



Vad har IVO sett 2023?

lakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2023

Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Rapporten finns publicerad på www.ivo.se

Foto: Johnér Bildbyrå

Grafisk form och produktion: Typoform

Artikelnr: IVO 2024-02

Utgiven mars 2024

www.ivo.se

Sammanfattning

I MYNDIGHETSINSTRUKTIONEN för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) framgår att myndigheten årligen ska lämna in en särskild rapport till regeringen. Rapporten ska innehålla de viktigaste iakttagelserna och de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsyn och tillståndsprövning. Tillsynen ska riktas mot områden där efterlevnaden av lagstiftningen är som mest bristfällig, det vill säga där patienter och brukare far illa. Iakttagelserna som presenteras i den här rapporten beskriver brister från 2023 års tillsyner, och ska inte betraktas som en helhetsbild över läget i vården och omsorgen. Nedan sammanfattas några av IVO:s viktigaste iakttagelser.

- Det finns allvarliga brister på landets akutsjukhus vilket riskerar patientsäkerheten. IVO:s samlade bedömning efter tillsyn av 27 akutsjukhus är att det råder brist på disponibla vårdplatser. Regionerna har svårt att uppfylla kraven för att åtgärda bristerna och trots relevanta förbättringsåtgärder och insatser kvarstår problemen vid flera sjukhus. För sju sjukhus har IVO efter regionernas återredovisning bedömt att det finns förutsättningar att komma tillrätta med kvarvarande brister och därför avslutat tillsynen.
- I tillsynen över den medicinska vården på särskilda boenden för äldre (SÄBO) har samtliga kommuner som bedriver SÄBO i kommunal regi fått kritik. Bristerna spänner över områden som kompetens, personalkontinuitet, dokumentation, läkemedels hantering och vård i livets slutskede. IVO uppmanar kommunerna till systematiskt kvalitetsarbete och understryker huvudmännens ansvar. En majoritet av kommunerna har efter tillsynen vidtagit relevanta förbättringar. IVO fortsätter tillsynerna i de resterande kommunerna.
- Tillsynen av gruppboende för vuxna visar omfattande problem med otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder för personer med funktionsnedsättningar. IVO fann brister i nästan samtliga granskade gruppboende. Problemen inkluderar otillåtna tvångsåtgärder som påtvingade kroppsliga ingrepp, övervakning och rörelsebegränsningar. IVO konstaterar att brukare inte får rätten att leva som andra. I många fall har kommuner och privata aktörer inte säkerställt tillräcklig kompetens hos ledning och personal och ledningen tar inte alltid sitt fulla ansvar för verksamhetens kvalitet.
- Boenden för barn och unga i samhällsvård har brister i nästan hälften av de tillsynande verksamheterna. IVO har även uppmärksammat brister i socialtjänstens arbete med att göra barn delaktiga, beakta barnets bästa samt att använda sig av flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttning. Under året har IVO förstärkt tillsynen av Statens institutionsstyrelse (SiS) utifrån tidigare konstaterade brister gällande barns trygghet och säkerhet. IVO bedömer att det fortsatt finns allvarliga brister på SiS som bland annat innefattar att barn utsätts för våld och att den särskilda befogenheten avskiljning används utan stöd i lag.
- Oseriösa, och i vissa fall kriminella, aktörer påträffas inom de flesta av IVO:s tillsynsområden. Att hindra att oseriösa aktörer etablerar sig och verkar är viktigt för att motverka välfärdsbrottslighet och för att säkerställa god och säker vård och omsorg. IVO:s tillståndsprövning och tillsyn är centrala verktyg i detta arbete, tillsammans med samverkan med andra myndigheter. Ekonomisk misskötsamhet är den främsta orsaken till återkallelse av tillstånd, med brister i ekonomisk förvaltning och deklaraionsplikten.
- Tillsynen av estetiska verksamheter synliggör flera allvarliga problem bland verksamheter som genomför estetisk kirurgi och injektionsbehandlingar. Utövare inom detta område saknar ofta nödvändig kunskap om gällande lagar och föreskrifter. Dessutom uppfyller många av dessa verksamheter inte de krav som ställs på en god och säker vård.
- Barn som vårdas med tvång är en särskilt utsatt grupp och det är angeläget att vården bedrivs enligt principen om barnets bästa. Tillsynen av verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård av barn visar att barnrättsperspektivet inte är fullt implementerat i den psykiatriska tvångsvården. En allvarlig brist är att tvångsåtgärder utförs utan lagstöd. Ytterligare visar en analys av IVO och patientnämnderna att unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa klagar på att väntetiderna är alltför långa.

- I tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har IVO i 146 ärenden anmält legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till Hälso- och sjukvårdsnämnden (HSAN) och för nästan hälften yrkat på återkallelse av legitimation. IVO har också åtalsanmält 91 yrkesutövare. Misstanke om stöld av narkotikaklassade läkemedel var den vanligaste grunden för anmälan.
- Kommuner verkställer inte i tillräckligt hög grad beslut om bistånd och insatser för personer med funktionsnedsättningar, äldre personer och familjer i behov av stöd. Det finns risk för att missförhållanden uppstår och behovet av stöd kan till och med öka om insatserna inte verkställs inom skälig tid. Alla beslut som inte verkställts inom tre månader ska rapporteras till IVO. Det är främst personer inom äldreomsorgen som får vänta på insats. Även inrapportering av ej verkställda beslut för personer med funktionsnedsättning är hög.

Innehåll

Sammanfattning	3	5. Barn och unga i samhällets vård	19
1. Utveckling av kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg	7	IVO:s viktigaste iakttagelser	19
Förstärkt samarbete mellan myndigheter för att hindra oseriösa aktörer	7	Nästan hälften av alla boenden för barn och unga har brister i verksamheten	19
Stärkt tillsyn för barn och ungas trygghet i samhällsvården	8	Tillsyn av SiS ungdomshem visar allvarliga brister som påverkar trygghet och säkerhet	20
Fortsatta problem med tillgänglighet och brist på disponibla vårdplatser	8	HVB och stödboenden brister i lämplighetsbedömningar	20
Utmaningar med vården och omsorgens kompetensförsörjning	9	Begränsningsåtgärder förekommer på LSS-boenden för barn och unga	20
Behov av samverkan mellan huvudmän för en omställning av vårdsystemet	9	Barnets bästa måste beaktas bättre vid placering vid SiS ungdomshem	21
2. Tillgänglighet och vårdplatsbrist på sjukhus	10	Avskiljningar på SiS ungdomshem tillämpas inte i enlighet med lag	21
IVO:s viktigaste iakttagelser	10	Barn görs inte delaktiga vid beslut om omplacering eller hemflytt	21
Brist på disponibla vårdplatser riskerar patientsäkerheten	10	Regelverket om flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttningar används inte till fullo	22
Den ansträngda situationen riskerar att bli ett nytt normalläge	11	6. Oseriösa aktörer	23
3. Vård och omsorg inom äldreområdet	12	IVO:s viktigaste iakttagelser	23
IVO:s viktigaste iakttagelser	12	IVO återkallar tillstånd från oseriösa aktörer	23
Majoriteten av kommunerna vidtar relevanta åtgärder	12	Flest återkallade tillstånd rör personlig assistans	24
Kommunen ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete	13	IVO avslår allt fler tillståndsansökningar	24
Kommuner brister i att säkerställa rätt kompetens	13	Närmare hälften av ansökningarna om nytt HVB-tillstånd får avslag	25
Förbättrade rutiner för delegering och läkemedelsdokumentation	14	IVO föreslår tillståndsplikt för tandvården	25
Bristfällig läkemedelshantering medför patientsäkerhetsrisker	14	Ökade befogenheter behövs för att hindra oseriösa aktörer inom estetisk verksamhet	26
Tydligare rollfördelning och riktlinjer för vård i livets slutskede	15	7. Estetiska behandlingar	27
4. Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS	16	IVO:s viktigaste iakttagelser	27
IVO:s viktigaste iakttagelser	16	Brister i estetiska behandlingar utgör en allvarlig fara för patientsäkerheten	27
Brister i 80 av 90 granskade gruppboenden	16	Det finns risker i samband med kirurgiska ingrepp	28
Brukarens rätt till stöd utifrån behov tillgodoses inte	17	Vårdgivare åtgärdar inte allvarliga brister	28
Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder är vanligt förekommande	17	IVO:s tillsyn bidrar till att vårdgivare med brister upphör med estetisk injektionsverksamhet	28
Brister i kompetens hos ledning och personal	18		

8. Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa	30
IVO:s viktigaste iakttagelser	30
Allvarliga brister i hur tvångsåtgärder av barn utförs	30
Bristfälliga metoder i vården av barn och unga med ätstörningar	31
Utformningen av vårdmiljön säkerställer inte barnens rättigheter	31
Verksamheterna identifierar och förebygger inte felhändelser	31
Stor andel klagomål avser patienter som söker vård för psykisk ohälsa	32
Unga vuxna klagar på långa väntetider för vård av psykisk ohälsa	32
9. Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård	34
IVO:s viktigaste iakttagelser	34
Tillsyn av legitimerad personal initieras efter en riskvärdering av allvarlighetsgrad	34
IVO har anmält 146 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och yrkat på återkallelse av legitimation för nästan hälften	34
Misstanke om stöld av narkotikaklassade läkemedel vanligaste grunden för åtalsanmälan	35
10. Tillgänglighet inom omsorgen	36
IVO:s viktigaste iakttagelser	36
Flest rapporterade ej verkställda beslut rör äldreomsorgen	36
Kommunernas bristande planering och interna arbetssätt medför långa dröjsmål för personer med funktionsnedsättning	37
Personer med funktionsnedsättning får inte boende och stöd inom skälig tid	37
Äldre med demenssjukdom får inte tillgång till dagverksamhet inom skälig tid	37
Familjer med stora behov får vänta oskäligt länge på insats	38
Bilaga. Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen	39
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	39
Minskat antal klagomål skickas till IVO	40
Majoriteten av de utredda klagomålen avser kirurgi och primärvård	40
Vård och behandling ligger bakom flest klagomål	41
Flest klagomål rör personer över 18 år och i större utsträckning kvinnor än män	42
Stor variation mellan länen	43
Källor	44

Utveckling av kvalitet och säkerhet inom vård och omsorg

IVO HAR ETT omfattande tillsynsuppdrag över hela vården och omsorgen. Tillsynen innefattar bland annat legitimerad personal inom hälso- och sjukvården, sjukhus, vård- och hälsocentraler, estetiska behandlingar, kommunernas socialtjänst, LSS-området, boenden för personer med olika typer av omsorgsbehov såsom särskilda boenden för äldre (SÄBO), boenden för placerade barn och unga i form av hem för vård eller boende (HVB) samt Statens institutionsstyrelses (SiS) särskilda ungdomshem.

Syftet med IVO:s verksamhet är att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, av god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och regler. En central del av IVO:s arbete är att identifiera och agera på brister och risker inom vård- och omsorgssektorn. Genom de beslut IVO fattar samt genom att kommunicera tillsynens resultat till vårdgivare och berörda verksamheter bidrar IVO till att främja förbättringar och ökad regelefterlevnad inom sektorn.

Svensk hälso- och sjukvård utmanas av en åldrande befolkning och en ökande efterfrågan på vård och omsorg, tillsammans med svårigheter med kompetensförsörjning. Parallellt med dessa påfrestningar vinner oseriösa och i vissa fall kriminella aktörer mark. IVO identifierar även fortsatta utvecklingsbehov för att säkerställa en trygg och säker vård. I det här kapitlet redovisas en övergripande bild av kvalitet och säkerhet inom vården och omsorgen utifrån några centrala perspektiv inom tillsynen och tillståndsprovningen.

Förstärkt samarbete mellan myndigheter för att hindra oseriösa aktörer

Förekomst av oseriösa aktörer inom vård- och omsorg utgör en tilltagande problematik med negativa konsekvenser för patienter och brukare. Oseriösa aktörer utnyttjar välfärds- och ersättningssystemen och har i vissa fall kopplingar till kriminella nätverk. Aktörer som missbrukar välfärden och begår brott tydliggör behovet av myndighetssamverkan för att förhindra denna typ av kriminalitet. Under 2023 har IVO stärkt samarbetet med andra myndigheter, såsom Ekobrottsmyndigheten och Polisen, samt fortsatt tidigare etablerad samverkan med Försäkringskassan för att motverka oseriösa aktörer. Syftet är att förstärka och effektivisera det samlade arbetet. Underlag som lämnas till IVO från Försäkringskassan om aktörer som missköter sig ekonomiskt är exempel på viktiga bidrag i arbetet att identifiera oseriösa aktörer inom vård och omsorg.

Sedan 2019 ingår IVO i ett nätverk av myndigheter som verkar för en gemensam satsning mot den organiserade brottsligheten. Samverkan sker bland annat kring underrättelser och operativa insatser mot kriminella individer och nätverk. IVO omfattas sedan 2022 av förordningen (2016:775) om uppgiftsskyldighet vid samverkan mot viss organiserad brottslighet (LUS). Detta ger ökade förutsättningar för informationsöverföring mellan berörda myndigheter. IVO är även kopplat till Nationellt underrättelsecentrum (Nuc) och regionala underrättelsecentra (Ruc), vilket särskilt stärker samarbetet.

IVO:s tillståndsprövning har en central roll i att hindra oseriösa aktörer inom bland annat personlig assistans och sociala barn- och ungdomsvården. IVO:s tillsyn av tillståndspliktiga aktörers lämplighet att bedriva verksamhet identifierar aktörer som blir föremål för återkallade tillstånd.

Stärkt tillsyn för barn och ungas trygghet i samhällsvården

Sverige har ett av världens bästa välfärdssystem för barn. Trots detta riskerar många barn att falla igenom skyddsnetet och att hamna i utanförskap och kriminalitet.¹ Det är därför av yttersta vikt att de får den trygghet och omvårdnad som de har rätt till. IVO har identifierat återkommande och allvarliga brister när det gäller barns trygghet och säkerhet i samhällsvården. IVO:s tillsyn på området innefattar att minst en gång per år inspektera stödboenden, HVB, särskilda ungdomshem som drivs av SiS samt bostäder med särskilt stöd och service för barn eller ungdomar. IVO har under 2023 förstärkt tillsynen vid de särskilda ungdomshemmen (SiS). Den förstärkta tillsynen förordades av det allvarliga läge som framgått av IVO:s granskning av SiS där barn och unga utsatts för våld, fasthållningar och nedläggningar.² IVO:s tillsyn av socialnämnders handläggning i vårdkedjan när barn placeras inom SiS visar bland annat att barn inte görs delaktiga i beslut som rör dem.

Barn och ungas erfarenheter och perspektiv bidrar till en mer träffsäker och relevant tillsyn. IVO samlar in barn och ungas synpunkter på sina boenden via en årlig enkät och samtalar vid inspektionstillfället med alla barn och unga som vill. IVO driver sedan flera år tillbaka ett förbättringsarbete i syfte att stärka patient- och brukarperspektivet i tillsynen, med ett särskilt barnfokus. Det handlar bland annat om att höra barn och unga samt att ge deras information rätt värde i tillsynsbesluten. Ett utvecklingsarbete för att stärka hur IVO samlar in och värderar barn och ungas utsagor pågår sedan 2023 som ett projekt i samarbete med Barnrättsbyrån. Inom projektet har dialog förts med ungdomar med erfarenhet av samhällsvård.

1. Barnombudsmannen, 2023.

2. Inspektionen för vård och omsorg, 2023a.

Fortsatta problem med tillgänglighet och brist på disponibla vårdplatser

Långa väntetider är ett sedan tidigare känt problem i den svenska hälso- och sjukvården och något som IVO uppmärksammat under flera år.³ Antalet disponibla vårdplatser⁴ behöver motsvara befolkningens vårdbehov och bakomliggande orsaker till vårdplatsbristen måste åtgärdas; så som otillräckligt utbyggd primärvård, avsaknad av förbättrad äldreomsorg och behov av bättre arbetsmiljö för vårdpersonalen.⁵

Vårdens grundprinciper om jämlikhet och tillgänglighet betonas i såväl hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som patientlagen (2014:821). Tillgänglighet i vården beror av förhållandet mellan invånarnas vårdbehov och systemets kapacitet, där målet är att vården ska vara lätt tillgänglig och insatserna ska ges inom rimlig tid. Bristande tillgänglighet kan medföra patientsäkerhetsrisker, öka risken för vårdskador och minska förtroendet för hälso- och sjukvården.

IVO:s tillsyn har påvisat allvarliga brister som rör vårdens tillgänglighet och tillgång till disponibla vårdplatser. Den övergripande brist IVO identifierat är att de vårdplatser akutsjukhusen har till sitt förfogande inte svarar mot befolkningens behov av vård på sjukhus. Patientsäkerheten kan inte garanteras med rådande vårdplatsbrist och medför korridorvård, dygnslånga väntetider, läkemedel som inte ges i tid eller inte alls samt medicinsk övervakning som inte sker utifrån patientens behov.⁶ Socialstyrelsen har en liknande bild av situationen och bedömer att åtgärder behöver vidtas för att öka antalet disponibla vårdplatser trots utmaningarna som finns i hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.⁷

3. Inspektionen för vård och omsorg, 2021.

4. En disponibel vårdplats är en vårdplats i sluten vård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Socialstyrelsen, 2023e.

