



Tillsynsrapport

De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning
verksamhetsåret 2015

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

Artikelnr | IVO 2016-20

Foto | Mostphotos

Utgiven | www.ivo.se, mars 2016

Förord

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska regelbundet analysera, sammanställa och återföra de viktigaste iakttagelserna från tillsynsarbetet. Detta sker bland annat i tillsynsrapporten som överlämnas till regeringen den 1 mars varje år. Tillsynsrapporten ska innehålla en sammanfattande analys av de viktigaste iakttagelserna i arbetet med tillsyn och tillståndsprövning under det gångna verksamhetsåret.

Iakttagelserna i tillsynsrapporten bygger på den information som kommer fram i IVO:s samlade tillsynsarbete. Detta innebär information i anmälningar, klagomål, tillståndsprövning, egeninitierad tillsyn och särskilda tillsynsinsatser inom ramen för exempelvis regeringsuppdrag.

Rapporten är framtagen genom ett samarbete mellan flertalet medarbetare på IVO. Projektledare för arbetet har varit Alexander Bjerner.

Gunilla Hult Backlund
Generaldirektör

Sammanfattning och slutsatser

Tillsynsrapporten innehåller de viktigaste iakttagelserna och en sammanfattande analys av IVO:s arbete med tillsyn och tillståndsprövning från året som har gått. Ambitionen är att utifrån den tillsyn som IVO genomfört under 2015 identifiera sådant som är angeläget att belysa för att landets vård- och omsorgstagare ska få tillgång till en god vård och omsorg. De iakttagelser som presenteras i rapporten ska däremot inte läsas som ett försök att beskriva det övergripande tillståndet i Sveriges vård och omsorg.

I denna sammanfattning presenteras IVO:s iakttagelser utifrån vilken typ av iakttagelse, brist eller problematik som framkommer i rapporten. I själva rapporten presenteras de däremot utifrån verksamhetsområde, där varje område utgör ett eget kapitel. Först presenteras de iakttagelser IVO gjort genom sin tillsyn av socialtjänsten och sedan de som gjorts av hälso- och sjukvården. Därefter följer två mer resonerande slutsatser från erfarenheterna av tillsynen som IVO genomfört 2015.

Iakttagelser inom socialtjänsten

De iakttagelser IVO väljer att lyfta fram från 2015 års tillsyn av socialtjänsten kan till stor del kategoriseras in i tre övergripande områden: den myndighetsutövning kommunerna genomför vid bedömning av den enskildas behov och placering i verksamhet, brister i samband med genomförandet av beslutade insatser och brister i samverkan mellan de aktörer som gemensamt ska tillgodose att den enskilda får en vård och omsorg av god kvalitet.

Myndighetsutövning i samband med bedömning av den enskildas behov och placering

De brister IVO lyfter fram kring kommunernas myndighetsutövning kan i sin tur delas in i tre underkategorier:

- ⊕ Den enskilda i behov av samhällets stöd får inte hjälp eller får hjälp för sent.
- ⊕ Insatsen som beslutas styrs inte i första hand av den enskildas behov.
- ⊕ Kommunerna har svårt att placera ensamkommande barn eller personer med akut behov av insatser för sitt missbruk i en verksamhet som passar deras behov.

Den enskilda i behov av samhällets stöd får inte hjälp eller får hjälp för sent

I rapporten lyfter IVO fram att personer som är i behov av socialtjänstens stöd inte får hjälp eller får hjälp för sent. Detta gäller inte minst barn och unga. Konkret handlar det om att kommunerna inte bedömer orosanmälningar av enskilda tillräckligt skyndsamt och att utredningar av barnets behov inte genomförs tillräckligt snabbt. IVO har under året också sett exempel på att anmälningar som borde leda till utredning av den unges behov av stöd istället läggs ner.

Kommunernas möjlighet att hjälpa barn och unga tillräckligt snabbt har under året utmanats ytterligare i och med ökningen av antalet ensamkommande barn. I slutet av året har ett femtiotal kommuner genom lex Sarah-anmälningar uppmärksammat IVO på att deras förutsättningar har förändrats på ett sådant sätt att de inte längre kan driva socialtjänst på ett rättssäkert och för barnen tryggt sätt.

Liknande problematik lyfts fram i kapitlet om missbruks- och beroendevården. IVO kan i sin tillsyn se att många kommuner behöver arbeta mer aktivt för att enskilda personer ska få hjälp och stöd för sin problematik med missbruk. I tillsynen finns exempel på att socialnämnden efter endast minimal kontakt med den enskilda bedömer att hen varken är intresserad av insatser eller är aktuell för tvångsvård, vilket lämnar den enskilda utan stöd och hjälp.

Insatsen som beslutas styrs inte i första hand av den enskildas behov

Under året har IVO noterat att de insatser kommunerna beslutar om ibland styrs av annat än den enskildas behov. Insatsen formas istället utifrån vad som blir bäst för kommunens politiska målsättning, ekonomi eller organisation. Denna problematik lyfts fram både i kapitlet som berör äldreomsorgen och i kapitlet som berör personer med missbruk.

Inom äldreomsorgen handlar det om att handläggarna ibland ”förhandlar” om det bistånd den enskilda ansökt om. Det kan exempelvis innebära att den äldre ansöker om bostad med särskild service men istället förmås acceptera hemtjänstinsatser.

Inom missbruksområdet kan det handla om att handläggaren utifrån kommunens riktlinjer i första hand ska välja exempelvis öppenvård och andra insatser först i andra hand.

Kommunerna har svårt att erbjuda den enskilda en insats i en verksamhet som passar den enskildas behov

Tillsynen visar att vissa kommuner av olika anledningar kan ha svårt att erbjuda den enskilda en insats i en lämplig miljö. I rapporten lyfter IVO fram exempel på detta gällande både ensamkommande barn och personer med missbruk.

