgen. Det ställer höga krav på säkerheten i dessa system inom vård och omsorg så att hög patientsäkerhet bibehålls.

Svensk hälso- och sjukvård hanterar information av betydelse för patientsäkerheten för en stor del av befolkningen. För att patienter ska kunna få god och säker vård i rätt tid är det ofta avgörande att tillgängligheten till de informationssystem som används i vården är tillräcklig. Det är också avgörande att vårdens information om patienterna är korrekt och tillförlitlig. Om säkerheten i nätverk och informationssystem brister kan det medföra allvarliga patientsäkerhetsrisker. Om säkerheten brister finns det även allvarliga risker för att känsliga uppgifter om patienter röjs och kommer i orätta händer.

Leverantörer av samhällsviktiga och digitala tjänster inom hälso- och sjukvården (vårdgivare) måste sedan 2018 arbeta systematiskt och riskbaserat med informationssäkerhet och rapportera incidenter. Syftet med dessa krav är att uppnå en hög nivå på säkerheten i nätverk och informationssystem för samhällsviktiga tjänster. Ytterst handlar det om patientsäkerhet.

IVO granskar säkerhet i nätverk och informationssystem inom hälso- och sjukvården

IVO är tillsynsmyndighet för säkerhet i nätverk och informationssystem inom hälso- och sjukvården. IVO har därför byggt upp sin interna kompetens och utvecklat metoder för tillsyn och samverkar med andra tillsynsmyndigheter vid behov. Med anledning av pandemin har IVO under 2020 gjort en kombination av i huvudsak dokumentgranskningar, men även digitala och fysiska tillsyner.

Leverantörer av samhällsviktiga tjänster ska bedriva ett systematiskt och riskbaserat informationssäkerhetsarbete. Leverantörerna ska vidare utforma och samordna sitt informationssäkerhetsarbete utifrån organisationens behov. Arbetet ska styra hur leverantörerna hanterar informationen i de nätverk och informationssystem som används för att tillhandahålla samhällsviktiga tjänster. IVO:s tillsyn har visat på flera utvecklingsområden inom hälso- och sjukvården.

Incidentrapporterna visar på betydande risker för patientsäkerheten

Leverantörer ska utan onödigt dröjsmål rapportera incidenter som tydligt försämrar kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänst som de tillhandahåller. De ska rapportera detta till Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB). IVO tar del av de incidentrapporter som gäller hälso- och sjukvården från MSB.

Vi ser att många av incidentrapporterna handlar om störningar i nätverk som gör att leveransen i de samhällsviktiga systemen påverkas. Det kan exempelvis leda till att vårdpersonal inte kan ta emot larm från vårdtagare, inte komma åt information om medicinlistor eller inte läsa patientjournaler. I ett fall tvingades ett större sjukhus att stänga sin akutmottagning och dirigera om ambulanserna till andra mottagningar efter att störningar i nätverket gjorde verksamhetskritiska IT-system otillgängliga.

Brister i arbetet med riskanalyser och åtgärdsplaner

Leverantörer ska genomföra ändamålsenliga och proportionella tekniska och organisatoriska åtgärder för att hantera risker som hotar säkerheten i nätverk och informationssystem. Leverantörerna ska göra en riskanalys för att kunna identifiera och prioritera de nödvändiga säkerhetsåtgärderna. Riskanalysen handlar om att identifiera vilka hot som finns mot systemet och som kan resultera i bristande tillgänglighet, riktighet och konfidentialitet. Riskanalysen ska uppdateras årligen och innehålla en åtgärdsplan.

Vi ser att vissa leverantörer inom vården brister i att genomföra och uppdatera riskanalyser och med att upprätta åtgärdsplaner. Dessa leverantörer riskerar att inte genomföra tillräckliga säkerhetsåtgärder. Vi har exempelvis sett bristande riskanalys i samband med att leverantörer uppdaterar journalsystem. Förändringar i kritiska system av det här slaget kräver ofta omfattande och komplexa åtgärder, inte sällan med hög grad av risk. I samband med uppdateringen slutade andra IT-system att fungera, eftersom de var beroende av att kunna kommunicera med journalsystemet. IVO bedömde att en bättre riskanalys hade kunnat identifiera att det behövdes förebyggande åtgärder.

Ledningens och den övriga organisationens ansvar är inte tydligt

Leverantörer ska utifrån identifierade risker och behov tydliggöra ledningens och övriga organisationens ansvar för informationssäkerhetsarbetet. Det är ledningen som ska styra det systematiska informationssäkerhetsarbetet. Ledningen behöver därför se till att det finns tydliga och dokumenterade arbetssätt.

Vi ser att ledningens och övriga organisationens ansvar inte alltid är tydliggjort. Det kan exempelvis vara otydligt hur mandat och befogenheter är fördelade i det systematiska informationsarbetet. Det kan i sin tur leda till att leverantören inte tillräckligt snabbt genomför tillräckliga säkerhetsåtgärder. Ett exempel gäller hur ansvaret för samverkan mellan olika delar av en organisation har reglerats och fungerar. Ett systematiskt informationssäkerhetsarbete kräver en hög grad av samverkan mellan olika funktioner, allt från IT-avdelningen till ledningen. Vi ser att brister i samverkan riskerar att inte sprida engagemanget för frågor om informationssäkerhet i verksamheten, vilket kan leda till att risker och åtgärder missas.

Det kan också finnas otydlighet när det gäller centrala rutiner. Vi har sett exempel på leverantörer som inte har infört arbetssätt som säkerställer att ledningen får information om inträffade incidenter, det vill säga händelser som faktiskt försämrar säkerheten i nätverk och informationssystem. Utan denna nödvändiga information kan en ledning inte fullgöra sitt ansvar. Inte heller kan ledningen fullgöra skyldigheten att utan onödigt dröjsmål rapportera incidenter som försämrar kontinuiteten i den samhällsviktiga tjänsten.



10. IVO har ett viktigt uppdrag för att stoppa oseriösa aktörer

IVO behöver ett bredare informationsflöde och mer samverkan med andra myndigheter

När oseriösa verksamheter felaktigt använder exempelvis assistansersättning eller det statliga tandvårdsstödet riskerar patienter och brukare att inte få sina behov tillgodosedda med en insats eller behandling som är säker och av god kvalitet. Detta leder också till en osund konkurrens och urholkar välfärdssystemen (Polismyndigheten, 2019; Socialdepartementet, 2019). I pandemins spår har IVO även fått in anmälningar och upplysningar om oseriös hantering när det gäller olika typer av tester för covid-19.

Sammanfattning

- IVO har en viktig roll för att förhindra oseriösa aktörer inom olika verksamhetsområden. På så sätt bidrar vi till en trygg och säker vård och omsorg, en sund konkurrens och förvaltning av offentliga medel, statens trovärdighet i stort och förtroendet för välfärdssystemen.
- IVO har föreslagit ett paket av författningsförslag för att öka effekten av IVO:s utredningar av bland annat personlig assistans. Förslagen gäller utökade sanktionsmöjligheter, större tillgång till information genom undanröjande av sekretesshinder samt ökad samverkan mellan IVO och andra myndigheter.
- IVO konstaterar att det finns risk för att oseriösa aktörer tar sig in på marknaden för testning av covid-19. Detta kan leda till att välfärdens resurser används på fel sätt och till flera risker ur ett patient-säkerhetsperspektiv. Bland annat kan felaktiga provsvar bidra till ökad smittspridning.

Personlig assistans och andra insatser inom socialtjänsten

IVO har ett viktigt uppdrag i arbetet med att säkerställa att assistansanordnare har för avsikt att utföra personlig assistans av god kvalitet samt att förhindra oseriösa verksamheter. Inte minst inom tillståndsprövningen har IVO goda möjligheter att i ett tidigt skede, innan en anordnare etablerar sig på marknaden, avvisa oseriösa aktörer och förhindra osund konkurrens.

IVO har under 2020 särskilt fokuserat på dessa frågor inom just personlig assistans inom ramen för olika regeringsuppdrag (Socialdepartementet, 2019). Uppdragen berör centrala frågor om IVO:s effektivitet och träffsäkerhet inom tillståndsprövning och tillsyn.