5. Socialstyrelsen, 2023b; Inspektionen för vård och omsorg, 2023b.

6. Inspektionen för vård och omsorg, 2023b; Inspektionen för vård och omsorg, 2023c.

7. Socialstyrelsen, 2023b.

Utmaningar med vården och omsorgens kompetensförsörjning

Bristande tillgång på vårdpersonal, särskilt sjuksköterskor och erfaren personal inom andra yrkesgrupper, leder till att vårdplatser inte kan användas och därför hålls stängda. Detta har IVO bland annat sett i den nationella sjukhustillsynen. Framtidsprognoserna gällande kompetensförsörjningen från både Statistiska centralbyrån och Universitetskanslersämbetet visar att bristen på legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till 2035. Detta kommer att påverka kompetensförsörjningen och patientsäkerheten i ett längre perspektiv om inte åtgärder vidtas.

Om läkartillgången inom primärvården inte motsvarar behoven riskerar patienter att hänvisas till akutsjukhusen för en medicinsk bedömning. Äldre personer hänvisas till akuten, trots att vårdbehovet bättre hade kunnat tillgodoses på SÄBO eller i primärvården med adekvat läkartillgång.

En stor utmaning rörande bemanning och personalförsörjning handlar om bristande personalkontinuitet, vilket IVO har sett i tillsynen av SÄBO. Saknas kontinuitet bland vård- och omsorgspersonal på SÄBO riskerar vård och behandling att påverkas negativt samtidigt som personcentrering och patients delaktighet försvåras. Vidare ökar bristande personalkontinuitet risken för att dokumentationen blir lidande i en situation där den är särskilt betydelsefull. Möter patienten hela tiden ny personal är det av särskild vikt att dokumentationen är god så att ge patienten rätt vård och behandling. IVO har i tillsynen konstaterat allvarliga brister i dokumentationen, vilket riskerar medföra särskilt negativa effekter på patientsäkerheten när personalkontinuiteten brister.

Behov av samverkan mellan huvudmän för en omställning av vårdssystemet

Omställningen till god och nära vård kräver en gemensam målbild för förflyttningen från dagens system till en ny första linjens sjukvård. Både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har påpekat att även om förväntningarna på primärvården tydliggjorts saknas fortfarande nödvändiga förutsättningar för att klara uppdraget.⁸ IVO delar denna bild.

IVO:s tillsyn visar genomgripande brister som relaterar till omställningen och som påverkar patientsäkerheten negativt samt vården och omsorgens kvalitet i stort.⁹ IVO:s riktade tillsynsinsatser mot kommunal hälso- och sjukvård och regional akutsjukhusvård har tydliggjort behovet av samverkan mellan huvudmännen för en gemensam långsiktig utveckling av hela vårdssystemet. En bättre samverkan är avgörande för att skapa förutsättningar för en effektiv omställning av hälso- och sjukvården.

De av IVO identifierade bristerna gällande läkartillgång vid vård av äldre på SÄBO indikerar att den nuvarande samverkan mellan kommunal hälso- och sjukvård samt regionens primärvård inte är tillräcklig. Samverkansbrister förekommer även mellan verksamheter inom en och samma huvudman. Detta tyder på att det, förutom kompetens- och bemanningsbrister, även finns glapp inom och mellan huvudmännens organisationer. För att effektivt möta dessa utmaningar är det nödvändigt att regioner och kommuner intensifierar sitt samarbete och tar ett gemensamt ansvar.

8. Socialstyrelsen, 2023a; Vård- och omsorgsanalys, 2023.

9. Inspektionen för vård och omsorg, 2022a; Inspektionen för vård och omsorg, 2023c; Inspektionen för vård och omsorg, 2023d.

Tillgänglighet och vårdplatsbrist på sjukhus

IVO INLEDDE EN NATIONELL tillsyn av akutsjukhusvården under 2022. Tillsynen har omfattat 27 sjukhus i Sveriges samtliga regioner med särskilt fokus på disponibla vårdplatser och bemanning.¹⁰ Granskningen har visat allvarliga brister vid samtliga sjukhus. IVO har genom tillsynen konstaterat en hårt belastad vård vid sjukhusen med patientsäkerhetsrisker som följd. Myndigheten har bedömt att patientsäkerheten inte kan garanteras och att läget är allvarligt.¹¹ Fyra sjukhus hade så stora brister att IVO fattade beslut om föreläggande med vite. 24 sjukhus i tillsynen fick beslut där IVO konstaterade allvarliga brister och begärde en återredovisning. Efter en granskning av vårdgivarnas åtgärder för att komma tillrätta med bristerna har IVO under 2023 fortsatt tillsynen genom inspektioner med fokus på effekten av vidtagna och planerade åtgärder. För sju sjukhus har tillsynen avslutats då IVO bedömt att förutsättningar finns för att komma tillrätta med kvarvarande brister.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Brist på disponibla vårdplatser riskerar patientsäkerheten.
- Den ansträngda situationen riskerar att bli ett nytt normalläge.

Brist på disponibla vårdplatser riskerar patientsäkerheten

Bristen på disponibla vårdplatser på Sveriges sjukhus hotar patientsäkerheten och försämrar förutsättningarna för en god beredskap. En disponibel vårdplats är en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö.¹² Vårdplatsbristen medför att patienter riskerar att inte vårdas på ett patientsäkert sätt och att patienter som har ett vårdbehov eller behov av observation skickas hem. Hälften av de sjukhus som varit del av tillsynen uppger att de varje vecka tvingas skicka hem patienter som egentligen hade behövt läggas in.¹³ För få vårdplatser medför flera allvarliga konsekvenser. Det leder bland annat till långa väntetider, att läkemedel inte ges i tid eller inte alls, att medicinsk övervakning inte sker utifrån patientens behov eller att grundläggande hygien och nutrition inte sköts. Det finns exempel där patienter som söker vård vid en akutmottagning själva måste göra en första bedömning av sitt hälsotillstånd och därefter lämnas oövervakade i ett väntrum med endast kameraövervakning utan ljud. Tillsynen har även visat att personer som är allvarligt sjuka, inte sällan i livets slutskede, vårdas på akutmottagningen i korridorer. Korridorplatser är olämpliga för vård, tar inte hänsyn till den personliga integriteten och kan sakna utrustning för övervakning och möjligheter för patienterna att larma personalen.

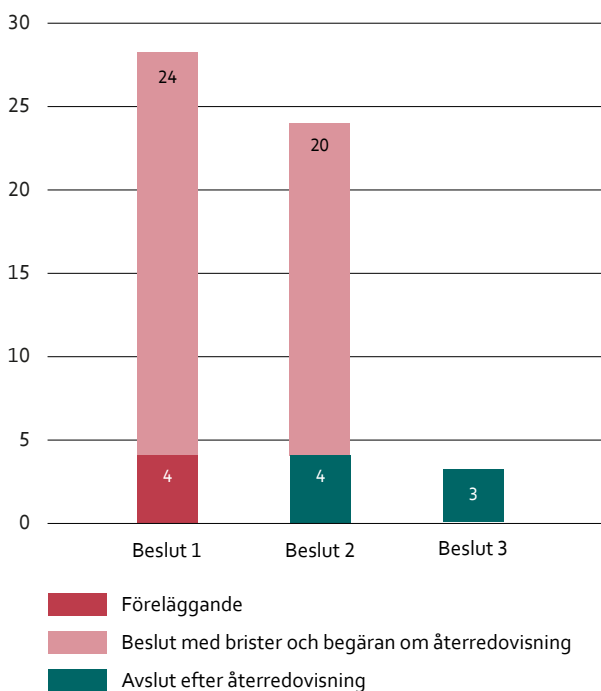
10. Det totala antalet beslut är 28 då ett sjukhus fick två beslut, ett föreläggande och ett beslut med brister och begäran om återredovisning.

11. Inspektionen för vård och omsorg, 2023b.

12. Socialstyrelsen, 2023e.

13. Inspektionen för vård och omsorg, 2023c.

Figur 1. Antal beslut efter beslutstyper och ordningsföljd för sjukhus.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Den nationella sjukhustillsynen har utmyntat i 28 beslut som innehåller konstateranden av brister, varav fyra utgör förelägganden förenade med vite och 24 utgör beslut med brister och begäran om återredovisning (figur 1). För de fyra sjukhus med beslut om föreläggande har vårdgivaren i ett fall vidtagit åtgärder i enlighet med föreläggandet. Ett beslut om föreläggande har avslutats efter att Högsta förvaltningsdomstolen beslutat att inte meddela prövningstillstånd. För övriga två förelägganden har vite inte ansöpts respektive vite inte utdömts. IVO har ansett att det funnits skäl att förelägga vårdgivare för att patienter blir kvar på akutmottagningen med hänvisning till platsbrist på vårdavdelningar, trots att det föreligger beslut om inläggning.

Att regionerna som följd av IVO:s krav på åtgärder genomför förändringar i såväl verksamheterna som i relation till andra huvudmän är en del av förbättringsarbetet. Merparten av vårdgivarnas redovisade åtgärder rör rekrytering, arbetsmiljö och arbetsvillkor för att åtgärda ett otillräckligt antal disponibla vårdplatser eller för att åstadkomma bättre patientflöden. IVO ser dock att regionerna har svårt att uppfylla de krav som lagstiftningen ställer och att åtgärda de

brister som identifierats. Ett utbrett problem är att många patienter vårdas kvar på vårdavdelningarna trots att de är utskrivningsklara eftersom kommunerna inte kan ta emot dem. Denna situation skapar en negativ spiral där sjukhusen har svårt att skriva ut patienter vilket i sin tur påverkar tillgängligheten för nya patienter och ökar trycket på sjukvårdssystemet.

Den ansträngda situationen riskerar att bli ett nytt normalläge

Regionerna ansvarar för sjukhusvården, och endast regionerna kan åtgärda patientsäkerhetsbristerna. Lagstiftningen är tydlig om vårdgivarens ansvar att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som säkerställer att kravet på god vård upprätthålls (enligt 3 kap. 1 § PSL). De brister och risker som har identifierats i tillsynen förekommer vid sjukhus över hela landet. Flertalet av de tillsynade sjukhusen har inte lyckats hitta hållbara lösningar på problemen som springer ur bristen på vårdplatser och bemanningsproblem. Efter uppföljande tillsyner har IVO bedömt att sju av de 27 granskade sjukhusen har vidtagit åtgärder och har förutsättningar för att komma tillrätta med de påtalade bristerna. För de återstående sjukhusen bedömer IVO att vårdgivarna ännu inte har implementerat rapporterade åtgärder eller att effekten uteblivit. För 14 sjukhus har IVO krävt en redovisning av effekt för de åtgärder som vidtagits för att adressera bristerna. För sex sjukhus genomfördes uppföljande inspektioner under hösten 2023 då IVO ansåg att situationen inte hade förbättrats eller till och med hade försämrats. IVO kan konstatera att beläggningsgraden är densamma eller till och med högre i vissa fall. Personalen uppgav också att det inte blivit bättre och i vissa fall sämre. IVO:s tillsyn kommer att fortsätta så länge allvarliga patientsäkerhetsrisker inte åtgärdas i tillräcklig grad.

Vård och omsorg inom äldreområdet

IVO HAR EN PÅGÅENDE nationell tillsyn avseende medicinsk vård och behandling för personer som bor på särskilda boenden för äldre (SÄBO) och som bedrivs i kommunal regi.¹⁴ Tillsynen har sitt ursprung i granskningar som genomfördes under covid 19-pandemin, mot bakgrund av allvarliga patientsäkerhetsbrister vid SÄBO i hela landet. Totalt har IVO fattat beslut för sammanlagt 293 kommuner och stadsdelar inom Stockholms stad. Samtliga tillsynsobjekt har fått kritikbeslut. Besluten utgår från tillsyn inom fyra områden: kompetens, kontinuitet och dokumentation, läkemedelshantering samt vård i livets slutskede. Tillsynen har visat på ett flertal allvarliga brister. Brister i vård- och omsorgspersonalens kompetens är den brist som har störst betydelse för att tillgodose patienternas behov, vilket innebär att många äldre inte garanteras en säker vård av god kvalitet.

Efter tillsynens initiala kritikbeslut har kommunerna vidtagit åtgärder och redovisat dessa till IVO. IVO konstaterar att en majoritet av kommunerna, 152 stycken, har redovisat hur effekten av vidtagna åtgärder ska följas upp. Tillsynen har därför avslutas för dessa kommuner. Övriga kommuner har inte redovisat tillräckliga insatser för att komma tillrätta med bristerna, eller hur effekten ska följas upp varför tillsynen fortsätter gällande dessa kommuner.¹⁵

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Majoriteten av kommunerna vidtar relevanta åtgärder.
- Kommuner brister i att säkerställa rätt kompetens.
- Brister i personalkontinuitet och dokumentation.
- Förbättrade rutiner för delegering och läkemedelsdokumentation.
- Tydligare rollfördelning och riktlinjer för vård i livets slutskede.

Majoriteten av kommunerna vidtar relevanta åtgärder

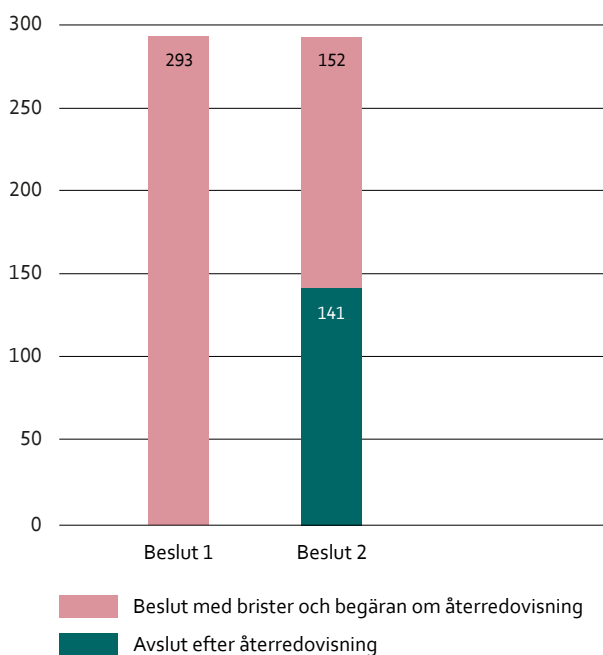
Den första genomgången i tillsynen av vården inom SÄBO visade på brister i samtliga kommuner, varför alla kommuner fick beslut med brister och begäran om återredovisning. Efter att IVO granskade kommunernas återredovisning har mer än hälften av kommunerna i en andra beslutsomgång fått ett avslutande beslut. Detta innebär att IVO bedömer att dessa kommuner har vidtagit åtgärder och redovisat hur uppföljning av effekten av åtgärderna ska ske för att förbättra vården för äldre personer. Resterande 141 kommuner har antingen fått ett förnyat krav på återredovisning eller så kommer tillsynen att fortsätta med ny inspektion (figur 2).¹⁶

14. Inspektionen för vård och omsorg, 2022b.

15. Inspektionen för vård och omsorg, 2023e.

16. Aktuella lagar inom tillsynen är hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821), patientsäkerhetslagen (2010:659) och patientdatalagen (2008:355). Dessa är grundläggande för hälso- och sjukvården, därtill tillkommer ytterligare regleringar som är aktuella för tillsynen såsom myndighetsföreskrifter och förordningar.

Figur 2. Antal beslut om fortsatt tillsyn eller avslut, efter inspektion respektive efter bedömning av krav på återredovisning. Totalt 293 inspekterade kommuner samt stadsdelar inom Stockholms kommun.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Återredovisningarna till IVO visar att kommunerna arbetar med flera olika typer av åtgärder för att skapa en god och säker vård på SÄBO. Likväl finns det fortsatt allvarliga brister i flera kommuners förmåga att säkerställa en godtagbar kvalitet och säkerhet. Bristerna återfinns bland kommuner i hela landet, om än i varierande omfattning. Ingen enskild åtgärd kan lösa utmaningarna inom den kommunala vården och omsorgen. Det krävs ett brett angreppssätt som är anpassat efter den enskilda kommunens förutsättningar. Mot den bakgrunden är det avgörande att kommunerna säkerställer ett fungerande systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete.

Kommunen ska bedriva ett systematiskt kvalitets- och förbättringsarbete

Kommunen som huvudman har ett ansvar att bedriva systematiskt kvalitetsarbete för att säkerställa en god och säker vård. En viktig del i arbetet är att följa effekten av vidtagna åtgärder för att säkerställa att åtgärderna leder till en förbättring för patienten. En del kommuner har dock svårigheter att konkretisera vilken effekt som förväntas eller uppmätts av de

åtgärder kommunerna genomför med anledning av tillsynens beslut. Flera kommuner redovisar inte heller om en uppföljning av effekterna är genomförd eller planerad. IVO understryker huvudmännens ansvar att verksamheten upptäcker och avhjälper brister i patientsäkerheten. Andelen kommuner som beskriver att effekten av åtgärderna följs upp ligger mellan 50 och 71 procent, beroende på vilket tillsynsområde som belyses (tabell 1).

