



Vad har IVO sett 2024?

lakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2024

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: Johner.se/Lena Modigh

Grafisk form och produktion: Typoform

Artikelnr: IVO 2025-05

Utgiven februari 2025

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.

IVO identifierar flera allvarliga problem inom vård och omsorg. Brister kan kopplas både till generella utmaningar med kompetensförsörjning och tillgång till personal och till avsaknad av ett fungerande kvalitetsarbete och regelefterlevnad. IVO ser även att etableringen av oseriösa aktörer är ett växande problem som underminerar tilliten till vård- och omsorgssystemet. Aktörerna agerar alltmer systematiskt och använder avancerade metoder för att tillskansas sig allmänna medel på felaktiga grunder genom brottsliga upplägg och överutnyttjande av välfärdssystemen. Det kan handla om att komma över bidrag och ersättningar eller att avtala om att bedriva verksamhet med offentlig finansiering inom stat, region eller kommun. Dessa verksamheter bedrivs utan att ägare, ledning eller utförare har lämplighet, förmåga eller avsikt att leverera tjänster enligt regler och krav på kvalitet. Tillsynen visar bland annat att personer som begått grova brott arbetar med barn och unga på hem för vård eller boende (HVB) samt att olegitimerad personal utför arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården. Oseriösa aktörer riskerar därmed brukares och patienters säkerhet.

IVO:s tillsyn belyser flera problemområden, som otillräckligt stöd för våldsutsatta och hög beläggning på akutsjukhus. Detta påverkar både vårdkvaliteten och patientsäkerheten. Långa väntetider för insatser inom socialtjänsten kvarstår som ett allvarligt problem. IVO arbetar för att förstärka patient- och brukarperspektivet genom att kontinuerligt fokusera på patienter och brukare i tillsynen av boenden för barn och unga. Detta ingår i myndighetens arbete med att säkerställa en hög kvalitet och trygghet.

En hög kvalitet kräver ett gediget systematiskt kvalitetsarbete, där orsaker till vårdskador och missförhållanden identifieras och kan åtgärdas. Det är också viktigt att verksamheterna följer upp de åtgärder som vidtas för att säkerställa att de har fått önskad effekt. Inom förlossningsvården finns brister i kvalitetsarbetet, vilket kräver åtgärder för att säkerställa trygg och säker vård. Klagomål från patienter och närstående har avslöjat allvarliga brister i tillgänglighet inom primärvården, ansvarsfördelning och samverkan inom hälso- och sjukvården, vilket försvårar för patienter att få rätt hjälp i rätt tid.

I denna rapport presenteras IVO:s viktigaste iakttagelser under 2024 och ska inte betraktas som en helhetsbild över läget i vården och omsorgen. Nedan sammanfattas de viktigaste iakttagelserna.

- IVO:s tillsyn visar på återkommande och växande problem med oseriösa och kriminella aktörer inom omsorgen och hälso- och sjukvården inklusive tandvården. Inom ramen för flera regeringsuppdrag bedriver IVO en förstärkt tillsyn som hittills omfattar ett 80-tal bolag och verksamheter inom socialtjänst och LSS samt ett 40-tal vårdgivare. IVO har återkallat tillståndet eller tillfälligt förbjudit nästan 50 verksamheter som bedriver personlig assistans och HVB. Besluten grundas på bristande efterlevnad av krav på registerkontroll av personal, allvarliga missförhållanden där barn och unga placeras i olämpliga miljöer samt brott och misskötsamhet bland bolagens företrädare. IVO:s tillsyn visar att oseriösa och kriminella aktörer bedriver hälso- och sjukvård utan avsikt att göra det patientsäkert eller att följa regelverk på området. Under 2024 har IVO:s tillsyn resulterat i att elva verksamheter som drivs av vårdgivare har tvingats stänga och att omkring 130 individer har åtalats efter misstanke om att de begått brott i sin yrkesutövning.
- Tillsynen av HVB visar omfattande brister samt att det förekommer hot, våld och övergrepp. Många verksamheter saknar rutiner för att förebygga och hantera kränkningar och självskadebeteenden och följer inte regelverk eller tillstånd. En del HVB blandar barn och unga från olika målgrupper på ett sätt som inte är förenligt med tillståndet och verksamhetens förutsättningar. Bristande bakgrundskontroller av personal ökar risken för att barn utsätts för övergrepp eller att olämpliga personer anställs, vilket äventyrar en god och säker vård. IVO har även påtalat brister i användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder i ett flertal verksamheter. I drygt två tredjedelar av de HVB som omfattats av tillsynen under 2024 har IVO funnit brister. 131 HVB har fått minst ett beslut med brister och krav på att redovisa vilka åtgärder som genomförs eller planeras för att komma till rätta med problemen.
- Estetiska kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar reglerades i lag 2021 och omfattas av IVO:s tillsyn. Tillsynen visar på allvarliga patientsäkerhetsrisker: olegitimerad personal utför ofta injektionsbehandlingar och saknar relevant kompetens för vissa behandlingar. Detta har i flera fall lett till allvarliga vårdskador och även dödsfall. Tillsynen har resulterat i 188 beslut, 38 åtalansmälningar och flera förbud mot patientfarliga verksamheter.
- Mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck är allvarliga samhällsproblem som kräver insatser från olika samhällsaktörer. Trots riktlinjer och föreskrifter finns ofta brister i kommuners och regioners arbete med att upptäcka och hantera våld. Det kan leda till att våldsutsatta förblir oskyddade och att våldet kan fortsätta utan insatser. IVO:s tillsyn inom ramen för ett regeringsuppdrag 2021–2023 visar omfattande brister i huvudmännens regelefterlevnad och handläggning. Bristerna påverkar både våldsutsatta vuxna och barn som bevittnat våld, med flera fall där våldsutsatta har avlidit som följd. Många socialnämnder i kommunerna och vårdcentraler i regionerna följer inte föreskrifterna om att identifiera våld och säkerställa samverkan.
- Problemen på landets akutsjukhus fortsätter att riskera patientsäkerheten. Trots att IVO sett viktiga initiativ för förbättring under två års tillsyn har de grundläggande brister som föranledde tillsynen inte åtgärdats fullt ut. Överbeläggningar och utlokalisering av patienter har pågått under lång tid. På en majoritet av de 27 tillsynade sjukhusen överstiger den genomsnittliga beläggningsgraden 95 procent, vilket innebär så små marginaler att det har bedömts vara direkt farligt för patienter.

- Förlossningsvården håller generellt en hög kvalitet och Sverige har i internationell jämförelse en mycket god och säker förlossningsvård. Tillsynen inom ramen för ett regeringsuppdrag har dock identifierat flera brister, särskilt kring behandling av bäckenbottenbristningar, vårdgivarnas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete, journalföring och information till patienter. Förlossningsklinikerna behöver förbättra egenkontrollen och följa lagar och riktlinjer för att minska risker och vårdskador.
- Yrkeslegitimation inom vården är ett sätt att säkerställa att de som arbetar inom hälso- och sjukvården har rätt kompetens och lämplighet. Det stärker patientsäkerheten och bidrar till en trygg och professionell vård. Under 2024 riktade IVO kritik mot 213 legitimerade yrkesutövare, främst för oskicklighet, och anmälde 203 personer till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), ofta för narkotikarelaterade brott och rattfylleri.
- Långa väntetider för stöd till barn och unga inom socialtjänsten är ett allvarligt problem, då försenade eller uteblivna insatser riskerar att förvärra missförhållanden och försämra barnens situation. Trots att kommunen är skyldig att snabbt verkställa beslut, dröjer det ofta längre än tre månader innan många får hjälp. I genomsnitt får över 3 000 barn per år vänta för länge på insatser. Kommunerna är skyldiga att rapportera till IVO när beslutade insatser inte har påbörjats inom tre månader. Om ett barn får vänta oskäligt länge på en insats kan IVO ansöka hos förvaltningsrätten om att kommunen ska åläggas att betala en särskild avgift. Under 2024 har IVO ansökt om särskild avgift i 202 ärenden som rör barn.
- Klagomål på vården är viktiga för att identifiera brister och driva förbättringar som stärker patientsäkerheten och förtroendet för vården. Patienter bör i första hand kontakta vårdgivaren eller patientnämnden i sin region och vid behov anmäla ärendet till IVO. Under 2024 har IVO utrett 1 446 klagomål, varav nästan hälften rörde kirurgi och primärvård. Knappt hälften av klagomålen (47 procent) avslutades med kritik. Klagomål till IVO som rör primärvård handlar ofta om svårigheter att få kontakt med vården, långa väntetider, bristande samverkan och otydlig ansvarsfördelning. IVO riktar ofta kritik mot vårdgivare för brister i vården och följsamhet till riktlinjer.

Innehåll

1. Oseriösa och kriminella aktörer	7
IVO:s viktigaste iakttagelser	7
Personer som begått grova brott anställs och arbetar med barn och unga	9
Allvarliga missförhållanden inom omsorgen innebär fara för brukare	9
Brott och ekonomisk misskötsamhet bland bolagsföre- trädare för tillståndspliktiga verksamheter inom omsorgen	9
Verksamheter bedrivs utan nödvändiga tillstånd eller fortsätter bedrivs trots förbud	10
Personal utan legitimation eller rätt kompetens utför hälso- och sjukvård	10
Läkare skriver ut och beställer läkemedel på patientfarliga sätt	11
Legitimerad personal begår bedrägerier och möjliggör välfärdsbrott	11
Bristfälligt arbete med patientsäkerhet och dokumentation gör det svårare att upptäcka oseriös verksamhet	11
Oseriösa och kriminella aktörer försvårar och undviker tillsyn	12
2. Barn och unga placerade på HVB	13
IVO:s viktigaste iakttagelser	13
Brister på två av tre granskade HVB	13
Barn och unga blir utsatta för hot, våld och övergrepp och utsätter andra	14
Otillräckliga insatser mot hot, våld och övergrepp	15
Verksamheter tillämpar otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder	16
Bristfällig följsamhet till regelverk och beviljade tillstånd	16
Otillräckliga bakgrundskontroller riskerar barns säkerhet	17
3. Tillsyn av förlossningsvården	18
IVO:s viktigaste iakttagelser	18
Samtliga förlossningskliniker har brister i det systematiska arbetet med kvalitet och patientsäkerhet	18
Vårdgivarna uppfyller inte alltid kraven på god vård	19
Det förekommer brister i journalföring, information till patienten och delaktighet i den egna vården	20
4. Tillsyn av arbetet mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer, och hedersrelaterat våld och förtryck	22
IVO:s viktigaste iakttagelser	22
Brister i regelefterlevnad och handläggning försvårar upptäckt av våld	23
Brister i handläggning påverkar våldsutsatthet och våld	25
5. Tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus	27
IVO:s viktigaste iakttagelser	27
Fortsatt brist på disponibla vårdplatser och otillräckliga åtgärder	27
Omställningen till god och nära vård behöver påskyndas	29
Kompetensförsörjning är en utmaning	29
Det ansträngda läget minskar sjukvårdens krisberedskapsförmåga	29
Vårdgivares ansvar och IVO:s arbete för säkrare vård	30
6. Estetiska behandlingar	31
IVO:s viktigaste iakttagelser	31
Personal saknar legitimation eller kompetens	32
Brister i läkemedelshandtering och hygienrutiner riskerar patientsäkerheten	33
Dokumentation av vården och information till patienter är otillräcklig	34
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete saknas	34
Kirurgiska verksamheter har färre men mer allvarliga brister	35
7. Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård	36
IVO:s viktigaste iakttagelser	36
IVO kritiserar och hindrar oskicklig och olämplig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal	36
Brott vanligaste orsaken till beslut om anmälan till HSAN	37
Innehav och bruk av narkotika hos sjuksköterskor är de vanligaste brotten	38
8. Barn får vänta för länge på insatser från socialtjänsten	39
IVO:s viktigaste iakttagelser	39
Tusentals barn och unga får vänta på socialtjänstinsatser	40
Långa väntetider är en risk för missförhållanden	40
Platsbrist och brist på personal gör att insatser inte verkställs	41
Särskild avgift – en konsekvens av utebliven insats	41
Kommunerna behöver bli bättre på att verkställa beviljade insatser för barn	42
9. Enskildas klagomål på vården	43
IVO:s viktigaste iakttagelser	43
Nära hälften av utredda klagomål rör kirurgi och primärvård	43
Klagomål på primärvården till patientnämnderna och IVO	44
Källor	46

Oseriösa och kriminella aktörer

VÄLFÄRDSBROTTLIGHET I FORM av oseriösa och kriminella aktörer som infiltrerar välfärdssystemen utgör en omfattande och växande samhällsutmaning.¹ Under 2024 har IVO fortsatt stärka tillsynen mot områden och verksamheter med dessa aktörer. IVO:s tillsyn visar att oseriösa och kriminella aktörer är ett problem inom omsorgen bland verksamheter som bedriver socialtjänst och LSS. För grupper i utsatta situationer med behov av samhällets vård och omsorg medför oseriösa utförare ofta att individer inte får stöd och hjälp som de har rätt till. De tillsynade verksamheterna har i många fall drivits utan att bolagens företrädare eller verksamhetens personal har lämplighet, förmåga eller avsikt att bedriva omsorg som uppfyller de krav som ställs på sådan verksamhet. Det rör sig om ekonomisk misskötsamhet och bristande följsamhet till de regler som gäller för företag eller att aktörer med inflytande över verksamheten är olämpliga på grund av tidigare brott. Även tillsynen av hälso- och sjukvården visar att oseriösa och kriminella aktörer äger och verkar inom flera områden utan förmåga eller avsikt att erbjuda en god och säker vård. Personal utan legitimation utger sig för att vara läkare eller går långt utöver sina befogenheter på andra sätt och utför arbetsuppgifter i strid med kraven på legitimation och kompetens.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Personer som begått grova brott anställs och arbetar med barn och unga.
- Allvarliga missförhållanden inom omsorgen innebär fara för brukare.
- Brott och ekonomisk misskötsamhet förekommer bland bolagsföreträdare.
- Personal utan legitimation eller rätt kompetens utför hälso- och sjukvård.
- Bristfälligt arbete med patientsäkerhet och dokumentation gör det svårare att upptäcka oseriös verksamhet.
- Oseriösa och kriminella aktörer försvårar och undviker tillsyn.

Oseriösa och kriminella aktörer agerar alltmer systematiskt och använder avancerade metoder för att tillskansa sig allmänna medel på felaktiga grunder genom brottsliga upplägg och överutnyttjande av välfärdssystemen. Utvecklingen är påtaglig för de områden i vården och omsorgen som faller inom ramen för IVO:s tillsyn och tillståndsprovning. Problemen med oseriösa och kriminella utförare inom personlig assistans och ersättningsfusk har uppmärksammats sedan lång tid tillbaka² medan områden som hem för vård eller boende (HVB), familjehem och skyddade boenden har identifierats under senare år.³ Inom hälso- och sjukvården har förekomsten av oseriösa och kriminella aktörer kopplats till bland

1. Polismyndigheten, 2023.

2. Se bland annat Inspektionen för vård och omsorg, 2020.; SOU 2012:6 Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning.

3. Polismyndigheten, 2023.

annat läkemedelsförskrivning och läkemedelshantering, digital vård, utfärdande av intyg samt överbehandling och felaktig fakturering inom tandvården.⁴

IVO bedriver en sammanhållen nationell tillsyn som hittills omfattar ett 80-tal bolag och verksamheter inom socialtjänst och LSS.⁵ Fokus är på HVB, stödboenden för barn och unga samt tillståndsinnehavare för personlig assistans och hemtjänst. Tillsynen har tillsammans med myndighetens årliga tillsyn av boenden för barn och unga resulterat i att IVO under 2024 återkallat tillståndet eller tillfälligt förbjudit 37 omsorgsbolag med totalt 47 verksamheter, varav 21 är HVB eller stödboenden, tabell 1.