Komplexa utredningar ställer höga krav

IVO prövar årligen 80–100 tillståndsansökningar gällande personlig assistans.¹⁷ Det finns i nuläget cirka 980 privata assistansanordnare med tillstånd och drygt 820 personer som anordnar sin egen assistans.¹⁸ Dessutom tillhandahåller landets alla kommuner assistans på något sätt. IVO:s uppdrag är med andra ord omfattande. Kvalitetsbrister i personlig assistans kan vara ett tecken på att det rör sig om en oseriös aktör. Ytterst riskerar brukarna att drabbas hårt av en bristfälligt utförd eller icke existerande insats.

Utredningar av oseriösa verksamheter ställer höga krav på IVO:s utredare och inspektörer, exempelvis när det gäller företagsekonomisk kompetens samt förmåga att granska komplexa företagsstrukturer, otydliga ägandeförhållanden och olika bolagsupplägg.

Det finns enligt Åklagarmyndigheten två huvudtyper av assistansbedrägerier (Åklagarmyndigheten, 2015). Det första är *simulantfallet* där den som får assistansersättning överdriver eller låtsas behöva ha hjälp. I dessa fall behöver IVO inte ta hänsyn till kvaliteten i assistansen. Den andra typen är *utnyttjandefallet*, vilket i regel innebär att brukaren har ett funktionshinder och behöver hjälp, men hen används som ett brottsverktyg för att få assistansersättning. Detta görs möjligt genom att brukaren inte får den assistans som hen har rätt till samtidigt som till exempel assistansanordnaren med hjälp av osanna eller falska assistans-

¹⁷ Se bilaga 1 för specifik verksamhetsstatistik för bland annat personlig assistans.

¹⁸ Slagning i IVO:s omsorgsregister 2020-09-03.

räkningar och tidsredovisningar vilseleder Försäkringskassan att felaktigt betala ut stora summor assistansersättning. I dessa fall är bristen på kvalitet central (Polismyndigheten, 2019; Polismyndigheten, 2020).

IVO har även uppmärksammat att så kallade bolagskaruseller förekommer bland assistansanordnare (Utredningen om samordning av statliga utbetalningar från välfärdssystemen, 2020). Det innebär att de företrädare som utreds eller är misstänkta för brott ansöker om tillstånd hos IVO för nya vård- och omsorgsbolag i takt med att det befintliga bolaget utreds av ansvariga myndigheter. I samband med att ett bolag avvecklas, aktiveras ett nytt bolag som sedan används för att återigen utnyttja välfärdssystemet.

IVO samverkar bland annat med Försäkringskassan och vi har under året inlett samverkan med ytterligare myndigheter, till exempel Polismyndigheten och Migrationsverket för att säkerställa att vi har tillräckliga beslutsunderlag. Men i takt med att de oseriösa verksamheterna förändras och hittar nya sätt att utnyttja välfärdssystemen blir IVO:s uppdrag än mer omfattande. För att vi ska kunna effektivisera vårt riskbaserade arbetssätt behöver vi ha ett systematiskt och bredare informationsflöde. Det kan vi få genom automatiska och datadrivna risk signaler från bland annat andra myndigheter.

IVO har föreslagit ett paket av författningsförslag för att öka sitt genomslag

Vi konstaterar att det manuella arbetssätt som IVO använder i dag inte är ändamålsenligt för att utföra vårt uppdrag inom tillståndsprövning och tillsyn av exempelvis personlig assistans. Det nuvarande arbetssättet gör det inte möjligt att hämta in och bearbeta all den information som behövs för att vi ska kunna göra prövningar på ett effektivt och träffsäkert sätt. Ytterst riskerar detta att leda till att verksamheter som egentligen inte lever upp till kraven i lagstiftningen kan startas upp eller fortsätta att bedrivas. Sammanfattningsvis bedömer vi att det finns en tydlig potential i att använda data som strategisk resurs och att använda modern digital teknik mer effektivt. Vi har därför börjat ställa om till ett mer digitaliserat arbetssätt.

Under 2020 har IVO, på uppdrag av regeringen (Socialdepartementet, 2019), presenterat två rapporter där myndigheten analyserat arbetet med assistansanordnare (Inspektionen för vård och omsorg, 2020c), ägar- och ledningsprövning samt upprättandet av ett omsorgsregister (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). I båda dessa rapporter har IVO lämnat flera författningsförslag som syftar till att stärka vår förmåga att hindra oseriösa aktörer från att etablera sig och verka inom personlig assistans och övrig socialtjänst. Totalt rör det sig om 29 förslag som kan delas in i tre kategorier: utökade sanktionsmöjligheter, större tillgång på information genom undanröjande av sekretesshinder samt ökad samverkan mellan IVO och andra myndigheter.

Vad gäller utökade sanktionsmöjligheter har vi föreslagit att IVO får utvidgade befogenheter att återkalla tillstånd som inte utnyttjas samt att förbjuda olovliga verksamheter. Vi föreslår också en utökad kriminalisering av olovlig verksamhet enligt socialtjänstlagen, med innebörden att denna även omfattar oaktsamhet. Slutligen föreslår vi att en sanktionsavgift införs som kopplas till anmälningsskyldighet och olovligt bedrivande av verksamhet.

I båda rapporterna har vi lämnat förslag som ger IVO ökad tillgång till information genom att undanröja sekretesshinder. Förslagen rör direktåtkomst till belastnings- och misstankeregistret samt en sekretessbrytande bestämmelse som ger tillgång till vissa uppgifter i Skatteverkets beskattningsdatabas.

Slutligen har vi lämnat förslag om myndighetssamverkan och underrättelseskyldighet för IVO och vissa andra myndigheter. Skyldigheten gäller Polismyndigheten, Migrationsverket samt IVO genom att myndigheten omfattas av lagen (2016:774) om uppgiftsskyldighet mot viss organiserad brottslighet, LUS.

Tandvård

IVO konstaterar att svensk tandvård utför en god och patientsäker tandvård, men i en liten del av tandvården ser IVO allvarliga brister. Det handlar om oseriösa tandläkare och tandvårdsföretag (vårdgivare) där målet med verksamheten inte i första hand är att bidra till en god tandhälsa hos patienterna. IVO uppskattar att det finns cirka hundra oseriösa tandläkare som är verksamma i den svenska tandvården. De är oseriösa i den meningen att flera av deras patienter många gånger är i sämre skick efter att de fått sin behandling än innan behandlingen påbörjades. Patienterna drabbas eller riskerar att drabbas av vårdskador och lidande, samtidigt som staten och skattebetalarna får betala för detta genom de statliga och regionala tandvårdsstöden.

IVO ska bidra till en säker tandvård av god kvalitet. Vi har ett tydligt uppdrag att bidra till att förhindra allvarliga brister i tandvården. Vår tillsyn inom området ska vara riskbaserad, vilket bland annat innebär att vi ska prioritera våra resurser till de områden där de gör mest nytta. Ett sådant område är att förhindra oseriös tandvård.

Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen har uppskattat att de felaktiga utbetalningarna omfattar 5,5 procent av det statliga tandvårdsstödet, vilket motsvarar cirka 302 miljoner kronor per år i 2016 års utgifter. Samtliga fel uppges ha orsakats av vårdgivarna och delegationen misstänker att två tredjedelar av felen är avsiktliga (Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen, 2019). Bland de oseriösa tandläkarna och vårdgivarna finns också kopplingar till kriminella verksamheter, vilket även Nationellt underrättelsecentrum har uppmärksammat (Nationellt underrättelsecentrum, 2019).

På den svenska tandvårdsmarknaden finns allt från stora till mycket små aktörer. De fyra största aktörernas omsättning i vuxentandvården motsvarar 57 procent av all vuxentandvård. För de resterande 43 procenten står cirka 1 900 vårdgivare. Majoriteten av vårdgivarna är alltså små, med en årlig omsättning under fem miljoner kronor. Dessa små vårdgivare omsätter 21 procent av vuxentandvården (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 2020).