Tabell 1. Andel av kommuner som redovisat effektuppföljning inom respektive tillsynsområde för de åtgärder som tas upp i återredovisningen.

Tillsynsområde	Effektuppföljning (%)
Kompetens	65
Kontinuitet och dokumentation	67
Läkemedelshantering	71
Vård i livets slutskede	50

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Kommuner brister i att säkerställa rätt kompetens

Patienter som bor på SÄBO är i regel multisjuka äldre med ett komplext vårdbehov. Att vårda den enskilde utifrån det aktuella tillståndet och personens egna önskemål, samt att veta när en sjuksköterska ska kontaktas är grundläggande och nödvändigt för att säkerställa en god och säker vård under dygnets alla timmar. Detta förutsätter att vård- och omsorgspersonalen har tillräckliga kunskaper inom hälso- och sjukvård och i det svenska språket. IVO:s tillsyn visar att 97 procent av kommunerna har vård- och omsorgspersonal som saknar tillräckliga kunskaper i det svenska språket för att kunna förstå det patienten själv uttrycker och på ett korrekt sätt kunna vidareförmedla det. Vid intervjuer med patienter uppger nästan var femte att de upplever situationer där de varken förstår eller blir förstärkta av vård- och omsorgspersonalen.

I 94 procent av kommunerna saknar personalen tillräckliga kunskaper inom medicinsk vård och omsorg för att observera och tolka signaler om bland annat försämringar i hälsotillstånd och för att bedöma om en sjuksköterska behöver kontaktas. En god vård förutsätter att sjuksköterskor kan bedöma patientens hälsotillstånd på plats och att det finns tillgänglig läarkompetens. I 45 procent av alla kommuner saknar sjuksköterskor ofta eller ibland förutsättningar att bedöma patientens hälsotillstånd

på plats. Därtill är tillgången till läkare ofta eller ibland otillräcklig i 78 procent av kommunerna. Vid intervjuer med sjuksköterskor uppger endast 38 procent att den totala läkartiden är tillräcklig för att tillgodose alla patienters behov.

I kommunernas redovisningar framkommer att de vanligaste åtgärderna utgörs av utbildningsinsatser för att stärka personalens vård- och omsorgskunskap och språkkunskap. Andra åtgärder handlar om förändringar i arbetsvillkor, rutiner och samverkansavtal med regionen för att råda bot på att det saknas sjuksköterskor och läkare som på plats kan göra bedömningar.

Förbättrade rutiner för delegering och läkemedelsdokumentation

IVO konstaterar att det finns brister med personalkontinuitet bland vård- och omsorgspersonal i 67 procent av kommunerna och bland sjuksköterskor i 52 procent av kommunerna. Det råder stora utmaningar inom vård- och omsorgssektorn gällande kompetensförsörjning. När timanställda och vikarier används i stor utsträckning är risken att vård- och omsorgspersonal inte hinner bygga upp en kunskap om patientens hälsa och mående, vilket försvårar möjligheten att upptäcka eventuella förändringar i hälsotillståndet. En bättre personalkontinuitet kan även bidra till ökad trygghet och delaktighet för patienterna då deras önsknings har en tydlig mottagare.

Dokumentation handlar till stor del om att föra en patientjournal. God dokumentation upprätthåller en säker vård och ger möjlighet för patienten att få insyn och därmed ökad delaktighet. IVO konstaterar att 91 procent av de granskade kommunerna inte dokumenterar enligt gällande regelverk. En patientjournal ska bland annat innehålla en planering för patientens vård och behandling som ska tas fram tillsammans med patienten. Vid intervjuer med sjuksköterskor uppger 73 procent att det finns en strukturerad vårdplan för alla eller de flesta av patienterna som har hälso- och sjukvårdsinsatser. Däremot uppger endast 30 procent av de intervjuade patienterna att de känner till att det finns en planering av deras vård och behandling.

I IVO:s granskning av kommunernas redovisningar framkommer det att utbildningsinsatser avseende dokumentation är den vanligaste åtgärden inom området. Förutom utbildningsinsatser redovisar kommunerna åtgärder som utvecklade IT-system

och bland annat personalpools för att uppnå en bättre bemanning och mer regelbunden kontakt mellan personalgrupper.

Bristfällig läkemedelshantering medför patientsäkerhetsrisker

Läkemedelsgenomgångar¹⁷ ska ske årligen och är ett tillfälle för patienten och läkaren att gå igenom ordinerade läkemedel och eventuellt göra förändringar. IVO konstaterar att 90 procent av kommunerna saknar dokumenterade läkemedelsgenomgångar i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen. Det är regionens ansvar att läkemedelsgenomgångar genomförs. Dock är kunskapen om aktuell läkemedelsbehandling för varje patient en förutsättning för att säkerställa att adekvat kunskap och kompetens finns tillgänglig under hela dygnet på SÄBO. Proaktivt och systematiskt arbete med läkemedelsbehandling minskar även risken för onödig sjukhusinläggning av patienten. Behandling av en eller flera sjukdomar kan löpande följas upp och medicineringen hålls adekvat längst vägen.

I 81 procent av kommunerna har personalen som ansvarar för att ge mediciner inte tillräckliga förutsättningar att utföra detta på ett patientsäkert sätt. Detta kan leda till att patienten drabbas av vårdskador. IVO har uppmärksammat att patienter med diabetes inte fått tillräckligt med mat i samband med insulinbehandling vilket medfört att blodsockret inte hålls i balans. Att ge insulin kräver en specifik kompetens och är därför ofta delegerat till ett begränsat antal personer. Ibland saknas den personal som har delegering att ge insulin vilket leder till att personal från andra delar av verksamheten kallas in. Dock saknar vård- och omsorgspersonalen ofta kunskap om effekten och allvarlighetsgraden av vad som händer med patienten när blodsockret blir för lågt, vad de ska vara observanta på och när de ska agera vid förändrade hälsotillstånd.

I redovisningen till IVO anger kommunerna som en förbättringsåtgärd att man genomför utbildande insatser för personal. Utbildningarna innehåller teoretiska och praktiska moment i samband med delegering av medicin, samt att söka och dokumentera läkemedelshantering på ett korrekt och gemensamt sätt i journalsystemen.

17. I HSLF-FS 2017:37 (11 kap. 3 och 4 §§) finns också regler om s.k. läkemedelsgenomgångar. Vårdgivaren ska erbjuda de patienter som är 75 år eller äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång bl.a. vid inflyttning på SÄBO. Dessa patienter ska därefter erbjudas en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under sin tid på boendet.

Tydligare rollfördelning och riktlinjer för vård i livets slutskede

Brytpunktssamtal ska genomföras av en läkare när vården av en patient ska övergå till vård i livets slutskede. Brytpunktssamtalet ska därmed vara ett tillfälle att planera patientens vård under dennes sista tid i livet. I 89 procent av kommunerna saknar personalen som ska vårda äldre under deras sista tid i livet tillräcklig information om hur patienten önskar att vården ska genomföras. Därtill saknas det i 57 procent av kommunerna information i den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen om brytpunktssamtal har genomförts. Informationsbristen eller i värsta fall avsaknad av brytpunktssamtal riskerar ge allvarliga konsekvenser för patientsäkerheten och den enskildes delaktighet i sin egen vård.

Andra brister som förekommer handlar om läkemedelsbehandling. I 47 procent av kommunerna påbörjar sjuksköterskor läkemedelsbehandling utan att det föregåtts av en ny läkarkontakt. IVO konstaterar att det finns ett arbetssätt inom verksamheterna där patienter har ordination på läkemedel som ofta ges vid vård i livets slutskede. I de fall det inte finns tillgång till läkare, som har ansvaret att bedöma om vården ska övergå till vård i livets slutskede, tar sjuksköterskor ibland ett för stort medicinskt ansvar och påbörjar medicinering av dessa läkemedel utan en förnyad kontakt med läkaren.

Cirka en femtedel av kommunerna brister i att säkerställa att personer i livets slutskede inte behöver avlida i ensamhet. När det inte finns personal som kan ge vård och omsorg samt kan observera patienterna och signalera förändringar i tillståndet till en sjuksköterska kan det leda till att patienten inte får adekvat medicinering och symptomlindring, som till exempel smärtstillande eller orosdämpande.

Den vanligaste åtgärden kommunerna redovisar för att komma tillrätta med bristerna som rör vården i livets slutskede består av en översyn av rutiner och riktlinjer. Vidare lyfter kommunerna utbildningsinsatser och åtgärder där roll- och ansvarsfördelning mellan sjuksköterskor och läkare förtydligas, liksom stärkt samverkan med regionen.

Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS

IVO:S TILLSYN HAR under flera år uppmärksammat att personer med funktionsnedsättningar som bor på LSS-boenden utsätts för otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. Mot bakgrund av detta genomförde IVO under perioden 2022–2023 en riktad tillsyn av gruppboendestäder för vuxna enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Tillsynen genomfördes över hela landet med ett särskilt fokus på användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Tillsynen identifierade brister i 80 av 90 granskade gruppboendestäder.
- Brukarens rätt till stöd utifrån behov tillgodoses inte.
- Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder är vanligt förekommande.
- Brister i kompetens hos ledning och personal.

Brister i 80 av 90 granskade gruppboendestäder

Tillsynen av 90 utvalda gruppboendestäder innehöll samtal med cirka 200 brukare, dokumentationsgranskning, granskning av gruppboendestäderna och intervjuer med föreståndare respektive personal på varje enskild gruppboendestad. IVO konstaterade brister i 80 av 90 inspekterade gruppboendestäder och tillsynen synliggjorde flera omfattande problem i verksamheterna. Ledning och personal i gruppboendestäder använde arbetssätt och genomförde åtgärder som tvingade eller begränsade brukarna. Verksamheterna hade ofta arbetat länge på samma sätt, med samma metoder, vilket innebar att man under lång tid genomfört tvingande och begränsande åtgärder utan att överväga om det var korrekt och om brukarna verkligen behövde dem.¹⁸

På ett boende var bristerna så allvarliga att IVO fattade beslut om föreläggande med vite. Beslutet fattades utifrån bedömningen att det förekom otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder i boendet. Åtgärden handlade om att en brukare inte självständigt kunde låsa upp sin lägenhetsdörr för att gå ut utan var beroende av att personal låste upp. Brukaren hade inte lämnat samtycke till åtgärden. Efter att IVO fattade beslut om föreläggande inkom kommunen med en redovisning och IVO bedömde att genomförda och planerade åtgärder var adekvata.

18. Inspektionen för vård och omsorg. 2023f.

Brukarens rätt till stöd utifrån behov tillgodoses inte

Varje brukare med insatser enligt LSS har rätt till stöd utifrån sina behov. IVO konstaterar att det finns en komplexitet i relationen mellan brukares rätt till stöd på egna villkor och verksamheternas ansvar att hjälpa och skydda brukare. Det framkommer i tillsynen att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer på grund av både obetänksamhet och kunskapsbrist, liksom på grund av välvilja i situationer som personal menar är svåra att förhålla sig till. Att exempelvis inte få använda åtgärder som personal eller närstående bedömer som nödvändiga för att skydda brukare kan vara ett dilemma i verksamheten. Tillsynen visar att oklara syften med åtgärder kan leda till att verksamheten brister i att tillgodose brukares rätt till stöd utifrån sina behov. Detta ökar risken för användning av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.

I 41 procent av de granskade verksamheterna rör bristerna brukares rätt till stöd utifrån behov. Inom verksamheterna saknas ofta ett giltigt samtycke från brukaren för begränsande eller tvingande åtgärder. Verksamheterna har inte heller dokumenterat brukarens samtycke i journalen. Därutöver görs inte alltid individuella bedömningar av brukarens behov av åtgärden och det är sällan man först provat mindre ingripande åtgärder. Det är vanligt att samma gruppbostad har flera brister. I tabell 2 beskrivs brister i rätten till stöd utifrån behov i de granskade gruppbostäderna.

Tabell 2. Olika typer av brister i de 90 granskade gruppbostäderna.

Brister i rätten till stöd utifrån behov	Antal gruppbostäder
Inget giltigt samtycke	24
Inget dokumenterat samtycke	37
Ingen individuell behovsbedömning	27
Inte provat mindre ingripande åtgärder	14

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Brukarens perspektiv och röster

Insatsen bostad med särskild service enligt LSS pågår ofta under flera år. Brukare som bott länge i samma gruppbostad kan ha vant sig vid hur det fungerar där och känner kanske inte till att det kan fungera på annat sätt. Vid brukarsamtalen uttryckte eller visade många brukare att de är nöjda med sina boenden, att personalen är snälla och hjälper dem på olika sätt. Det framkom dock i tillsynen att brukarna inte alltid förstod att de kan säga nej till personalens åtgärder, till exempel åtgärder som är tvingande eller begränsande.

Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder är vanligt förekommande

IVO:s bedömning av användning av tvångs- och begränsningsåtgärder utgår ifrån att LSS bygger på frivillighet och på att ledning och personal inte får genomföra åtgärder mot enskilda brukares vilja i enlighet med 6 § LSS. Bedömningen bygger specifikt på att syftet med en åtgärd är att skydda, stödja, hjälpa

Tabell 3. Förekomst av olika typer av otillåtna åtgärder i de 90 granskade gruppbostäderna.

Område	Typ av otillåten åtgärd	Antal gruppbostäder
Påtvingat kroppsligt ingrepp	Läkemedel utan vetskap	1
Övervakning eller avlyssning	Övervakning med babyvakt	5
	Omvända tittögon och glasrutor i dörrar	4
	Rörelseövervakning med larm	29
Begränsning i rörelsefrihet	Inlåsning av brukare	7
	Fasthållning av brukare	4
	Låsta gemensamhetsutrymmen	18
	Lås som begränsar brukarens rörelser	16

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

eller aktivera brukaren. Dessutom ska brukaren ha fått möjlighet att lämna ett giltigt samtycke. Innan åtgärden genomförs ska verksamheten ha utfört en individuell behovsbedömning och först övervägt eller genomfört mindre ingripande åtgärder.

I två tredjedelar av verksamheterna där IVO konstaterat brister förekom otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder. De otillåtna åtgärderna innebär i flera fall påtvingat kroppsligt ingrepp, övervakning och avlyssning av brukare samt begränsningar i rörelsefrihet – i förlängningen frihetsberövanden.¹⁹ Det förekommer ofta flera olika typer av otillåtna åtgärder i en och samma gruppbostad (tabell 3).

Brister i kompetens hos ledning och personal

IVO konstaterar att alla brukare inte får rätten att leva som andra. Det bottnar i många fall i att kommuner och privata aktörer inte har säkerställt tillräcklig kompetens hos ledning och personal. Det grundar sig även på att ledningen inte alltid har tagit sitt fulla ansvar för verksamhetens kvalitet.

Tillsynen visar att personalen inte alltid har kompetens eller praktiska förutsättningar att kommunicera med och förstå brukarna utifrån deras specifika funktionsnedsättningar. Ledningen saknar många gånger också kompetens och uttrycker i tillsynen att de inte alltid har det utpekade ansvar och det stöd från huvudmannen som de skulle behöva för att kunna leda verksamheten med kvalitet utifrån varje brukares individuella behov. Det förekommer också verksamheter i tillsynen som haft flera täta ledningsbyten på kort tid.

Om ledning och personal saknar kompetens att förhindra situationer där brukare blir frustrerade, ökar risken för att verksamheten i stället använder oproportionerliga och eskalerande begränsningsåtgärder. Det innebär åtgärder som inte tar hänsyn till varje brukares individuella behov. Brister i ledning och otillräcklig kompetens bidrar därmed till att begränsningar blir omotiverat stora och att brukarnas rättigheter inte tillgodoses.

19. Inspektionen för vård och omsorg, 2023f.

Barn och unga i samhällets vård

IVO UTÖVAR TILLSYN över hem för vård eller boende (HVB), SiS särskilda ungdomshem, stödboenden för barn och unga samt bostäder med särskild service för barn eller ungdomar enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. IVO ska inspektera alla boenden för barn och unga minst en per år, vilket benämns frekvenstillsyn. Under dessa tillsyner samtalar IVO med de placerade barn och ungdomar som samtycker till det. Barnen och ungdomarna är en central informationskälla till kunskap om och erfarenhet av kvaliteten i den vård och omsorg som ges och tryggheten och säkerheten i verksamheten.

Under 2023 har IVO:s tillsyn av SiS förstärkts så att majoriteten av ungdomshemmen inspekterats två gånger. IVO har lagt ett särskilt fokus på att granska SiS arbete med att förebygga, upptäcka och agera vid händelse av att personal har ett gränsöverskridande beteende eller inleder otillbörliga relationer med barn och ungdomar. Bakgrunden till detta särskilda fokusområde är tidigare konstaterade brister samt information från placerade barn och ungdomar om förhållandena vid hemmen.