Gällande personer med missbruk handlar det om att Statens institutionsstyrelse (SiS), som bedriver tvångsvård för missbrukare, haft platsbrist. Detta har lett till att SiS vid ett flertal tillfällen inte omedelbart kunnat ta emot personer med ett akut behov av vård.

Gällande ensamkommande barn ser IVO i sin tillsyn att många riskerar att hamna i miljöer där de kan fara illa. Exempel på sådana miljöer är familjehem där kommunen inte hunnit utreda om hemmet utgör en trygg miljö för barnet, och hem för vård eller boende (HVB) där ungdomar med olika grundproblematik vistas tillsammans.

Under året har IVO också noterat en stor ökning av ansökningar om tillstånd att driva HVB för ensamkommande barn. Under perioden oktober–december 2014 mottog IVO 35 sådana ansökningar. Antalet för motsvarande period under 2015 hade ökat mer än åtta gånger till 293. Den miljö som verksamheterna vill erbjuda de unga att vistas i har också till viss del ändrat karaktär. De planerade verksamheterna präglas i hög grad av att de har ett större antal platser, lägre ålder

på barnen och större åldersintervall på de barn hemmet avser att ta emot. Verksamheterna vill också ofta att tillståndet ska medge att flera barn delar rum.

Brister i samband med genomförandet av de beslutade insatserna

I rapporten lyfter IVO fram ett antal brister som kan knytas till genomförandet av den insats som har beslutats av kommunen:

- ⊕ I verksamheter för unga med funktionsnedsättning riskerar enskilda att inte få en säker hälso- och sjukvård i det boende som hen vistas i. Hälso- och sjukvårdsåtgärder utförs ofta av personalen på boendet utan att en legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal gjort en bedömning av om uppgifterna kan räknas som egenvård eller om det måste ske en delegering av uppgifterna.
- ⊕ IVO har också under året hittat allvarliga brister i verksamheter där vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar får insatser. Flera av dessa verksamheter var tvungna att stänga eftersom de utgjorde en fara för de enskildas liv och hälsa. Bristerna rörde bland annat obefintlig ledning, betydande underbemanning, utbildad personal, allvarliga brister gällande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel och undermåliga lokaler.
- ⊕ Inom äldreomsorgen har IVO under året noterat att en stor del av bristerna i utförande beror på kompetensbrist i den aktuella verksamheten. Detta hör delvis samman med att många äldre idag har komplexa behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser, vilket ställer nya krav på kompetens hos personalen. I rapporten lyfter IVO också fram att de äldres möjlighet att påverka sin insats är begränsad.
- ⊕ I tillsynsområdet barn och familj lyfter IVO fram att många av landets HVB anställt personal utan att först kontrollera om personen finns i belastnings- och misstankeregistret. Detta ökar risken för att verksamheten anställer någon som kan utnyttja de ungas utsatthet och beroendeställning.

Brister i samverkan mellan de aktörer som gemensamt ska tillgodose att den enskilda får en vård och omsorg av god kvalitet

För att en person med behov av insatser från flera olika huvudmän ska få vård och stöd som är säker och av god kvalitet krävs att huvudmännen gemensamt tar ansvar för samverkan kring den enskilda personen. I rapporten lyfter IVO fram exempel på hur denna samverkan brister inom äldreomsorgen och för personer med missbruk.

Inom äldreomsorgen blir bristerna ofta synliga i samband med övergången mellan olika vårdgivare och huvudmän. Det kan exempelvis handla om att information kring den enskildas läkemedelsbehandling inte når fram till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal på personens särskilda boende.

Inom tillsynsområdet missbruks- och beroendevård kan IVO konstatera att samordnad individuell plan (SIP) ofta inte används av de aktörer som har ansvar för den enskilda. Detta leder i vissa fall till att personer med missbruk under lång tid hänvisas fram och tillbaka mellan psykiatrin och den kommunala missbruksvården.

lakttagelser inom hälso- och sjukvården

En stor del av de iakttagelser som presenteras i rapporten gällande IVO:s tillsyn av hälso- och sjukvård faller inom två kategorier. Det handlar dels om personalrelaterade problem, dels om brister i samverkan mellan olika aktörer. I rapporten lyfter IVO också fram att svårigheter att placera patienter på den för sjukdomstillståndet mest optimala vårdnivån eller avdelningen leder till patientsäkerhetsrisker.

Kompetens- och personalrelaterade problem inom flera områden av hälso- och sjukvården

Den kompetens- och personalrelaterade problematik som IVO identifierat inom hälso- och sjukvården handlar dels om att det kan vara svårt för verksamheterna att hitta rätt kompetens, dels om att många verksamheter är underbemannade. I rapporten lyfter IVO fram hur personalrelaterade problem får negativa konsekvenser för patienter inom flertalet av hälso- och sjukvårdens områden:

- ⊗ I akut- och prehospital vård har IVO sett hur bristande kompetens lett till felbedömningar. På akutmottagningarna får icke-legitimerade läkare ta för stort ansvar i relation till deras erfarenhet och kompetens. Det finns också exempel på att patienter vid prehospital vård felaktigt har blivit lämnade hemma för egenvård.
- ⊗ Hög arbetsbelastning inom elevhälsan leder till att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet försämras. Många skolsköterskor har svårt att hinna med sitt grunduppdrag som vaccination, hälsokontroller och att ha öppen mottagning.
- ⊗ Brist på specialistkompetens och stor personalomsättning inom den psykiatriska specialistsjukvården försvårar arbetet med en enhetlig och sammanhållen vård för patienten. Patienternas sjukdomstillstånd ställer ofta höga krav på kontinuitet som vården idag inte alltid kan tillgodose.
- ⊗ Brister i primärvårdens bemanning leder till en bristande kontinuitet. Detta ökar risken för felbehandlingar då uppföljning av vård och behandling i form av en planerad åtgärd, utredning eller uppföljning av en given ordination lätt missas.
- ⊗ Inom den somatiska specialistsjukvården har hög arbetsbelastning resulterat i utebliven eller felaktig diagnostisering och behandling. Problematiken gällande bemanning var särskilt stor under sommarmånaderna.