Tabell 1. Antal återkallade tillstånd och tillfälliga förbud 2024.

Verksamhetstyp (SoL 7 kap. / LSS 9 kap.)	Antal verksamheter
Hem för vård eller boende (0–20 år) (SoL)	18
Personlig assistans (LSS)	11
Bostad med särskild service för barn eller ungdomar (LSS)	5
Hemtjänst (SoL)	4
Verksamhet som ger konsulentstöd (SoL)	3
Stödboende (16–20 år) (SoL)	3
Avlösarservice (LSS)	1
Bostad med särskild service för vuxna (LSS)	1
Ledsagarservice (LSS)	1
Totalt	47

Källa: Inspektion för vård och omsorg, 2024.

Inom hälso- och sjukvården bedriver IVO en nationell tillsyn av hittills ett 40-tal verksamheter.⁶ Tillsynen av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal är också en viktig del i arbetet mot välfärdsbrott. Under 2024 har IVO bland annat åtalsanmält över 130 personer som misstänks för att ha begått brott som kan leda till fängelse inom ramen för sin yrkesutövning. IVO har också förbjudit elva vårdverksamheter, främst inom estetisk behandling. För mer information se kapitel 2 Barn och unga placerade på HVB, kapitel 6 Estetiska behandlingar samt kapitel 7 Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård.

4. Socialstyrelsen, 2024a.

5. Inspektionen för vård och omsorg, 2025a.

6. Inspektionen för vård och omsorg, 2025b.

Personer som begått grova brott anställs och arbetar med barn och unga

I tillsynen av HVB, stödboenden och LSS-boenden för barn och unga under 2024 har IVO bedömt att det förekommer brister i rutiner för att kontrollera registerutdrag av personal. I allvarliga fall har aktörer systematiskt åsidosatt sina skyldigheter att kontrollera personalens lämplighet inför att de anställs i verksamheten. Det innebär att personal som har blivit dömda för grova brott eller som polisen misstänker är aktiva i kriminalitet arbetar inom verksamheter för barn och unga. Vissa av dessa har anställts i verksamheterna utan en föregående registerkontroll, andra har anställts trots vetskap om tidigare brott. IVO har i flera fall bedömt att placerade ungdomar befunnit sig i en miljö som innebär en fara för liv, hälsa och personliga säkerhet i övrigt. Faran har bland annat bestått i att barn och ungas bakomliggande problematik riskerar att fördjupas genom att de exponeras för kriminalitet eller rekryteras av kriminella.

Allvarliga missförhållanden inom omsorgen innebär fara för brukare

IVO har under flera år upptäckt och agerat på allvarliga missförhållanden på olika typer av boenden. På HVB har allvarliga incidenter inträffat som inneburit överhängande fara för barn och unga, såsom våldsamma situationer, suicidförsök, omfattande självskadebeteenden, avvikningar och användning av otillåtna tvångsåtgärder som nedbrottning och fasthållning av barn. IVO:s tillsyn visar också på allvarliga missförhållanden på boenden för funktionsnedsatta. På ett boende för barn med funktionsnedsättning som ska ha konstant tillsyn har barn utsatt sig själva eller andra för våld, avvikit från boendet eller lämnats ensamma. På ett boende för vuxna med funktionsnedsättning hade de boende inte fått nödvändig hälso- och sjukvård, omvårdnad eller tandvård med försämrad hälsa och ökat vårdbehov som följd. IVO återkallade tillstånden eftersom situationen innebar en omedelbar fara för de boende. De ansvariga har visat att de saknar förmåga eller vilja att uppfylla sina skyldigheter samt förutsättningar att bedriva en seriös verksamhet.

En viktig orsak till att det uppstår så allvarliga missförhållanden att det är fråga om fara för de boendes liv, hälsa och säkerhet i övrigt är att verksamheter inte följer sitt tillstånd eller uppfyller krav på lämplighetsbedömning i samband med inskrivning. Det går inte att säkerställa att dessa verksamheter är rustade för att vårda och skydda barn och unga i den målgrupp som gått utöver tillståndet för verksamheten. IVO har i några fall beslutat att tillfälligt förbjuda eller återkalla tillstånd för bolag på grund av missförhållanden av denna karaktär.

Brott och ekonomisk misskötsamhet bland bolagsföreträdare för tillståndspliktiga verksamheter inom omsorgen

IVO bedömer återkommande företrädare för bolag som olämpliga att bedriva omsorgsverksamheter på grund av upprepad ekonomisk misskötsamhet i bolagsengagemang eller i sin privata ekonomi. Ofta rör det sig om allvarlig ekonomisk misskötsamhet. Företrädarna dröjer systematiskt med att lämna in deklARATIONER eller att betala in skatter och avgifter och har upprepade betalningsförelägganden till stora belopp.

I både tillståndsprövningen och tillsynen identifierar IVO många gånger sökande och tillståndsinnehavare som inte följer lagar och regler för hur bolag ska skötas. IVO konstaterar att misskötsamheten många gånger tyder på ovilja och medvetna försök att undvika insyn eller ansvar. Allvarlig eller upprepad misskötsamhet innebär att aktören inte är lämplig att bedriva verksamhet inom välfärden och leder därmed till att tillståndsansökan avslås eller att tillståndet återkallas.

Verksamheter bedrivs utan nödvändiga tillstånd eller fortsätter bedrivas trots förbud

IVO:s tillsyn visar att det förekommer verksamheter som bedrivs olovligen utan nödvändiga tillstånd. En del av problemet utgörs av personer och bolag som har satt i system att bedriva verksamhet som i praktiken utgör en tillståndspliktig verksamhet, men som förkläs som en annan verksamhet. IVO ser till exempel indikationer på att yrkesmässiga verksamheter bedrivs under beteckningen familjehem men som utformas som ett HVB med anställd personal, eller familjehem som bedrivs i lokaler eller bostäder där familjehemsföräldrarna inte bor. Ansvariga kan därigenom undvika prövning av förutsättningar och lämplighet att bedriva HVB eller gruppbofästigheter samt undvika tillsyn då IVO:s rättighet att få tillträde till bostäder är beroende av de boendes samtycke.

En annan del av problematiken är aktörer som fortsätter att bedriva verksamhet trots att IVO har återkallat tillståndet. Det innebär att brukare kan placeras i verksamheter med allvarliga brister eller där de ansvariga bedömts vara olämpliga för att bedriva verksamhet.

Även inom hälso- och sjukvården ser IVO att verksamheter som myndigheten har förbjudit riskerar att fortsätta bedrivas, öppet eller i det dolda, eller under nya beteckningar. IVO:s beslut om förbud gäller enbart för den specifika verksamhet som granskats, vilket gör det möjligt att fortsätta bedriva vård inom ramen för en ny verksamhet. IVO upptäcker även årligen individer som trots beslut om återkallad legitimation fortsätter att arbeta som exempelvis tandläkare, läkare eller sjuksköterskor i vården. IVO agerar mot dessa aktörer och personer genom att åtalsanmäla de ansvariga.

Personal utan legitimation eller rätt kompetens utför hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ansvarar för att säkerställa att det finns personal med rätt kompetens för de aktuella uppgifterna. Hälso- och sjukvårdspersonal ska uppfylla krav kring sakkunnig och omsorgsfull vård.⁷ I vissa fall regleras vilken yrkeskategori som får utföra olika arbetsuppgifter.⁸ Avsteg från kraven på legitimation och kompetens utgör en påtaglig fara och kan innebära direkta och allvarliga risker som felaktig diagnos, felaktig behandling eller att symptom på allvarlig sjukdom missas.

IVO har i flera fall upptäckt individer som använder de skyddade yrkestitlarna sjuksköterska, läkare och tandläkare utan legitimation eller utanför reglerad praktisk tjänstgöring. En majoritet av ärendena utgörs av personer som falskt utgett sig för att vara tandläkare och läkare. Myndigheten har under året anmält individer som misstänks för sådan regelöverträdelse till åtal. IVO:s tillsyn visar på

7. 5 kap. 2 § Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL; 4a § Tandvårdslag (1985:125), TvL; 6 kap. 1 § Patientsäkerhetslag (2010:659), PSL.

8. Socialstyrelsen, u.å.

återkommande fall där vårdgivare och enskilda yrkesutövare visat på oförmåga eller ovilja att efterleva gällande regelverk genom systematiska överträdelser av bestämmelserna. När vårdpersonal överskrider sina befogenheter medför det risk för allvarliga och bestående skador hos patienterna och för att vården fördröjs.

Läkare skriver ut och beställer läkemedel på patientfarliga sätt

Läkare har en generell rätt att förskriva läkemedel, men även tandläkare och viss annan hälso- och sjukvårdspersonal kan skriva ut vissa läkemedel.⁹ Förskrivning av läkemedel ska vara patientsäker, vilket innebär att den ska ske med försiktighet, vara medicinskt motiverad och ha grund i en medicinsk bedömning.¹⁰ IVO anmäler återkommande läkare till åtal som förskriver narkotikaklassade läkemedel på ett oförsiktigt sätt.¹¹ Dessa fall tyder på berörda läkares likgiltighet inför potenta läkemedel, hur de används och vilka risker det innebär för patienterna. Narkotikaklassade läkemedel förskrivs i kombinationer och doser som är direkt patientfarliga med påtaglig risk för beroende, läkemedelsrelaterade vårdskador och i värsta fall dödsfall. I vissa ärenden har IVO bedömt att förskrivningen skett på ett sådant sätt att läkare gjort det möjligt för enskilda individer att upprätthålla ett missbruk och att narkotika kan säljas vidare illegalt.

Legitimerad personal begår bedrägerier och möjliggör välfärdsbrott

IVO granskar legitimerades rätt att behålla sin legitimation efter misstänkt bedrägeri eller bidragsbrott. I flera av de åtalsanmälningar IVO har gjort misstänks tandläkare för att ha lämnat osanna uppgifter till Försäkringskassan om utförda behandlingar och därigenom fått stora belopp statligt tandvårdsstöd felaktigt utbetalda. Bland annat har legitimerade tandläkare journalfört behandlingar i sitt namn, men låtit olegitimerad personal utföra behandlingarna, vilket skapar ett felaktigt underlag för utbetalning av statligt tandvårdsstöd. Förfarandet har också medfört uppenbara risker för patienter som behandlats av personal som saknar nödvändig kompetens.

IVO ser också att läkare gör det möjligt för andra att begå bidragsbrott genom att utfärda medicinska underlag på felaktiga grunder, så kallade falska intyg. Underlagen kan bland annat ligga till grund för Försäkringskassans beslut om sjukpenning.

Bristfälligt arbete med patientsäkerhet och dokumentation gör det svårare att upptäcka oseriös verksamhet

Hälso- och sjukvården är i många avseenden en högriskverksamhet och vårdgivare har ett stort ansvar för att upptäcka och undanröja missförhållanden. Ett otillräckligt patientsäkerhetsarbete och brister i rutiner och arbetssätt innebär

9. 2 kap. Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.

10. 6 kap. HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

11. Enligt 6 § lag (1992:860) om kontroll av narkotika ska förordnande av narkotiska läkemedel ske med försiktighet.

att oseriösa eller kriminella inslag blir svårare att upptäcka. Under 2024 har IVO förbjudit elva verksamheter som drivs av vårdgivare som inte lever upp till krav på god och säker vård. IVO:s tillsyn visar att vissa aktörer systematiskt bedriver olagliga verksamheter, överträder regler eller gör avkall på patienternas säkerhet, vilket ger upphov till allvarliga patientsäkerhetsbrister.

Det handlar bland annat om att det har arbetat personer i verksamheterna som utgett sig för att vara läkare utan att vara det. Det förekommer också att personal har gått utöver sina befogenheter och utfört arbetsuppgifter i strid med krav på legitimation och kompetens. Verksamheterna har även haft upprepade allvarliga brister i patientsäkerhetsarbetet, grundläggande rutiner och arbetssätt kring hygien, läkemedelshantering och journalföring som sammantaget har bedömts innebära en fara för patienters liv och hälsa.

Utöver förbud av verksamheter har IVO påtalat återkommande brister i vårdens kvalitet som beror på ett otillräckligt patientsäkerhetsarbete. Det handlar om vårdgivare som inte säkerställt tillräcklig kompetens bland personalen eller i övrigt gett förutsättningar för att bedriva god vård.

När vårdgivare inte har grundläggande rutiner på plats och inte gör uppföljande egenkontroller saknas avgörande förutsättningar för att upptäcka regelöverträdelser i verksamheterna. Om exempelvis läkemedelshantering inte följs upp identifieras inte överförskrivning, otillåten försäljning av läkemedel eller stöld av läkemedel på arbetsplatsen. Brister i kontroll av journalföringen gör det möjligt för verksamheter och individer att dokumentera falska vårdåtgärder och därmed få oberättigad ekonomisk ersättning från vårdsystemet. Brister i hygien kan även ses som ekonomiskt fördelaktigt då en hög hygienisk standard som följer uppsatta regelverk kan anses vara resurs- och materialkrävande.

Oseriösa och kriminella aktörer försvårar och undviker tillsyn

IVO upptäcker återkommande försök att på olika sätt försvåra och hålla sig undan IVO:s tillståndsprövning och tillsyn. Det kan handla om att aktörer undanhåller information, underlåter att svara på frågor eller lämnar felaktiga och vilseledande uppgifter till IVO. Det förekommer till exempel att estetiska verksamheter knyter till sig legitimerad personal för att ge sken av att behandlingarna utförs av legitimerad personal när de egentligen utförs av anställda utan rätt utbildning. IVO har flera gånger förelagt vårdgivare att inkomma med handlingar och har i några fall yrkat på återkallelse av legitimation för individer som systematiskt undanhållit sig tillsyn.¹²

IVO ser även liknande tendenser bland aktörer som bedriver eller ansöker om tillstånd att bedriva omsorgsverksamhet. I flera fall har aktörer lämnat felaktiga uppgifter om bolagets företrädare för att undvika en ägar- och ledningsprövning av de personer som faktiskt har inflytande eller ledande ställning i bolagen. IVO har vid flera tillfällen upptäckt och hindrat verkliga företrädare dömda för allvarliga brott eller som genom upprepad ekonomisk misskötsamhet förbrukat förtroendet att verka inom de aktuella välfärdsområdena. Det finns också verkliga företrädare för andra verksamheter där IVO har identifierat allvarliga missförhållanden och därför återkallat tillståndet.

12. Uppenbar olämplighet att utöva yrket kan exempelvis föreligga om någon systematiskt undanhåller sig IVO:s tillsyn (se prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn).

Barn och unga placerade på HVB

VARJE ÅR GRANSKAR IVO landets cirka 400 hem för vård eller boende (HVB) som tar emot barn och unga. Den som placeras på HVB har ofta en komplex problembild och befinner sig i en utsatt situation. Det kan handla om barn och unga som har blivit utsatta för våld eller övergrepp eller utsatt andra, använt droger eller begått brott. IVO:s tillsyn under 2024 visar på flera allvarliga brister som innebär att vården och behandlingen på många HVB inte är trygg eller säker.¹³ Uppgifter om olika former av fysiskt och psykiskt våld, hot och kränkningar, otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder samt övergrepp fortsätter att vara på en oroväckande hög nivå.