IVO har utöver frekvenstillsynen genomfört egeninitierad tillsyn inom ett antal områden som rör barn och unga i samhällsvård och socialnämndernas myndighetsutövning.

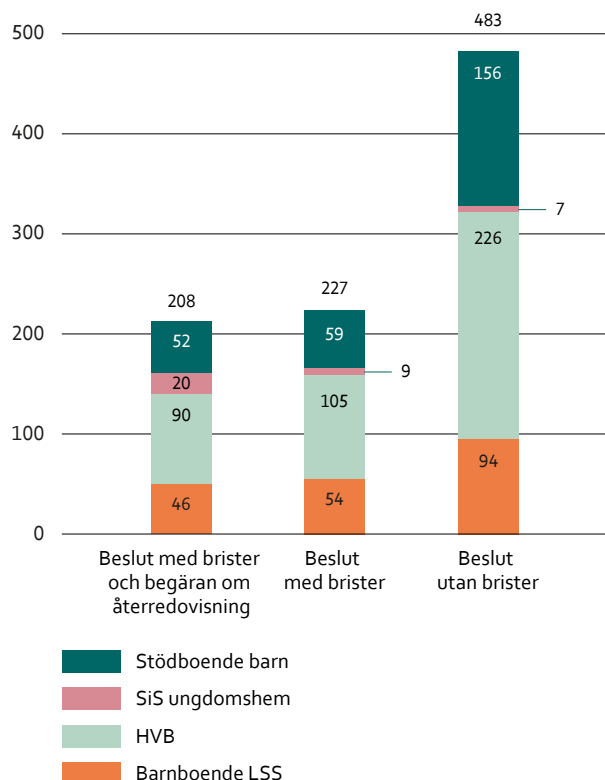
IVO:s viktigaste iakttagelser

- Nästan hälften av alla boenden för barn och unga har brister i verksamheten.
- Barnets bästa måste beaktas bättre vid placering vid SiS ungdomshem.
- Barn görs inte delaktiga vid beslut om omplacering eller hemflytt.
- Regelverket om flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttningar används inte till fullo.

Nästan hälften av alla boenden för barn och unga har brister i verksamheten

I 2023 års frekvenstillsyn av boenden för barn och unga konstaterade IVO brister i 435 av 918 tillsyns-ärenden (47 procent). I 208 beslut (23 procent) av boendena var bristerna av en mer allvarlig karaktär och IVO har därför begärt att huvudmannen redovisar vilka åtgärder som genomförts eller planerats för att komma tillrätta med bristerna. Vid allvarliga missförhållanden eller om en aktör bedöms vara olämplig kan IVO förelägga verksamheten, återkalla tillstånd eller förbjuda fortsatt verksamhet. IVO har fattat beslut om återkallelse och förbud i tio ärenden under året och om förelägganden i 14 ärenden.

Figur 3. Antal beslut inom frekvenstillsynen år 2023 fördelat på typ av beslut och verksamhetstyp.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Tillsyn av SiS ungdomshem visar allvarliga brister som påverkar trygghet och säkerhet

Den förstärkta tillsynen av SiS ungdomshem för-
anleddes av IVO:s samlade bedömning att det fanns
allvarliga risker för brister i verksamheternas förmåga
att säkerställa en trygg och säker vård. Under 2023
års inledande inspektioner granskades arbetet på SiS
med att förebygga, upptäcka och agera vid händelse
av att personal har ett gränsöverskridande beteende
eller inleder otillbörliga relationer med ett barn
eller en ungdom. IVO fann i tillsynen att fyra av
21 ungdomshem hade brister rörande bland annat
avsaknad av, implementering och följsamhet till
rutiner samt adekvata arbetssätt. IVO granskade även
om SiS följde kravet på kontroll i Polismyndighetens
misstanke- och belastningsregister innan personal
anställs, ges uppdrag eller praktiktjänstgöring vid
ungdomshemmen. Tillsynen visade att 9 av 19 insti-
tutioner inte kontrollerade personal före anställning
eller sparade ner registerutdragen i enlighet med
lagens krav. Vid uppföljande inspektioner senare

under 2023 fokuserade IVO på att följa upp brister
som konstaterats i frekvenstillsynen under 2022. IVO
fann att flera brister kvarstod, bland annat avseende
hot och våld mellan boende och mellan boende och
personal. Vid fyra ungdomshem konstaterades så
allvarliga missförhållanden att beslut fattades om
föreläggande mot SiS.

HVB och stödboenden brister i lämplighetsbedömningar

IVO har fattat 61 beslut för HVB och 38 beslut för
stödboenden där bristen har rört lämplighets-
bedömningen som ska utföras innan inskrivning av
en ungdom i verksamheten. Det är den största bristen
för dessa boendeformer och motsvarar en tredjedel av
samtliga beslut där IVO konstaterat brister för HVB
och stödboenden. En lämplighetsbedömning görs
inför att ett barn ska placeras på ett boende och innebär
att föreståndaren tar ställning till om verksamheten
har förutsättningar att ge barnet en trygg och säker
vård, samt om det finns risk för negativ påverkan
mellan de placerade barnen. Om detta brister kan
det medföra att barn och unga inte får sina behov av
vård och behandling tillgodosedda. Det kan också
resultera i att barn och unga behöver avbryta sin
vård och byta boende, vilket kan bidra till ytterligare
otrygghet.

Begränsningsåtgärder förekommer på LSS-boenden för barn och unga

På LSS-boenden för barn och unga är det vanligast att
bristerna rör olika former av begränsningsåtgärder,
vilket det gör i 31 beslut. Det motsvarar 31 procent av
alla beslut med brister som rör LSS. IVO har tidigare
uppmärksammat att barn och unga med funktions-
nedsättningar utsätts för otillåtna tvångs- och
begränsningsåtgärder i sina boenden. LSS bygger på
frivillighet och verksamheten får i regel inte genom-
föra åtgärder mot brukares vilja. IVO ser därför att
brister som rör begränsningsåtgärder i olika former
inskränker på brukarens integritet och rättigheter.

Barnets bästa måste beaktas bättre vid placering vid SiS ungdomshem

IVO har genomfört en tillsyn avseende vårdkedjan i ärenden rörande ungdomar placerade på SiS ungdomshem. Syftet med tillsynen har varit att granska om socialnämnden och SiS säkerställer att barn i åldern 11 till 14 år, som placeras på SiS ungdomshem, får vård och behandling som är förenlig med barnets bästa.

IVO:s tillsyn av socialnämndernas myndighetsutövning visade att de i olika grad inte efterlevt bestämmelsen om att barnets bästa ska vara avgörande vid beslut om placering vid SiS ungdomshem. Av tio granskade socialnämnder fann IVO brister i samtliga ärenden.²⁰ IVO bedömde att socialnämnderna brustit i arbetet att placera barn på SiS ungdomshem utan att först överväga och bedöma vad som är bäst för barnet. I några fall fann IVO att ansvarig nämnd inte hade prövat öppna vårdformer eller placering på HVB före placeringen på ett SiS-hem eller övervägt om barnets behov kunde ha tillgodosetts genom insatser enligt LSS. IVO har även sett exempel på att SiS förmedlat till ansvarig socialnämnd att fortsatt vård vid SiS ungdomshem inte är förenligt med barnets bästa. Trots att socialnämnderna inte motsagt SiS bedömning har barn blivit kvar för vård vid SiS med hänvisning till brist på lämpliga placeringsalternativ. IVO ser allvarligt på att barn blir kvar på SiS ungdomshem längre än vad som bedömts vara förenligt med barnens bästa.

Som en del av tillsynen över vårdkedjan har IVO även granskat om barnets bästa beaktas vid anvisning av plats på någon av SiS institutioner. IVO bedömer att så inte alltid är fallet, då det snarare är kapacitetsbristen hos SiS, och inte barnets behov, som styr vilken institution barnet placeras på. Yngre barn får inte alltid en lämplig plats i förhållande till deras ålder och behov och barn och ungdomar i olika åldrar och med varierande problematik placeras tillsammans, trots olika vårdbehov som kräver olika behandlingsmetoder och olika kompetens hos personalen. En verksamhet som är utformad på ett sådant sätt att barns bästa inte till fullo kan beaktas uppfyller enligt IVO inte socialtjänstlagens krav på god kvalitet.

Avskiljningar på SiS ungdomshem tillämpas inte i enlighet med lag

IVO har granskat om den särskilda befogenheten avskiljning tillämpas i enlighet med 15 c § lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU samt 17 § lag (1998:603) om verkställighet av särskild ungdomsvård, LSU. IVO konstaterar att SiS, trots tidigare redovisning av åtgärder, inte har säkerställt att den särskilda befogenheten avskiljning tillämpas i enlighet med gällande lagstiftning. Detta genom att barn och unga utsätts för fysiska fasthållningar mot vägg, golv eller säng i stället för att föras till ett avskiljningsrum. IVO anser att SiS behöver vidta ytterligare åtgärder för att säkerställa att personal agerar i enlighet med gällande bestämmelser om avskiljningar. En förutsättning för sådana åtgärder är, enligt IVO:s mening att SiS utvecklar sitt arbete med egenkontroll såväl övergripande som på respektive ungdomshem och närmare analyserar uppmärksammade skillnader i tillämpningen av avskiljningar. IVO har med anledning av det ställt krav på att SiS redovisar åtgärder för att se till att avskiljningar tillämpas enligt lag.

Barn görs inte delaktiga vid beslut om omplacering eller hemflytt

IVO:s tillsyn av socialnämndernas omplaceringar av barn som avslutades under 2023 visar att delaktigheten ofta brister. Barn har rätt till delaktighet och inflytande när socialnämnder fattar beslut som påverkar deras liv. Delaktigheten består av tre delar: rätt till relevant information, möjlighet att uttrycka sina åsikter och att åsikterna tillmäts betydelse.²¹ IVO bedömer att det finns ett tydligt behov av utvecklingsarbete i kommunerna kring barns delaktighet vid omplacering eller hemflytt. Tillsynen har visat att endast ett fåtal av de granskade socialnämnderna följer lagen när det gäller barns delaktighet. Till exempel har det under pågående placering gått lång tid utan att barnet har fått någon förklaring till omplaceringen av sin socialsekreterare, eller fått möjlighet att uttrycka sina åsikter till placeringen.

20. Inspektionen för vård och omsorg, 2023g.

21. Inspektionen för vård och omsorg, 2023h.

I aktuell tillsyn granskades 26 socialnämnder och sammanlagt 147 barns ärenden. Granskningen har visat att barn inte görs delaktiga i sammanlagt 74 av ärendena. Samtliga tillsynade socialnämnder förutom en uppvisade brister. Tre nämnder har förelagts att vidta åtgärder rörande barns delaktighet.

Samtliga barn vars ärenden valdes ut i tillsynen gavs möjlighet att bli intervjuade av IVO. 58 av 147 barn valde att delta. 37 procent av barnen uppgav att socialsekreteraren inte pratade med dem innan de flyttade till det nya familjehemmet. Endast 51 procent av barnen uppgav att socialsekreteraren hade frågat vad barnet tyckte om flytten.

Regelverket om flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttningar används inte till fullo

IVO har granskat insatser till tidigare placerade barn, bland annat i form av socialnämndens arbete med flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttningar.²² Tillsynen visar att regelverket om flyttningsförbud och vårdnadsöverflyttningar inte används till fullo. Av 147 ärenden som ingick i granskningen hade 71 av barnen flyttat hem, 67 av dem från ett familjehem. Av de 67 barnen hade 25 varit placerade i minst ett år och sex barn i mer än tre år. Ingen av de granskade socialnämnderna hade övervägt flyttningsförbud. Som skäl för detta har majoriteten av nämnderna angett att hemflytten skett i samförstånd med familjen eller att de inte funnit skäl att överväga flyttningsförbud. Vid tillsynen framkom även att enstaka barn blivit föremål för vårdnadsöverflytt. Endast en av åtta socialnämnder har redogjort för att uppföljning av arbetet med att överväga behov av vårdnadsöverflytt sker regelbundet och som en del av socialnämndernas systematiska kvalitetsarbete. IVO bedömer därför att socialnämnderna behöver stärka sitt arbete med att tillämpa bestämmelserna om vårdnadsöverflytt och flyttningsförbud för att det ska få genomslag.

När vård av barn som är placerade i familjehem upphör ska socialnämnden överväga att ansöka om flyttningsförbud för det fall att separationen eller flytten från familjehemmet bedöms vara skadligt för barnet. Vidare ska socialnämnden överväga om det finns skäl att ansöka om överflyttning av vårdnaden till familjehemsföräldrarna. Socialnämndens skyldighet att överväga om det finns skäl att ansöka

om överflyttning av vårdnaden till familjehemsföräldrarna anges i 6 kap. 8 b § socialtjänstlagen, SoL. Av bestämmelsen framgår att socialnämnden, i det fall ett barn har varit placerat i samma familjehem under två år från det att placeringen verkställdes, årligen ska överväga om det finns skäl att ansöka om vårdnadsöverflytt. Socialnämnden ska dock i ett tidigare skede överväga och ansöka om vårdnadsöverflytt om det bedöms vara förenligt med barnets bästa.

22. Inspektionen för vård och omsorg, 2023i.

Oseriösa aktörer

OSERIÖSA AKTÖRER INOM vård och omsorg är ett växande problem. Att välfärdsbrottsligheten ökar är ett generellt samhällsfenomen, som under flera års tid blivit mer märkbart inom vård- och omsorgssektorn. IVO:s arbete med att utreda och identifiera oseriösa och/eller kriminella aktörer inom myndighetens ansvarsområden har blivit alltmer komplext. Inom tillståndspliktiga verksamheter kan IVO genom tillståndsprövning och tillsyn hitta oseriösa aktörer och avslå eller återkalla tillståndet. Oseriösa aktörers etablering inom hälso- och sjukvården, ett område som till stora delar saknar tillståndsplikt, kräver mer myndighetssamverkan och nya arbetssätt från IVO. Arbetet med att förhindra oseriösa aktörer inom vård och omsorg är viktigt för att den vård och omsorg som utförs ska leva upp till de krav på säkerhet och kvalitet som gäller. När oseriösa aktörer bedriver verksamhet riskeras förtroendet för välfärdsystemet att urholkas och skattemedel att gå till kriminella aktörer. Det finns även risker för patienter och brukare när aktörer har annat än deras bästa för ögonen.

Oseriösa aktörer återfinns inom verksamheter som bedriver omsorg, exempelvis hem för vård eller boende (HVB), personlig assistans och hemtjänst. De återfinns också inom hälso- och sjukvården, inom tandvårdsverksamheter, estetisk verksamhet, vårdcentraler och andra mottagningar. Problematiken finns även gällande legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i form av falska legitimationer eller olika kopplingar till välfärdsbrottslighet. Inom socialtjänsten ser IVO aktörer som saknar förutsättningar eller kompetens att följa gällande regelverk och aktörer med koppling till organiserad brottslighet. IVO arbetar med att förbättra tillståndsprövningen och tillsynen genom att stärka samarbetet mellan myndigheter för att förhindra välfärdsbrott.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- IVO återkallar tillstånd och avslår allt fler tillståndsansökningar.
- Hälften av ansökningarna om nytt HVB-tillstånd avslås.
- IVO föreslår tillståndsplikt för tandvården.
- Ökade befogenheter behövs för att hindra oseriösa aktörer inom estetisk verksamhet.

IVO återkallar tillstånd från oseriösa aktörer

IVO utfärdar tillstånd för de verksamheter som bedrivs enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Inom tillsynen görs en ägar- och ledningsprövning av aktörer som driver pågående verksamheter. Ägar- och ledningsprövningen omfattar arbetet med att pröva om de som har beviljats tillstånd löpande uppfyller kraven på insikt och lämplighet i övrigt och om de har ekonomiska förutsättningar att bedriva verksamheten i enlighet med de föreskrifter som gäller.

Genom ägar- och ledningsprövningen kan IVO agera mot olämpliga tillståndshavare och på detta sätt förhindra att oseriösa aktörer verkar inom omsorgsbranschen. IVO ser idag alltmer avancerade brottsupplägg som kräver utredningsresurser, myndighetssamverkan och en kontinuerlig utveckling av tillämpliga utredningsmetoder för att identifiera oseriösa aktörer.

Under 2023 har IVO efter genomförd ägar- och ledningsprövning fattat 17 beslut att återkalla totalt 31 tillstånd (tabell 4). Tio av de beslutade återkallelserna avser verksamhet som utför personlig assistans. Utöver detta har beslut fattats att återkalla fem tillstånd för boende för barn och unga (HVB) och sju tillstånd för verksamheter som bedriver hemtjänst. Antalet beslut om återkallelse av tillstånd är färre 2023 jämfört med tidigare år. En anledning till skillnaden mellan 2023 och föregående år är bland annat att det nu krävs mer omfattande utredningar. Det beror delvis på komplexa företagsstrukturer och ibland avancerade brottsupplägg, vilket i sin tur kräver ökad samverkan och tillgång till utökad information, vilket är resurs- och tidskrävande.