Bristande samverkan och informationsöverföring leder till risker för patienten

Ett problem som IVO lyfter fram i rapporten är brister i samverkan inom hälso- och sjukvården och mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer som socialtjänsten. Risken för patienten uppstår ofta i samband med att hen byter vårdnivå eller vårdgivare. Patienter riskerar då att slussas runt mellan olika delar av hälso- och sjukvården utan att någon tar ansvar. Aktörer i vårdprocessen tenderar också att lita på varandra utan att tillräckligt tydligt kommunicera med varandra. I rapporten lyfter IVO fram ett antal exempel på när samverkan brister:

- ⊗ Gemensam vårdplanering saknas för patienter med psykiatrisk problematik. Det kan exempelvis vara oklart vilken vård och behandling som ska utformas och erbjudas i nästa led efter avslutad slutenvård. Till det har primärvården inte alltid förutsättningar för att bedriva första linjens hälso- och sjukvård för personer med psykisk ohälsa.
- ⊗ Samverkan brister när patienter har kontakt både med den psykiatriska eller somatiska specialistvården och med primärvården. Det finns exempelvis oklarheter kring vem som har ansvar för läkemedelsbehandling, vilket kan leda till att patienten inte får nödvändig medicin.
- ⊗ I vissa fall saknas en tydlighet gällande de krav som finns på den utredning som elevhälsan ska skicka till barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det händer exempelvis att BUP-mottagningar skickar tillbaka remisser till elevhälsan på grund av att de är ofullständiga. Konsekvensen blir att barn och unga inte får den vård de behöver utan istället bollas fram och tillbaka mellan de olika aktörerna.
- ⊗ Bristande tydlighet gällande remisshantering mellan verksamheter och ansvarsförhållanden mellan yrkeskategorier resulterar i felaktig diagnostisering och fördröjd behandling inom den somatiska specialistsjukvården.
- ⊗ I tillsynen av tandvård har IVO sett att dokumentationen ofta saknar innehåll som är nödvändigt för att garantera en säker vård. Exempelvis tandtekniska anvisningar och tandtekniska följesedlar saknas, vilket kan leda till svårigheter att utreda ifall patienten i framtiden får en överkänslighetsreaktion från den medicinska produkt som användes.
- ⊗ Tillsynen av tandvård visar också att journaldokumentationen ofta behandlas som ett dokument mellan tandläkaren och Försäkringskassan istället för ett verktyg för att garantera att patienten får en god och säker vård.

I rapporten lyfter IVO även fram att problem med informationsöverföring och kommunikation är en patientsäkerhetsrisk. Tillsynen visar att hälso- och sjukvården präglas av en omfattande dubbeldokumentation. IVO har under året sett exempel på att patienter fått felaktig diagnos eller behandling trots att det funnits information i patientens journal som skulle kunna hjälpa vårdpersonalen att göra en bättre bedömning. Den stora mängden dokumentation kan innebära att vårdpersonalen inte lyckas uppfatta det som är viktigt vid det specifika tillfället.

Omoderna organisationer och stundtals vårdplatsbrist resulterar i att patienter inte vårdas på den mest lämpliga avdelningen

I rapporten lyfter IVO fram att det stundtals finns svårigheter att placera patienten på den för sjukdomstillståndet mest optimala vårdnivån eller avdelningen. På akutmottagningarna kan det resultera i att patienter skickas hem eller väljer att åka hem utan att ha utretts i önskad omfattning. Det innebär också att patienter kan bli kvar och utredas alltför omfattande på akutmottagningarna. Något som riskerar att leda till felprioriteringar, brister i övervakning och fördröjda diagnoser. Många akutmottagningar saknar lokaler och en organisation som är anpassade efter antalet patienter som söker sig till mottagningen.

Inom den somatiska specialistsjukvården kan svårigheter att placera patienten på den för sjukdomstillståndet mest optimala vårdnivån eller avdelningen leda till ständiga patientomflyttningar. Bland annat innebär detta en risk för att rätt kompetens tillkallas för sent vid avvikelser.

IVO:s slutsatser av tillsynen

IVO vill lyfta fram två stycken mer resonerande slutsatser från erfarenheterna av tillsynen som genomförts 2015. Den första slutsatsen är en reflektion över att många av de brister IVO ser i vården och omsorgen känns igen från tidigare år, något som väcker frågor kring hur tillsynen som verktyg används på bästa sätt. Den andra slutsatsen är mer specifik för 2015 och berör det relativt höga antal ensamkommande barn som under året ansökte om asyl i Sverige.

Samma problematik som tidigare år – tillsynens möjligheter och begränsningar

Eftersom tillsynens resurser är ändliga är det viktigt att prioritera det arbete där tillsynen kan göra som störst nytta. Flera av de iakttagelser som IVO lyfter fram från årets tillsyn känns igen från tidigare år. I tillsynsrapporten 2014 lyfte IVO exempelvis fram personalkontinuitet och kompetensförsörjning och samverkan i vård- och omsorgskedjan som utvecklingsområden. Problematiken i dessa områden återfinns även i de iakttagelser som IVO presenterar i årets tillsynsrapport.

Tillsynen som verktyg är begränsad när det kommer till att åtgärda en del av de problem som IVO kan se i vården och omsorgen. Detta gäller inte minst de svårigheter som delar av både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har när det kommer till att rekrytera personal med rätt kompetens. IVO kan sätta ljuset på brister som uppstår på exempelvis akutmottagningarna när verksamheterna inte har personal med rätt kompetens. Men om problematiken beror på att det saknas erfarna sjuksköterskor och specialistläkare att rekrytera blir IVO:s krav på åtgärd eller kritik inte särskilt verkningsfull när det kommer till att lösa problematiken.