Det rör sig både om fall där personal utsätter placerade barn och unga samt situationer där barn och unga utsätter andra placerade eller personal. Tillsynen visar dessutom att en del HVB blandar barn och unga från olika målgrupper på ett sätt som inte är förenligt med tillståndet och verksamhetens förutsättningar. Det finns också HVB där föreståndare inte har kontrollerat personalens bakgrund mot belastningsregister och misstankeregister vilket inneburit att ungdomar har vårdats av kriminella.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Insatser mot hot, våld och övergrepp är otillräckliga.
- Verksamheter tillämpar otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder.
- Verksamheter följer inte regelverk och beviljade tillstånd.
- Otillräckliga bakgrundskontroller riskerar barns säkerhet.

Brister på två av tre granskade HVB

IVO:s tillsyn och årliga inspektioner har tidigare identifierat och belyst allvarliga missförhållanden och brister i verksamheterna.¹⁴ IVO har i 2024 års tillsyn funnit brister i drygt två tredjedelar av HVB. 131 HVB har fått minst ett beslut med brister och krav på att redovisa till IVO vilka åtgärder som genomförs eller planeras för att komma till rätta med problemen. Ytterligare 78 verksamheter har fått ett beslut med konstaterade brister men där verksamheten inte behöver återredovisa åtgärder. I tabell 2 redovisas de beslut och beslutstyper som IVO har fattat för HVB fram till 31 december 2024, då ett första beslut fattats för cirka 300 av 400 verksamheter som omfattas av årets tillsyn.¹⁵

13. Under tillsynen 2023 av knappt 400 HVB framkom bland annat att hot och våld förekom i var fjärde verksamhet. Inspektionen för vård och omsorg, 2024a.

14. Inspektionen för vård och omsorg, 2024b.

15. För de återstående verksamheterna kommer beslut fattas under det första kvartalet 2025.

Tabell 2. Beslut i 2024 års tillsyn samt HVB med tillfälliga förbud och återkallelser.

Beslutstyp	Antal	Andel (%)
Utan brister	96	30
Brister	78	24
Brister och begäran om återredovisning	131	40
Tillfälligt förbud eller återkallelse av tillstånd*	18	6
Totalt	323	100

*Omfattar totalt 16 beslut för 18 HVB. I enstaka fall har verksamheter ett tidigare beslut 2024 eller initierats tidigare än 2024.

Källa: Inspektion för vård och omsorg, 2024.

Under 2024 har IVO identifierat 18 verksamheter med så allvarliga brister i lämplighet hos ägare och ledning eller i själva vården att myndigheten beslutat om att tillfälligt förbjuda verksamheten eller återkalla tillståndet permanent.

Gemensamt för verksamheterna är att de inte agerat tillräckligt eller med den skyndsamhet som krävs för att skydda de placerade barnen. Flertalet av dessa verksamheter har bedrivits av oseriösa aktörer som, utöver att bedriva verksamheter med kvalitetsbrister, uppvisat brister på andra områden som beaktas i IVO:s ägar- och ledningsprövning. Det har rört sig om ekonomisk misskötsamhet och bristande följsamhet till de regler som gäller för företag. Det har även förekommit att aktörer har kopplingar till olämpliga och kriminellt belastade personer eller att sådana personer haft inflytande i verksamheten.

Barn och unga blir utsatta för hot, våld och övergrepp och utsätter andra

IVO:s tillsynsbeslut för verksamheter med konstaterade brister beskriver en rad exempel på att våld, hot och övergrepp skett vid enskilda HVB. Verksamheter som är målgruppsanpassade med adekvat kompetens och fungerande arbetsätt har förutsättningar att förebygga incidenter och att hantera uppkomna situationer. Om verksamheten däremot saknar eller har bristfälliga rutiner ökar säkerhetsriskerna för placerade och personal.

Om verksamheten inte bedrivs enligt sitt tillstånd eller inte uppfyller kravet på att bedöma om verksamheten är lämplig för den enskilde vid inskrivning kan det leda till att allvarliga missförhållanden uppstår. Barn och unga placeras då i verksamheter vars tillstånd inte omfattar den specifika målgruppen och där verksamhetens bemanning, kompetens och utformning inte kan tillgodose den enskildes behov av trygghet och säker vård och behandling. Det ökar även risken för att placerade barn eller unga avviker från boendet eller att vården oplanerat behöver avbrytas. Det påverkar de enskilda barnen men kan också ge allvarliga konsekvenser för samhället om ungdomarna skadar sig själva och andra, eller begår grova brott.¹⁶

Förekomsten av allvarliga händelser kan innebära fara för liv och hälsa eller personlig säkerhet i övrigt och är i många fall relaterade till brister i hur verksamheten bedrivs. I flera fall har IVO bedömt att problematiken med bristande säkerhet och trygghet härrör till brister i systematiskt kvalitetsarbete eller bedömningar vid inskrivning i de berörda verksamheterna.

16. En tiondel av de avvikelser som skett från HVB och hem som bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS) under 2023 har enligt Polisens uppgifter lett till grova våldsbrott. Polismyndigheten, 2024.

Hot, våld och övergrepp mellan inskrivna och mot personal

Våld i form av hot, övergrepp och kränkningar förekommer på boenden för barn och unga. IVO har kritiserat ett antal HVB där barn och unga har utsatt andra inskrivna för till exempel hot och mobbning, slagsmål eller andra typer av våldssituationer. Det finns även exempel på HVB där personalen har utsatts för hot och våld från utåtagerande ungdomar i samband med enskilda händelser. I något fall har ungdomar med kopplingar till kriminella grupper hotat både övriga inskrivna och personal med att utomstående skulle angripa dem. Det finns fall där placerade har polisanmält andra placerade för övergrepp. Det har också förekommit att barn och unga har känt sig otrygga i boendemiljön och att situationen har fått fortgå trots att personalen har känt till problembilden.

Våld och olämpligt beteende från personal

Tillsynen visar även på flera situationer där personal har brukat våld, kränkt eller på andra sätt betett sig olämpligt mot inskrivna barn och unga. Vid ett HVB vittnade barn och unga om att personal hanterat barn våldsamt genom att knuffa dem in i en vägg och skadat barnen i samband med hårdhänta lyft och förflyttningar. I andra verksamheter har IVO tagit emot uppgifter om barn som återkommande har hållits fast eller lagts ned på marken, barn som dragits i armen och barn som utsatts för olämplig fysisk beröring och svordomar. Vid ett HVB har en i personalen stängts av och en polisutredning inletts efter misstanke om bland annat sexuella övergrepp mot inskrivna ungdomar. Ovälkomen beröring, verbala kränkningar, personal som gått runt utan tröja, personal som köpt ut tobak till minderåriga och skickat olämpliga meddelanden till tidigare inskrivna är andra exempel från tillsynen.

Otillräckliga insatser mot hot, våld och övergrepp

IVO har i tillsynen sett flera HVB som antingen saknar eller har otillräckliga rutiner för att uppmärksamma, förebygga och agera vid kränkningar, övergrepp, hot, våld och självskadebeteenden. Ett systematiskt kvalitetsarbete med arbetssätt och rutiner för att bland annat förebygga och hantera incidenter är grundläggande för att säkerställa en trygg och säker miljö för placerade. Verksamheterna ska dels utreda enskilda klagomål, synpunkter och rapporter samt uppkomna risker, dels sammanställa och analysera de enskilda utredningar som genomförs.¹⁷ Enligt bestämmelsen om lex Sarah har personalen en skyldighet att genast rapportera till huvudmannen om ett missförhållande eller en påtaglig risk för missförhållande gällande ett barn eller ungdom som är föremål för insatser inom verksamheten.¹⁸ Vid allvarliga missförhållanden eller en påtaglig risk för allvarliga missförhållanden ska huvudmannen genomföra en utredning och snarast anmäla missförhållandet till IVO.

Det finns verksamheter som inte dokumenterar allvarliga händelser eller gör riskanalyser på verksamhetsnivå, som inte kan beskriva sitt arbete med riskanalyser eller vad som utgör en avvikelse om hot och våld. En verksamhet hade ett dokument om risker med sämre bemötande men i dokumentet saknades uppgifter om hur arbetet med att hantera händelser skulle gå till, vem som skulle

17. 5 kap. 3 och 6–7 §§ SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

18. 14 kap. 3 § Socialtjänstlag (2001:453), SoL.

ansvara för åtgärder och hur uppföljningen praktiskt skulle gå till. I flera fall finns okunskap eller osäkerhet kring hur bestämmelserna i lex Sarah ska följas.

Alla HVB ska sammanställa och analysera inkomna rapporter, klagomål och synpunkter på en övergripande nivå.¹⁹ IVO har i tillsynen sett flera HVB som antingen saknat dokumentation om övergripande analyser av avvikelser i verksamheten eller inte genomfört analysen alls.

Verksamheter tillämpar otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder

IVO har påtalat brister i användningen av tvångs- och begränsningsåtgärder i ett flertal verksamheter. Vissa HVB tillämpar generella regler såsom mobilförbud eller att personal inventerar de placerades tillhörigheter. Generella tvångs- eller begränsningsåtgärder strider i vissa fall mot barnkonventionen som är svensk lag sedan 2020.²⁰ Begränsande åtgärder får bara ske efter ett dokumenterat samtycke och samtycke ska inhämtas vid varje enskilt tillfälle.²¹

Tillsynen visar att personal på HVB har tvingat barn till sina rum på kvällen genom att dra upp händerna bakom barnets rygg tills det gjort ont och hållit för dörren så att de inte kan komma ut. Vid andra HVB framkom att personalen gått igenom barnens och ungdomarnas ägodelar tillsammans med den placerade utan skriftligt samtycke, eller att verksamheten tillämpat generella regler om att barn och unga inte fick stänga sin dörr till rummet vid besök. IVO konstaterar att frågan om den enskilde har lämnat ett samtycke som grundas på verklig frivillighet kan vara svår att bedöma, särskilt då den enskilde befinner sig i en utsatt situation med begränsade valmöjligheter. Eftersom verksamheten kontinuerligt måste förvissa sig om att olika åtgärder inte är påtvingade så kan inhämtande av samtycken i samband med att en enskild flyttar in på ett boende inte anses gälla generellt för hela tiden på boendet.

Bristfällig följsamhet till regelverk och beviljade tillstånd

Tillsynen visar att verksamheterna inte följer de bestämmelser som gäller för HVB i tillräcklig utsträckning. Bristfällig följsamhet till regelverk och tillstånd riskerar en god och säker vård. Otillräckliga registerkontroller av nyanställda leder till att de placerade barnen och ungdomarna riskerar att utsättas för övergrepp och att personer anställs som inte är lämpliga att arbeta i ett HVB.

Att verksamheten endast tar emot personer inom den målgrupp som verksamheten har tillstånd för, gör individuella lämplighetsbedömningar inför placering och har anställd personal med rätt kompetens utgör grundläggande förutsättningar för en trygg miljö och en vård anpassad efter behov. IVO:s bedömning av verksamheten utgår bland annat från föreskrifter där det framgår att det vid lämplighetsbedömningen särskilt ska beaktas hur den enskildes behov av vård kan tillgodoses med hänsyn till de arbetssätt och metoder som verksamheten

19. 5 kap. 6 § SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

20. Lag (2018:1197) om FN:s konvention om barnets rättigheter.

21. Jämför exempelvis, lagen (2018:1197) om FN:s konvention om barnets rättigheter. Eller, 3 kap. 5 § SoL. Se även, Justitieombudsmannens beslut med dnr 479–2010. Ett samtycke ska dokumenteras i enlighet med, 4 kap. 9 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

använder och personalens kompetens. Det ska även bedömas om vården kan ges under trygga och säkra former samt om placeringen kan ha en negativ påverkan på andra placerade.²²

Ett flertal HVB bryter mot regelverket eller bedriver verksamhet utanför beviljat tillstånd. Det förekommer att ungdomar har placerats på HVB utan föregående bedömning av individuella omständigheter och utan att beskriva ungdomars behov. Tillsynen har även visat på HVB som har fler inskrivna ungdomar än vad deras tillstånd medger och HVB där personalens samlade kompetens inte är tillräcklig för att kunna ge den vård som barnen har behov av.

Otillräckliga bakgrundskontroller riskerar barns säkerhet

För att främja en lämplig boendemiljö för de inskrivna och motverka att de utsätts för övergrepp, kränkningar eller skadligt inflytande från personal måste HVB som tar emot barn kontrollera all ny personal mot Polisens belastningsregister och misstankeregister inför anställning.²³ Barn och unga på HVB är en utsatt grupp i stark beroendeställning till personalen. Om en verksamhet inte kontrollerar registerutdrag inför anställning av personal ökar risken för att kriminella eller andra olämpliga personer lättare kan komma i kontakt med barn på HVB. IVO:s tillsyn visar att det är vanligt att kraven i lagen om registerkontroll inte efterföljs. Antingen genomför verksamheterna ingen kontroll alls före anställning eller så görs det först efter att anställningen påbörjats. Ibland genomförs kontroll först efter att IVO har efterfrågat underlag. Det förekommer även att utdragen är för gamla, att de hämtats in enligt fel lag och att verksamheter inte sparar utdragen i två år som regelverket kräver.

I flera fall har IVO konstaterat att underlåtenheten att genomföra registerkontroll varit av allvarligt slag. Myndigheten har då beslutat att återkalla tillståndet för verksamheterna. I en verksamhet konstaterades flera anställda vara aktiva i kriminalitet och misstänkta för bland annat narkotikabrott, dopingbrott och penningtvätt. Verksamheten utsatte medvetet de inskrivna ungdomarna för risker och fara genom att inte iaktta den försiktighet, medvetenhet och noggrannhet som krävs vid bedömningen av personalens lämplighet.

22. 3 kap. 3 § HSLF-FS 2016:55 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende.

23. 8 kap. 1 § Lag (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn.

Tillsyn av förlossningsvården

SVERIGE HAR I internationell jämförelse en god och säker förlossningsvård, där de flesta som genomgår en graviditet och förlossning i Sverige uppger att det varit en positiv upplevelse. Trots detta kvarstår utmaningar kring att erbjuda tillgänglig, jämlik och personcentrerad vård. IVO får återkommande information om patienter som på olika sätt farit illa i förlossningsvården, i värsta fall med dödlig utgång för kvinnor och barn. Under 2023 och 2024 har IVO genomfört tillsyn av landets samtliga 45 förlossningskliniker.²⁴ Tillsynen har skett inom ramen för det regeringsuppdrag om förstärkt tillsyn av mödrahälsovård och förlossningsvård (S2023/00971) som IVO fick 2023. Resultaten visar att det förekommer brister på samtliga förlossningskliniker i Sverige och alla 45 kliniker har fått krav på att återredovisa vidtagna eller planerade åtgärder för att komma till rätta med de brister som IVO har identifierat. Det handlar bland annat om att vårdgivaren inte tar tillräckligt ansvar för det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet, men också om att vårdgivaren inte följer de rekommenderade arbetsätt för bäckenbottenbristningar som framgår av Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd. Tillsynen visar också på brister i journalföring, delaktighet samt information till patienter.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Samtliga förlossningskliniker har brister i det systematiska patientsäkerhetsarbetet.
- Vårdgivarna uppfyller inte alltid kraven på god vård, till exempel saknas följsamhet till Socialstyrelsens rekommendationer gällande bäckenbottenbristningar.
- Det förekommer brister i journalföring, information till patienter och delaktighet.