Tabell 4. Antal återkallade tillstånd och antal återkallelsebeslut som gjorts inom ramen för ägar- och ledningsprövningen.

Ägar- och ledningsprövning	2021	2022	2023
Antal återkallade tillstånd	79	41	31
Antal återkallelsebeslut	59	32	17
Andel återkallelsebeslut (%)	51	50	57

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

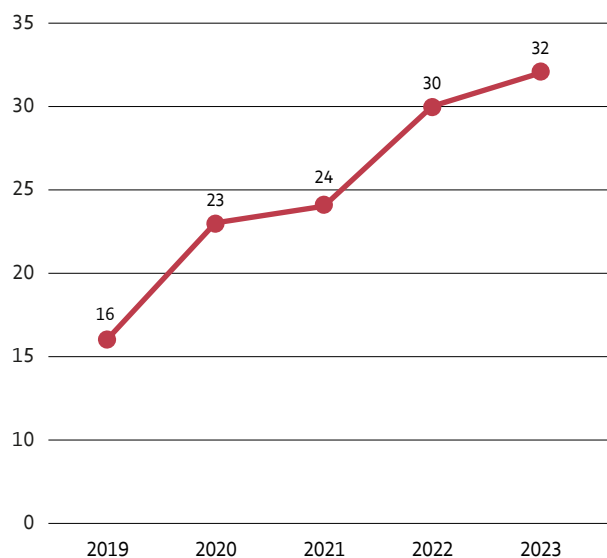
Flest återkallade tillstånd rör personlig assistans

Under 2023 har IVO fattat 29 beslut om återkallelser och förbud mot verksamhet och personal, varav 17 inom ramen för ägar- och ledningsprövningen. IVO har fattat åtta beslut om att återkalla tillstånd för aktörer som bedriver personlig assistans och sex beslut att återkalla tillstånd för HVB. Orsakerna till återkallelse, likt tidigare år, beror huvudsakligen på ekonomisk misskötsamhet. Framför allt uppvisar aktörerna brister när det gäller ekonomisk förvaltning, antingen inom företaget eller hos dess företrädare. Det finns även brister i uppfyllandet av deklaraionsplikten och det förekommer att företrädare brustit i hanteringen av ekonomi i annan verksamhet. Vidare ser IVO att verksamheter brister vid kontroll av belastningsregister för personer som ska anställas. Det förekommer exempel där bolagen har anställt personal som har varit dömda för bland annat misshandel, människorov, rån, rattfylleri och narkotikabrott. IVO ser mycket allvarligt på dessa brister.

IVO avslår allt fler tillståndsansökningar

Genom tillståndsprövning kan IVO förhindra att oseriösa aktörer ges möjlighet att bedriva verksamhet. De senaste åren har andelen avslag på tillståndsansökningar ökat. Under 2023 avslag IVO 32 procent av alla ansökningar om nytt tillstånd, vilket motsvarar 133 ärenden (figur 4). Det beror på att IVO har identifierat fler oseriösa aktörer som inte uppfyller de krav som ställs på kvalitet och har förhindrat att dessa verksamheter startat. IVO fattar beslut om avslag till de aktörer som inte uppfyller kraven i SoL och LSS gällande kvalitet, insikt i de regelverk som gäller för verksamheten, lämplighet i övrigt samt ekonomiska förutsättningar.

Figur 4. Andel avslag om att bedriva ny verksamhet 2019–2023 (%).

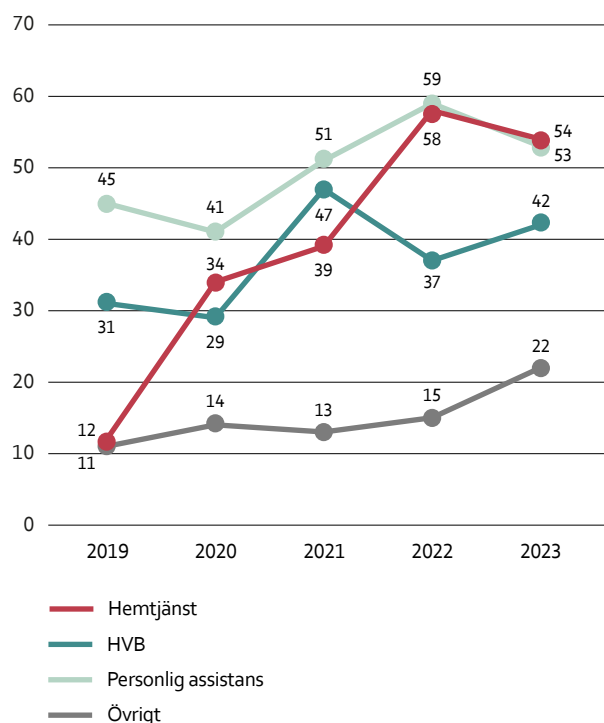


Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Precis som tidigare år varierar avslagsfrekvensen mellan olika typer av tillståndsansökningar. Verksamhetsformerna hemtjänst, HVB och personlig assistans fortsätter att ligga högt (figur 5). Under 2023 uppgår andelen avslag för hemtjänst och personlig assistans till cirka 50 procent, vilket är en svag minskning jämfört med föregående år. Andelen avslag gällande HVB-ansökningar har ökat under 2023. För övriga verksamhetsformer ökade andelen avslag till 22 procent. Införandet av tillståndsplikten för hemtjänst 2019 innebar en skyldighet för alla redan befintliga verksamheter att ansöka om nytt tillstånd. Den låga andelen avslag under det första året kan förklaras med att

många av dessa verksamheter redan hade en etablerad verksamhet och därför uppfyllde de flesta krav.

Figur 5. Andel avslag om att bedriva ny verksamhet per verksamhetstyp, 2019–2023 (%).



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Närmare hälften av ansökningarna om nytt HVB-tillstånd får avslag

Antalet ansökningar om tillstånd att bedriva HVB har minskat väsentligt de senaste åren. Under 2018 fick IVO in 209 ansökningar om att starta HVB-verksamheter. 2023 uppgick antalet till 51 ansökningar. Den kraftiga minskningen kan bero på flera faktorer. En faktor är de avgifter som infördes 2019. En annan faktor kan vara det minskade antalet HVB-verksamheter. Vidare kan kravet på insikt i ägar- och ledningsprövning som infördes 2019 vara en bidragande faktor.

Även om antalet ansökningar har minskat har IVO avslagit en ökad andel, runt 40 procent under 2023. Den vanligaste anledningen till avslag är att den tilltänkta målgruppen har alltför stor åldersspridning, eller för stor spridning av behov. En blandning av personer med olika typer av problematik och olika åldrar medför att det inte finns förutsättningar att utforma vården så att den möter alla placerades individuella behov, så att placeringen blir

meningsfull för den enskilde. Det riskerar även att leda till negativ påverkan mellan de placerade.

Det näst vanligaste skälet för avslag är bristande kompetens hos föreståndaren. Utöver en högskoleutbildning med relevans för den specifika verksamheten behöver en föreståndare för HVB ha erfarenhet av liknande arbete. Utbildning och erfarenhet är avgörande för att verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet.

IVO föreslår tillståndsplikt för tandvården

I IVO:s rapport "Förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer"²³ konstaterar myndigheten att det finns samband mellan oseriösa aktörer som ägnar sig åt bidragsfusk och bristande patientsäkerhet. Rapporten jämförde vårdgivare inom tandvård som var registrerade hos Försäkringskassan med dem som var registrerade i vårdgivarregistret. Endast 81 procent av tandvårdsverksamheterna som är anslutna till Försäkringskassans system är registrerade hos IVO. Det betyder att 19 procent av tandvårdsverksamheter som borde vara registrerade i IVO:s vårdgivarregister inte är det. Den rättsliga regleringen för anmälningsskyldigheten till vårdgivarregistret har stärkts genom nya föreskrifter om anmälan av verksamhet enligt patient-säkerhetslagen (HSLF-FS 2023:7) som trädde i kraft den 1 april 2023. Genom den nya regleringen ges IVO utökade möjligheter att agera mot vårdgivare som inte efterlever anmälningsskyldigheten, i form av att förelägga vårdgivare vid vite.

I rapporten föreslår IVO att det ska krävas tillstånd för tandvårdsverksamheter. En tillståndsplikt skulle bland annat medföra möjligheter för IVO att granska ägare och ledning hos aktörerna. Därigenom skapas bättre förutsättningar för IVO att hindra oseriösa verksamhetsutövare.

23. Inspektionen för vård och omsorg, 2023j.

Ökade befogenheter behövs för att hindra oseriösa aktörer inom estetisk verksamhet

IVO:s tillsyn av estetiska verksamheter synliggör en bransch med stort inslag av okunniga och oseriösa aktörer. Det går inte alltid att få vetskap om vem som rent faktiskt utför kirurgi eller injektionsbehandlingar. De oseriösa aktörerna är till stor del utövare utan erforderlig legitimation, som ofta aktivt försöker undanhålla sig från och försvåra IVO:s tillsyn. Det föreligger därför en risk för att verksamheter fortsätter bedrivas i det dolda eller under nya beteckningar eller namn. Det förekommer att verksamheter bedrivs på platser där IVO inte har befogenhet att utföra tillsyn, exempelvis i privata bostäder. Estetiska verksamheter kan också utföras utan fast lokal och utövas på hotell, i bilar eller via olika events. De metoder som myndigheten har till sitt förfogande är inte tillräckligt verkningsfulla för tillsyn av denna typ av verksamhet. För en mer effektiv kontroll och höjd patientsäkerhet behöver den statliga tillsynen utökade befogenheter. IVO har tidigare lämnat förslag om detta till regeringen.

Estetiska behandlingar

IVO HAR SEDAN den 1 juli 2021 tillsynsansvar över alla vårdgivare som utför verksamhet enligt lag (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar. IVO inledde under 2022 en nationell tillsyn av 41 verksamheter som främst utför estetiska injektionsbehandlingar. Under våren 2023 inkluderades fler ärenden som berör estetisk verksamhet i tillsynen. Under hösten har en riktad tillsynsinsats inletts mot främst estetiska verksamheter som utför kirurgi. Totalt omfattar den estetiska tillsynen i nuläget 80 verksamheter. Tillsynen synliggör flera allvarliga problem. De som bedriver de estetiska verksamheterna saknar ofta kunskap om de lagar och föreskrifter som gäller och i många fall uppfyller inte verksamheterna de krav som ställs på en god och säker vård.

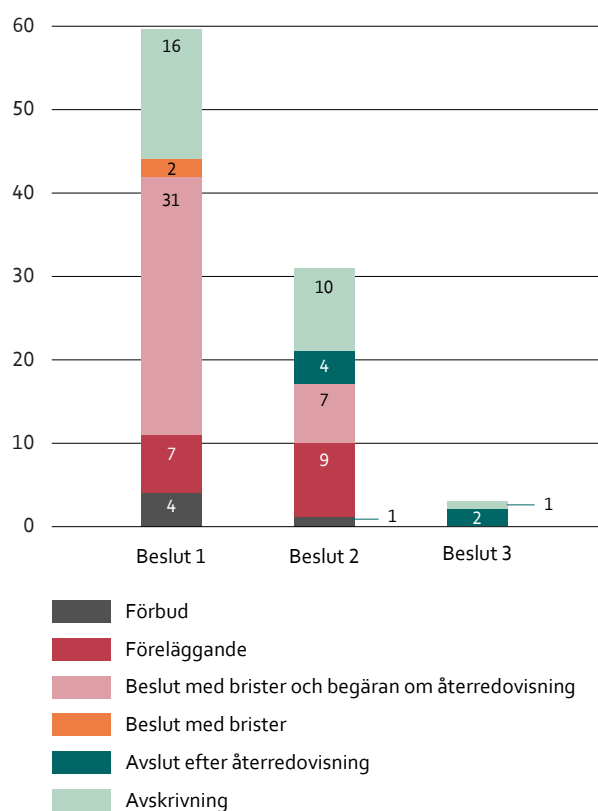
IVO:s viktigaste iakttagelser

- Brister i estetiska kirurgiska behandlingar utgör en allvarlig fara för patientsäkerheten.
- Vårdgivare åtgärdar inte allvarliga brister.
- IVO:s tillsyn bidrar till att vårdgivare med brister upphör med estetisk injektionsverksamhet.

Brister i estetiska behandlingar utgör en allvarlig fara för patientsäkerheten

IVO har under 2022 och 2023 fattat ett första beslut i 60 av 80 tillsyner rörande estetiska behandlingar och konstaterar brister i 44 av dessa. Resterande 16 tillsyner har avskrivits eftersom verksamheterna lagt ned eller på grund av att IVO inte kunnat konstatera att estetiska behandlingar utförs. I 31 tillsyner har IVO begärt återredovisning av hur verksamheterna ämnar komma tillrätta med bristerna. I den första beslutsomgången resulterade tillsynen i sju förelägganden och fyra förbud (figur 6).

Figur 6. Antal beslut efter beslutstyp och ordningsföljd i tillsynen av estetiska behandlingar.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Tillsynens första beslutsomgång visar allvarliga brister inom verksamheter som utför estetiska injektionsbehandlingar och estetisk kirurgi. Personal utför behandlingar utan att ha erforderlig kompetens, i de flesta fall rör det sig om att individer genomför estetiska injektionsbehandlingar utan adekvat legitimation. Det förekommer även att verksamheter som bedriver kirurgi har personal som utfört behandlingar och narkos utan att ha specialistkompetens samt utfört kirurgiska ingrepp utan att ha läkarlegitimation.²⁴ Tillsynen visar vidare brister

24. Inspektionen för vård och omsorg, 2023k.

gällande avsaknad av individuella läkemedelsordinationer, läkemedelshantering, dokumentation, ledningssystem, basal hygien och hantering av medikament tekniska produkter samt information till patienter.

Det finns risker i samband med kirurgiska ingrepp

Verksamheter som utför estetiska kirurgiska ingrepp behöver ha beredskap för att hantera komplikationer som riskerar att uppstå i samband med ingreppen. I tillsynen ser IVO exempel på verksamheter som bedriver estetisk kirurgi som saknar grundläggande förutsättningar för att erbjuda en säker vård för patienterna. En av verksamheterna har i samtliga patientfall som IVO granskat brustit i sin skyldighet att säkerställa att personal som utför narkos har erforderlig kompetens för uppgiften. Denna brist har bidragit till att en patient avlidit. Det finns även omfattande brister i vårdgivarens ledningssystem samt i dokumentation vid estetisk intymkirurgi. IVO har till följd av dessa brister fattat beslut om att förbjuda vårdgivaren att utföra estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.

En förutsättning för att kunna erbjuda en god och säker estetisk vård är att det i verksamheten finns personer som har kunskap om vilka krav som ställs på estetiska verksamheter enligt lagar och föreskrifter. För att kunna erbjuda en god och säker vård ska verksamheter ha ett fungerande ledningssystem. Frånvaro av eller omfattande brister i ett ledningssystem tyder på att den som driver verksamheten saknar kompetens att göra det. Två verksamheter har haft så omfattande brister i ledningssystemet att de utgör en direkt fara för patientsäkerheten. Ledningssystemen är inte anpassade till verksamheten och saknar beredskap att hantera risker som kan förknippas med större kirurgiska ingrepp. Exempelvis utför en av verksamheterna rumpförstoring, även kallat brazilian butt lift (BBL), vilket anses vara ett mycket farligt ingrepp som orsakat flera dödsfall internationellt.²⁵ Verksamheten saknar rutiner och utrustning för att kunna hantera situationer som kan uppstå under en så omfattande operation, till exempel att patienter drabbas av akuta livshotande tillstånd såsom andningsstillestånd eller hjärtstopp. Det saknas även beredskap för att hantera andra allvarliga akuta komplikationer som allergiska reaktioner. I detta fall har IVO förelagt verksamheten med vite om 500 000 kronor att säkerställa att

25. Mofid et al., 2017.

all beredskap som krävs för att hantera allvarliga komplikationer som kan uppstå finns på plats i verksamheten. Att ledningssystemen har så omfattande brister visar att det saknas relevant kunskap i verksamheterna. IVO har under 2023 initierat fler tillsyner av verksamheter som bedriver estetisk kirurgi.

Till grund för tillsynen ligger de patientsäkerhetsrisker som förekommer i samband med kirurgiska ingrepp och bristande kunskap bland vårdgivare om de regler som gäller för estetiska behandlingar. Tillsynen granskar huruvida verksamheterna har den beredskap, kunskap och kompetens som krävs för att bedriva verksamhet inom estetisk kirurgi.