Inom andra områden kan IVO se att tillsynen gjort skillnad i vården och omsorgen, till exempel genom att skapa en förändring hos aktörer som uppvisar stora brister i sitt arbete. Med hårda verktyg som krav på åtgärder och föreläggande har IVO tvingat fram förändring i ett stort antal verksamheter som inte erbjudit vård eller omsorg med en acceptabel kvalitet. IVO har också återkallat tillståndet eller förbjudt fortsatt verksamhet på tio verksamheter som utgjorde en fara för de enskildas trygghet och säkerhet eller som misskött sina ekonomiska skyldigheter mot det allmänna.

Under året har IVO exempelvis arbetat med frågan om nattbemanning på boenden för personer med demenssjukdom. Genom att tidigt 2015 fatta ett principbeslut som säger att personal under hela dygnet ska ha uppsikt över och utan dröjsmål kunna hjälpa och stödja de boende skapade IVO möjligheten att under året driva igenom en förbättring av bemanningen på landets boenden för personer med demenssjukdom.

IVO vill också lyfta fram den förändring som myndigheten åstadkommer med mjukare tillsynsverktyg. Med dialog och tillsynsåterföring når IVO en bredare grupp vård- och omsorgsgivare än de som uppvisar brister i sitt arbete. Detta har under året bidragit till att skapa lärande i ett stort antal verksamheter. IVO bedömer att tillsyn med mjukare verktyg på en bredare front ökar den övergripande

kvaliteten i vården och omsorgen. Exempelvis har IVO i samband med egeninitierad tillsyn bjudit in berörda vård- och omsorgsgivare till en återföringsdialog. Under dialogen har tillsynens resultat fungerat som en plattform utifrån vilken deltagarna och IVO kunnat diskutera och lyfta viktiga frågor kring verksamheternas gemensamma utmaningar.

För att på bästa sätt utnyttja myndighetens resurser har IVO under året fortsatt ett sedan tidigare påbörjat utvecklingsarbete med riskbaserad tillsyn. Den riskbaserade tillsynen ökar möjligheterna att rikta resurserna mot de områden och mot de tillsynsobjekt där IVO kan göra störst nytta. Till det ger den riskbaserade tillsynen också en bra möjlighet att skapa lärande genom dialog och tillsynsåterföring. Sammantaget kan den riskbaserade tillsynen både öka IVO:s möjlighet att identifiera de vård- och omsorgsgivare som uppvisar tydliga brister i sitt arbete, och på ett mer övergripande sätt höja kvaliteten i vården och omsorgen genom att skapa en arena för lärande.

IVO ser också en möjlighet att framöver skapa förändring genom att sprida den riskanalys myndigheten tar fram via Rådet för kunskapsstyrning.¹ Genom att utbyta erfarenheter kan de myndigheter som ingår i rådet också skapa en gemensam syn kring de risker som finns inom vård och omsorg.

För att ensamkommande barn ska kunna vistas i en trygg och säker miljö krävs ett fortsatt stort arbete från socialtjänsten

En omständighet som gör 2015 exceptionellt är det i jämförelse med tidigare år höga antalet asylsökande som kom till Sverige. Från IVO:s perspektiv märktes detta främst i tillsynen av kommunernas utredningar gällande barn och unga. Att kommunerna inte klarar av att tillräckligt snabbt eller bra utreda barn och unga i behov av samhällets stöd har IVO visserligen lyft fram även tidigare år. Men utvecklingen av antalet ensamkommande barn resulterade i att många kommuner i en betydligt större skala än tidigare inte kunde upprätthålla detta uppdrag.

IVO vill lyfta fram att dessa brister riskerar att föra med sig en problematik åren som kommer. När de ungas behov inte tillräckligt väl utreds av socialtjänsten ökar risken för att de hamnar i en miljö som inte är bra för dem själva och i vissa fall heller inte bra för deras omgivning. Det finns därför anledning att tro att delar av denna grupp även framöver kommer vara i stort behov av stöd och uppföljning från socialtjänsten.

¹ Rådet för kunskapsstyrning består av nio myndigheter som ska samverka för att skapa en förbättrad statlig kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Arbetet regleras av *förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst*.

Innehåll

| | |
|--|----|
| Förord | 3 |
| Sammanfattning och slutsatser | 4 |
| Iakttagelser inom socialtjänsten | 4 |
| Iakttagelser inom hälso- och sjukvården | 7 |
| IVO:s slutsatser av tillsynen | 9 |
| IVO:s tillsynsrapport 2015..... | 13 |
| Iakttagelser inom socialtjänsten..... | 15 |
| Barn och familj..... | 16 |
| Barns och ungas skyddsnet brister i en stor andel av kommunerna..... | 16 |
| Ensamkommande barn riskerar att hamna i miljöer där de kan fara illa | 17 |
| Många HVB och SiS-ungdomshem kontrollerar inte misstanke- och belastningsregistret innan nya personer börjar arbeta i verksamheten | 18 |
| Äldreomsorg | 19 |
| Brister i samverkan och informationsöverföring kan få allvarliga konsekvenser för de äldre | 20 |
| Verksamheterna har inte alltid den kompetens som behövs | 20 |
| Den enskildas rätt att ansöka om bistånd begränsas..... | 21 |
| Den enskildas möjligheter att påverka biståndets utförande är begränsade | 21 |
| Verksamheter för personer med funktionsnedsättning | 23 |
| Stor oreda gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga | 24 |
| Olämpliga anordnare av personlig assistans fortsätter sin verksamhet i nya bolag .. | 24 |
| Allvarliga brister i verksamheter för vuxna med psykiska funktionsnedsättningar | 24 |
| Missbruks- och beroendevård | 26 |
| Låg användning av samordnade individuella planer lämnar enskilda utan stöd | 27 |
| Kommunerna behöver vara mer aktiva för att enskilda personer ska få hjälp och stöd | 27 |
| Inte alltid den enskilda personens behov som styr valet av insats..... | 28 |
| Allvarlig risk för enskildas hälsa på grund av platsbrist inom tvångsvården | 28 |
| Iakttagelser inom hälso- och sjukvården | 29 |
| Akut- och prehospital vård..... | 30 |
| Problem att rekrytera erfarna sjuksköterskor och specialistläkare..... | 31 |
| Omoderna organisationer möter inte de krav som ställs på akutmottagningarna..... | 31 |
| Bristande kompetens inom prehospital vård har resulterat i utebliven ambulanstransport | 32 |
| Psykiatrisk specialistsjukvård | 33 |