Samtliga förlossningskliniker har brister i det systematiska arbetet med kvalitet och patientsäkerhet

På samtliga förlossningskliniker finns brister som rör det systematiska patientsäkerhetsarbetet. På flera kliniker saknas en systematisk och regelbunden egenkontroll, på andra kliniker genomförs egenkontrollen sporadiskt eller är begränsad till ett fåtal områden. Tillsynen visar utbredda brister i regelbunden egenkontroll inom journalföring, som är ett område med särskilt krav på detta. Egenkontroll är grundläggande för att upptäcka risker och brister i utförandet av vården, men också för att följa upp att rutiner och riktlinjer i verksamheten verkligen följs. En fungerande egenkontroll är en förutsättning för att allvarliga

24. Inspektionen för vård och omsorg, 2024c.

händelser ska kunna undvikas. Egenkontroll behöver ske i en sådan utsträckning så att kravet på god vård uppfylls och att kvaliteten i verksamheten säkerställs.²⁵

Tillsynen visar att många vårdgivare inte uppfyller skyldigheten att utreda allvarliga händelser och vidta åtgärder samt säkerställa effekten av åtgärderna. Av intervjuer inom tillsynen framgår att information om utredningars resultat och åtgärder i regel inte når all berörd personal. På en övervägande del av klinikerna har IVO bedömt att det saknas strukturerad återkoppling till vissa personalgrupper om de åtgärder som vårdgivaren vidtagit efter en utredning i samband med en negativ händelse. Det förekommer även att personal beskriver att återkopplingen av rapporterade avvikelser är bristfällig, eller sker på ett sätt som uppfattas som utpekande, vilket minskar motivationen att rapportera framtida avvikelser.

På flera kliniker framgår det att vårdgivarna inte följer upp de åtgärder som vidtagits efter att en utredning om allvarlig händelse skett i tillräcklig utsträckning. Vårdgivarna saknar i dessa fall kunskap om vidtagna åtgärder har fått avsedd effekt på de risker eller brister som har identifierats. Detta bekräftas i resultatet av de tillsynsfrågor som IVO skickat ut i enkätform till personalen på förlossnings- och eftervårdsavdelningarna. Av de som svarat att de får information om resultat av utredningar och åtgärder med anledning av allvarliga händelser, anger endast hälften att de känner till att ledningen på förlossningsklinikerna också följer upp vidtagna åtgärder.

Vårdgivarna uppfyller inte alltid kraven på god vård

IVO har i tillsynen bedömt att vårdgivarna inte alltid uppfyller kraven på god vård inom förlossningsvården. Exempelvis bedöms fosterövervakning med CTG inte ske regelbundet på nära var femte klinik. I intervjuer berättar personal att bristande övervakning eller bedömning av CTG-kurvan lett eller riskerat att leda till allvarliga händelser. Det finns också exempel på att en avvikande eller patologisk CTG-kurva får fortgå under en längre tid utan att det uppmärksammas eller att en läkare kontaktas för en bedömning. Enligt personalen beror detta bland annat på hög arbetsbelastning eller brister i överrapportering vid personalbyten.

IVO har bedömt att flera vårdgivare inte säkerställer att det alltid finns förutsättningar för en patientsäker vård i akuta situationer, till exempel framkommer det återkommande oklarheter kring ansvarsfördelning när flera olika professioner är inblandade i ett läge där tillståndet för kvinnan eller barnet blir akut. Osäkerheten riskerar leda till att beslut och agerande försenas eller uteblir. En annan brist är att tillgången på kompetens i akuta situationer inte är säkerställd på samtliga kliniker.

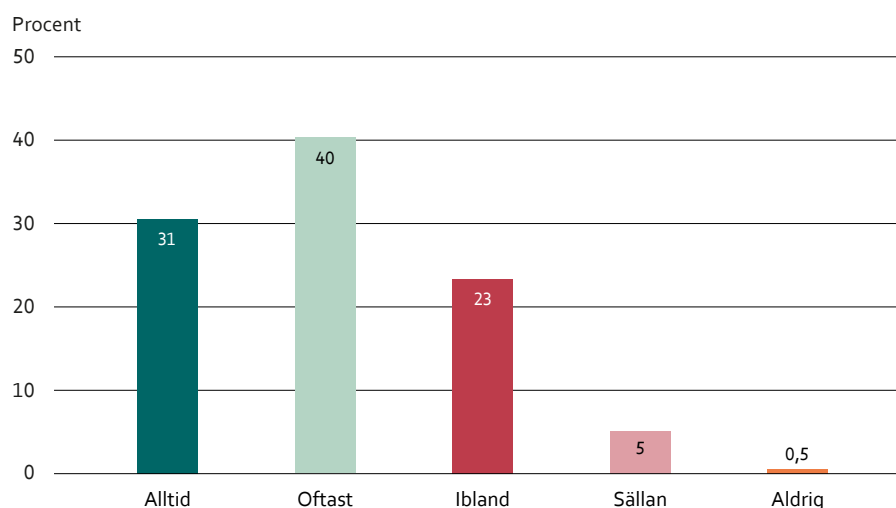
IVO:s tillsyn visar att kunskapen kring behandling av bäckenbottenbristningar sällan får fullt genomslag i det praktiska utförandet. Med utgångspunkt i den kunskap som finns på området rekommenderar Socialstyrelsen att två personal (två barnmorskor eller en barnmorska och en läkare) undersöker patienten för att diagnostisera bristningar och att två personal hjälps åt att suturera bristningar som bedöms utgöra grad två, tre och fyra.²⁶ Socialstyrelsen rekommenderar också att en barnmorska eller läkare undersöker en bäckenbottenbristning före hemgång eller inom en vecka vid återbesök.

25. 5 kap. 2 § SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

26. Socialstyrelsen, 2022.

Av IVO:s intervjuer med vårdpersonalen framgår att personalen har kännedom om rådande kunskapsläge och instämmer i rekommenderat arbetssätt, men att följsamheten till rekommendationerna är låg, framför allt när det gäller att vara två personal vid suturering och till viss del även vid undersökning av bristning. Endast 31 procent av de tillfrågade barnmorskorna uppger att de alltid är två kollegor som undersöker och bedömer bristningarnas omfattning tillsammans, figur 1. Flera kliniker genomför inte alltid en uppföljande undersökning av kvinnan före hemgång eller vid ett uppföljande besök inom en vecka. Det finns också exempel på att sjuksköterskor som bemannar BB genomför undersökningen, i stället för barnmorskor. Avsaknad av adekvat kompetens och erfarenhet riskerar att innebära felbedömning av patienterna och är därför att betrakta som en patientsäkerhetsrisk enligt IVO.

Figur 1. Andel barnmorskor vid förlossningskliniker som svarat på frågan: "När du undersöker bristningar efter förlossning, är ni då två barnmorskor eller en barnmorska och en läkare som undersöker tillsammans?" Fordelat på svarsalternativ.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

Det förekommer brister i journalföring, information till patienten och delaktighet i den egna vården

En majoritet av förlossningskliniker brister när det gäller journalföring. Det framgår till exempel av intervjuer att personal rutinmässigt journalför först vid arbetspassets slut på grund av hög arbetsbelastning eller att datorer och journal-system är så långsamma att det försvårar dokumentationen. Läkare, barnmorskor och sjuksköterskor beskriver också i intervjuer att de inte alltid dokumenterar bedömningar av patienterna i patientjournalen. Det gäller riskbedömningar av patienten vid ankomst och under vårdtiden, men också kontroller och bedömningar av fosterövervakningen (CTG). Både läkare och annan personal beskriver att ordinationer av läkemedel inte alltid dokumenteras i patienternas journaler. En förlossning kan ha ett långt vårdförlopp med flera personalbyten och olika professioner. Om bedömningar, ställningstaganden och behandlingar inte finns tillgängliga under den tid som vårdförloppet pågår innebär det en patientsäkerhetsrisk.

IVO har också granskat hur vårdgivare följer kraven när det gäller information till patienten och patientens delaktighet i den egna vården. På några kliniker anger personal i intervjuer att de endast delvis gör patienterna delaktiga i beslut kring patientens vård och behandling. Det kan till exempel handla om att personalen inte alltid informerar om risker vid olika behandlingar. I tillsynen framkommer det också att vårdpersonalen på flera kliniker inte alltid försäkrar sig om att patienten har förstått och tagit till sig av den information som lämnas vid utskrivning, såsom var patienten ska vända sig med eventuella fysiska och psykiska besvär. På vissa kliniker finns utvecklade arbetssätt för att kontrollera att patienten har uppfattat viktiga delar av informationen, till exempel används tolk vid behov. Andra kliniker saknar antingen rutiner eller följer inte befintliga rutiner. IVO konstaterar att det innebär en risk för att patientgrupper som inte förstår svenska inte får fullständig information om sin vård och behandling. Vidare är det viktigt att patienter och närstående får information om var de ska vända sig vid besvär, eftersom gravida och nyförlösta ofta lider av exempelvis psykisk ohälsa.²⁷ Av tillsynen framträder dock en tydlig skillnad i vilken information som lämnas. Information om var patienter med fysiska besvär kan vända sig efter förlossningen lämnas i högre grad än för psykiska besvär.

27. Socialstyrelsen, 2023.

Tillsyn av arbetet mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer, och hedersrelaterat våld och förtryck

MÄNS VÅLD MOT kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck är allvarliga samhällsproblem som kräver insatser från olika samhällsaktörer. IVO har tillsynsansvar över aktörer inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom ramen för ett regeringsuppdrag som slutredovisades 2024²⁸ har myndigheten, under 2021–2023, genomfört en omfattande tillsynsinsats av arbetet som bedrivs i kommuner och regioner relaterat till våldsutsatthet och våld. Den samlade tillsynen visar att brister i regelefterlevnad och handläggning försvårar upptäckten av våld och i värsta fall också döljer pågående våld. Bristerna omfattar otillräcklig samverkan mellan aktörer, brister i ledning och styrning samt avsaknad av rutiner för att identifiera och hantera våld, vilket har resulterat i fall där våld har fortsatt och till och med lett till dödsfall. Tillsynens resultat bekräftar sammantaget IVO:s tidigare iakttagelser och slutsatser inom området. Bristerna ger allvarliga konsekvenser för våldsutsatta och barn som bevittnat våld.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Brister i huvudmännens regelefterlevnad och handläggning försvårar upptäckt av våld.
- Otillräcklig samverkan inom och mellan huvudmän.
- Brister i handläggning påverkar våldsutsatthet och våld.

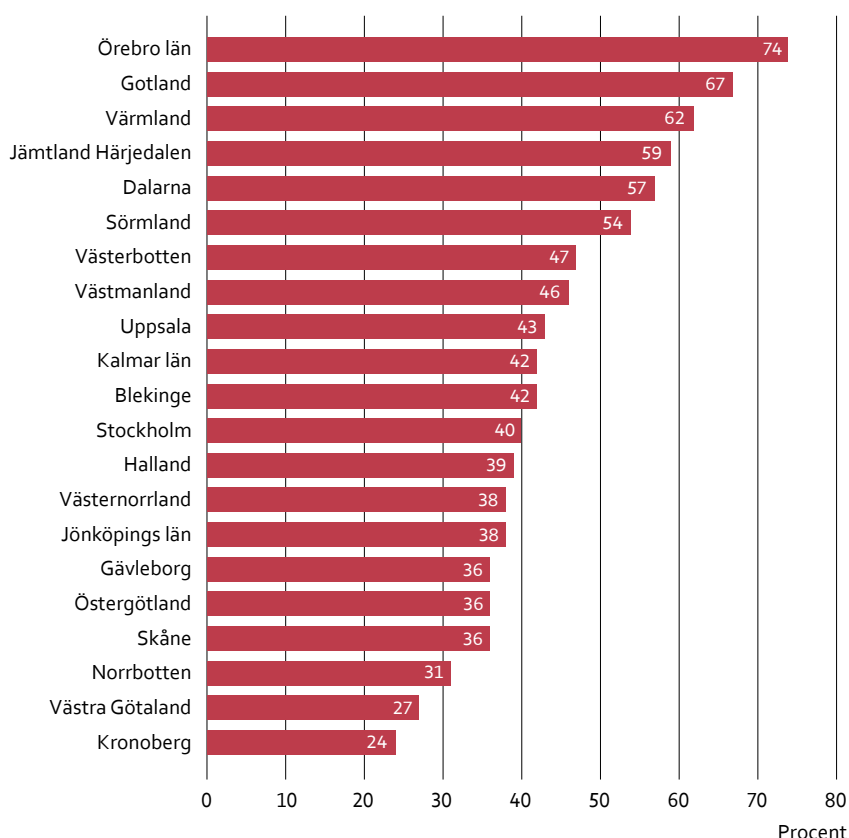
I tillsynen har IVO bland annat granskat huvudmännens följsamhet till Socialstyrelsens föreskrift om våld i nära relationer, HSLF-FS 2022:39, arbetet med våld i socialtjänsten och hälso- och sjukvården, våldsutsatthet i LSS-bostäder för vuxna respektive boenden för barn och unga samt huvudmännens hantering och beslut av ärenden med våld kopplade till lex Maria, lex Sarah och beslut som inte verkställts.

28. Inspektionen för vård och omsorg, 2024d.

Brister i regelefterlevnad och handläggning försvårar upptäckt av våld

Den samlade tillsynen visar brister i kommuners och regioners regelefterlevnad och handläggning. Det framgår till exempel av regionernas uppgifter till IVO att det finns minst en vårdcentral i varje region som brister i följsamheten till föreskriften om våld i nära relationer, HSLF-FS 2022:39, figur 2.²⁹ Totalt 431 av 1136 vårdcentraler (38 procent) har brister i följsamhet till minst en regel i föreskriften och 24 vårdcentralerna följer inte, eller vet inte om de följer, några alls av reglerna. Vårdcentraler som brister i följsamheten till föreskriften återfinns i landets samtliga 21 regioner.

Figur 2. Andel vårdcentraler per region som inte följer föreskriften.*



* Andelen vårdcentraler som har brister i följsamhet till minst en regel i föreskriften varierar över landet. Högst andel vårdcentraler med brister finns i Region Örebro län, där 20 av 27 vårdcentraler (74 procent) inte följer föreskriften. Region Kronoberg har lägst andel vårdcentraler med brister, med sex av 25 vårdcentraler (24 procent) som inte följer föreskriften.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

Bristerna försvårar att våld upptäcks och kan i värsta fall dölja pågående våld. Detta ger allvarliga konsekvenser för barn och vuxna som utsätts för våld och barn som bevittnar våld. IVO har återkommande identifierat betydelsen av ett närvarande ledarskap för att säkerställa att en verksamhet drivs med god kvalitet och enhetliga arbetssätt som utgår från brukarnas behov. Bristfällig ledning och styrning medför i värsta fall att barn och vuxna blir kvar i destruktiva relationer eller sociala situationer där våldet kan fortgå fram till att någon dödas. Det är kommuners och regioners ansvar att säkerställa en ledning och styrning som ska komma till rätta med bristerna.

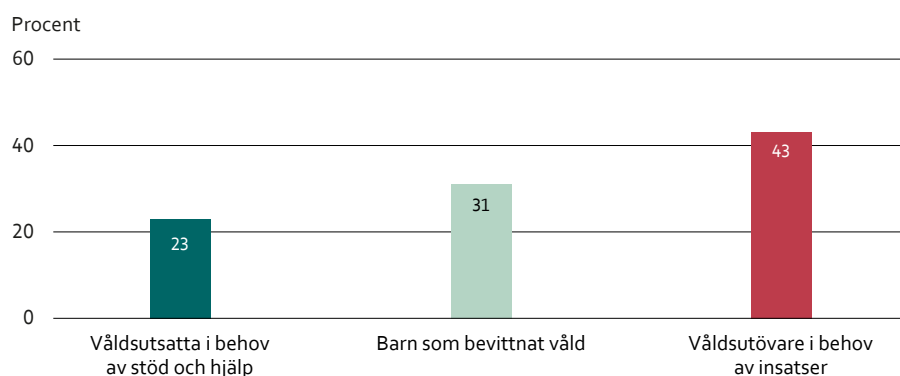
29. IVO begärde uppgifter från verksamhetsansvarig vid samtliga vårdcentraler i de 21 regionerna.