I många fall består de små vårdgivarna av endast en tandläkare med en tandsköterska. Ibland arbetar tandläkaren ensam, så kallade solitärer. De små vårdgivarna är cirka 850 till antalet. Här skiljer tandvården ut sig från övriga delar av hälso- och sjukvården. De flesta små vårdgivare bedriver en god och säker tandvård. Men IVO har sett att de små vårdgivarna inom tandvården i vissa fall har svårt att prioritera åtgärder för att hålla sig uppdaterade när det gäller aktuella regler och metoder (Inspektionen för vård och omsorg, 2018b). Det är också bland de små vårdgivarna som de flesta oseriösa tandläkarna finns.

Utvecklat samarbete med andra myndigheter bidrar till patientsäkerheten

Det är avgörande för våra möjligheter att agera mot oseriösa tandläkare och vårdgivare att vi får tillgång till information om och kan identifiera risker. Det är därför viktigt att patienter och företrädare för vården hör av sig till IVO med information om tandläkare och vårdgivare inom tandvården när de har upplevt brister.

IVO har även utvecklat sitt samarbete med andra myndigheter för att kunna identifiera oseriösa tandläkare och vårdgivare och för att bidra till en bättre patientsäkerhet. Det gäller till exempel samarbetet med Försäkringskassan. Försäkringskassan skickar många upplysningar om brister i behandlingar till IVO om vårdgivare och tandläkare som myndigheten uppmärksammar när de gör efterkontroller av utbetalningar från det statliga tandvårdsstödet. Samarbetet med Försäkringskassan ger oss möjligheter att få information om tandläkare och vårdgivare som felaktigt begär ersättning från det statliga tandvårdsstödet och som ger patienter tandvård i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det har gjort vår tillsyn både mer riskbaserad och mer träffsäker.

För att stärka patientsäkerheten samverkar IVO även med andra myndigheter verksamma inom tandvårdsområdet, exempelvis Socialstyrelsen, Strålsäkerhetsmyndigheten och Läkemedelsverket. IVO samarbetar också med de företag som levererar digitala journalsystem, framför allt för att kunna identifiera journaler som har manipulerats i efterhand. IVO samarbetar också med Polismyndigheten när det gäller tandvårdsverksamheter med misstänkt koppling till grov organiserad brottslighet.

IVO uppmärksammar allt oftare personer som saknar legitimation som tandläkare men som ändå utger sig för att vara tandläkare. När vi kan bevisa att personer som saknar legitimation utför tandläkarbehandlingar, gör vi en polis- eller åtalsanmälan.

IVO har under hösten 2020 föreslagit att myndigheten ska omfattas av lagen (2016:774) om uppgiftsskyldighet vid viss organiserad brottslighet. Lagen gör det möjligt att ha ett snabbare och mer formaliserat informationsutbyte med flera myndigheter och synliggör fler risker som IVO idag inte kan se. IVO bedömer att vi med stöd av lagen även skulle kunna bidra med brottsförebyggande information inom tandvårdsområdet som andra myndigheter behöver för att gå vidare med sina utredningar (Inspektionen för vård och omsorg, 2020c). (Se även ovan i avsnittet om personlig assistans.)

Sammantaget konstaterar vi att vårt samarbete med olika aktörer bidrar till att öka träffsäkerheten i tillsynen och därmed även till att förbättra patientsäkerheten. Detta har också bidragit till att vi har kunnat öka antalet anmälningar till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) (se kapitel 8).

Testning för covid-19

I pandemins spår har IVO under året fått in allt fler tips, synpunkter och frågor till vår upplysningstjänst som berör testning för covid-19. Vi har totalt tagit emot 255 upplysningar om testning och provtagning för både pågående och genomgången infektion (av totalt 3 397 upplysningar som rör covid-19). Vi har bedömt att 67 av dessa upplysningar har hög risk.

Upplysningarna handlar om alltifrån hygienaspekter till problem med tidsbokning och ifrågasatta testmetoder eller provsvar. Ibland har det i tips och frågor märkts att det råder viss okunskap gällande

skillnaden på olika tester – både avseende om de är till för att detektera pågående eller genomgången infektion och om det är laboratorieanalyserade tester (med eller utan självprovtagning), snabbtester eller självtester. Vi har i några fall blivit tipsade om självtester, där det i själva verket har handlat om laboratorietester med självprovtagning. Laborietester kan utföras på olika sätt beroende på vårdgivarens rutiner. Snabbtester och självtester är medicintekniska produkter som lyder under särskilt regelverk och ska användas enligt tillverkarens instruktioner.

I takt med att tester blev tillgängliga och testkapaciteten utökades under våren och försommaren 2020 uppstod en tilltagande efterfrågan på testning. Både nya och redan kända aktörer började erbjuda olika former av tester. Inledningsvis var det mycket som var oklart när det gäller snabbtester för att påvisa antikroppar, till exempel vilka tester som var godkända och vilken kvalitet de höll.

Liknande osäkerhetsfaktorer återkom under hösten 2020 när snabbtester för pågående infektion, så kallade antigen tester, började dyka upp på marknaden.

Sammanfattningsvis ser IVO att det finns risk för att oseriösa aktörer tar sig in på marknaden. Förutom en felaktig användning av välfärdens resurser, ser IVO flera risker för patientsäkerheten:

- Felaktiga provsvar kan bidra till att öka smittspridningen.
- Patientinformation kan hamna i fel händer i och med att vissa aktörer skickar testresultat via e-post och sms.
- Nya aktörer kanske inte har koll på allt de måste leva upp till som vårdgivare och brister exempelvis i journalföring och patientförsäkring.

Flera myndigheter delar på ansvaret

Vi är flera olika myndigheter som hanterar frågor om testning för covid-19. Folkhälsomyndigheten svarar för den övergripande strategin för testning, Läkemedelsverket svarar för tillsyn över medicintekniska produkter (själva testerna) och dess tillverkare och IVO över den vård som bedrivs, inklusive hur medicintekniska produkter används. IVO har därför under våren samverkat med Läkemedelsverket och Folkhälsomyndigheten i dessa frågor, vilket ledde till en publicering av gemensam information på Läkemedelsverkets webbplats (Läkemedelsverket, 2020).

lakttagelser från tillsynen

Efter signaler från Läkemedelsverket, tips till vår upplysningstjänst och skrivelser i media utredde IVO under andra kvartalet 2020 tre vårdgivare för att kontrollera hur de hanterade testning med snabbtester för att påvisa antikroppar mot covid-19. De tre vårdgivare vi granskade visade sig använda CE-märkta tester inom avsett användningsområde i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Däremot fann vi hos två av vårdgivarna brister i journalföring enligt patientdatalagen (2008:355). En av dessa brast även i information till patient enligt patientlagen (2014:821) samt informationssäkerhet när testresultatet meddelades enligt 3 kap. i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

IVO har även nyligen förelagt en enskild vårdgivare med vite på grund av utfärdande av intyg om negativa PCR-provsvär på felaktiga grunder. Vårdgivaren har inte säkerställt att proverna har analyserats och därmed äventyrat patientsäkerheten och även säkerheten för andra. IVO bedömde att det här kan få allvarliga konsekvenser för smittspridningen. En smittad person som får falskt negativt svar på testet kan potentiellt smitta många andra personer.

Under senare delen av 2020 har frågor om antigen tester blivit allt mer vanliga. Antigen tester är så kallade patientnära analyser eller snabbtester, som upptäcker pågående infektion med covid-19. Precis som med antikroppstesterna ska dessa tester vara CE-märkta som medicintekniska produkter och ska användas i enlighet med bland annat SOSFS 2008:1. Det finns inga antigen tester som är godkända för privat bruk.

Enligt bruksanvisningen till flera antigen tester är dessa mycket temperaturkänsliga. Om testerna hanteras felaktigt, till exempel förvaras, fraktas eller används i fel temperatur, ökar därmed risken för felaktiga provsvar. Även här finns alltså smittskyddsaspekten eftersom testet ska påvisa pågående infektion. Vårdgivaren måste säkerställa att bestämmelserna i 2 kap. 5 § smittskyddslagen (2014:168) om anmälan till smittskyddsläkare och Folkhälsomyndigheten följs.

IVO har ännu inte inlett någon tillsyn som gäller användning av antigen tester, men vi bevakar området och kan komma att agera utifrån vår samlade information under 2021.