Vårdgivare åtgärdar inte allvarliga brister

IVO har påbörjat en uppföljning av de 31 beslut med brister och begäran om återredovisning som fattats under 2022–2023. Hittills har IVO följt upp och fattat nya beslut för 20 återredovisningar. Uppföljningen visar att samtliga verksamheter där tillsynen inte avskrivits fortfarande har brister. I nio fall har IVO förelagt verksamheterna vid vite att åtgärda bristerna och i sju fall har IVO fattat nya beslut med brister och begäran om återredovisning. Besluten handlar främst om att verksamheterna fortsatt brister i ordination och dokumentation av läkemedel. Det är vanligt att det saknas individuella ordinationer för varje enskild patient och att ordinationen inte dokumenteras i journalen. Den som ordinerar läkemedel ska säkerställa att ordinationen är lämplig med utgångspunkt i den enskildes behov, annars riskerar patienter att få fel dosering av läkemedel.

IVO:s tillsyn bidrar till att vårdgivare med brister upphör med estetisk injektionsverksamhet

IVO har inom ramen för tillsynen förelagt sju verksamheter att upphöra med att utföra estetiska injektionsbehandlingar alternativt säkerställa att behandlingar enbart utförs av den som har legitimation som läkare, tandläkare eller sjuksköterska. Uppföljningen av besluten om föreläggande visar att fem av dessa vårdgivare upphört med verksamheten efter IVO:s tillsyn, tillsynerna har därför avskrivits. Två av verksamheterna har vidtagit åtgärder som innebär att endast legitimerad personal utför estetiska injektionsbehandlingar. För dessa två verksamheter har

tillsynerna avslutats med beslut om att tillräckliga åtgärder är vidtagna. Att vårdgivarna uppgett till IVO att man upphört med sin verksamhet är dock inte en garanti för att injektionsverksamheten verkligen upphör. IVO har en skyldighet att åtalsanmäla brott med fängelse på straffskalan och har under 2023 åtalsanmält sex personer. Fem personer som utfört estetiska behandlingar utan rätt legitimation, samt en person som sålt det receptbelagda läkemedlet Ozempic.

Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa

PSYKIATRISK VÅRD kan bedrivas i öppen eller slutna form. Den slutna psykiatriska vården bedrivs under intagning på sjukhus eller vårdinrättning och behandlar patienter med allvarliga psykiatriska problem, djupa depressioner, självmordsförsök, svåra ätstörningar och psykoser.²⁶ Slutenvården kan bedrivas både frivilligt och genom tvång, och regleras i det senare fallet genom lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Den öppna vården är all vård där patienten inte blir inlagd. IVO har granskat 26 verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård av barn. Barn som vårdas med tvång är en särskilt utsatt grupp och det är angeläget att vården bedrivs enligt principen om barnets bästa. Tillsynen visar att barnrättsperspektivet inte är fullt implementerat i den psykiatriska tvångsvården. Mest allvarligt är att tvångsåtgärder utförs utan lagstöd. IVO har också analyserat klagomål från unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa. Analysen visar att dessa får vänta alldeles för länge på vård och det finns exempel där unga vuxna med självskadebeteende, självmordsbeteende och/eller ångestproblematik får ett ännu sämre mående av att inte få hjälp inom rimlig tid.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Allvarliga brister i hur tvångsåtgärder av barn utförs.
- Utformningen av vårdmiljön säkerställer inte barnens rättigheter.
- Verksamheterna identifierar och förebygger inte felhändelser.
- Ung vuxna klagar på långa väntetider för vård av psykisk ohälsa.

26. Socialstyrelsen, 2019.

Allvarliga brister i hur tvångsåtgärder av barn utförs

IVO:s tillsyn av barn- och ungdomspsykiatrisk tvångsvård visar brister i 21 av 26 granskade verksamheter.²⁷ Elva verksamheter kritiseras för brister i handläggningen av tvångsåtgärder. Det förekommer både att verksamheterna vidtar tvångsåtgärder som saknar lagstöd och att den lagstadgade skyldigheten till uppföljningssamtal inte erbjuds eller dokumenteras.

Fyra verksamheter genomför tvångsåtgärder utan stöd i LPT. I ett fall hade verksamheten spänt fast ett barn med bälte för att genomföra visitering. Fastspänning får dock bara ske vid omedelbar fara för allvarlig skada och där det är uppenbart att andra åtgärder inte är tillräckliga.²⁸ I tre fall saknas beslut från behörig läkare om tvångsåtgärden före utförandet och i ytterligare en verksamhet gick det utifrån dokumentationen inte att bedöma om behörig läkare fattat beslut om tvångsåtgärd. Det finns också exempel på hur verksamheten har använt inhyrda väktare i den patientnära vården. I samtal med IVO har ett barn beskrivit att denne skadat sig och upplevt en stark kränkning av sin integritet som en konsekvens av detta. Att väktare används i patientnära vård och behandling är en allvarlig brist och IVO betonar att säkerhetspersonal inte ska utföra hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsuppgifter.

Tillsynen omfattar en verksamhet där IVO bedömer att kunskapen brister om vad som utgör en tvångsåtgärd. Chefsöverläkaren uppgav i intervju med IVO att det ibland är svårt att avgöra om en åtgärd är en tvångsåtgärd. Det berörda barnet uppgav att hen

27. Inspektionen för vård och omsorg, 2023l.

28. 19 a § lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT.

upplever det som otydligt om denne blivit föremål för en tvångsåtgärd eller inte. Det är en allvarlig brist att inte ha tillräcklig kunskap om vad som utgör en tvångsåtgärd och IVO understryker att det ska vara tydligt när en åtgärd utförs med stöd av LPT. Med hänsyn till barnets ålder ska information till denne anpassas så att barnet förstår vad vården innebär och syftar till. Detta förutsätter att läkaren som fattar beslutet och personal som utför åtgärden förstår när det rör sig om en tvångsåtgärd och vilka krav det medför på handläggning²⁹ och dokumentation.³⁰

Bristfälliga metoder i vården av barn och unga med ätstörningar

Tillsynen omfattar två verksamheter som använder bristfälliga metoder för att få barn med ätstörningsproblematik att inta näring. I båda verksamheterna informerade personalen barnen att de skulle sondmatas om de inte åt upp maten eller intog näringsdrycken på egen hand. Personalen skulle då även tillföra ett extra tillägg av näringsdryck med tvång, som inte var medicinskt motiverat, för att få barnen att inta näring på egen hand. Verksamheter bör arbeta aktivt med att motivera patienter med ätstörning att äta eller dricka, men tillvägagångssättet kan uppfattas som ett hot eller en bestraffning. IVO understryker att tillförd näringsmängd ska baseras på en individuell medicinsk bedömning av patientens behov av näring och inte i vilken form barnet klarar av att inta näring.

I två fall kritiserar IVO verksamheter för att tvångsåtgärder i form av sondmatning under fastspänning med bälte har planerats i förväg. En patient sondmatades med tvång en till två gånger om dagen och en slang i näsan fick då sitta kvar med motivering att sondmatningen skulle ske igen. IVO bedömer i beslutet att detta är att likställa med en planerad tvångsåtgärd eftersom patienten inte har fått möjlighet att pröva att själv äta nästa måltid. Att en patient vårdas med stöd av LPT, innebär inte att behandling med någon form av automatik kan ges mot patientens vilja.³¹ En patient under 18 år får endast spännas fast med bälte om det finns en omedelbar fara att patienten lider allvarlig skada³² och åtgärden ska därför inte vara planerad i förväg.

29. LPT.

30. 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355), PDL.

31. Prop. 2016/17:94. Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

32. 19 a § LPT.

Utformningen av vårdmiljön säkerställer inte barnens rättigheter

I fyra tillsynade verksamheter fanns brister i vårdmiljön. En allvarlig brist handlar om att vårdmiljön är utformad på ett sätt som riskerar att kränka barnens integritet. I tre fall förekommer det att fastspänning sker i utrymmen på avdelningen där det finns insyn utifrån och därmed stor risk att andra kan komma att bevittna tvångsåtgärden. I ett fall är den bältessäng som används för fastspänning av patienter svårjusterad utifrån barnets storlek. Justitieombudsmannen (JO) har påtalat att när fastspänning av barn och ungdomar sker ska anordningarna vara konstruerade utifrån barns och ungdomars kroppsstorlek.³³

I två verksamheter har inte barnens rätt till utövning tillgodosetts. Patienter under 18 år har enligt LPT rätt till att vistas utomhus minst en timme varje dag, om inte medicinska skäl talar mot det.³⁴

IVO kritiserar verksamheter för att vårdmiljön på andra sätt inte tillgodoser barnets bästa, exempelvis slitna lokaler, avskalad miljö, att utrustning saknas och att det är lyhört på avdelningen. Flera intervjuade barn beskriver vårdmiljön i negativ bemärkelse, exempelvis att den känns kall och dyster eller att de känner sig instängda. Andra barn upplever vårdmiljön som bra med möjlighet att se på TV och spela spel.

Verksamheterna identifierar och förebygger inte felhändelser

Vårdgivare är skyldiga att planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) upprätthålls.³⁵

Nio tillsynade verksamheter kritieras av IVO för brister i det systematiska kvalitetsarbetet. Sju av dessa har brister i utförandet av egenkontroll och identifiering av felhändelser. I verksamheter som vårdar barn är ett implementerat barnrättsperspektiv en del av kvalitetsarbetet. Samtidigt visar tillsynen på allvarliga brister där barnens rättigheter inte tillgodoses. Att verksamheter har brister i egenkontroll är allvarligt, då de riskerar att inte upptäcka felhändelser i vården. Två verksamheter hade inte själva identifierat att tvångsåtgärder utförs utan lagstöd och har därför

33. Justitieombudsmannen, 2015.

34. 31 b § LPT.

35. 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

inte utfört egenkontroll i den utsträckning som krävs för att upprätthålla en god och säker vård för barnen.

Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete vilar på olika viktiga aspekter som alla kan bidra till att förhindra att patienter far illa och att behovet av tvångsåtgärder minskar. Trots att verksamheter uppger att personalen får utbildning och kompetenshöjande insatser så hade en tredjedel av verksamheterna inte LPT lätt tillgänglig för barnen, till exempel genom att ha en utskrivna version anslagen på avdelningen. Att barn som tvångsvårdas kan ta del av information om sina rättigheter är en grundförutsättning för att de ska kunna ha inflytande över sin vård.

Stor andel klagomål avser patienter som söker vård för psykisk ohälsa

IVO och patientnämnderna (PAN) har under 2023 i en gemensam analys fokuserat på åldersgruppen unga vuxna (18–29 år) som söker vård för psykisk ohälsa. Mer än en tredjedel av klagomålen från unga vuxna som IVO tog emot under 2022 handlar om patienter som söker vård för psykisk ohälsa. Motsvarande andel klagomål som PAN tog emot var mer än en fjärdedel. Tonåringar och unga vuxna (16–29 år) var 2022 den åldersgrupp som oftast uppgav att de har psykiska besvär, vilket kan förklara den höga andelen klagomål som rör psykisk ohälsa från unga vuxna.³⁶

Det är betydligt fler kvinnor än män som inkommer med klagomål till både IVO och PAN, oavsett om klagomålet avser psykisk ohälsa eller inte. Under 2022 tog IVO emot 231 klagomål som handlar om psykisk ohälsa. Cirka en fjärdedel av dessa klagomål rör patienter som uttryckt att de lider av allvarlig psykisk ohälsa som självmordstankar, självskaðebeteende, självmordsplaner eller självmordsförsök. Åtta av dessa klagomål gäller en person som begått självmord. Även PAN får klagomål som handlar om vården innan ett självmord. I flera av dessa klagomål anser anmälaren att patienters tidigare självmordsförsök, självmordstankar och självskaðebeteenden inte tagits på allvar av vårdpersonalen. Vid psykisk ohälsa är patientens utsaga det huvudsakliga underlaget vid bedömning av risk för självmord och vilka insatser som krävs. Att bedöma risk för självmord är svårt, men att ha ett empatiskt bemötande där patienten känner sig lyssnad till är sannolikt en viktig förutsättning för att

öka chansen att patienterna vill anförtro sig till personalen och berätta om sin situation.

PAN och IVO tar även emot klagomål från patienter som har försökt ta sitt liv eller lider av självmordstankar. Även dessa patienter upplever att de inte tas på allvar inom vården. Det kan handla om att patienter blir hemskickade från den psykiatriska akutmottagningen efter ett kort möte och utan planerade insatser, eller att personal haft ett otrevligt bemötande trots att patienter berättat om sina självmordstankar. Anhöriga till patienter som söker vård för psykisk ohälsa vittnar om hur patienter inte får en adekvat bedömning av läkare. Flera beskriver hur bedömningssamtalet endast varar några minuter och att anhörigas oro för patientens psykiska mående och självmordsrisk inte tas med i beaktningen. Patienter som tidigare utfört självmordsförsök är en riskgrupp för att senare dö i självmord.³⁷ Det är därför av yttersta vikt att unga vuxna med självmordstankar och/eller som tidigare har utfört självmordsförsök blir tagna på allvar inom vården så att rätt insatser kan sättas in i tid.

Unga vuxna klagar på långa väntetider för vård av psykisk ohälsa

Bland de klagomål som IVO tagit emot från unga vuxna som söker vård för psykisk ohälsa handlar ungefär en femtedel om väntetid och/eller utebliven behandling. Problem med långa väntetider syns även tydligt i PAN:s analyser av området. Det finns exempel på att unga vuxna med självskaðebeteende, självmordstankar och/eller ångestproblematik klagar på att de får vänta för länge på vård, vilket oftast leder till ett ännu sämre mående. De som klagat anger att den långa väntetiden leder till en känsla av hopplöshet och frustration, och inte sällan menar patienterna att de förlorar hoppet om att kunna må bra igen.

Ytterligare kan ses att väntetiderna handlar om väntan på att få en diagnos, samtalsterapi eller annan behandling. Både i de klagomål som PAN och IVO tar emot finns det vittnesmål om att unga vuxna fastnar i ett slags organisatoriskt mellanrum. Ofta rör det sig om ett glapp mellan primärvård och psykiatrisk specialistvård. PAN och IVO får signaler om att patienter blir skickade mellan de olika instanserna utan att få adekvat hjälp. Konsekvensen för patienter som hamnar i organisatoriska mellanrum är att de inte får någon behandling eller utredning för sitt

36. Inspektionen för vård och omsorg, 2023m.

37. Probert-Lindström S, Öjehagen A, Ambrus L, et al., 2021.

mående, eller att väntetiden förlängs. Det framkommer också att patienter i vissa fall upplever att de måste kämpa för att få en utredning och att det tar tid för vården att fastställa diagnoser. En av konsekvenserna av att inte få en diagnos fastställd är att patienterna får svårt att komma vidare i sitt dagliga liv. Möjligheten att delta i skola, arbete och sociala aktiviteter påverkas på ett negativt sätt.

Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård

IVO:S TILLSYN UNDER 2023 har visat hur oskickliga och olämpliga yrkesutövare i hälso- och sjukvården äventyrat patientsäkerheten.³⁸ I myndighetens tillsynsärenden finns flera exempel på misstanke om att läkare missbrukar förskrivningsrätten, att personal arbetar narkotikapåverkade eller stjälar narkotikaklassade läkemedel. Det finns även exempel på att yrkesutövare bryter mot patientsäkerhetslagens grundläggande bestämmelser. Att dessa individer utreds och hindras från att fortsätta verka i vården är en förutsättning för såväl patientsäkerheten som förtroendet för vårdens personal i stort.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- IVO har anmält 146 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och yrkat på återkallelse av legitimation för nästan hälften.
- Misstanke om stöld av narkotikaklassade läkemedel vanligaste grunden för åtalsanmälan.

Tillsyn av legitimerad personal initieras efter en riskvärdering av allvarlighetsgrad

IVO:s tillsynsuppdrag av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattar omkring 280 000 yrkesverksamma utövare i 22 yrken, varav sjuksköterskor och läkare är de största yrkesgrupperna med knappt 50 respektive drygt 15 procent av det totala antalet utövare. Tillsynen omfattar även ett stort antal legitimerade som inte är yrkesverksamma men där personen fortfarande har kvar sin förskrivningsrätt.

Vårdgivare och apotekspersonal är skyldiga att anmäla personal som misstänks äventyra patientsäkerheten eller förskriva läkemedel i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Allmänhet, patienter eller anhöriga och andra myndigheter är också viktiga uppgiftslämnare till IVO.

Tillsyn av legitimerad personal initieras efter en samlad riskvärdering av allvarlighetsgrad och bedömning om individen antas sakna den kunskap, kompetens eller lämplighet som krävs för yrket. Om tillsynen visar att yrkesutövaren inte fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) vidtar IVO olika åtgärder, till exempel fattar beslut med kritik. Under 2023 resulterade 128 tillsynsärenden i beslut med kritik. Om myndigheten bedömer att utövaren inte kan fullgöra sitt yrke på grund av bland annat oskicklighet, olämplighet, sjukdom eller missbruk ska ärendet anmälas till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN).