Att upptäcka våld är viktigt för att barn och vuxna som utsatts för våld och barn som bevittnat våld ska kunna få stöd och vård. Även barn och vuxna som utövar våld ska få insatser för att kunna förändra sitt beteende. Genom att socialtjänsten och hälso- och sjukvården är uppmärksam och frågar om erfarenheter av våld kan våldet upptäckas, förhindras och förebyggas.

Bristfälliga rutiner leder till att våld inte upptäcks

Många kommuner saknar rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta eller för att upptäcka barn som bevittnat våld som behöver stöd och hjälp. Många saknar också rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutövare som behöver insatser för att ändra sitt beteende, figur 3.

Figur 3. Andel kommuner som saknar eller inte vet om de har rutiner för att kunna upptäcka personer som är i behov av stöd, hjälp eller insatser relaterat till våldsutsatthet eller våld.*



* 291 kommuner inkom med de uppgifter IVO begärt av sammantaget 303 kommuner/stadsdelsområden/stadsområden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

IVO:s tillsyn inom verksamhetsområdet barn och familj visar att socialnämnderna inte alltid hämtade in uppgifter om våld i tillräcklig omfattning och att utredningssamtalen med barn inte alltid berörde anledningen till utredningen, uppgifter om våld eller bevittnande av våld. I ett flertal tillsynsärenden med brister framkom också att nämnden inte lät barn komma till tals.

Ett stort antal granskade vårdcentraler saknar rutiner för att ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård. Många saknar också rutiner för hur de ska beakta barns behov av information, råd och stöd om det är barnets förälder eller en annan vuxen som barnet bor med som har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp. Ett stort antal vårdcentraler saknar också rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld eller rutiner för fullgörandet av anmälningskyldigheten när ett barn har utsatts för våld eller bevittnat våld.

Samhället har ett särskilt ansvar för att förhindra att barn, unga och vuxna utsätts för övergrepp, hot eller kränkningar i sina boenden. Tillsynen av LSS-bostäder visade dock att personalen vid nästan alla boenden där IVO konstaterat brister inte hade utbildning i att upptäcka våldsutsatthet. I flera boenden saknades också rutiner, metoder och arbetssätt för att förebygga och upptäcka våld. I tillsynen av våldsutsatthet i HVB fanns uppgifter om våld i var fjärde tillsynsbeslut med brister och begäran om återredovisning.

Att brister är så vanligt förekommande i denna typ av verksamheter är extra allvarligt, eftersom vuxna med funktionsnedsättningar och barn och unga som får vård och omsorg utanför hemmet kan ha extra svårt att påtala övergrepp eller påkalla hjälp.

Otillräcklig samverkan inom och mellan huvudmän

Våld i nära relationer och våldsutsatthet är komplexa problem som ofta kräver insatser från flera samhällsaktörer. Samverkan inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård är därför av stor vikt i arbetet mot våld. Båda parter behöver fullgöra sin uppgift och samverka. IVO:s tillsyn visar att hela kedjan av insatser och åtgärder för våldsutsatta, barn som bevittnat våld och våldsutövare måste säkerställas.

De flesta socialnämnder och vårdcentraler bedömer själva att de i ganska hög eller i hög utsträckning tar hänsyn till behovet av trygghet och säkerhet hos våldsutsatta och barn som bevittnat våld vid samordning av åtgärder och insatser. Detta motsägs dock av resultatet från IVO:s tillsyn, som visar att brister i trygghet och säkerhet visar sig på flera olika sätt inom samtliga granskade områden och att bristerna i flera fall handlar om samverkan.

Brister i handläggning påverkar våldsutsatthet och våld

Brister i socialnämndernas handläggning bidrar till att socialtjänstens arbete inte förebygger eller hindrar våld i tillräcklig grad. IVO:s tillsyn i lex Sarah- och lex Maria-ärenden som berör våld samt tillsynen av beslut om insatser som kommunerna inte har verkställt bekräftar bristerna.

Bristfälliga utredningar, åtgärder och uppföljningar

IVO:s tillsyn inom området barn och familj visar att socialnämndernas bristfälligt genomförda utredningar, åtgärder och uppföljningar ger konsekvenser både för våldsutsatta vuxna och barn samt för barn som bevittnat våld. I mer än hälften av de tillsynsärenden som avslutats med beslut med brister, bedömdes bristerna vara så allvarliga att IVO begärde återredovisning av nämndens åtgärder och vilka effekter dessa haft.

Socialtjänsten brister i handläggningen av ärenden som gäller barns behov av skydd och stöd. Det rör sig bland annat om utredningar som inte kartlade barnets situation på ett tillräckligt sätt, eller att barnen inte gjordes tillräckligt delaktiga i utredningsprocessen. I flera ärenden finns inga uppgifter om att barnen har fått berätta om sin situation eller om problemen som rörde våld i hemmet. Tillsynen visar att i vissa ärenden där det framkom uppgifter om våld och nämnden hade inlett utredning så utreddes inte uppgifterna, eller så utreddes de inte i tillräcklig omfattning. Det innebär att brister kvarstår i flera fall och att arbetssätten inte har förbättrats. Det är också allvarligt att socialtjänsten i flera fall haft kännedom om barn som utsatts för våld eller bevittnat våld och fått in orosanmälningar utan att agera.

När socialnämndernas utredningar inte fångar hela problemet och därmed inte heller identifierar samtliga bakomliggande orsaker, riskerar åtgärder och insatser att bli varken relevanta, träffsäkra eller tillräckliga. De riskerar också att inte verkställas i tid eller att inte verkställas alls. IVO:s granskning av kommunernas beslut om insatser mot våld som inte verkställts i tid styrker den beskrivna

problembilden. Det framgår av tillsynen att det våld som låg till grund för den beslutade insatsen kunde fortgå med socialnämndernas kännedom, under väntan på verkställighet.

Bristfällig ledning och styrning

I flera ärenden har brister i huvudmännens ledning och styrning påverkat tryggheten och säkerheten negativt. Bristerna kan därmed ha bidragit till det våld som framkommer i boenden för barn, unga och vuxna. Tillsynen visar på verksamheter där personalen saknar utbildning, rutiner och arbetssätt för att förebygga och upptäcka våld. Socialnämnders otillräckliga ledning och kontroll, tillsammans med verksamheters upplevda oförmåga att ge insatser med god kvalitet, innebär att enskilda drabbas. En samlad iakttagelse från IVO:s tillsyn av våldsutsatthet i LSS-boenden för vuxna och boenden enligt SoL och LSS för barn och unga är att brister i ledning och styrning påverkar verksamheters kvalitet och att otillräcklig bemanning, kunskap och kompetens kan utgöra risk för våldsutsatthet. Bristfällig kvalitet, ledning och styrning medför i värsta fall att vuxna och barn blir kvar i destruktiva relationer eller sociala situationer där våldet kan fortgå.

Brister i det systematiska kvalitetsarbetet

IVO:s tillsyn visar att kommuner och regioner har brister i det systematiska kvalitetsarbetet, främst i egenkontroll och avvikelsehantering. Bristerna medför att kommuner och regioner inte alltid identifierar mönster och uppmärksammar bakomliggande orsaker till händelser. Allvaret i händelserna eller deras konsekvenser för de enskilda uppmärksammas inte heller. IVO:s tillsyn av socialnämndernas utredningar och åtgärder vid allvarliga missförhållanden (lex Sarah) visar att arbetet är otillräckligt inom flera av socialnämndens verksamhetsområden när de gäller våldsutsatthet och våld i nära relation. Bristerna återfinns i verksamheter för både barn och vuxna och ger allvarliga konsekvenser för de som har varit utsatta eller som har bevittnat våld.

Tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus

BRISTANDE TILLGÄNGLIGHET TILL vård och vårdplatser på sjukhus har varit ett område med omfattande utmaningar sedan flera år. För att stärka patientsäkerheten inledde IVO en omfattande nationell tillsyn 2022, riktad mot 27 akutsjukhus.³⁰ Efter två års granskning ser IVO att flera viktiga förbättringsåtgärder har initierats och i vissa fall genomförts. Trots detta kvarstår de grundläggande problem som föranledde tillsynen. IVO konstaterar att patientsäkerheten fortsatt är bristfällig på de granskade akutsjukhusen i Sverige. Allvarliga problem kvarstår, däribland långa väntetider på akutmottagningar, hög beläggningsgrad, överbeläggningar och utlokaliseringar. Grundläggande behov av omvårdnad, näring, vätska och läkemedel tillgodoses inte alltid, vilket beror på den överbelastade situationen på i princip alla sjukhus. Flera vårdgivare har visserligen vidtagit åtgärder för att hantera akuta problem och stärka patientsäkerheten, men få har lyckats att permanent avhjälpa de allvarliga risker och brister som tillsynen identifierat.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Fortsatt brist på disponibla vårdplatser och otillräckliga åtgärder.
- Omställningen till god och nära vård behöver påskyndas.
- Kompetensförsörjning är en fortsatt utmaning.
- Det ansträngda läget minskar sjukvårdens krisberedskapsförmåga.

Fortsatt brist på disponibla vårdplatser och otillräckliga åtgärder

Antalet disponibla vårdplatser i slutenvården ska dimensioneras efter behov. Vårdgivaren har en skyldighet att säkerställa den personal, de lokaler och den utrustning som krävs för att ge en patientsäker vård. IVO har i samtliga beslut i tillsynen tydliggjort att sjukhusen inte har tillräckligt med disponibla vårdplatser utifrån faktiska behov. På en majoritet av sjukhusen är beläggningsgraden fortfarande högre än 95 procent, vilket innebär små marginaler för att hantera förändringar av inflödet och de kvarstående patientsäkerhetsriskerna. Bristen på vårdplatser leder bland annat till överbelastade akutmottagningar där patienter stannar kvar i väntan på vårdplatser, vilket i vissa fall har kopplats till allvarliga konsekvenser, inklusive dödsfall.

IVO bedömer att många av vårdgivarnas åtgärder är relevanta, men att de ännu inte haft tillräcklig effekt för att minska beläggningsgraden, öka antalet disponibla vårdplatser eller minska utlokaliseringar. Bristerna kvarstår i varierande

30. Inspektionen för vård och omsorg, 2024e.

omfattning hos samtliga vårdgivare och i vissa fall har grundläggande problem, såsom kompetensbrist, förvärrats. De kvarstående bristerna innebär att adekvat vård, läkemedelsbehandling och omvårdnad fortfarande inte alltid kan ges i tid eller utifrån patienternas behov. Utlokaliserade patienter riskerar också försämrade eller fördröjd tillgång till vård, exempelvis genom uteblivna ronder eller ordinationer samt försenade röntgenundersökningar. Vid uppföljande inspektioner framkom det att personalen vid de flesta sjukhusen uppfattade att situationen var fortsatt ansträngd. Även om vissa vårdavdelningar och akutmottagningar beskrev ett förbättrat läge så kvarstod grundproblemet med bristen på vårdplatser, trots omfattande åtgärder. Den övergripande bilden är att patientsäkerhetsriskerna fortfarande är påtagliga och att det krävs mer effektiva åtgärder för att åstadkomma långsiktiga förbättringar.

Även om bristen på vårdplatser kvarstår, bedömde IVO att det finns förutsättningar att på sikt komma tillrätta med bristerna vid 17 sjukhus och att vårdgivarna vidtagit åtgärder för att öka patientsäkerheten i väntan på det långsiktiga arbetet ger resultat. Tillsynen av dessa 17 sjukhus avslutades, men för tio sjukhus är situationen fortfarande så allvarlig att tillsynen fortsätter.

De flesta vårdgivare har redovisat åtgärder som direkt ska begränsa faktiska och akuta brister i patientsäkerheten och som ska kunna öppna upp fler disponibla vårdplatser på sikt. Åtgärderna kan sammanfattas i tre områden enligt nedan.

Begränsning av patientsäkerhetsbrister

För att minska de mest akuta patientsäkerhetsbristerna har flera vårdgivare redovisat åtgärder som handlar om att stärka vården och omvårdnaden om patienten. En vanlig åtgärd för att stärka omvårdnadsarbetet har varit att upprätta eller uppdatera rutinerna för struktur och frekvens på när omvårdnadsrund ska ske. Andra har infört omvårdnadsansvariga undersköterskor på akutmottagningen för att förbättra omvårdnaden för samtliga patienter, i synnerhet för de patienter som väntar på en vårdplats. Ytterligare åtgärder som redovisats syftar till att stärka patientsäkerheten för utlokaliserade patienter till exempel genom att ha permanenta platser för vissa patientgrupper och vårdpersonal med rätt utbildning för respektive patientgrupp vid den aktuella vårdavdelningen. Även upprättande av rondrutiner för de utlokaliserade patienterna, där utpekat läkaransvar ingår, ska säkra vården för denna patientgrupp. Åtgärder där syftet är att skapa patientsäkra platser kan vara installation av larmklockor vid korridorsplatser eller införande av mobila larm. Andra exempel är övervakningsutrustning som bättre motsvarar behovet och åtgärder av mer långsiktig karaktär som utökning eller ombyggnation av lokaler.

Stärkt kompetensförsörjning

Vårdplatsbristen beror till stor del på att regionerna inte är tillräckligt bemannade med sjuksköterskor. Samtliga vårdgivare redovisar åtgärder som på olika sätt ska säkra kompetensförsörjningen av sjuksköterskor. Åtgärderna syftar ofta både till att behålla sjuksköterskor och attrahera nya. Det kan vara allt ifrån lönesatsningar och översyn av scheman till rotationstjänster. Flera vårdgivare har också särskilt lyft fram utmaningen med kompetensförsörjningen av sjuksköterskor och presenterat åtgärder som syftar till uppgiftsväxling. Det innebär i huvudsak omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika personalkategorier för ett mer effektivt utnyttjande av kompetens.

Nyttjande av tillgängliga vårdplatser

Många vårdgivare redovisar satsningar som syftar till att minska belastningen på befintliga vårdplatser och underlätta omställningen till god och nära vård. Ökad samverkan med primärvård och kommunal hälso- och sjukvård är vanligt förekommande åtgärder för att påverka in- och utflödet till sjukhusen. Det förekommer även insatser för att nyttja befintliga vårdplatser mer effektivt, såsom förändrade arbetssätt för ökad dagvård, effektiviserade rondstrukturer och dedikerade resurser för samordning av utskrivningsklara patienter.

Omställningen till god och nära vård behöver påskyndas

Långsiktiga och permanenta lösningar på de patientsäkerhetsrisker som vårdplatsbristen leder till finns delvis utanför de enskilda sjukhusens förmåga, i omställningen till det som kallas god och nära vård. Omställningen syftar till en utveckling där bland annat primärvården utgör navet. Förflyttningen från sjukhusvård till primärvård och specialiserad öppenvård förväntas minska behovet av vårdplatser, men är idag långt ifrån genomförd.³¹ Många av de åtgärder som regionerna planerar och genomför på sjukhusen behöver utföras tillsammans med andra aktörer i vårdkedjan. Särskilt frågan om disponibla vårdplatser kräver insatser på flera nivåer och samverkan mellan vårdaktörer. Detta innebär att regioner, kommuner och privata aktörer behöver samarbeta för att stärka både primärvården och den kommunala omsorgen, så att sjukhusvården kan avlastas på ett hållbart sätt. För att minska efterfrågan på sjukhusen och akutsjukvården behöver kommunernas kompetensförsörjning, samverkan med regionala huvudmän och planeringen av enskildas vård särskilt förbättras och utvecklas.