11. Referenser

- Barnombudsmannen. (2019). *Vem bryr sig? När samhället blir förälder. Barns röster om att växa upp i den sociala barnvården*. Stockholm: Barnombudsmannen.
- Brottsförebyggande rådet. (2014). *Brott i nära relationer- en nationell kartläggning*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Coronakommissionen. (2020). *Äldreomsorgen under pandemin*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen. (2019). *Läckaget i välfärdssystemen, del I. Omfattningsstudier och bedömningar av felaktiga utbetalningar från vissa välfärdssystem*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.
- En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. (2016). *Effektiv vård*, SOU 2016:2. Stockholm: Wolters Kluwer Sverige AB.
- Folkhälsomyndigheten. (2020a). *Psykisk hälsa och suicidprevention – Lägesrapport 2019*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Grefve, C. (2017). *Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid. Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. (2020). *Verksamhetsredogörelse*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018a). *I väntan på vårdplats - Om patientsäkerhet på akutmottagningar*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018b). *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018c). *Samverkan för multisjuka äldres välbefinnande. Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018d). *Vad har IVO sett 2017? De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 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*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020a). *Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020b). *Mot ett datadrivet arbetssätt. En analys av möjligheterna att förenkla ägar- och ledningsprövningen och tillgängliggöra omsorgsregistret*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020c). *Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020d). *Delrapport. Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020e). *Budgetunderlag 2021–2023*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020f). *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.

- Inspektionen för vård och omsorg. (2020g). *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. (2021). *Budgetunderlag 2022–2024*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Läkemedelsverket. (den 12 oktober 2012). [Antibiotikaprofylax i tandvården – behandlingsrekommendation. Hämtat från Läkemedelsverket.](#)
- Läkemedelsverket. (den 21 februari 2014). [Antibiotika i tandvården – behandlingsrekommendation. Hämtat från Läkemedelsverket.](#)
- Läkemedelsverket. (den 18 december 2020). [Använda snabbtester för antikroppar mot covid-19. Hämtat från Läkemedelsverket.](#)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2016). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2017). *En primär angelägenhet. Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). *Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2019a). *Med örat mot marken. Förslag på nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020a). *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2020b). *Laga efter läge. Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (den 11 december 2020c). [Vården ur befolkningens perspektiv. IHP 2020. Hämtat från Vård- och omsorgsanalys.](#)
- Nationellt underrättelsecentrum. (2019). *Operativa rådsinsatsen Trollet. Organiserad brottslighet inom det statliga tandvårdsstödet*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Polismyndigheten. (2019). *Myndighetsgemensam lägesbild om organiserad brottslighet 2019*. Stockholm: Polismyndigheten.
- Polismyndigheten. (2020). *Strategisk rapport om hur personlig assistans och arbetstillstånd otillbörligt och systematiskt utnyttjas av organiserad brottslighet*. Stockholm: Nationellt underrättelsecentrum.
- Regeringskansliet. (den 20 mars 2020a). [Uppdrag att inrätta en samordningsfunktion för intensivvårdsplatser, S2020/01849/FS. Hämtat från Regeringskansliet.](#)
- Rehnberg, C. (2019). *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*. Stockholm: Expertgruppen för Studier i Offentlig ekonomi.
- Samordnad utveckling för god och nära vård. (2021). *God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa*. SOU 2021:6. Stockholm: Regeringskansliet.
- Skolverket och Socialstyrelsen. (2013). *Placerade barns skolgång och hälsa - ett gemensamt ansvar*. Stockholm: Skolverket och Socialstyrelsen.
- Socialdepartementet. (den 30 december 2019). [Regleringsbrev för budgetåret 2020 avseende Inspektionen för vård och omsorg. Hämtat från Ekonomistyrningsverket.](#)
- Socialdepartementet. (2020a). *Uppdrag om förstärkt tillsyn av socialtjänstens handläggning av ärenden som rör barn och unga, S2020/08835 (delvis)*. Stockholm: Regeringen.
- Socialdepartementet. (2020b). *Uppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på tillsyn, S2020/07838 (delvis)*. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialdepartementet. (2020c). *Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention, S2018/04669/FS (delvis), S2018/06126/FS (delvis), S2020/06171/FS (delvis)*. Stockholm: Regeringskansliet.

Socialstyrelsen. (2018). *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (den 23 augusti 2019a). *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre*. Hämtat från [Socialstyrelsen](#).

Socialstyrelsen. (2019b). *Anmälningar om barn som far illa eller misstänks fara illa. Nationell kartläggning 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2019c). *Öppna jämförelser 2019 – placerade barns utbildning och hälsa*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2020a). *Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2020b). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2020c). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2020d). *Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (den 10 mars 2020e). *Skolgång och hälsa*. Hämtat från [Kunskapsguiden](#).

Socialstyrelsen. (2020f). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2019 samt arbetsmarknadsstatus 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2021a). *Effekter av covid-19 på anmälningar gällande barn till socialtjänsten*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån. (den 9 december 2020). *Arbetskraftsbarometern 2020. Stor brist på distriktssköterskor*. Hämtat från [Statistiska Centralbyrån](#).

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Skador inom psykiatrisk vård. Markörbaserad journalgranskning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges Kommuner och Regioner. (2020a). *Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2018 - december 2019, nationell nivå*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Sveriges Kommuner och Regioner. (2020b). *Skador inom psykiatrisk vård, 2019. Markörbaserad journalgranskning*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Sveriges Kommuner och Regioner. (2020c). *Hälsoundersökningar för placerade barn. Nationell kartläggning om hälsoundersökningar för placerade barn*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.

Szebehely, M., & Rostgaard, T. (den 4 december 2020). *Kritik mot sekretess om döda på äldreboenden*. Hämtat från [Omni](#).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. (2020). *Uppföljning av tandvårdsmarknaden 2009–2019*. Stockholm: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

United Nations Population Fund. (2020) *Gender Equality and Addressing Gender-Based Violence (GBV) and Coronavirus Disease (COVID-19) Prevention, Protection and Response*. New York: United Nations Population Fund.

Universitetskanslerämbetet. (2019). *Framtidens behov av högskoleutbildade. Genomgång av 15 bristyrken inom offentlig sektor fram till 2035*. Stockholm: Universitetskanslerämbetet.

Utredningen om samordning av statliga utbetalningar från välfärdssystemen. (2020). *Kontroll för ökad tilltro - en ny myndighet för att förebygga, förhindra och upptäcka felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen, SOU 2020:35*. Stockholm: Norstedts Juridik AB.

Utredningen om välfärdsteknik i äldreomsorgen. (2020). *Framtidens teknik i omsorgens tjänst, SOU 2020:14*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Åklagarmyndigheten. (2015). *Bedrägeri och bidragsbrott med assistansersättning, RättsPm 2015:5*. Stockholm: Åklagarmyndigheten.

Lagar och författningar

Brottsbalk (1962:700)

Förordning (1982:117) om underrättelse till Inspektionen för vård och omsorg och Socialstyrelsen om domar i vissa brottmål

Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)

Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga

Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

Lag (2016:774) om uppgiftsskyldighet vid viss organiserad brottslighet

Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster

Patientdatalag (2008:355)

Patientlag (2014:821)

Patientsäkerhetslag (2010:659)

Regeringsform (1974:152)

Smittskyddslag (2004:168)

Socialtjänstlag (2011:453)

Föreskrifter

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:7) om livsuppehållande behandling

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:1) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården

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

Propositioner

Proposition 1979/80:1 om socialtjänsten

Proposition 1995/96:196 Besöksinskränkningar vid viss tvångsvård, m.m.

Proposition 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn



Bilaga 1: Statistik per verksamhetsområde

Denna bilaga presenterar övergripande och årsuppdelad statistik på anmälningar, klagomål enligt patientsäkerhetslagen¹ och tillsynsinsatser per verksamhetsområde. Bilagan innehåller även statistik över ansökningar för olika tillståndspliktiga verksamheter.