IVO har anmält 146 legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och yrkat på återkallelse av legitimation för nästan hälften

I tillsynsärenden med allvarliga patientsäkerhetsrisker gör IVO en anmälan till HSAN och yrkar på åtgärder som påverkar yrkesutövarens legitimation. HSAN beslutar sedan om en åtgärd, till exempel återkallelse av legitimation eller en treårig provotid som ger yrkesutövaren möjlighet att åtgärda de omständigheter som låg till grund för anmälan. IVO:s vanligaste yrkanden 2023 var återkallelse av legitimation med 47 procent och provotid med 42 procent. Felaktig läkemedelsförskrivning var den vanligaste orsaken

38. Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

för en anmälan till HSAN (tabell 5). Andra vanliga grunder var olika typer av missbruk och oskicklighet.

Tabell 5. Grunder för anmälan till HSAN 2023.*

	Antal
Felaktig förskrivning av läkemedel	39
Missbruk	38
Oskicklighet	36
Olämplighet	27
Brott	21
Underlåtelse att följa provotidsplan	16
Sjukdom	13
Olämplighet under provotid	2
Övrigt	5

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

* Eftersom en anmälan till HSAN kan baseras på flera olika grunder kommer summan av antalet grunder för anmälan skilja sig från det totala antalet ärenden.

Läkare har det yttersta medicinska ansvaret vid behandling av en patient och utgör den största yrkesgruppen i de ärenden som IVO anmälde till HSAN 2023. Vanliga orsaker till anmälan är felaktiga förskrivningar, allvarliga kompetens- och kunskapsbrister som omfattar flera aspekter av yrkesutövningen, eller brister i det kliniska arbetet som kan orsaka en allvarlig vårdskada. Sjuksköterskor är den näst största yrkesgruppen i HSAN-anmälningar. Missbruk är en vanlig orsak, till exempel att en sjuksköterska varit påverkad eller brukat narkotikaklassade preparat under arbetstid. Missbruket har ofta skett i kombination med stöld av narkotikaklassade läkemedel. IVO har även konstaterat allvarliga patientsäkerhetsrisker hos tandläkare som lett till yrkande om återkallelse av legitimationen. Till exempel har tandläkare uppvisat omfattande kompetensbrister på flera områden såsom bristfällig journaldokumentation, undersökning, diagnostik och behandling och har på så sätt väsentligen påverkat patientsäkerheten. En tandläkare hade dragit ut en tand utan att göra en tillräcklig bedömning av påverkan på omkringliggande nerver och risk för infektion, vilket ledde till att patienten riskerar att drabbas av allvarliga komplikationer. Om en yrkesutövare har begått ett allvarligt brott eller är uppenbart olämplig att utöva sitt yrke på grund av handlingar som undergräver allmänhetens tillit kan IVO också bedöma att yrkesutövaren inte är lämplig att inneha en legitimation. Detta gäller både för brott som har begåtts i tjänsten och utanför yrkesutövningen. IVO har till exempel yrkat på återkallelse

av legitimationen för en läkare som dömts för grov fridskränkning av en närstående. IVO bedömde också läkaren som uppenbart olämplig att utöva sitt yrke efter att ha fotograferat sövda patienter.

Misstanke om stöld av narkotikaklassade läkemedel vanligaste grunden för åtalsanmälan

En åtalsanmälan kan innehålla flera grunder för anmälan. De vanligaste anmälningsgrunderna av totalt 91 fall av åtal under 2023 innehåller misstankar om stöld av läkemedel (drygt 40 procent), i huvudsak narkotikaklassade läkemedel. Drygt hälften av dessa anmälningar innehåller även en misstanke om innehav och bruk av narkotika. Ärendena handlar i flera fall om sjuksköterskor som misstänks ha stulit narkotikaklassade preparat ur läkemedelsrum på sin arbetsplats.

Vidare har tio åtalsanmälningar gjorts under 2023 med misstanke om att hälso- och sjukvårdspersonal olovligen använt en skyddad yrkestitel. Det vanligaste är att en person använt yrkestiteln tandläkare utan att ha en giltig tandläkarlegitimation. Dataintrång och urkundsförfalskning förekommer också i flera åtalsanmälningar. Exempel på dataintrång är att yrkesutövare öppnat en patientjournal utan att vara behörig och därigenom tagit del av sekretessbelagd information. Vid urkundsförfalskningar har exempelvis personer framställt falska recept och angett en annan persons namn och förskrivarkod. Även mer grova brott förekommer i åtalsanmälningar såsom sexuellt ofredande, våldtäkt och vållande till annans död.

Tillgänglighet inom omsorgen

PERSONER MED BEHOV av stöd och hjälp kan göra en ansökan till kommunen. Socialtjänsten har sedan en skyldighet att utreda och bedöma behoven. Vilket bistånd eller insats som beviljas beror på vad den enskilde ansökt om och vilka behov personen har. Om beslutet utmynnar i ett bistånd eller en insats ska det verkställas skyndsamt. Om insatserna inte verkställs inom skälig tid finns risk för missförhållanden och att behovet av stöd till och med kan öka. Alla beslut som inte verkställts inom tre månader ska rapporteras till IVO som sedan bevakar dröjsmålet och bedömer om den enskildes väntan, utifrån dennes situation och omständigheter i övrigt, är skäligt. Om dröjsmålet bedöms vara oskäligt kan IVO ansöka om utdömande av särskild avgift hos förvaltningsrätten.

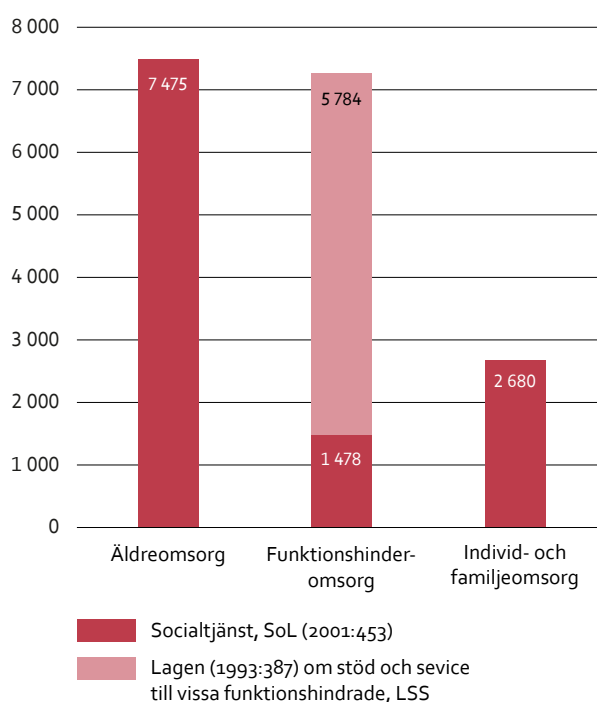
IVO:s viktigaste iakttagelser

- Flest rapporterade ej verkställda beslut rör äldreomsorgen.
- Kommunernas bristande planering och interna arbetssätt medför lång väntan på insats för personer med funktionsnedsättning.
- Personer med funktionsnedsättning får inte boende och stöd inom skälig tid.
- Äldre med demenssjukdom får inte tillgång till dagverksamhet inom skälig tid.
- Familjer med stora behov får vänta oskäligt länge på insats.

Flest rapporterade ej verkställda beslut rör äldreomsorgen

Totalt under 2023 har det inkommit 17 417 ärenden om personer vars insats ej verkställts inom tre månader. Antalet inrapporterade ej verkställda beslut är högst inom äldreomsorgen (figur 7).

Figur 7. Antal inrapporterade ej verkställda beslut fördelat på verksamhetsområden under 2023.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

I varje rapport ska kommunen ange huvudsakligt skäl och orsak till att beslutet inte är verkställt. Inom respektive huvudsakligt skäl rapporterar kommunerna även in mer detaljerade orsaker för att förklara varför insatserna inte verkställs.

Kommunernas bristande planering och interna arbetssätt medför långa dröjsmål för personer med funktionsnedsättning

IVO har granskat 138 ansökningar om särskild avgift för personer med funktionsnedsättning som beviljats insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. I 42 procent av dessa har IVO ansökt om särskild avgift med anledning av att kommunens beslut om bostad enligt 9 § 9 LSS inte har verkställts i skälig tid. I de aktuella ärendena har IVO bedömt att det finns brister i kommunernas egna organisationer som medför långa dröjsmål för att verkställa insats. Till exempel att planering eller arbetssätt på olika sätt inte fungerar eller att kommunerna inte har varit tillräckligt aktiva i sitt sätt att arbeta. Kommunerna uppger att personalomsättningen är stor och att de har utmaningar i rekrytering av ny personal.

Den största andelen inrapporteringar av ej verkställda beslut för personer med funktionsnedsättning rör daglig verksamhet enligt LSS, där andelen uppgår till 26 procent. Spridningen av orsakerna till att personer inte får insatser verkställda i tid är stor, men de flesta kommuner har som orsak angivit att den enskildes hälsotillstånd har försämrats vilket medfört att den enskilde inte kunnat tillgodogöra sig insatsen.

Personer med funktionsnedsättning får inte boende och stöd inom skälig tid

IVO har granskat 26 ansökningar om särskild avgift för personer med funktionsnedsättning som beviljats bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. I 46 procent av dessa har IVO ansökt om särskild avgift med anledning av att kommunens beslut om boende inte har verkställts i skälig tid. Behoven av stöd har varit stora hos de enskilda då de ofta lider av psykisk ohälsa, neuropsykiatriska diagnoser, missbruk och även hemlöshet. Orsaken som kommunen hänvisar till är ofta en kösituation som uppstått vilket

IVO bedömer beror på bristande planering. IVO kan även konstatera att handläggningen är inaktiv. Trots att det är brist på bostäder och att det finns enskilda som har stora behov så följer kommunen inte upp ärendena. I stället är det ofta den enskilda som får höra av sig och efterfråga sin insats.

Boendestöd är den insats med högst andel inrapporteringar, 29 procent, av beslut som beviljats enligt 4 kap. 1 § SoL för enskilda med funktionsnedsättning. Detta innebär att personer som fått beviljad insats om boendestöd inte har fått sitt beslut verkställt i tid och får vänta länge på att få det stöd de behöver och har rätt till. Personer i behov av boendestöd är ofta sårbara och riskerar ett försämrat mående till följd av dröjsmål. De vanligaste inrapporterade orsakerna till att beslutet inte verkställs i tid är att kommuner saknar platser och kompetent personal.

Äldre med demenssjukdom får inte tillgång till dagverksamhet inom skälig tid

Äldre personer är den grupp där flest inte får sin insats verkställd i tid. IVO har granskat 29 ansökningar om särskild avgift för äldre personer som beviljats bistånd enligt SoL. I 55 procent av dessa har IVO ansökt om särskild avgift med anledning av att kommunens beslut om dagverksamhet inte har verkställts i skälig tid. I de aktuella ärendena bedömer IVO att det har funnits brister i planering, handläggning och dokumentation. IVO ser även att kommunerna inte har varit tillräckligt aktiva i sitt arbete trots att de enskilda har stora behov. Samtliga har någon form av kognitiv svikt, till exempel en demenssjukdom. De enskilda kan även vara deprimerade, sakna initiativförmåga och lida av ensamhet. När kommunerna inte verkställer beslut om dagverksamhet hamnar omsorgsbördan ofta på anhöriga.

Den högsta andelen inrapporteringar av ej verkställda beslut inom äldreomsorgen rör särskilt boende med 79 procent. Det betyder att personer som ansökt om en plats på ett särskilt boende för äldre (SÄBO) och beviljats detta inte får tillgång till det stöd och hjälp som personen bedömts vara i behov av. Det finns en stor spridning av de orsaker som kommunen anger som skäl till att de inte kan verkställa beslut om särskilt boende skyndsamt. I majoriteten av fallen beror det på att kommunen saknar platser för de äldre, vilket utgjorde 46 procent av fallen.

Familjer med stora behov får vänta oskäligt länge på insats

IVO ansöker om särskild avgift hos förvaltningsrätten inom individ- och familjeomsorgen när behoven hos familjerna är stora. IVO har granskat 83 ansökningar om särskild avgift för enskilda vuxna och familjer som beviljats bistånd enligt SoL. I 42 procent av dessa har IVO ansökt om särskild avgift med anledning av att kommunens beslut om behandling inom öppenvården inte har verkställts i skälig tid. I 18 av 35 ansökningar, 48 procent, framgår att det förekommer våld i hemmet som barn kan ha bevittnat och i elva av dem att barn har utsatts för våld av sin vårdnadshavare.

Familjernas stora behov styrks av att de enskilda hör av sig till kommunerna och efterfrågar den beviljade insatsen eller att orosanmälningar om barnen i familjerna ökar. Dröjsmålen är långa i dessa ärenden och kommunerna hänvisar bland annat till omorganisationer, rekryteringsproblem och personalens bristande följsamhet till rutiner, vilket IVO bedömer leder till brister i kommunernas handläggning. I cirka en tredjedel av fallen anger kommunerna att insatsen inte kunnat verkställas på grund av att det är kö till öppenvårdsverksamheten. Våld i familjen är en av de allvarligaste riskerna för barns hälsa och utveckling och om familjen inte får rätt stöd så finns risk för upprepat våld.

27 procent av alla inrapporterade ej verkställda beslut inom individ- och familjeomsorgen rör bistånd inom öppenvårdsverksamhet. Stödet eller behandlingen inom öppenvården kan till exempel ha beviljats då det funnits uppgifter om våld i familjen eller att föräldrarna behöver stärkas i sin föräldraförmåga.

IVO tar emot rapporter från kommuner om beslut om beviljade insatser som kommunerna inte har verkställt. Hos IVO skapas ett ärende som bevakas tills beslutet är avslutat med eller utan verkställighet. Besluten gäller bistånd enligt 4 kap. 1 § socialtjänstlag (2001:453), SoL, och insatser enligt 9 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. Myndigheten tar även emot rapporter om insatser som har verkställts men där det, av någon anledning, har skett ett avbrott i verkställigheten. Kommunerna ska skyndsamt verkställa ett nytt beslut och även på nytt verkställa en insats efter ett avbrott. Om verkställighet inte skett inom de närmaste tre månaderna har kommunerna en skyldighet att rapportera in det beslutet till IVO. I varje ärende ska rapporteringen därefter fortsätta en gång per kvartal, tills beslutet är verkställt, eller avslutat utan verkställighet.

IVO bevakar verkställigheten i ärendet för att kunna bedöma om den enskildes väntan utifrån dennes situation och omständigheterna i ärendet är skäligt. Om och när dröjsmålet bedöms vara oskäligt ansöker IVO om utdömmande av särskild avgift hos förvaltningsrätten. Den särskilda avgiften är direkt riktad mot kommunerna som en sanktionsåtgärd för att säkerställa att beslutade insatser enligt SoL eller LSS verkställs. Syftet med den särskilda avgiften är att öka rättssäkerheten för enskilda och att öka medvetenheten och uppföljningen av verkställigheten i kommunerna. Syftet är även att kommunerna inte ska uppnå ekonomisk vinning genom att inte verkställa ett beslut.

Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen

VID KLAGOMÅL PÅ vården och dess personal ska en patient eller deras närstående i första hand kontakta den verksamhet som har ansvarat för deras vård eller patientnämnden. Om anmälaren inte får tillfredsställande respons eller är missnöjda med svaret, kan ett klagomål lämnas till IVO. IVO gör en bedömning enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) för att avgöra om ärendet bör utredas eller inte. Normalt sett utreder IVO inte händelser som inträffade för mer än två år sedan. Myndigheten hanterar inte heller begäran om skadestånd eller andra ekonomiska ärenden.

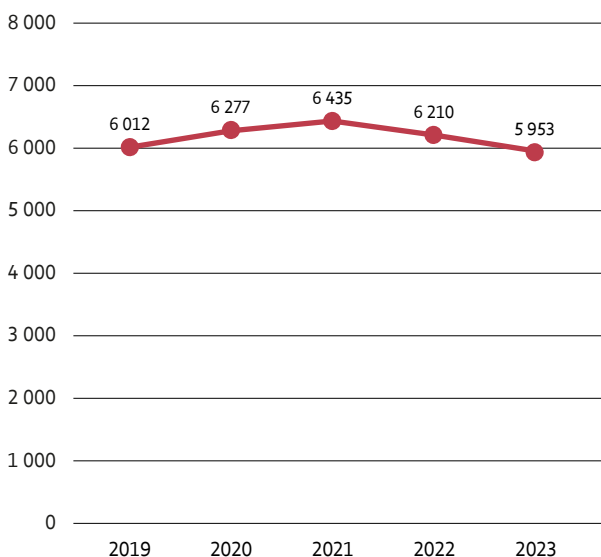
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Majoriteten av de utredda klagomålen avser kirurgi och primärvård.
- Vård och behandling ligger bakom flest klagomål.
- Flest klagomål rör personer över 18 år och i större utsträckning kvinnor än män.
- Stor variation mellan länen i antal klagomål till IVO.