Kompetensförsörjning är en utmaning

Vårdgivarna har framfört att bristen på sjuksköterskor är den enskilt viktigaste orsaken till vårdplatsbristen. Otillräckligt med adekvat personal försämrar dessutom möjligheterna till god omvårdnad, en god arbetsmiljö och förebyggande av vårdskador. Utmaningen att rekrytera och behålla fler sjuksköterskor i yrket har varit känd under lång tid men genomförda åtgärder har inte fått tillräckligt genomslag i verksamheterna. Åtgärderna för att rekrytera och behålla personal behöver ske inom flera områden och flera nivåer. Arbetsmiljöinsatser, arbetsvillkor, utvecklingsmöjligheter och att minska beroendet av bemanningsföretag är delar i detta.

IVO konstaterar att samtliga regioner står inför liknande utmaningar och att ingen har kommit till rätta med problemet. Problematiken omfattar hela sjukvårdssystemet, vilket kräver långsiktiga lösningar samtidigt som kortsiktiga åtgärder måste vidtas.

31. Myndigheten för vård och omsorgsanalys, 2023.

Det ansträngda läget minskar sjukvårdens krisberedskapsförmåga

Hälso- och sjukvården måste fungera så att befolkningens vårdbehov kan tillgodoses i alla lägen, även när samhället och sjukvården utsätts för allvarliga påfrestningar.³² Av detta följer att hälso- och sjukvården behöver ha förmåga att möta samhällets varierande vårdbehov. IVO har i tidigare tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna bedömt att det ansträngda läge som uppkommit på grund av bemannings- och vårdplatsbrist försvårar eskaleringen av vårdplatser.³³ IVO:s tillsyn av sjukhus visar dessutom att vårdgivarna nästan konstant arbetar vid eller över sin maxkapacitet. Tillsynens resultat väcker frågan om sjukvårdens förmåga är tillräcklig för att hantera oförutsedda yttre händelser som skulle medföra större påfrestningar.

Vårdgivares ansvar och IVO:s arbete för säkrare vård

Statliga myndigheter kan genom tillsyn och stöd ge regionerna verktyg för att utveckla verksamheten och nå en vårdplatssituation i balans, men ansvaret för att upprätthålla en säker vård av god kvalitet är vårdgivarnas. IVO:s bedömning är att balans uppnås genom att både öka antalet disponibla vårdplatser och minska behovet, vilken delas av Socialstyrelsen.³⁴ Aktuell tillsyn har identifierat brister och sett åtgärder som kopplar till de fem fokusområden som Socialstyrelsen har identifierat för att stödja regioner och kommuner i arbetet med vårdplatser.³⁵

Mot bakgrund av de allvarliga bristerna i patientsäkerheten kommer IVO att fortsätta tillämpa ingripande tillsynsbeslut där det behövs. Fortsatt vägledning från domstolarna är angeläget.

32. SOU 2022:6. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap.

33. Inspektionen för vård och omsorg, 2022.

34. Socialstyrelsen, 2024b.

35. Socialstyrelsen, 2024b.

Estetiska behandlingar

MARKNADEN FÖR SKÖNHETSINGREPP i estetiskt syfte var oreglerad fram till 2021 då kraven skärptes och IVO fick tillsynsansvar inom området. Den nationella tillsyn som IVO har bedrivit sedan 2022 identifierar allvarliga och utbredda brister som hotar patientsäkerheten.³⁶ De första tillsynerna riktades främst mot estetiska injektionsbehandlingar för att därefter utökats med fler verksamheter och har även kommit att inkludera estetiska kirurgiska behandlingar och ingrepp i större omfattning. Under drygt två år har IVO genomfört 136 inspektioner och hittills fattat 188 beslut i en tillsyn som omfattar totalt 86 granskade estetiska verksamheter. Problem och brister beror i vissa fall på att ansvariga saknar kunskap för att efterleva gällande krav, men tillsynen identifierar också ett stort antal oseriösa aktörer som medvetet och systematiskt bedriver verksamheter i strid med lagstiftningen.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Personal saknar legitimation eller kompetens.
- Brister i läkemedelshantering och hygienrutiner riskerar patientsäkerheten.
- Dokumentation av vården och information till patienter är otillräcklig.
- Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete saknas.
- Kirurgiska verksamheter har färre men mer allvarliga brister.

IVO:s nationella tillsynsinsats av verksamheter som utför estetiska behandlingar initierades efter ett stort antal inkomna signaler till myndigheten om att framförallt olegitimerad personal utförde estetiska behandlingar. Tillsynen har bedrivits med ett övergripande syfte och en gemensam tillsynsmetod. Genom att identifiera mer generella eller strukturella problem bidrar tillsynen till åtgärder som ökar efterlevnad av lagstiftningen för en stärkt patientsäkerhet. Tillsynen har fokuserat på legitimation, läkemedelshantering, dokumentation, basala hygienrutiner, information till den enskilde samt ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.

Av 86 verksamheter som ingår i tillsynen utför 66 verksamheter endast estetiska injektionsbehandlingar och 20 verksamheter utför både injektionsbehandlingar och estetisk kirurgi. IVO har genomfört både oanmälda och för-anmälda inspektioner i verksamheterna och flera verksamheter har inspekterats fler än en gång. Inom ramen för tillsynen av de 86 verksamheterna har IVO beslutat om 37 förelägganden, 12 förbud av fortsatt verksamhet, 38 åtalsanmälningar av personal och 49 beslut med brister och begäran om återredovisning, tabell 3.

36. Inspektionen för vård och omsorg, 2024f.

Tabell 3. Antal beslut per beslutstyp.*

Beslutstyp	Antal
Beslut med brister och begäran om återredovisning	49
Avslutande beslut med eller utan brister, eller avslut efter återredovisning	15
Avskrivning	37
Åtalsanmälan	38
Föreläggande med krav att åtgärda brister	23
Föreläggande med krav att inkomma med handlingar	14
Förbud	12
Totalt	188

*Tillsynen omfattar 86 verksamheter och en verksamhet kan ha fått mer än ett beslut.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

Personal saknar legitimation eller kompetens

IVO:s tillsyn visar att det är vanligt att olegitimerad personal utför estetiska injektionsbehandlingar och att relevant kompetens saknas för vissa estetiska behandlingar. Många verksamheter har brutit mot bestämmelsen om att estetiska injektionsbehandlingar endast får utföras av läkare, tandläkare eller sjuksköterska och att kirurgiska ingrepp bara får utföras av läkare eller tandläkare med relevant specialistutbildning.³⁷ Vanligast är att Botox- och fillersbehandlingar utförs av personal som inte är läkare, tandläkare eller sjuksköterska. Behandlingarna i sig är av mindre karaktär, men ett felaktigt genomfört ingrepp som täpper till blodkärl kan orsaka allvarliga och bestående skador så som blindhet, lungskador eller hjärnskador.³⁸ Legitimerad personal förväntas kunna identifiera personer som är direkt olämpliga för estetiska behandlingar, och därmed skydda individerna mot eventuella komplikationer.

I andra fall har både allmänläkare och olegitimerad personal utfört kirurgiska ingrepp som ögonlocksplastik, armplastik, bukplastik, ansiktslyft och rumpförstoring, så kallad Brazilian Butt Lift (BBL). Trots de betydande riskerna med estetisk kirurgi såsom blödningar, infektioner, nervpåverkan och fettemboli saknar vissa utövare den specialistkompetens som krävs, vilket utgör en allvarlig patientsäkerhetsrisk. Vårdgivare ansvarar för att säkerställa att personalen har rätt kompetens för sina arbetsuppgifter. Ofta krävs annan hälso- och sjukvårdspersonal i verksamheterna, utöver den legitimerade som ska utföra den estetiska behandlingen. För operationer krävs ofta narkosläkare, narkossjuksköterskor eller undersköterskor för omvårdnad. I flera granskade verksamheter förekommer att hälso- och sjukvårdspersonal utför arbetsuppgifter utanför deras kompetensområde, bland annat att undersköterskor ställer medicinska diagnoser och att undersköterskor och sjuksköterskor behandlar medicinska tillstånd som till exempel överdriven svettning utan en föregående medicinsk bedömning. Detta skapar stora risker för patienterna, både för att de kan få felaktig vård och behandling men också för att rätt vård och behandling kan utebli.

I de mest graverande fallen där legitimations- eller kompetenskravet har frångåtts har patienter drabbats av allvarliga vårdskador eller avlidit. Det finns exempel på läkare utan specialistkompetens som utfört narkos av patient och där

37. 8 § Lag (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar, LEKEI.

38. Prop. 2020/21:57. Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.

givna läkemedel inte varit anpassade till ingreppets längd eller patientens vikt. Patienten gick inte att väcka efter operationen och avled. I ett annat fall avled en patient till följd av akuta komplikationer i samband med sövning inför ett kirurgiskt ingrepp. IVO har på dessa grunder upprättat både åtalsanmälningar och förbjudit verksamheter. Majoriteten av förbuden grundar sig bland annat på att verksamheterna saknar personal med adekvat kompetens och legitimation för att utföra aktuella behandlingar.

Brister i läkemedelshantering och hygienrutiner riskerar patientsäkerheten

Brister i läkemedelshantering och ordination förekommer i närmare hälften av de tillsynade verksamheterna och innebär stora risker för patientsäkerheten. Det handlar bland annat om felaktiga förskrivningar, avsaknad av individuella ordinationer, felaktigt användande av generella direktiv och brister i förvaringen av läkemedel. Grunden är att läkemedelsordinationer ska vara individuella.³⁹ Generella direktiv om läkemedelsbehandling får endast användas under vissa förutsättningar och ska utfärdas restriktivt.⁴⁰ I många verksamheter används generella läkemedelsdirektiv för all läkemedelsbehandling, i strid mot gällande regelverk. I flera verksamheter finns till exempel beslut om läkemedelsbehandling som gäller samtliga patienter som besöker verksamheten för att genomgå injektionsbehandling med Botox, vilket används i stället för individuella ordinationer. Inom estetiska kirurgiska verksamheter förekommer det även att undersköterskor gör i ordning och administrerar läkemedel på muntlig ordination men utan ett personligt delegeringsbeslut.

Tillsynen har också visat att estetiska injektionsbehandlingar utförs med produkter och tekniker som inte är etablerade i Sverige. Det är också i strid med regelverket att beställa läkemedel från utlandet, att beställa läkemedel via nätet med en förskrivningskod som lånats av läkare, att spara fillers avsedda för engångsbruk, att använda läkemedel med passerat utgångsdatum eller att förvara läkemedel i samma kylskåp som personalens mat. Bristerna skapar risker för patienterna både i form av felaktiga doser och att eventuella individuella ställningstaganden uteblir när recept och ordination inte görs av läkare till den enskilda individen. Det utgör också en risk att patienter drabbas av infektioner eller biverkningar när läkemedel inte hanteras hygieniskt korrekt, eller är inköpta från utlandet och kanske inte är godkända på den svenska marknaden.

Den hygieniska standarden i en verksamhet är av stor vikt för att kunna ge god vård.⁴¹ Ett antal injektionsverksamheter har brister i basala hygienrutiner och hantering av smittförande avfall. Det kan bland annat vara att personalen bär smycken, har långa målade naglar, att korrekt städmaterial eller städmetoder inte används eller att kanylspetsar inte hanteras som smittförande avfall på ett korrekt sätt. Samtliga brister ger var för sig en risk för vårdrelaterade infektioner och smittspridning bland patienter och personal och brister i vårdhygien ger generellt försämrade förutsättningar för vården i arbetet mot att bromsa utvecklingen av antibiotikaresistens.

39. 6 kap. 2 § HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

40. 6 kap. 6 §§ HSLF-FS 2017:37 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

41. 5 kap. 1 § HSL.

Dokumentation av vården och information till patienter är otillräcklig

Inom de tillsynande verksamheterna är det vanligt förekommande att dokumentation och förvaring av journalhandlingar inte sker enligt gällande regelverk.⁴² Dokumentation har stor betydelse för patientsäkerheten och för att kunna erbjuda god och säker vård. Det är vårdgivarens ansvar att skapa förutsättningar för god dokumentation, medan hälso- och sjukvårdspersonalen ansvarar för innehållet i införda uppgifter och att dokumentationen blir utförd.⁴³

Inom injektionsverksamheter är det vanligt att journalsystem saknas och att dokumentationen endast utgörs av eller fortsätter i den hälsodeklaration som patienten fyllt i inför sin behandling. Dessa journalhandlingar når som regel inte upp till dokumentationskraven då de bland annat saknar uppgifter om information till patienten, genomförda avvägningar och riskbedömningar, samt uppnådda behandlingsresultat. Inom de kirurgiska verksamheterna finns ofta ett journalsystem men mycket av dokumentationen är bristfällig. Utöver att grundläggande uppgifter saknas är operationsberättelser ofta summariska. Brister i journalföring och dokumentation innebär att viktig information inte finns tillgänglig och kan bland annat leda till att patienter riskerar att förväxlas, få fel vård, få felaktiga doser av läkemedel eller inte få den vård och behandling som de är i behov av. Otillräcklig dokumentation ger också verksamheterna sämre förutsättningar att följa upp och säkra vårdens kvalitet. Dokumentationsbristerna påverkar dessutom IVO:s möjlighet att bedöma om vården lever upp till gällande lagkrav.

IVO ser också att patienter inte får tillräcklig information eller betänketid inför estetiska ingrepp, trots att dessa kan innebära allvarliga hälsorisker. För att fatta välgrundade beslut krävs både muntlig och skriftlig information om behandlingen, dess risker och förväntade resultat. Utföraren ska försäkra sig om att patienten har förstått informationen, invänta en viss betänketid och inhämta ett samtycke.⁴⁴ IVO har svårt att säkerställa att detta efterlevs på grund av omfattande brister i verksamheternas dokumentation.

Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete saknas

Ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete är en förutsättning för god vård. IVO:s tillsyn visar att mer än en tredjedel av verksamheterna inte har identifierat, beskrivit eller fastställt de processer och rutiner som behövs för att skapa förutsättningar för hög patientsäkerhet. Bristerna avser i många fall avsaknad av processer och rutiner för läkemedelshantering, dokumentation och hygien. Inom estetiska injektionsverksamheter är det vanligt att ledningssystem eller systematiskt kvalitetsarbete saknas helt. Det har vid många inspektioner framkommit att verksamhetsledningen inte vet vad ett ledningssystem är eller har rutiner för arbetssätt. Dessutom följer verksamheterna inte upp om kvaliteten är god och patientsäker, vilket innebär att de saknar förmåga att systematiskt göra förbättringar i verksamheten. De kirurgiska verksamheterna har som regel ett ledningssystem, men det är ofta bristfälligt eller saknar verksamhetsanpassning

42. 6 § LEKEI, PDL, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården.

43. 3 kap. 2, 3 och 4 §§ Patientdatalag (2008:355), PDL.

44. 10, 11 och 12 § § LEKEI.

och då uppfylls inte gällande krav. Det ställs dessutom högre krav på kirurgiska verksamheter att arbeta systematiskt och förebyggande, eftersom patientriskerna generellt är större vid kirurgiska ingrepp.