Barn och familj

Tabell 1: Genomförd tillsyn av barn och familj 2016–2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

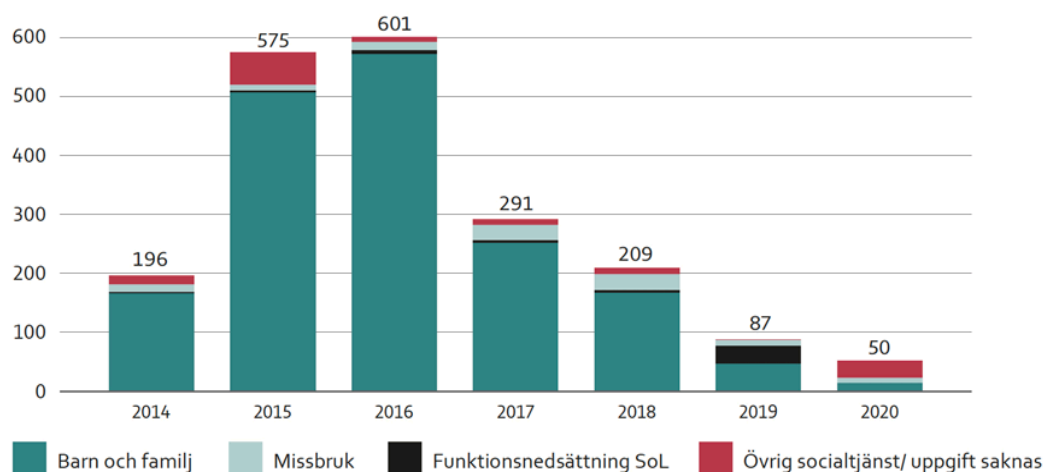
Verksamhetsområde Barn och familj	2016	2017	2018	2019	2020
Anmälan till IVO/klagomål	2 313	2 558	2 785	2 888	3 403
Författningsreglerad tillsyn	1 712	1 991	2 169	1 410	1 249
Egeninitierad tillsyn	442	519	620	540	437
Lex Sarah	378	349	286	262	261

Kommentar: 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.

Antalet lex Sarah som rör verksamhetsområdet barn och familj har minskat stadigt sedan 2016, men 2020 är i paritet med 2019. Den författningsreglerade tillsynen har fortsatt att minska sedan toppen 2018 vilket hänger samman med det minskande antalet verksamheter som bedriver HVB och stödboenden. Antalet klagomål har ökat sedan 2016. Jämfört med 2019 tog vi under 2020 emot 18 procent fler klagomål som rör barn och familj.

Figur 1: Antal registrerade ansökningar om nytt tillstånd för hem för vård eller boende (HVB) utifrån verksamhetens inriktning

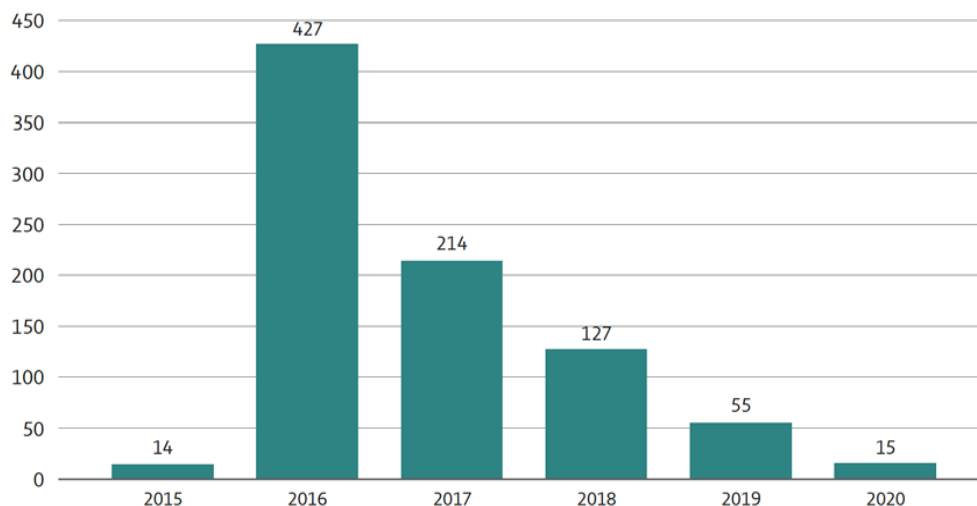


Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

¹ I den här bilagan redovisas 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.

Antal registrerade ansökningar om nytt tillstånd för att bedriva HVB har sjunkit ytterligare sedan 2019. Framförallt är det antal ansökningar med inriktning mot Barn och familj som minskat sedan toppen 2016, vilket hänger samman med det minskade behovet av HVB för ensamkommande barn. Det minskade behovet av placeringar för den gruppen har också påverkat antal ansökningar om nytt tillstånd för att bedriva stödboende.

Figur 2: Antal registrerade ansökningar om nytt tillstånd för stödboende



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Äldreomsorg

Tabell 2: Genomförd tillsyn av äldreomsorg 2016–2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

Verksamhetsområde äldreomsorg	2016	2017	2018	2019	2020
Anmälan till IVO/klagomål	548	562	703	885	1 613
Egeninitierad tillsyn	254	257	245	280	1 139
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	240	164	229	93	93
Lex Maria	293	287	238	216	207
Lex Sarah	463	513	444	407	420

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Utvecklingen av klagomål och av den egeninitierade tillsynen under 2020 har präglats av pandemin och den stora ökningen av klagomål och tillsynsinsatser kan tillskrivas den. Läs mer om vår tillsyn av äldreomsorgen i kapitel 2.

Vi ser inte samma ökning i lex Maria- och lex Sarah-anmälningar där antal avslutade ärenden varit i paritet med tidigare år. Det gäller även de anmälningar som rör hemsjukvården för personer över 65 år.

Tabell 3: Genomförd tillsyn av hemsjukvård 2016–2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

Verksamhetsområde Hemsjukvård	2016	2017	2018	2019	2020
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	42	58	90	34	30
Lex Maria	79	101	75	109	87

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Tillståndsplikt för särskilda boenden för äldre, hemtjänst och biståndsbedömda trygghetsboenden

Tabell 4: Antal registrerade ansökningar för särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre enligt 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (boenden som motsvarar 5 kap. 5 § andra stycket)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Särskild boendeform för äldre	15	22	13	106	258	72	79

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Den stora förändringen i antalet ansökningar under 2018 berodde på att entreprenader enligt socialtjänstlagen blev tillståndspliktiga den 15 april 2017. Övergångsbestämmelser fanns för pågående verksamheter till den 1 april 2018.

2019 infördes även tillståndsplikt för att en privat aktör ska få bedriva hemtjänst. Då inkom 590 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet. 2020 har knappt 90 ytterligare ansökningar kommit in. Från 2019 blev det även tillståndspliktigt att bedriva biståndsbedömda trygghetsboenden i privat regi. Sedan tillståndsplikten infördes har det under 2019 och 2020 kommit in totalt 10 stycken ansökningar.

Funktionsnedsättning

Tabell 5: Genomförd tillsyn av funktionsnedsättning 2016–2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

	2016	2017	2018	2019	2020
LSS					
Anmälan till IVO/klagomål	623	756	872	994	1 183
Författningsreglerad tillsyn	199	221	194	167	150
Egeninitierad tillsyn	291	409	390	338	339
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	169	11	24	22	22
Lex Maria	37	40	35	26	26
Lex Sarah	308	364	336	323	311
SoL					
Anmälan till IVO/klagomål	162	202	225	273	248
Egeninitierad tillsyn	32	28	39	39	45
Lex Maria	13	8	6	8	8
Lex Sarah	46	45	40	48	43

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Antalet klagomål har ökat succesivt sedan 2016 och under 2020 fick vi totalt in knappt 1 450 klagomål som rör insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, och socialtjänstlagen (2001:453). Samtidigt som klagomålen har ökat, har antalet anmälningar från vård och omsorgsgivare inom LSS minskat under de senaste åren. Under 2020 avslutade IVO 339 lex Maria- och lex Sarah-anmälningar inom LSS. Det är en minskning med 16 procent sedan 2016.

Tabell 6: Antal registrerade ansökningar om att bedriva bostad med särskild service enligt LSS

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Bostad med särskild service för barn eller ungdomar	20	10	24	13	9	16	19
Bostad med särskild service för vuxna	172	102	154	143	178	171	91

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Antalet registrerade ansökningar² från privata aktörer att bedriva verksamhet med boende för vuxna med funktionsnedsättning enligt LSS har sjunkit sedan 2019, medan ansökningar för motsvarande hem för barn och ungdomar är på samma nivå som 2019.