| | |
|---|-----------|
| Samverkan vid vårdprocessen kring patienten fungerar inte alltid och gemensam vårdplanering saknas | 34 |
| Patient och närståendes delaktighet brister | 34 |
| Patienters vård påverkas av brister i bemanning och kontinuitet..... | 35 |
| Primärvård..... | 36 |
| Det finns brister i samverkan mellan primärvård och andra aktörer..... | 36 |
| Bristande resurser, personalbrist samt bristande kontinuitet i mötet med patienten är en bidragande orsak till vårdskador..... | 37 |
| Rutiner kring informationsöverföring, uppföljning av remisser och provsvar och kring dokumentation behöver stärkas | 38 |
| Somatisk specialistsjukvård..... | 40 |
| Brister i samverkan mellan yrkeskategorier och mellan verksamheter kan leda till felaktiga diagnoser och fördröjd behandling..... | 41 |
| Dubbeldokumentation och ett alltför omfattande informationsmaterial kan leda till att viktig information missas | 41 |
| Vårdplatsbrist och bemanningsproblematik innebär en patientsäkerhetsrisk | 42 |
| Vårdgivare genomför inte alltid de riskförebyggande åtgärder de redovisat i lex Maria-anmälningar..... | 42 |
| Elevhälsa..... | 43 |
| Främjandet av psykisk hälsa försvåras av brister och svagheter i samverkan mellan elevhälsan och andra aktörer | 43 |
| Stort antal huvudmän kan försvåra samverkan mellan elevhälsan och BUP | 44 |
| Svårigheter för elevhälsan att hinna med medicinska och förebyggande insatser | 45 |
| Brister i styrning och ledning av elevhälsans medicinska del | 45 |
| Tandvård | 46 |
| Journalerna saknar delar som är nödvändiga för att garantera en säker tandvård ... | 46 |
| Tandvården riskerar att missa diagnostisering av karies och tandlossning på grund av bristande underlag..... | 47 |
| Dokumentationen utformas för Försäkringskassan snarare än för patienten | 47 |
| Bilaga 1 – Enskilda klagomål enligt PSL | 48 |
| Bilaga 2 – Regeringsuppdrag: Utveckla en metod för tillsyn av kommunernas egenkontroll..... | 53 |

IVO:s tillsynsrapport 2015

IVO ska varje år lämna en rapport till regeringen med en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn och tillståndsprovning under det gångna verksamhetsåret. Rapporten ska innehålla IVO:s viktigaste iakttagelser, de åtgärder som myndigheten vidtagit med anledning av uppmärksammade brister och slutsatser av tillsynen. Nedan beskriver IVO på vilket sätt tillsynens iakttagelser och åtgärder redovisas i rapporten. IVO:s slutsatser av årets tillsyn finns under rubriken ”Sammanfattning och slutsatser”.

I rapporten finns två bilagor. I bilaga 1 redovisar IVO provningen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen. I bilaga 2 redovisar IVO regeringsuppdraget att utveckla en metod för hur myndigheten ska utöva tillsyn över hur kommunerna fullgör sin egenkontroll.

IVO:s iakttagelser beskriver inte det övergripande tillståndet i vården och omsorgen

Rapporten är uppbyggd efter en struktur där ett antal verksamhetsområden inom vården och omsorgen utgör varsitt kapitel. Årets viktigaste iakttagelser presenteras i vart och ett av dessa kapitel och hämtas från de tillsynsärenden där IVO fattat beslut under året. Den största mängden ärenden kommer från vård- och omsorgstagares klagomål och från verksamheternas egen rapportering genom lex Sarah och lex Maria. Till det genomför IVO också egeninitierad tillsyn. En del av denna tillsyn utgår från myndighetens riskanalys där IVO identifierat riskområden inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.² I riskanalysen hämtar IVO in iakttagelser såväl från den egna tillsynen som från andra aktörer, exempelvis brukar- och anhörigorganisationer.

De iakttagelser som IVO presenterar i rapporten ska inte läsas som ett försök att beskriva det övergripande tillståndet i vården och omsorgen. Tillsynens främsta syfte är att bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet. För att åstadkomma detta försöker IVO identifiera och åtgärda brister hos de verksamheter som myndigheten tillsynar. Fokus hamnar därför oftare på det som fungerar mindre bra och mer sällan på det som fungerar bra.

IVO:s samlade tillsyn ger heller inte det helhetsperspektiv som behövs för att kunna beskriva det övergripande tillståndet i vården och omsorgen. De flesta ärenden kan bäst liknas vid ett punktnedslag. Fokus ligger på att granska om det aktuella tillsynsobjektet brustit i det aktuella granskningsområdet. Även om IVO genomför tillsyn av en stor mängd aktörer inom vården och omsorgen så är det samtidigt en desto större mängd verksamheter som under året inte har granskats av myndigheten.

De iakttagelser som presenteras i rapporten ska istället läsas som en beskrivning av det viktigaste som kommit fram i den tillsyn som IVO faktiskt har genomfört. I valet av iakttagelser har IVO eftersträvat ett brukar- och

² IVO, 2014-21, *Underlag för prioritering av den egeninitierade tillsynen 2015*.

patientperspektiv. Målsättningen är att lyfta fram sådant som är angeläget för att vård- och omsorgstagare ska få en vård och omsorg av god kvalitet.

För att läsaren ska få en bild av hur mycket tillsyn som genomförts inom respektive verksamhetsområde så finns det en tabell med antal ärenden i början av varje kapitel.