Ett systematiskt patientsäkerhetsarbete innebär också att vårdgivaren ska identifiera och analysera risker i verksamheten. Flera granskade verksamheter genomför varken egenkontroller eller hanterar klagomål och avvikelser systematiskt. Det indikerar att verksamheterna inte upptäcker risker eller utreder händelser i nödvändig omfattning så att åtgärder kan vidtas och vårdskador förebyggas.⁴⁵

Kirurgiska verksamheter har färre men mer allvarliga brister

De brister som IVO har funnit i kirurgiska verksamheter är av större omfattning och mer allvarliga för de enskilda patienterna än de brister som funnits bland utförare av injektionsbehandlingar. Verksamhetschefer i kirurgiska verksamheter är i stor utsträckning legitimerad personal i form av läkare, tandläkare eller sjuksköterska. Trots detta finns en stor okunskap om gällande regelverk och hur en kirurgisk verksamhet ska planeras, ledas och kontrolleras för att uppfylla kravet på god vård. IVO:s samlade bild är att de verksamheter som utför estetisk kirurgi i störst utsträckning har brister inom läkemedelshantering, dokumentation och att verksamheterna inte har fullgoda ledningssystem för det systematiska kvalitetsarbetet. Ett flertal verksamheter uppger för IVO att allvarliga vårdskador inte har inträffat. Brister i rutiner och riktlinjer, eller att inte följa regelverken för läkemedelshantering och dokumentation, är dock i sig allvarliga hot mot patientsäkerheten.

Det finns exempel på granskade verksamheter som inte har rutiner, arbetssätt eller utrustning för adekvat övervakning av patienter i den omfattning som krävs för patientsäker vård eller för att hantera eventuella akuta situationer. Det har bland annat framkommit verksamheter där patienterna får läkemedel som ger både sederande och andningshämmande effekt utan att få regelbunden övervakning under eller efter operation. Det finns verksamheter som varken har personal med adekvat kunskap för att hantera akuta situationer eller tillgång till utrustning så som hjärtstartare, syrgas eller läkemedel som kan behövas för att häva en allergisk reaktion. Flera verksamheter har brister i att utföra och att dokumentera riskbedömningar före under och efter operation.

45. 3 kap. 3 § PSL.

Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård

YRKESLEGITIMATION FÖR hälso- och sjukvårdens personal ska garantera den kunskapsnivå, yrkeskompetens och lämplighet som krävs för att arbeta inom vården. IVO:s tillsyn under 2024 visar att flera oskickliga och olämpliga yrkesutövare äventyrar patientsäkerheten och riskerar att patienter drabbas av skador i vården. Det finns exempel på läkare som missbrukat sin förskrivningsrätt genom att skriva ut narkotikaklassade läkemedel på felaktiga indikationer och sjuksköterskor som både stjälar och brukar narkotikaklassade läkemedel på sin arbetsplats. Att IVO utreder och hindrar dessa individer från att verka inom vården är en förutsättning för patientsäkerheten och för förtroendet för vårdens personal.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- IVO kritiserar och hindrar oskicklig och olämplig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.
- Brott är den vanligaste orsaken till att IVO anmäler en yrkesutövare till HSAN.
- Innehav och bruk av narkotika hos sjuksköterskor är de vanligaste brotten.

IVO kritiserar och hindrar oskicklig och olämplig legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal

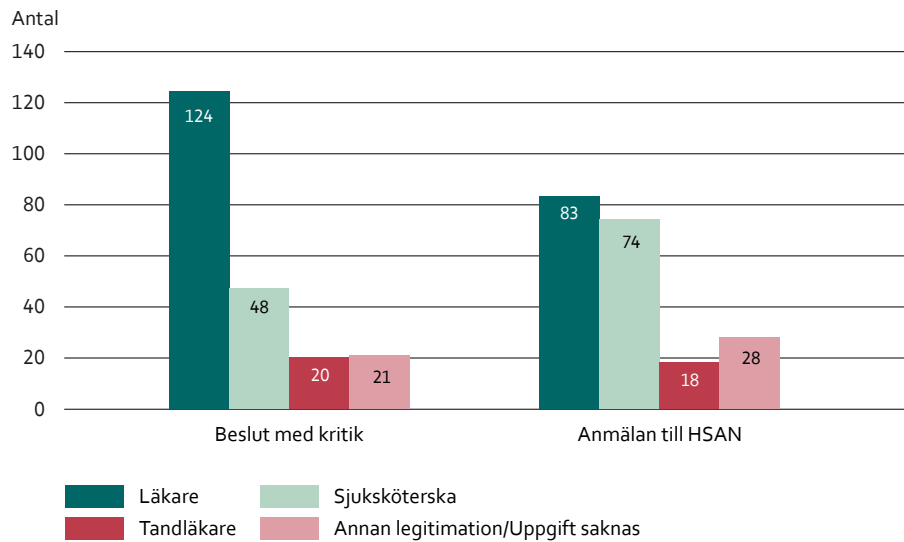
IVO:s tillsynsuppdrag av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal omfattar omkring 280 000 yrkesverksamma i 22 yrken. De största yrkesgrupperna utgörs av sjuksköterskor med knappt 50 procent och läkare med drygt 15 procent av det totala antalet yrkesutövare.⁴⁶ Tillsynen omfattar även legitimerade som inte är yrkesverksamma men där personen fortfarande har kvar sin förskrivningsrätt. Vårdgivare och apotekspersonal är skyldiga att göra en anmälan till IVO om de misstänker att en person kan utgöra en patientsäkerhetsrisk eller förskriver läkemedel i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Allmänheten, patienter eller anhöriga och andra myndigheter är också viktiga uppgiftslämnare till IVO.

Om IVO:s tillsyn visar att en legitimerad yrkesutövare inte uppfyller sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL riktar IVO i tillsynsbeslut kritik mot hälso- och sjukvårdspersonalen eller anmäler individen till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Yrkesgrupperna läkare, sjuksköterskor och tandläkare är i majoritet i IVO:s beslut med kritik och anmälningar till HSAN, figur 4.

46. Socialstyrelsen, 2024c.

Under 2024 har IVO totalt avslutat 840 ärenden. I de mest allvarliga fallen har IVO under 2024 fattat 415 ingripande beslut om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. I 213 av dessa har personalen kritiserats och i 203 har IVO anmält personalen till HSAN.

Figur 4. Antal yrkesutövare som fått kritik i ett beslut eller som anmälts till HSAN under 2024, uppdelat på typ av legitimation.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

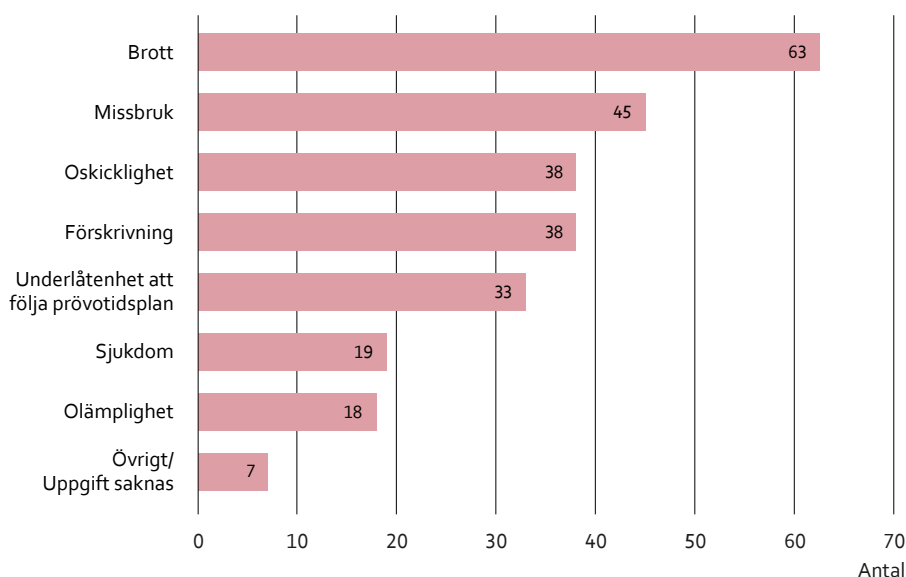
De vanligaste orsakerna till att IVO riktar kritik mot en yrkesutövare är oskicklighet och felaktig förskrivning i yrkesutövningen. Oskicklighet kan exempelvis innebära att en individ uppvisar stora kompetens- och kunskapsbrister som omfattar flera aspekter av yrkesutövningen. Detta kan leda till att patienter inte får en patientsäker vård, exempelvis på grund av bristande medicinsk handläggning med felaktig eller utebliven diagnostisering som konsekvens. Felaktig förskrivning kan innebära att förskrivning av narkotiska läkemedel sker på felaktiga indikationer eller att läkaren förskriver en större mängd läkemedel än nödvändigt för den medicinska behandlingen.

Brott vanligaste orsaken till beslut om anmälan till HSAN

Under 2024 fattade IVO beslut om att anmäla 203 individer till HSAN, vilket innebär att IVO yrkar på åtgärder som påverkar yrkesutövarens legitimation. HSAN beslutar sedan om vilken åtgärden blir. De vanligaste yrkanden under 2024 var återkallelse av legitimation (48 procent) och treårig prövotid (46 procent). Vid beslut om prövotid ges yrkesutövaren möjlighet att åtgärda de omständigheter som låg till grund för anmälan.

De vanligaste orsakerna till att IVO fattar beslut om att anmäla legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till HSAN varierar mellan olika yrkesgrupper. Totalt sett var den vanligaste orsaken till anmälan under 2024 att den legitimerade har begått ett brott och blivit dömd, figur 5. Brottet kan ha begåtts både inom och utanför yrkesutövningen och bedömts påverka det fortsatta förtroendet för den legitimerade.

Figur 5. Antal orsaker att anmälan upprättats till HSAN under 2024.*



*En anmälan kan baseras på flera orsaker, summan av antalet orsaker är därför högre än det totala antalet anmälningar till HSAN.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

Innehav och bruk av narkotika hos sjuksköterskor är de vanligaste brotten

De vanligaste brotten IVO upptäcker genom tillsynen är narkotikabrott som avser innehav och bruk av narkotikaklassade läkemedel, ofta i kombination med stöld av narkotikaklassade läkemedel och rattfylleri. Narkotikabrott och stöld av narkotikaklassade läkemedel handlar ofta om att sjuksköterskor, men även legitimerad apotekspersonal, har stulit läkemedel på sin arbetsplats. De som har gjort sig skyldiga till stöld, narkotikabrott eller rattfylleri har ofta ett eget pågående missbruk. I tillsynen har IVO även identifierat mer allvarliga brott såsom våldtäkt, barnpornografibrott och grovt skattebrott. I dessa fall har IVO yrkat på att återkalla legitimationen då förtroendet för den legitimerade är så pass skadat att denne anses vara olämplig att fortsätta utöva sitt yrke.

Barn får vänta för länge på insatser från socialtjänsten

KOMMUNERNA HAR EN viktig roll i att se till att barn får den hjälp och det stöd de behöver för att kunna växa upp i en trygg och stabil miljö. Varje år tvingas dock omkring 3 000 barn i utsatta situationer vänta mer än tre månader på att kommunernas socialtjänst ska verkställa stödinsatser som barnen har beviljats.⁴⁷ För många barn med rätt till stöd är den faktiska väntetiden längre än så. Många insatser som inte verkställs inom skälig tid handlar om stöd eller behandling inom öppenvården, kontaktperson eller kontaktfamilj. Långa väntetider innebär risk för missförhållanden och kan förvärra situationen för barn i stort behov av insatser. Antalet beslut som inte verkställs inom skälig tid fortsätter att ligga på samma nivå år efter år. Det visar att kommunerna behöver bli bättre på att ge barnen det stöd som de har rätt till enligt lag.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Tusentals barn och unga får vänta på socialtjänstinsatser varje år.
- Långa väntetider är en risk för missförhållanden.
- Platsbrist och brist på personal gör att insatser inte verkställs.
- Kommunerna behöver bli bättre på att genomföra beviljade insatser för barn inom skälig tid.

Socialtjänsten ska erbjuda stödinsatser som är anpassade efter barns behov; till exempel familjehemsplacering, behandling vid missbruk, personlig assistans eller boende med särskild service för barn och unga med funktionshinder. Barn med behov av stöd kan ansöka om dessa stödinsatser hos socialtjänsten som är skyldig att utreda och bedöma behovet. Om socialtjänsten bedömer att barnet behöver stöd ska de erbjuda insatser som förbättrar barnets livsvillkor. Kommunerna fattar beslut om att bevilja insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, eller enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS. Huvudregeln är att ett beslut om insats ska verkställas omgående.⁴⁸ Kommunerna är skyldiga att rapportera alla beslut som inte verkställts inom tre månader till IVO.

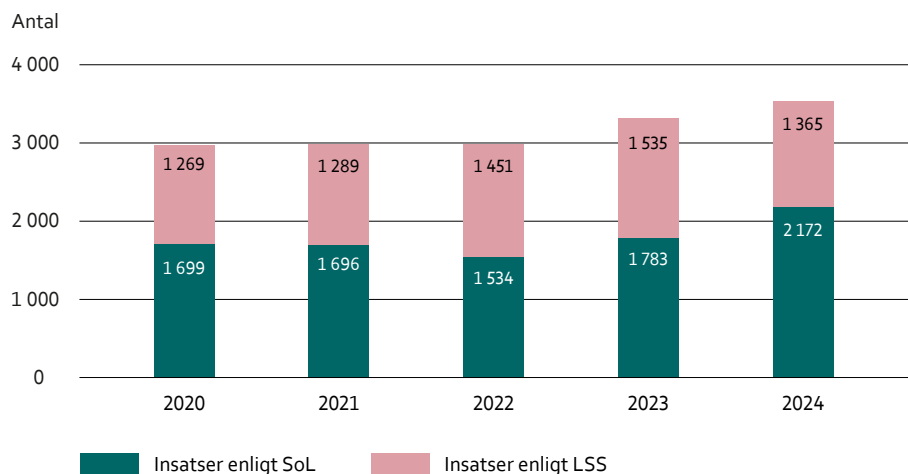
47. Inspektionen för vård och omsorg, 2024g.

48. Ett visst dröjsmål för att verkställa vissa typer av insatser anses dock vara godtagbart. För att verkställa exempelvis ett beslut om gruppboende enligt 9 § 9 Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387), LSS, kan många kontakter med olika berörda bli nödvändiga, vilket talar för att något längre dröjsmål kan godtas. För en del insatser som avlösarservice enligt 9 § 5 LSS, vilket kommunen kan lösa med egen anställd personal, behöver dröjsmålet inte bli långvarigt. Någon yttersta tidsgräns är inte fastslagen.

Tusentals barn och unga får vänta på socialtjänstinsatser

En femtedel av alla insatser från socialtjänsten som inte har verkställts inom tre månader har rört personer under 18 år.⁴⁹ Bara under 2024 har IVO tagit emot 3 537 rapporter om barn som fått vänta mer än tre månader på sitt beviljade stöd, varav 2 172 rörde insatser enligt SoL och 1 365 insatser enligt LSS, figur 6. Antalet har legat på en relativt jämn nivå under de senaste fem åren, men ökade något under 2023 och 2024.

Figur 6. Antal rapporter som IVO tagit emot om insatser från socialtjänsten som inte verkställts inom tre månader för barn under 18 år.*



* IVO har fyra rapporteringsperioder under året: 1–31 januari, 1–30 april, 1 juli–31 augusti och 1–31 oktober.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2024.

Långa väntetider är en risk för missförhållanden

Kommunerna ska rapportera alla insatser där barn och unga har fått vänta längre än tre månader till IVO. Men den faktiska väntetiden är ofta längre än så. Cirka 40 procent av de insatser inom SoL som rapporterats till IVO har tagit mer än sex månader att verkställa. För insatser som beviljats enligt LSS är väntetiderna ännu längre. Över hälften av alla inrapporterade insatser har dröjt mer än sex månader och en femtedel av barnen hade väntat i över ett år på att få det stöd de har rätt till. När barn får vänta länge på stöd och hjälp finns en risk att deras situation förvärras. Det kan innebära att barnets vardag fortsätter att innehålla våld eller missbruk, ökad psykisk ohälsa eller isolering.⁵⁰ När stödinsatserna dröjer kan det också innebära att barn och familjers mottaglighet och motivation till att ta emot insatser minskar. De mest rapporterade insatserna som inte har verkställts inom tre månader för barn under 18 år visas i tabell 4.