Antalet registrerade ansökningar om att bedriva andra typer av verksamheter för personer med funktionsnedsättning enligt LSS har minskat sedan 2019, däribland ansökningar om personlig assistans och daglig verksamhet. Ledsagarservice, avlösarservice och biträde av kontaktperson blev tillståndspliktigt 2019. Antalet ansökningarna för de insatserna var betydligt lägre under 2020 än under 2019 (se tabell 7).

En nyansökan om att exempelvis bedriva bostad med särskild service för vuxna enligt LSS behöver inte betyda att antalet sådana verksamheter faktiskt ökar. Ansökan kan röra en befintlig verksamhet som bedrivits i kommunal regi och som nu läggs ut på entreprenad. Det är då den privata aktören som ansöker om tillstånd för ett redan etablerat boende.

Tabell 7: Antal registrerade ansökningar om att bedriva verksamhet enligt LSS, exklusive bostad med särskild service

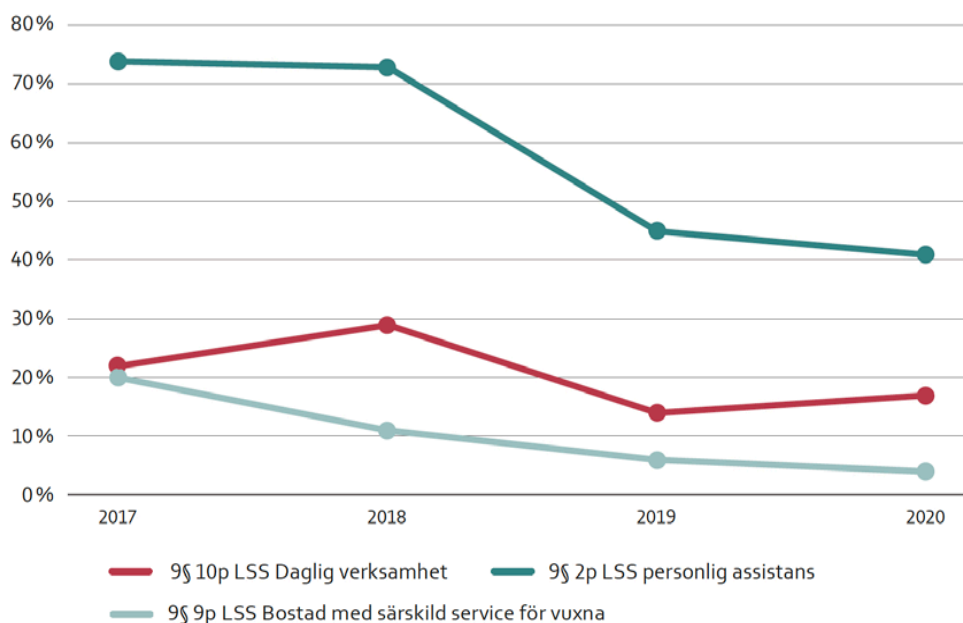
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Personlig assistans	175	135	114	104	106	85	65
Korttidsvistelse	33	11	10	11	8	12	6
Korttidstillsyn	8	7	8	4	2	1	5
Daglig verksamhet	95	48	78	50	45	63	39
Ledsagarservice	–	–	–	–	–	117	9
Biträde av kontaktperson	–	–	–	–	–	6	0
Avlösarservice	–	–	–	–	–	93	7

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

² Vid årsskiftet 2018/2019 infördes avgifter för ansökningar enligt LSS. Ett större antal ansökningar inkom precis innan avgiftsbestämmelserna trädde ikraft, och dessa ansökningar registrerades först 2019.

Andelen avslag på ansökningar tillstånd

Figur 3: Andel avslag av ansökningar om att bedriva verksamheter enligt LSS 2017–2020



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Andelen avslag av ansökningar om att bedriva verksamhet enligt LSS är på ungefär samma nivå som 2019 och fortsatt lägre än nivåerna under 2017 och 2018. Andelen avslag inom personlig assistans är fortsatt högre än för övriga verksamheter. Under 2020 har IVO avslagit drygt 40 procent av ansökningar om personlig assistans.

Återkallade tillstånd

IVO kan återkalla tillstånd och besluta om förbud mot verksamhet enligt SoL, LSS och patientsäkerhetslagen (2010:659). Vi har under 2020 initierat återkallelse av fler tillstånd än under 2019. Inom socialtjänsten initierade vi 49 ärenden om återkallelse av tillstånd, jämfört med 12 under 2019, varav flera är tillstånd för att bedriva personlig assistans. Det ökade antalet ärenden om återkallelser av tillstånd beror dels på den utökade lagstiftningen som gett större möjligheter till ägar- och ledningsprövning och på nya krav för att verksamheter ska bedömas som lämpliga. Det beror även på utvecklade arbetssätt och kompetens på IVO och ett breddat samarbete med olika myndigheter, till exempel Försäkringskassan, Migrationsverket och Polismyndigheten. Att vi har initierat fler ärenden om återkallelse av tillstånd under 2020 behöver alltså inte betyda att antal oseriösa aktörer på området har ökat, utan kan bero på att vi som myndighet har blivit bättre på att identifiera oseriösa aktörer, utreda deras lämplighet och att driva dessa ärenden i domstol.

Missbruk och beroendevård

Tabell 8: Genomförd tillsyn av missbruk- och beroendevården 2016–2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

Missbruk och beroendevården	2016	2017	2018	2019	2020
Anmälan till IVO/klagomål	255	308	345	315	398
Egeninitierad tillsyn	126	136	134	124	95
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	114	45	41	22	19
Lex Maria	62	48	27	19	15
Lex Sarah	29	28	41	68	43

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Av de klagomål som kommer in är bara ett fåtal klagomål enligt patientsäkerhetslagen. Ett allt större antal klagomål hanteras inom Anmälan till IVO och under 2020 ökade dessa klagomål med drygt 25 procent. Vi har genomfört färre egeninitierade tillsyner inom området under 2020 jämfört med föregående år.

Primärvård

Tabell 9: Genomförd tillsyn av primärvård 2016 – 2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

	2016	2017	2018	2019	2020
Verksamhetsområde primärvård					
Egeninitierad tillsyn	87	60	105	85	148
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	1 043	995	975	352	326
Lex Maria	381	444	331	370	334

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Antalet klagomål och lex Maria-anmälningar har minskat något sedan 2019. Den stora minskningen av utredda klagomål mellan 2018 och 2019 beror på de förändringar i lagstiftningen av klagomål som genomfördes mellan de åren. Vi har avslutat fler tillsyner inom primärvården under 2020 jämfört med tidigare år.

Psykiatrisk specialistsjukvård

Tabell 10: Genomförd tillsyn av psykiatrisk specialistsjukvård 2016 – 2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

	2016	2017	2018	2019	2020
Verksamhetsområde psykiatrisk specialistsjukvård					
Egeninitierad tillsyn	112	81	144	123	195
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	415	445	507	260	278
Lex Maria	569	549	312	208	211

Kommentar: 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.

Antalet lex Maria är i paritet med 2019 och ligger på samma lägre nivå jämfört med åren innan. En anledning till den stora minskningen av antalet lex Maria är förändringen kring suicid-rapportering där det numera inte är obligatorisk att rapportera sådana. Vi har avslutat fler egeninitierade tillsynsinsatser under året. Läs mer i kapitel 7.

Somatisk specialistsjukvård

Tabell 11: Genomförd tillsyn av somatisk specialistsjukvård 2016 – 2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år

	2016	2017	2018	2019	2020
Verksamhetsområde somatisk specialistsjukvård Barnmedicin					
Egeninitierad tillsyn	6	7	10	12	4
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	87	88	75	29	31
Lex Maria	61	54	58	44	59
Verksamhetsområde somatisk specialistsjukvård internmedicin					
Egeninitierad tillsyn	31	18	34	40	21
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	401	449	390	150	172
Lex Maria	195	297	236	245	254
Verksamhetsområde somatisk specialistsjukvård kirurgi					
Egeninitierad tillsyn	87	31	60	76	52
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	1 261	1 263	1 102	403	474
Lex Maria	409	508	503	397	461

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Den somatiska specialistvården är ett av de områden där vi tar emot flest klagomål och lex Maria-anmälningar. Kirurgi och internmedicin står för ett relativt sett stort antal anmälningar årligen. Antalet avslutade lex Maria-anmälningar som rör kirurgi har ökat med 16 procent sedan 2019, men är fortfarande färre än under 2017 och 2018.