IVO:s åtgärder med anledning av identifierade brister består av mer än kritik och åtgärdskrav

De åtgärder IVO genomför med anledning av de brister som kommer fram i tillsynen har ett överordnat och tydligt syfte – att bidra till en trygg vård- och omsorg av bra kvalitet. I rapporten beskrivs dessa åtgärder främst i den tabell som finns i inledningen av varje kapitel. Tabellen redovisar i hur många av de beslutade ärendena som IVO ställde krav på åtgärd eller riktade kritik.

IVO:s åtgärder för att bidra till en trygg vård och omsorg sträcker sig dock betydligt längre än så. Beroende på situation har IVO ett flertal verktyg att använda sig av: från mjuka verktyg som råd och vägledning, till skarpare verktyg som föreläggande och förbud. Valet av verktyg görs utifrån vilken förväntad effekt åtgärden har på tillsynsobjektet och utifrån vilka möjligheter lagstiftningen ger.

IVO:s erfarenhet är att mjuka verktyg i hög utsträckning kan bidra till långvariga och väl förankrade förbättringsåtgärder i de verksamheter som granskas. Från året som har gått finns positiva exempel där IVO genom diskussion väckt engagemang på ledningsnivå, vilket resulterat i förändringar där tidigare tillsynsåtgärder inte gett resultat. Genom tillsyn med mjuka verktyg arbetar IVO också med att sprida goda exempel mellan de verksamheter som granskas.

Ytterligare en åtgärd IVO använder för att bidra till en vård och omsorg av god kvalitet är att återföra den kunskap som myndigheten samlar på sig från den genomförda tillsynen. Genom att redovisa iakttagelser, identifierade brister och goda exempel från tillsynen strävar IVO efter att skapa ett lärande bland både de verksamheter som omfattats av den aktuella tillsynen och de verksamheter som inte gjort det.

Denna återföring sker genom att IVO både publicerar rapporter och genomför dialog med vård- och omsorgsgivarna. Under året har IVO publicerat 13 tillsynsrapporter och genomfört ett stort antal återföringsdialoger med aktörer inom vården och omsorgen. Återföringsdialogerna skapar också en arena för vård- och omsorgsgivare att inspireras och lära av varandra. Till det har IVO arrangerat sex IVO-dagar där myndigheten har bjudit in personer med befattningar på lednings- och utvecklingsnivå för diskussion.

Iakttagelser inom socialtjänsten

I detta kapitel redovisar IVO årets viktigaste iakttagelser inom socialtjänstens område. Kapitlet är uppdelat i fyra verksamhetsområden:

- ⊗ barn och familj
- ⊗ äldreomsorg
- ⊗ verksamheter för personer med funktionsnedsättning
- ⊗ missbruks- och beroendevård.

Den tillsyn som IVO genomför inom socialtjänstens område styrs i första hand av två lagar: socialtjänstlagen (2001:453) och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade. Inom äldreomsorg, verksamheter för personer med funktionsnedsättning och missbruks- och beroendevård genomförs även en stor del insatser som faller inom hälso- och sjukvårdens område. Även den tillsyn som genomförs av dessa insatser ingår i detta kapitel.

Barn och familj

Inom tillsynsområdet barn och familj ingår både kommunernas myndighetsutövning och de verksamheter som bedriver socialtjänst och ger barn och unga vård och omsorg.

IVO har under året utrett och fattat beslut i närmare 1 000 klagomål och fattat beslut i lite drygt 260 lex Sarah-anmälningar inom området barn och familj. En absolut majoritet av dessa ärenden berör kommunernas myndighetsutövning. En stor del av tillsynen består också av de regelbundna inspektioner av hem för vård eller boende (HVB) som IVO genomför.

Under året har IVO även utfärdat 13 förelägganden mot kommuner och enskilda verksamheter. Av dessa utfärdades 10 stycken mot HVB. Dessa uppvisade flertalet allvarliga brister gällande bland annat att personal inte fanns tillgänglig dygnet runt och bristande kompetens hos personalen. I ett av fallen bedrevs verksamheten i lokaler som inte ansågs kunna erbjuda de unga ett boende med god kvalitet. Under året har IVO också stängt 9 HVB.

Resterande förelägganden utfärdades mot kommuners myndighetsutövning. Ett gäller utredningar av barn och unga. Två gäller kommuner som inte inlett utredning och beslutat om boende för de ensamkommande barn som anvisats kommunen.

Tabell 1. Genomförd tillsyn av verksamhetsområdet barn och familj under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|------------------------------|---|---------------------|
| Klagomål | 290 | 983* |
| Lex Sarah | ** | 265 |
| Egeninitierad tillsyn | 108 | 190 |
| Författningsreglerad tillsyn | 277 | 1 770 |

* Siffran avser antal utredda klagomål.

** I lex Sarah-anmälningar granskar IVO verksamhetens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller verksamheten ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

De iakttagelser IVO lyfter fram i årets tillsynsrapport präglas i hög grad av den ökning av ensamkommande barn som sökte asyl i Sverige under 2015. Detta har inneburit påfrestningar för en redan ansträngd socialtjänst och stora utmaningar för kommunerna i hur de ska kunna erbjuda dessa barn en trygg och säker miljö.

IVO lyfter fram följande iakttagelser från området barn och unga:

- ⊕ Barns och ungas skyddsnät brister i en stor andel av kommunerna.
- ⊕ Ensamkommande barn riskerar att hamna i miljöer där de kan fara illa.
- ⊕ Ett stort antal HVB och SiS-ungdomshem kontrollerar inte polisens misstanke- och belastningsregister innan nya personer börjar arbeta i verksamheten.

Barns och ungas skyddsnät brister i en stor andel av kommunerna

IVO har i sin tillsyn under 2015 återkommande sett att det finns brister i kommunernas myndighetsutövning. Oavsett om informationen kommer från

allmänheten genom klagomål och IVO:s upplysningstjänst, från verksamheterna själva genom lex Sarah-anmälningar eller från IVO:s egeninitierade tillsyn så framstår kommunernas myndighetsutövning som ett problemområde.