49. Gäller under de senaste fem åren, 2020-2024.

50. Socialstyrelsen, 2020; Inspektionen för vård och omsorg, 2024d.

Tabell 4. De mest rapporterade insatserna från socialtjänsten som inte verkställts inom tre månader för barn under 18 år, antal insatser per år.

Verksamhetsområde	2020	2021	2022	2023	2024
Avlösarservice i hemmet	265	300	379	393	321
Kontaktfamilj	576	615	590	632	708
Kontaktperson	766	698	780	845	827
Korttidsvistelse	463	387	409	445	442
Öppenvård	534	567	378	547	827

Källa: Inspektion för vård och omsorg, 2024.

Platsbrist och brist på personal gör att insatser inte verkställs

Sedan den 1 april 2022 är kommunerna skyldiga att rapportera mer detaljerade orsaker till att beslutade insatser för barn inte har verkställts. Under 2024 uppgav en majoritet av kommunerna att orsakerna låg hos kommunerna själva (68 procent).

Den vanligaste orsaken var problem med personal (36 procent), till exempel att det är svårt att rekrytera personal och hitta arvoderade, stor omsättning på personal, långvarig sjukdom hos personalen eller problem med arbetsmiljön. Den näst vanligaste orsaken var platsbrist (25 procent). Platsbrist kan exempelvis bero på att det är kö till specifika insatser eller boenden, eller att lokaler är tillfälligt otillgängliga.

I 30 procent av rapporterna angav kommunerna att orsaken till att stödet inte har kunnat ges låg hos barnet eller föräldrarna. Det kan då handla om att de har specifika önskemål om exempelvis boende, plats eller personal. I vissa fall kan processen fördröjas av barnet eller föräldrarna, till exempel om de inte kommer på möten eller tackar nej till insatser de inte är nöjda med. I två procent av rapporterna uppgavs orsaken vara att annan huvudman, till exempel en annan kommun, har ansvaret eller att insatsen är beroende av godkännande från annan aktör.

Särskild avgift – en konsekvens av utebliven insats

Om ett barn får vänta oskäligt länge på en insats kan IVO ansöka om att kommunen ska åläggas att betala en särskild avgift hos förvaltningsrätten.⁵¹ Avgiften är ett ekonomiskt påtryckningsmedel med syfte att skydda barnets rättigheter och se till att kommunen följer upp och genomför beslut för barnets bästa. Kommunerna ska inte gynnas ekonomiskt av att inte verkställa ett beslut. Avgiftens storlek bestäms utifrån dröjsmålets längd och hur allvarligt det anses vara samt vad insatsen skulle ha kostat kommunen om den hade verkställts i tid. Intäkter från avgifterna tillfaller staten.

Under de senaste fem åren har IVO ansökt om särskild avgift i drygt 700 ärenden som rör barn, varav 202 stycken under 2024. Dessa ansökningar är främst riktade mot att kommuner inte har verkställt insatser inom öppenvården och kontaktfamiljer.

51. 16 kap. 6 c § SoL och 28 c § LSS.

Kommunerna behöver bli bättre på att verkställa beviljade insatser för barn

IVO ser långa väntetider för insatser från socialtjänsten som ett allvarligt problem, särskilt för barn i svåra situationer. Utan rätt stöd i rätt tid riskerar barns problem att förvärras och deras förmåga att ta emot hjälp kan minska. För att kommunerna ska kunna erbjuda rätt stöd är det viktigt att de har kunskap om hur barns behov ser ut i den egna kommunen. Att antalet beslut som inte verkställs inte minskar utan fortfarande uppgår till flera tusen per år visar att kommunerna behöver identifiera och åtgärda de hinder som gör det svårt för socialtjänsten att verkställa beviljade stödinsatser. IVO följer upp och agerar vid långa väntetider för att säkerställa att kommunerna vidtar de åtgärder som krävs för att barn ska få det stöd och hjälp som de har rätt till.

Enskildas klagomål på vården

KLAGOMÅL PÅ VÅRDEN spelar en viktig roll för att upprätthålla en hög kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården. När IVO utreder klagomål från patienter och närstående och identifierar brister kan vårdgivare genomföra förbättringar som utvecklar vården. Det ger inte bara patienter en chans att göra sina röster hörda, utan är också en del av kvalitetsarbetet med att skapa en trygg och säker vård. Av de klagomål IVO utrett under 2024 är de vanligaste klagomålen inom områdena kirurgi och primärvård. Under 2024 har IVO tillsammans med patientnämnderna gjort en fördjupad analys av klagomål som rör primärvården, vilket visar att patienter har svårt att komma i kontakt med vården för att boka ett första besök och att de sedan får vänta länge på vård. Dessutom upplever flera att de skickas runt mellan olika vårdenheter och att vården saknar en sammanhållen vårdkedja.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Nära hälften av de klagomål som IVO utreder rör kirurgi och primärvård.
- Patienter har svårt att få kontakt med vården och får vänta länge på vård.
- Patienter önskar en sammanhållen vård och ett tydligt vårdansvar.

Nära hälften av utredda klagomål rör kirurgi och primärvård

Om en patient eller dennes närstående har ett klagomål ska de i första hand vända sig till den verksamhet som har ansvarat för deras vård eller till patientnämnden i sin region. Om anmälaren inte får tillfredsställande respons eller är missnöjd med svaret, kan ett klagomål lämnas till IVO. När ett klagomål inkommer till IVO, gör IVO en bedömning enligt PSL, för att avgöra om klagomålet ska utredas eller inte. Under 2024 har IVO tagit emot 5 616 klagomål på hälso- och sjukvården från patienter och närstående. Under året har IVO utrett och beslutat 1 446 klagomålsärenden. Den största anledningen till att IVO inte utreder klagomål är att klagomålet inte ryms inom IVO:s utredningsskyldighet enligt PSL, vilket utgör ungefär 71 procent av de klagomål som inte utreds. Andra anledningar är att den som klagat inte har kontaktat vårdgivaren eller patientnämnden först, eller att händelsen inträffat för mer än två år sedan. IVO:s skyldighet att utreda är begränsad till allvarliga händelser där en patient har fått permanenta besvär, ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit i samband med hälso- och sjukvård. IVO ska också utreda klagomål från patienter som tvångsvårdas samt händelser i vården som på ett negativt och allvarligt sätt påverkat eller hotat patientens självbestämmande, integritet eller rättsliga ställning.

De klagomål som utreds kan avslutas med eller utan kritik mot vårdgivaren. Om ett klagomål avslutas med kritik, innebär det att IVO har funnit brister i vården eller att vårdgivaren alternativt vårdpersonalen inte har följt gällande

lagstiftning. Knappt hälften av klagomålen, 47 procent (676 av 1 446 utredda klagomål) under 2024 avslutades med kritik, tabell 5. De vanligaste klagomålen som IVO utredde 2024 var klagomål som rör kirurgi och primärvård. För att kunna avgöra om ett område inom vården är över- eller underrepresenterat i klagomål, behöver dock antalet klagomål jämföras med hur stor del av den totala vården som området står för.

Tabell 5. Antal utredda och beslutade klagomål inom olika verksamhetsområden varav antal klagomål som avslutats med kritikbeslut, år 2024.

Verksamhetsområde	Utredda	Med kritik	Andel med kritik (%)
Akutmottagning	142	66	46
Invärtesmedicin	163	86	53
Kirurgi	402	167	42
Primärvård	260	114	44
Psykiatrisk specialistsjukvård	160	89	56
Tandvård	68	22	32
Äldreomsorg	77	51	66
Övriga	174	81	47
Totalt	1 446	676	47

Källa: Inspektion för vård och omsorg, 2024.

Klagomål på primärvården till patientnämnderna och IVO

Under år 2024 har IVO tillsammans med regionernas patientnämnder tagit fram en fördjupad analys av klagomål som rör tillgänglighet och vårdansvar i primärvården.⁵² Av samtliga klagomål till IVO och patientnämnderna som gällde primärvården år 2023 rörde 2 214 stycken (16 procent) tillgänglighet och vårdansvar. Analysen bygger på dessa klagomål, varav 1 462 handlar om tillgänglighet och 752 om vårdansvar.

Patienter har svårt att få kontakt med vården och får vänta länge

De vanligaste klagomålen till både patientnämnderna och IVO på primärvårdens tillgänglighet handlar om svårigheter att komma i kontakt med vårdcentralen och boka ett besök. Dessa utgör 958 stycken (66 procent) av alla klagomål. Patienter rapporterar ofta att de försökt ringa i flera dagar för att boka ett besök, och att de ibland uppmanas söka vård på andra vårdcentraler eller akutmottagningar. Detta upplevs som brist på anpassning efter patientens individuella behov.

Digitalisering av vården medför förväntningar på att patienter ska kunna vara mer aktiva i kontakt och kommunikation med vården. För vissa grupper skapar digitaliseringen av vården i stället ett avstånd. Multisjuka, äldre patienter och de med psykisk ohälsa påverkas särskilt negativt av digitaliseringen då de har svårt att ersätta fysiska möten med digitala alternativ. För äldre utan mobilt bank-ID och med låg teknisk kunskap kan digitala tjänster vara svåra att använda och skapa en känsla av att vara bortkopplad från vården. Närmare 40 procent av dem som klagat till patientnämnderna över kommunikationssvårigheter var över 60 år. Andra klagomål rör svårigheter att boka online via 1177 och svårigheter att

52. Inspektionen för vård och omsorg, 2024h.

hitta lediga tider. Klagomålen visar att övergången till en digital vård kräver en resursstark patient som kan hantera digitala verktyg, vilket skapar en ojämlikhet i tillgängligheten till vård.

Klagomålen beskriver också långa väntetider till vårdbesök, bristande uppföljning av provsvar och behandlingsplaner samt dålig hantering av remisser, där 504 klagomål (34 procent) handlar om just detta. Patienter upplever brist på återkoppling och saknar insyn i sina ärenden, vilket leder till fördröjd behandling och försämrat hälsotillstånd.

Patienter önskar en sammanhållen vård och ett tydligt vårdansvar

En stor del av klagomålen gäller bristande samverkan mellan olika vårdenheter. Dessa utgör 285 stycken (38 procent) av alla klagomål. Många patienter upplever att de skickas runt mellan olika vårdenheter, där ansvarsfördelningen är oklar och uppföljning saknas. Klagomålen visar att patienter ofta skickas mellan primärvården och specialistvården utan att någon vårdenhet tydligt har det medicinska ansvaret. Detta kan resultera i förseningar, utebliven vård och en känsla av otrygghet. Patienter rapporterar att recept, sjukintyg och remisser förnyas sent, och att väntan på vård förlängs när kommunikationen mellan enheter brister. Det kan även vara svårt att boka tid för uppföljning efter en remiss eller efter utskrivning från sjukhus, då de ibland nekas tid hos vårdcentralen.

En viktig del av en god vård för patienter är möjligheten till kontinuitet genom en fast läkarkontakt och en individuell vårdplan. Detta är särskilt viktigt för patienter med komplexa vårdbehov, som äldre eller de med flera underliggande sjukdomar. Patienter har enligt lag⁵³ rätt att välja en fast läkarkontakt inom primärvården, men 244 (32 procent) av klagomålen handlar om frånvaron av en fast läkarkontakt och en sammanhållen vårdplan. Många patienter rapporterar att de vill träffa samma läkare, som är insatt i deras sjukdomshistoria och inte enbart bedömer deras symtom vid ett enstaka tillfälle. Bristen på en tydlig behandlingsplan och en fast läkarkontakt skapar frustration, otrygghet och en känsla av att vården inte tar ansvar för patientens långsiktiga hälsa.

53. 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821), PL; 7 kap. 3 § HSL.

Källor

- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020). *Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare*. IVO 2020- 11.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022). *Uppdrag att genomföra tillsyn av den katastrofmedicinska beredskapen i regionerna*. Redovisning av S2022/02315.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024a) *Våld, hot, övergrepp och oseriös verksamhet på HVB*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024b). *Våld, hot, övergrepp eller droger på vart fjärde granskat HVB*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024c). *Förstärkt tillsyn av mödrhälsovård och förlossningsvård*. Delredovisning II av regeringsuppdrag (S2023/00971).
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024d). *Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck*. Slutredovisning av regeringsuppdrag 2021/01714.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024e). *Nationell tillsyn av vårdplatser och patientsäkerhet på sjukhus*. Slutrapport.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024f). *Tillsyn av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar*. Slutrapport.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024g). *Barn får vänta för länge på stöd från socialtjänsten*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2024h). *Patienter klagar över brist på tillgänglighet och samordning i primärvården*.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2025a). *Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom omsorgen*. Delredovisning 1 av regeringsuppdrag (S2024/00041).
- Inspektionen för vård och omsorg. (2025b). *Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården*. Delredovisning I av regeringsuppdrag (S2024/00037).
- Justitieombudsmannens beslut med dnr 479-2010 (2010-04-26).
- Lag (1992:860) om kontroll av narkotika.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Lag (2007:171) om registerkontroll av personal vid vissa boenden som tar emot barn.
- Lag (2018:1197) om FN:s konvention om barnets rättigheter.
- Lag (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.
- Läkemedelsverkets föreskrifter (HSLF-FS 2021:75) om förordnande och utlämnande av läkemedel och teknisk sprit.
- Myndigheten för vård och omsorgsanalys. (2023). *Ordnat för omställning. Utvärdering av omställningen till en god och nära vård*: delrapport.
- Patientdatalag (2008:355).
- Patientlagen (2014:821).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Polismyndigheten (2023). *Myndighetsgemensam lägesbild organiserad brottslighet 2023*. https://polisen.se/siteassets/dokument/organiserad_brottslighet/mgl-2023.pdf/ (hämtad 2025-01-02).
- Polismyndigheten. (2024). *SIS och HVB-hem: Studie avseende kopplingar till den grovt organiserade brottsligheten*. Nationella operativa avdelningen, Underrättelseenheten: Polismyndigheten. Dnr: HD5800-4/2024.
- Prop. 2009/10:210. Patientsäkerhet och tillsyn.

Prop. 2020/21:57. *Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar*. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om hem för vård eller boende (HSLF-FS 2016:55).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF 2017:37) om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2022:39) om våld i nära relationer.

Socialstyrelsen. (2020). *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning*. Lägesrapport 2020.

Socialstyrelsen. (2022). *Graviditet, förlossning och tiden efter – Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå*.

Socialstyrelsen. (2023). *Nationella riktlinjer 2023: Graviditet, förlossning och tiden efter*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2024a). *Välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvård och tandvård*.

Socialstyrelsen. (2024b). *Plats för vård. Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.

Socialstyrelsen (2024c). *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2023 samt arbetsmarknadsstatus 2022*. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/halso-och-sjukvardspersonal/> (Hämtad 2025-01-20).

Socialstyrelsen (u.å). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/vem-far-goravvad/> (hämtad 2025-01-02).

Socialtjänstlag (2001:453).

SOU 2012:6 Åtgärder mot fusk och felaktigheter med assistansersättning. Betänkande av Utredningen om assistansersättningens kostnader. Socialdepartementet.

SOU 2022:6. Utredningen om hälso- och sjukvårdens beredskap. *Hälso- och sjukvårdens beredskap – struktur för ökad förmåga*: slutbetänkande. Socialdepartementet.

Tandvårdslag (1985:125).