Akutmottagning och prehospital vård

Tabell 12: Genomförd tillsyn av akutmottagningar och prehospital vård 2016 – 2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

	2016	2017	2018	2019	2020
Verksamhetsområde akutmottagning					
Egeninitierad tillsyn	28	78	32	27	18
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	259	399	336	72	91
Lex Maria	133	127	150	166	153
Verksamhetsområde prehospital vård					
Egeninitierad tillsyn	14	9	8	5	6
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	78	76	70	26	23
Lex Maria	41	50	34	45	49

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Antalet klagomål och lex Maria-anmälningar som avslutades under 2020 är jämförbara med tidigare år, både för akutmottagning och prehospital vård.

Tandvård

Tabell 13: Genomförd tillsyn av tandvård 2016 – 2020. Uppdelat på totalt antal beslut och per ärendeslag och år (avslutade ärenden)

	2016	2017	2018	2019	2020
Verksamhetsområde tandvård					
Egeninitierad tillsyn	16	19	57	30	31
Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen	233	132	266	130	99
Lex Maria	82	80	65	45	56

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Antalet avslutade klagomål som rör tandvård är lägre jämfört med 2019. Vi har avslutat 25 procent fler lex Maria-anmälningar än under 2019, men fortfarande färre jämfört med åren innan dess.



Bilaga 2: Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen

Patienter och deras närstående kan klaga på vården. Då ska de först 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 vi 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.

Sammanfattning

- Antalet klagomål som IVO tar emot ökar. Under 2020 tog vi emot 6 275 klagomål, vilket är 261 fler klagomål på hälso- och sjukvården än under 2019. Av de mottagna klagomålen har 235 en direkt eller indirekt koppling till covid-19. IVO fattade beslut i 6 112 klagomålsärenden 2020, en ökning med 320 ärenden jämfört med föregående år. Av de beslutade ärendena hade 166 en direkt eller indirekt koppling till covid-19.
- Det är vanligt att patienter och närstående lämnar klagomål som gäller primärvården och den psykiatriska specialistsjukvården. Men oavsett vilket verksamhetsområde klagomålen gäller så handlar de 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.

Antal klagomål som kommer in till IVO ökar

Antal klagomål som kommer in till IVO ökar. Under 2020 kom det in 6 275 klagomål, vilket är en ökning med 261 klagomål (4 procent) jämfört med 2019. IVO fattade beslut i 6 112 klagomål under 2020, vilket är en ökning med 320 klagomål (6 procent) jämfört med 2019.

Under 2020 utredde vi 1 719 klagomålsärenden i sak varav 878 avslutades med kritik.

Tabell 1: Inkomna och beslutade klagomål 2020

Inkomna	Beslutade	Utredda i sak	Varav kritikbeslut	Utan utredning
6 275	6 112	1 719	878	4 393

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

IVO avstod från att utreda 4 393 ärenden, vilket är cirka 300 fler ärenden än 2019. De vanligaste orsakerna till att IVO inte utreder ett klagomål är att ärendet inte faller inom IVO:s utredningsskyldighet eller att anmälaren inte har kontaktat vårdgivaren eller patientnämnden innan klagomålet framförs till IVO.

Tabell 2: Antal beslutade klagomål 2020 per anledning till att IVO inte utreder klagomålet i sak

Anledning	Antal beslutade ärenden
Ej IVO:s utredningsskyldighet	2 212
Ej kontaktat vårdgivare/patientnämnd	1 713
Äldre än två år	283
Ej IVO:s tillsynsområde	107
Beaktas i annan tillsyn	26
Uppgift saknas	195

Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Ett fåtal ärenden relaterade till covid-19 utreddes i sak

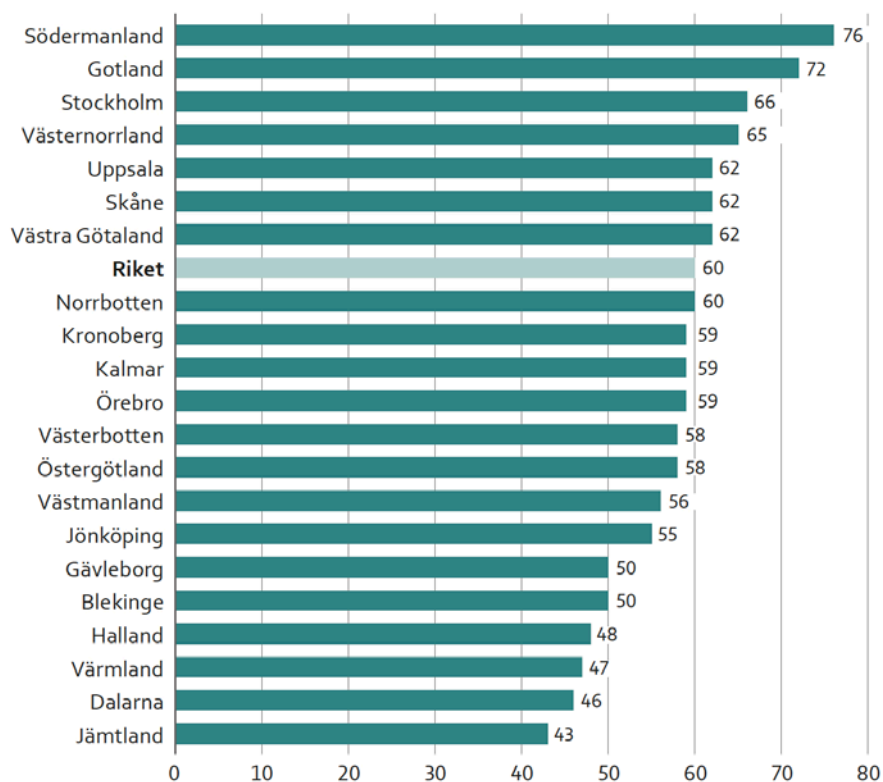
Av klagomålen som IVO tog emot under 2020 hade 235 en direkt eller indirekt koppling till covid-19 (4 procent). Under året fattade IVO beslut i 166 sådana ärenden, varav 4 utreddes i sak. Ett covid-19-relaterat ärende avslutades med kritik.

De covid-19-relaterade klagomål som avslutades under 2020 berörde främst verksamhetsområdena primärvård, äldreomsorg, invärtesmedicin och akutmottagning. Klagomålen handlade framför allt om vård, behandling, vårdhygien och bemötande.

Stor variation mellan länen

Det kom in 60 klagomål per 100 000 invånare under 2020. Men spridningen mellan länen är stor. Södermanland och Gotland är de län som har flest klagomål per invånare. Det har under året kommit in minst antal klagomål per 100 000 invånare från Jämtland och Dalarna.