Bristerna handlar till stor del om att kommunerna inte klarar av att genomföra sitt uppdrag inom aktuella tidsgränser. Konsekvensen blir att ett stort antal utsatta barn och unga inte tillräckligt snabbt får det stöd de behöver och har rätt till. Konkret handlar det om att kommunerna inte bedömer orosanmälningar av enskilda snabbt nog, att utredningar av barnets behov drar ut på tiden och att uppföljningen av placerade barn inte sker tillräckligt regelbundet. Under året har IVO riktat kritik mot eller mottagit en lex Sarah-anmälning från mer än var tredje kommun gällande dessa brister. IVO har också sett exempel på anmälningar med allvarligt innehåll som inte lett till utredning.

En orsak till bristerna i myndighetsutövningen är den höga arbetsbelastning och utsatta personalsituation som präglar många av landets socialnämnder. Situationen har blivit än mer ansträngd under senare delen av 2015 i och med ökningen av antalet ensamkommande barn. I slutet av året har ett femtiotal kommuner genom lex Sarah-anmälningar uppmärksammat IVO på att förutsättningarna har förändrats på ett sådant sätt att kommunen inte längre kan upprätthålla sitt uppdrag på ett rättssäkert och för barnen tryggt sätt. Förutom att de ensamkommande barnen ofta inte kan utredas och placeras i ett tryggt boende riskerar det också att tränga undan nämndens övriga arbete. En undanträngningseffekt kan exempelvis bestå av att socialsekreterare som tidigare arbetade med andra målgrupper istället övergår till att arbeta med ensamkommande barn.

Ensamkommande barn riskerar att hamna i miljöer där de kan fara illa

IVO ser i sin tillsyn att många av de ensamkommande barnen riskerar att hamna i miljöer där de kan fara illa. Exempel på sådana riskmiljöer är:

- ⊕ När unga placeras i familjehem och jourhem utan att kommunen hinner utreda om hemmet och de vuxna utgör en trygg miljö för barnet. Många kommuner har också svårt att följa upp om barnen mår bra i den miljö de har placerats.
- ⊕ När ensamkommande barn placeras på HVB där ungdomar med en annan grundproblematik vistas. Verksamheten kan exempelvis arbeta med ungdomar som behöver stöd för att komma ut ur missbruk eller kriminalitet. De unga riskerar då att påverka varandras utveckling på ett negativt sätt.
- ⊕ När det ökade antalet ensamkommande barn påverkar miljön för de som placeras på ett HVB för ensamkommande barn. Dels eftersom många kommuner uppger att de inte hinner utreda barnen före placeringen, vilket innebär en risk för att barn med olika grundproblem bor tillsammans. Dels för att kommunerna känner sig tvungna att placera barn i hem med större antal barn, större åldersspann och sämre lokaler där de unga i högre utsträckning får dela rum.

Svårigheterna med att hitta boende för ensamkommande barn märks också på de ansökningar om tillstånd att driva HVB för ensamkommande som kommit in under året. Under perioden oktober–december 2014 mottog IVO 35 sådana ansökningar.

Antalet för motsvarande period under 2015 hade ökat mer än åtta gånger till 293. Många av dessa ansökningar kommer från huvudmän som saknar tidigare erfarenhet av socialtjänstens område. IVO har också noterat att många ansökningar till stor del liknar varandra, vilket tyder på att huvudmännen har anlitat en konsult för att skriva deras ansökan. Detta kan innebära en risk för att verksamhetens innehåll inte är förankrat hos respektive huvudman.

De beskrivningar av den miljö som verksamheten vill erbjuda de unga att vistas i har ändrat karaktär i många av de ansökningar som kommit in under senare delen av 2015. De planerade verksamheterna präglas i hög grad av att de har ett större antal platser, lägre ålder på barnen och större åldersintervall på de barn hemmet avser att ta emot. Verksamheterna vill också ofta att tillståndet ska medge att flera barn delar rum.

IVO har i sin tillsyn också sett flertalet exempel på att ensamkommande barn avviker från sitt HVB eller "försvinner" innan kommunen hunnit utreda och placera barnet.

Många HVB och SiS-ungdomshem kontrollerar inte misstanke- och belastningsregistret innan nya personer börjar arbeta i verksamheten

IVO:s tillsyn visar att många HVB anställt personal utan att kontrollera om personen återfinns i belastningsregistret eller misstankeregistret. Det handlar framför allt om att verksamheterna begärt ett registerutdrag först efter det att personen har börjat arbeta. En genomgång av 735 inspektioner av HVB visar att detta skett på mer än hälften av de granskade hemmen. En av sex granskade verksamheter har dessutom anställt personal utan att över huvud taget kontrollera om personen återfinns i belastnings- och misstankeregistret. Att personal anställs utan att verksamheten genomför registerkontroll ökar risken för att personer som utnyttjar barnens utsatthet och beroendeställning får anställning.

IVO kan konstatera att mer än hälften av de särskilda ungdomshemmen som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS-ungdomshem) har anställt personal utan att kontrollera personens belastningsregister innan anställningen påbörjades. På dessa verksamheter har personalen större befogenheter gentemot den enskilda ungdomen. Ungdomarna har dessutom ofta en svårare problematik och en sämre relation till vuxenvärlden. Detta gör relationen mellan personalen och den unge extra känslig. Vid de tillfällen IVO uppfattar att någon av de unga inte är trygga är det också vanligare på SiS-ungdomshem att denna otrygghet kommer från relationen till personalen jämfört med på övriga typer av HVB.

Äldreomsorg

Under augusti månad 2015 var det ungefär en kvarts miljon äldre som fick något av bistånden särskilt boende, hemtjänst eller korttidsboende. Året innan fick drygt 300 000 personer någon gång insatser av den kommunala hemsjukvården och nästan 400 000 personer i åldern 65 år och uppåt vårdades någon gång i slutenvården.³ Med andra ord berörs en stor andel av Sveriges befolkning direkt och indirekt av att vården och omsorgen om äldre fungerar väl.