Minskat antal klagomål skickas till IVO

Antalet klagomål som kommer till IVO har minskat sedan 2021. Under 2023 kom det in 5 953 klagomål, vilket är en minskning med 482 klagomål från 2021 (figur 8). Under 2023 utredde IVO 1 548 klagomålsärenden varav cirka hälften, 45 procent, avslutades med kritik (tabell 6). De främsta anledningarna till att myndigheten inte inleder en utredning av ett klagomål är att ärendet inte omfattas av IVO:s utredningsskyldighet eller att anmälaren inte har tagit kontakt med vårdgivaren eller patientnämnden innan klagomålet framförs till IVO, vilket betyder att IVO inte är rätt instans (tabell 7).

Figur 8. Utvecklingen av enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen till IVO åren 2019–2023.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Tabell 8. Antal och andel klagomål som IVO utreder för utvalda verksamhetsområden varav antal och andel klagomål som avslutats med kritikbeslut, år 2023.

Verksamhetsområde	Antal utredda	Andel utredda	Antal med kritik	Andel med kritik
Akutmottagning	130	36 %	68	52 %
Invärtesmedicin	181	39 %	77	43 %
Kirurgi	410	44 %	163	40 %
Primärvård	293	22 %	123	42 %
Psykiatrisk specialistsjukvård	198	20 %	98	49 %
Tandvård	95	31 %	60	63 %
Äldreomsorg	81	36 %	54	67 %
Övriga	160	12 %	57	36 %
Totalt	1 548	26 %	700	45 %

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Tabell 6. Antal inkomna och beslutade klagomål 2023.

Inkomna	5 953
Beslutade	5 956
Utan utredning	4 408
Utrett i sak	1 548
Varav kritikbeslut	700

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Tabell 7. Antal beslutade klagomål 2023 per anledning till att IVO inte utreder klagomålet i sak.

Anledning	Antal beslutade ärenden
Beaktas i annan tillsyn	10
Ej IVO:s tillsynsområde	101
Ej IVO:s utredningsskyldighet	3 046
Ej kontaktat vårdgivare/ patientnämnd	945
Äldre än två år	331
Uppgift saknas	40

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

* Observera att ett ärende kan ha fler än en anledning till att ej utredas.

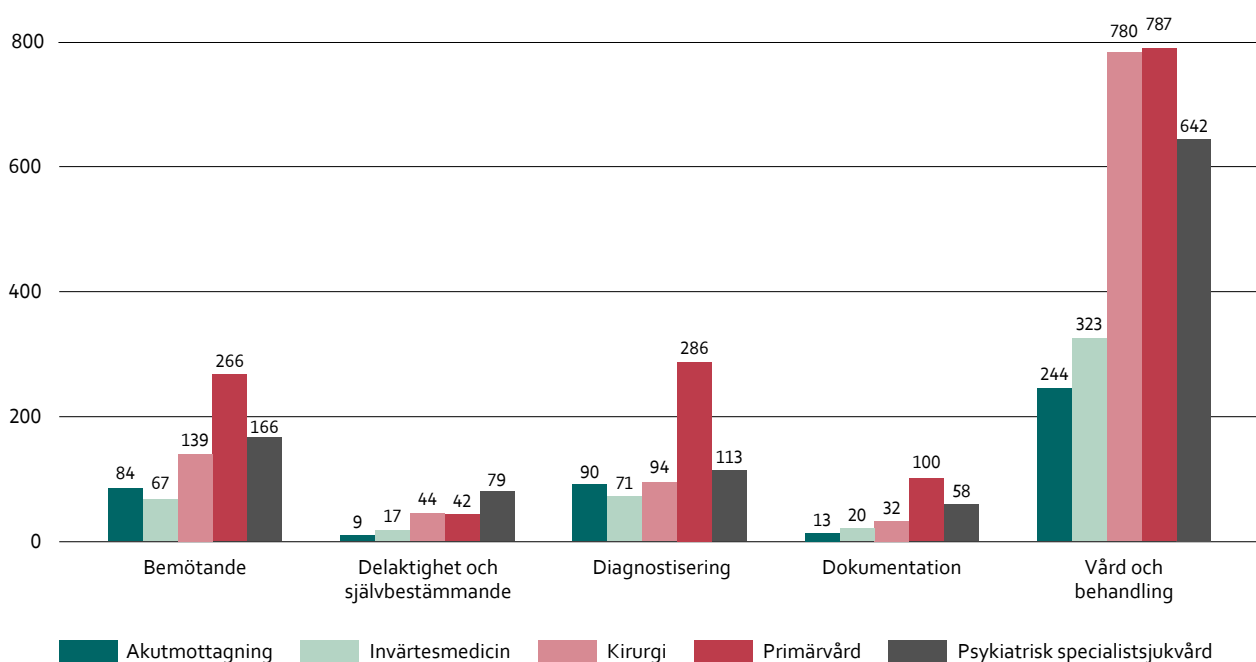
Majoriteten av de utredda klagomålen avser kirurgi och primärvård

Under 2023 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 8). Det var dock äldreomsorg följt av tandvård där störst andel ärenden avslutades med kritik.

Vård och behandling ligger bakom flest klagomål

Klagomål som patienter eller anhöriga skickar till IVO är händelser som i störst utsträckning rör vård och behandling (figur 9). Dessa ärenden kan handla om att undersökningen brister eller att vårdpersonalen gör felaktiga bedömningar. I samtliga händelsekategorier är det flest ärenden som berör verksamhetsområdena primärvård, kirurgi och psykiatrisk specialistsjukvård.

Figur 9. Antal avslutade klagomålsärenden 2023 fördelade på de vanligaste händelsekategorierna inom de mest förekommande verksamhetsområdena.

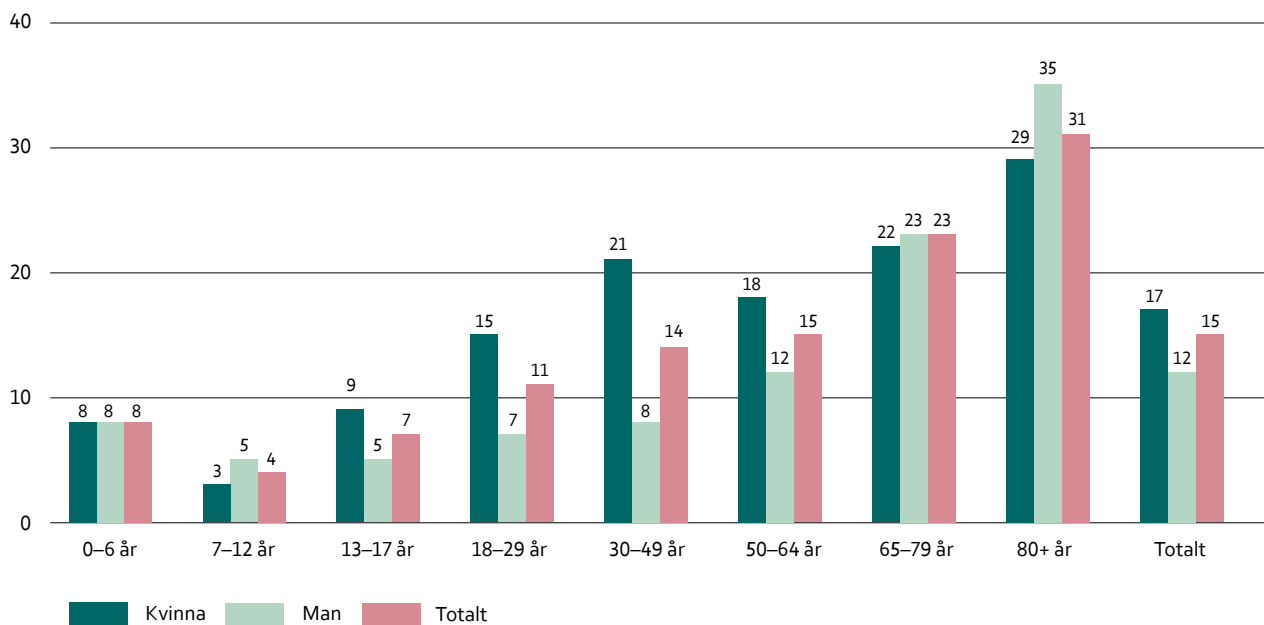


Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Flest klagomål rör personer över 18 år och i större utsträckning kvinnor än män

Majoriteten av de klagomål som IVO utredde i sak under 2023 gäller personer som är 18 år eller äldre (figur 10). Om man jämför antalet klagomål med antalet invånare per ålderskategori rör störst andel klagomål personer som är 80 år eller äldre och fler klagomål rör kvinnor än män. Störst skillnad mellan kvinnor och män finns i åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år. Detta förklaras av att många klagomål rör gynekologi och förlossningsvård.

Figur 10. Beslutade klagomål utredda i sak 2023 per 100 000 invånare uppdelat på kön och ålder.

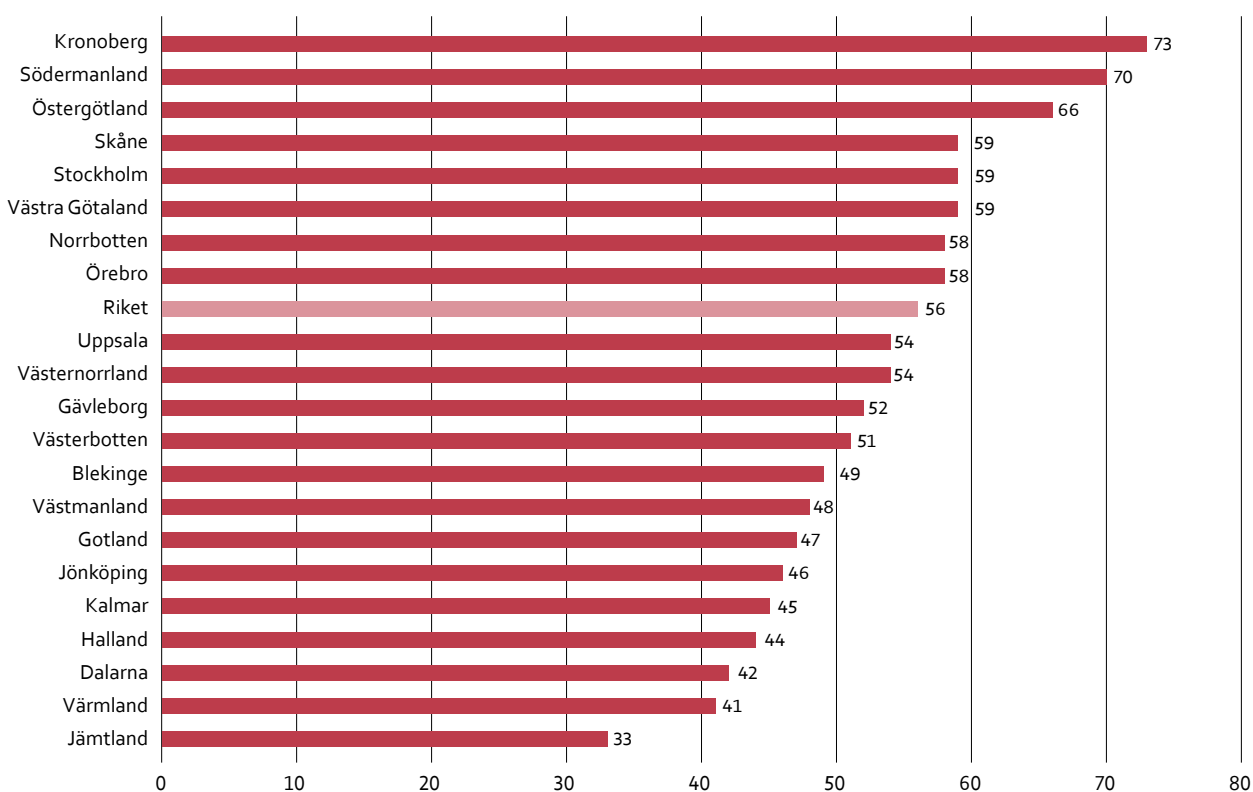


Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Stor variation mellan länen

I genomsnitt mottog IVO under året 56 klagomål per 100 000 invånare i riket. Spridningen mellan länen är dock stor (figur 11). Kronoberg är det län som har mest klagomål per invånare med 73 klagomål per 100 000 invånare. Lägst antal klagomål per 100 000 invånare var Jämtland där antalet klagomål per 100 000 invånare uppgick till 33.

Figur 11. Antal inkomna klagomål 2023 per län och 100 000 invånare.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2023.

Källor

Källorna nedan är inte en uttömmande lista utan är en sammanfattning av de mest centrala källorna som använts vid framtagningen av rapporten.

- Förordning (2016:775) om uppgiftsskyldighet vid samverkan mot viss organiserad brottslighet.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga.
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Lag (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.
- Lag (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.
- Lag (2018:1174) om informationssäkerhet för samhällsviktiga och digitala tjänster.
- Patientlagen (2014:821).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Patientdatalagen (2008:355).
- Socialtjänstlag (2001:453)
- HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.
- HSLF-FS 2023:7 Inspektionen för vård och omsorgs föreskrifter om anmälan av verksamhet enligt patientsäkerhetslagen.
- Barnombudsmannen. (2023). *Jag hade ett vitt hjärta. Tidiga samhällsinsatser för att stärka barn och förebygga kriminalitet.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021). *Tillsyn av tillgänglighet i hälso- och sjukvården. Slutredovisning av regeringsuppdrag att beskriva risker med bristande tillgänglighet och lämna förslag på hur tillsynen kan utvecklas.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022a). *Vad har IVO sett 2021? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021.*
- Inspektionen för vård och omsorg (2022b). *Tillsyn av medicinsk vård och behandling vid särskilda boenden för äldre. Delredovisning av resultat på nationell nivå avseende kommunernas hälso- och sjukvård.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023a). *Tillsyn av SiS särskilda ungdomshem 2021–2022. Redovisning av regeringsuppdrag S2021/03345.*
- Inspektionen för vård och omsorg (2023b). *Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023c). *Vad har IVO sett 2022? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2022.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023d). *Tillsyn som bidrar till omställningen till en god och nära vård. Regeringsuppdrag S2019/02870, S2021/06574 (delvis).*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023e). *Omfattande arbete för att åtgärda brister inom landets äldreboenden. Iakttagelse i korthet 2023.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023f). *Att inte få rätten att leva som andra. Redovisning av den nationella tillsynen av gruppboenden enligt LSS.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023g). *Barns bästa måste beaktas vid placering vid SiS ungdomshem. Iakttagelse i korthet 2023.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023h). *Många barn görs inte delaktiga när socialtjänsten beslutar om omplacering eller hemflytt. Iakttagelse i korthet 2023.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023i). *Tillsyn av socialtjänstens handläggning av ärenden som rör barn och unga. Redovisning av regeringsuppdrag S2020/08835.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023j). *Förstärkt samarbete kring kontroll, uppföljning och tillsyn av tandvårdens aktörer. Regeringsuppdrag S2022-03249 (delvis).*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023k). *Tillsyn av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar. Sammanställt maj 2023.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023l). *Bristar i psykiatrisk tvångsvård av barn. Iakttagelse i korthet 2023.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2023m). *Vård vid psykisk ohälsa – Vad klagar unga vuxna på? Iakttagelse i korthet 2023.*
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024). *Tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal bidrar till ökad patientsäkerhet. Iakttagelse i korthet 2024.*
- Justitieombudsmannen. (2015). *Opcat-inspektion av Region Jämtland Härjedalen, Östersunds sjukhus, Område Psykiatri, Avdelningarna 3A, 3B och 4A. Dnr 643-2015.*
- Mofid, et al. (2017). *Report on Mortality from Gluteal Fat Grafting: Recommendations from the ASERF Task Force, Aesthetic Surgery Journal, Volume 37, Issue 7.*
- Probert-Lindström S, Öjehagen A, Ambrus L, et al. (2021). *Excess mortality by suicide in high-risk subgroups of suicide attempters: a prospective study of standardised mortality rates in suicide attempters examined at a medical emergency inpatient unit. BMJ Open 2022;12:e054898. doi:10.1136/bmjopen-2021-054898.*

- Proposition 2016/17:94 (2017). *Ökad patientmedverkan vid psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen. (2019). *Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019*.
- Socialstyrelsen. (2023a). *Uppföljningen av omställningen till en mer nära vård 2022 Utvecklingen i regioner och kommuner*.
- Socialstyrelsen. (2023b). *Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser. Delredovisning av uppdraget att stöda och stärka regionernas produktions- och kapacitetsplanering*.
- Socialstyrelsen. (2023c). *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård. Nationella planeringsstödet 2023*.
- Socialstyrelsen (2023d). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2022*. Art.nr: 2023-9-8737.
- Socialstyrelsen. (2023e). Socialstyrelsens termbank 4.3.3, 2023-02-21.
- SOU 2023:82. *Utredningen om stärkt stöd till tandvård för våldsutsatta och ökad kontroll över tandvårdssektorn. Ökad kontroll av tandvårdssektorn: delbetänkande*.
- Vård- och omsorgsanalys (2023). *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*. (Rapport 2023:2).