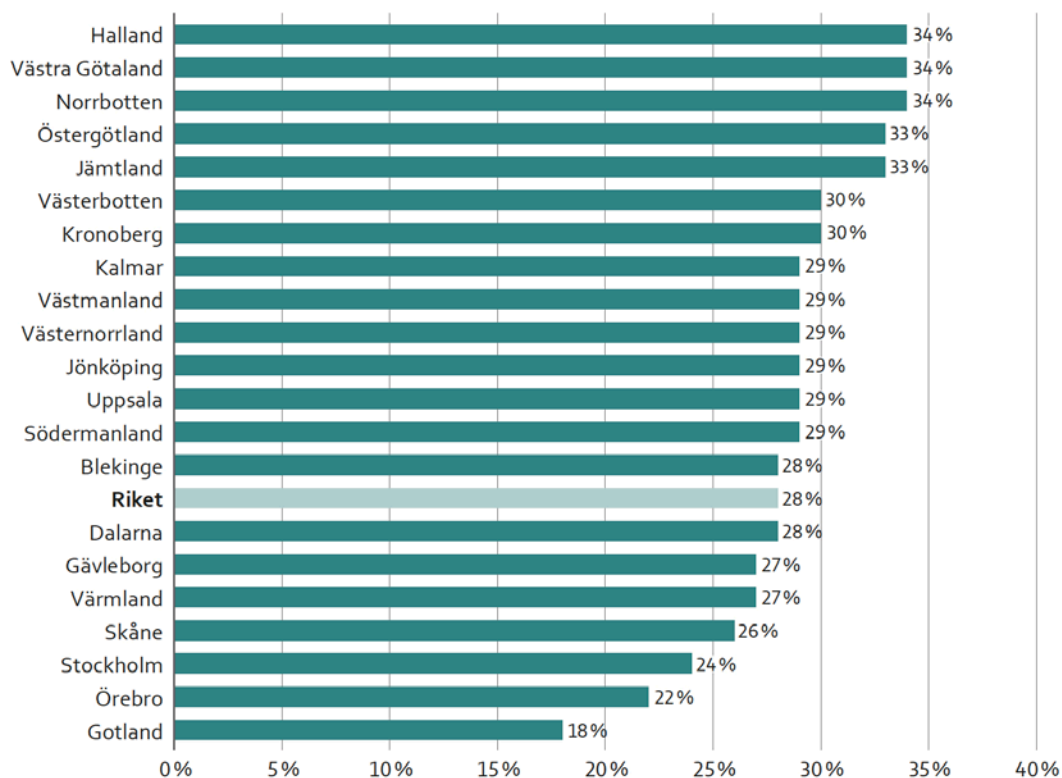
Figur 1: Antal inkomna klagomål per län och 100 000 invånare



Källa: Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik per 30 september 2020 från Statistiska Centralbyrån.

Stora skillnader mellan länen förekommer även i hur stor andel klagomål som IVO utreder i sak. Av de klagomål som beslutades under 2020 utredde IVO 28 procent i sak, sett till hela riket. I Hallands län utreddes 34 procent av de beslutade klagomålen under 2020. Det län där minst andel ärenden utreddes i sak under året är Gotland, där 18 procent av de beslutade klagomålen utreddes.

Figur 2: Andel beslutade klagomål som utretts i sak 2020 per län

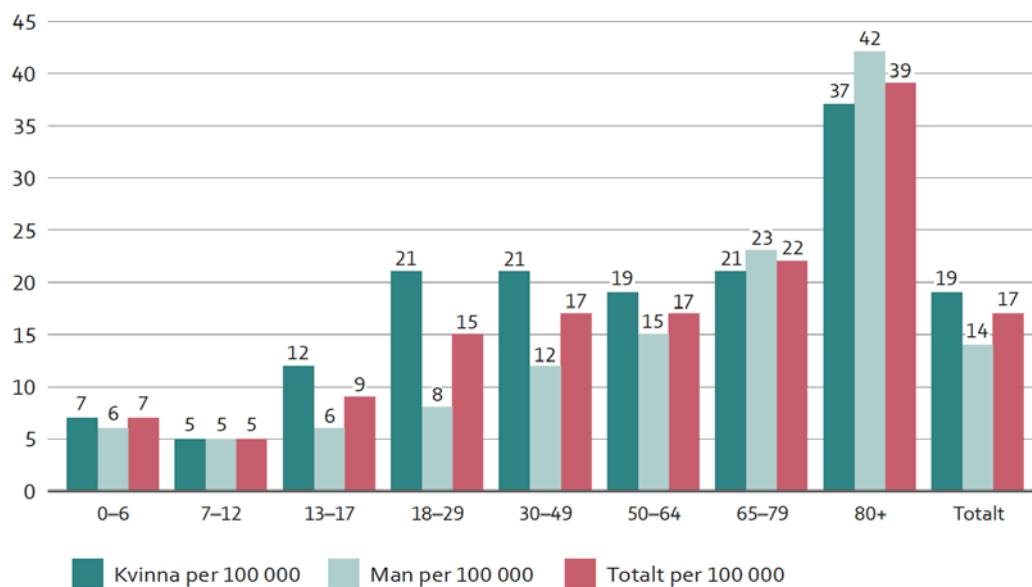


Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Klagomålen gäller främst personer över 18 år och kvinnor

Majoriteten av de klagomål som IVO utredde i sak under 2020 gäller personer som är 18 år eller äldre. Om man jämför antalet klagomål med antalet invånare per ålderskategori ser vi att flest klagomål rör personer som är 80 år eller äldre. Jämför vi dessutom antalet 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 3: Beslutade klagomål utredda i sak, uppdelat på kön och ålder



Källa: Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik per 1 november 2020 från Statistiska Centralbyrån.

De flesta utredda klagomålen gäller kirurgi och primärvård

Under 2020 utredde IVO framför allt klagomål inom kirurgi och primärvård. Tillsammans svarar de två verksamhetsområdena för nästan hälften av alla klagomål som IVO utredde i sak under året.

Tabell 3: Utredda klagomål och kritikbeslut fördelade på de vanligaste verksamhetsområdena och totalt, antal och andel.

Verksamhetsområde	Antal utredda i sak	Avslutas med kritik	Andel med kritik, %
Kirurgi	508	242	48
Primärvård	373	196	53
Psykiatrisk specialistsjukvård	286	142	50
Invärtesmedicin	203	102	50
Akutmottagning	123	72	59
Tandvård	99	53	54
Äldreomsorg	99	73	74
Totalt	1 719	878	51

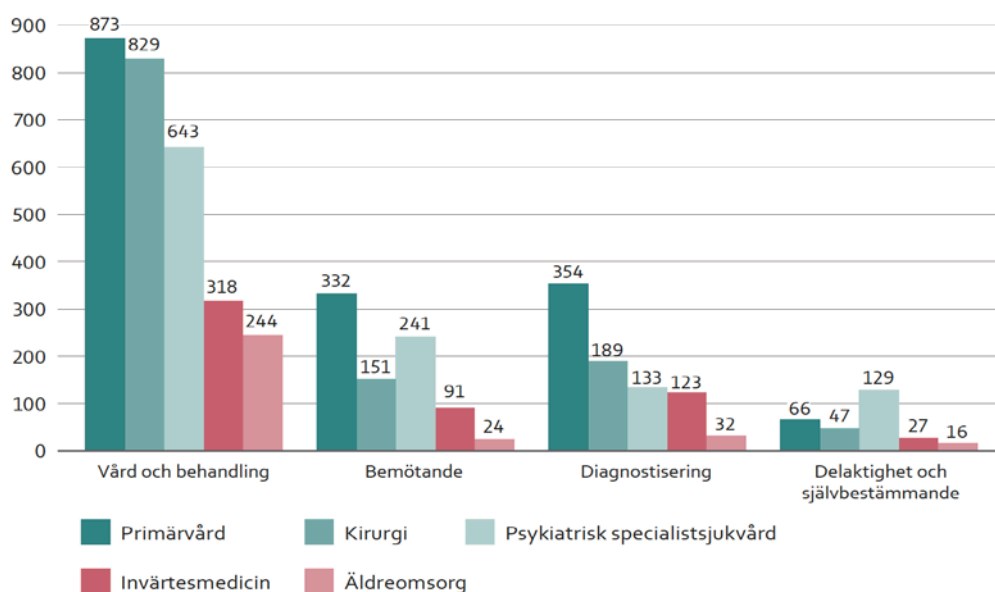
Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Vård och behandling ligger bakom flest klagomål

De vanligaste anledningarna till att enskilda skickar in klagomål till IVO är händelser som rör vård, behandling och bemötande. Det kan exempelvis handla om att undersökningen brister eller att vårdpersonalen gör felaktiga bedömningar.

Figur 4: De vanligaste händelsekategorierna inom de mest förekommande verksamhetsområdena i klagomålsärenden avslutade 2020, antal



Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier

Källa: Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik per 1 november 2020 från Statistiska Centralbyrån.

Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier

Källa: Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik per 1 november 2020 från Statistiska Centralbyrån.

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

Foto: Johnér bildbyrå samt Sofia Runarsdotter (sid 7)

Artikelnr IVO 2021-2

Utgiven mars 2021

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Box 45184, 104 30 Stockholm

Telefon: 010-788 50 00

registrator.vss@ivo.se

www.ivo.se