Under året har IVO utrett och fattat beslut i knappt 600 klagomål på äldreomsorgen. IVO riktade kritik i ungefär vart fjärde klagomål. De flesta av dessa avser omsorg och omvårdnad. I de klagomål som berör hälso- och sjukvård handlar många också om vård och behandling.

Under året har IVO också tagit beslut i 594 lex Sarah-ärenden och 303 lex Maria-ärenden. När det gäller lex Sarah-anmälningarna handlar nästan hälften om olika former av brister i utförandet av insatserna. Lex Maria-anmälningarna handlar ofta om brister i läkemedelshantering eller fallskador.

IVO har utfärdat förelägganden mot tio verksamheter. Detta eftersom verksamheterna inte har vidtagit de krav på åtgärder som IVO har ställt på dem i tidigare ärenden. Ärendena handlar i huvudsak om att de äldre har lämnats utan tillsyn av personal under kortare eller längre period nattetid, framför allt i särskilda boenden för personer med demenssjukdom.

Den egeninitierade tillsynen granskade bland annat samverkan, delaktighet och bemanning. Genomgående för alla ärendeslag är att verksamhetstypen särskilda boenden förekommer markant oftare än hemtjänst och hemsjukvård, om man ser till hur många som tar del av respektive typ av insats eller bistånd.

Tabell 2. Genomförd tillsyn av äldreomsorgen under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|--|---|---------------------|
| Klagomål (socialtjänsten) | 46 | 248* |
| Klagomål (hälso- och sjukvård samt blandärenden) | 111 | 341* |
| Lex Sarah | ** | 594 |
| Lex Maria | ** | 303 |
| Egeninitierad tillsyn | 98 | 298 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

IVO lyfter fram följande iakttagelser från tillsynen av äldreomsorgen:

- ⊕ Brister i samverkan och informationsöverföring kan få allvarliga konsekvenser för de äldre.

³ Socialstyrelsens statistikdatabas: www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas

- ⊗ Verksamheterna har inte alltid den kompetens som behövs.
- ⊗ Den enskildas rätt att ansöka om bistånd begränsas.
- ⊗ Den enskildas möjligheter att påverka biståndets utförande är begränsad.

Brister i samverkan och informationsöverföring kan få allvarliga konsekvenser för de äldre

IVO kan i sin tillsyn se att samverkan är ett utvecklingsområde inom äldreomsorgen. Bristerna rör dels intern samverkan i verksamheter, dels samverkan över vårdgivargränser och huvudmannagränser.

I många klagomålsärenden och anmälningar enligt lex Maria konstaterar IVO i sin granskning att det brister i hur man har dokumenterat information rörande den enskildas hälsotillstånd och i vilken utsträckning berörd personal har tagit del av informationen. I anmälningar enligt både lex Maria och lex Sarah visar det sig också att rutiner antingen har saknats eller inte följts. Detta kan i sin tur bero på bristande kontinuitet bland personal eller på tidsbrist.

Bristerna i samverkan blir ofta synlig i samband med övergången mellan olika vårdgivare och huvudmän. Gemensamt för all informationsöverföring är att den kräver både avsändare och mottagare med rätt kompetens för uppdraget. Det är inte ovanligt att IVO i dessa ärenden har riktat kritik mot båda de inblandade huvudmännen.

IVO kan i flera fall konstatera att bristerna har lett till allvarliga konsekvenser för enskilda, exempelvis återinläggning på sjukhus. Det har även inträffat att äldre har avlidit på grund av att information om hälsotillstånd och medicinska åtgärder inte har nått fram till de som ska utföra omvårdnaden eller åtgärderna. Ett konkret exempel från IVO:s tillsyn är när information om den enskildas läkemedelsbehandling inte nådde fram till ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal på boendet i samband med utskrivning från sjukhusvården. Den äldre blev i detta fall utan läkemedel i fem dagar innan misstaget upptäcktes.

Verksamheterna har inte alltid den kompetens som behövs

Personer som bor på särskilda boenden och personer som får hjälp från hemtjänst och hemsjukvård har många gånger komplexa och omfattande behov av både hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänstinsatser. Detta ställer delvis nya krav på kompetens hos den personal som ger de äldre omvårdnad och omsorg. När IVO inspekterar dessa verksamheter händer det att personalen själva ger uttryck för att de inte har den kompetens och erfarenhet som krävs för att tillgodose behovet hos de äldre.

Många klagomålsärenden som kommit in till IVO handlar om hur insatser och åtgärder har utförts. De klagande kanske inte primärt tänker på att det brustit i kompetens hos personalen men IVO kommer ofta i sina bedömningar fram till att den orsaken är just kompetensbrister.

Även vård- och omsorgsgivarna lyfter fram brist på kompetens som en orsak till missförhållanden och vårdskador inom äldreomsorgen. I lex Sarah-anmälningarna har huvudmännen identifierat kompetensbrist som orsak i nära hälften av ärendena. När det gäller lex Maria-anmälningar förekom kompetensbrist

som orsak i vart femte ärende. Vårdgivarna uttrycker också att de har problem med att rekrytera legitimerad personal. I ett antal ärenden har det framkommit att just sådan personal har saknats för att kunna göra riskbedömningar, planera vården och följa upp vidtagna åtgärder. IVO har också fattat ett antal beslut där det förekommit brister när det gäller kompetens hos vikarier.

Tillsynen visar att brister i personalens kompetens bland annat har lett till användning av tvångsåtgärder såsom inlåsning utan lagligt stöd, brister i handläggning och dokumentation samt brister i planering av vård och omsorg. Det finns också exempel när det har visat sig att hela eller delar av arbetsgrupper har saknat tillräcklig kompetens om exempelvis personer med demenssjukdom.

Den enskildas rätt att ansöka om bistånd begränsas

IVO har under året noterat att kommunernas handläggare emellanåt "förhandlar" om det bistånd som den enskilda har ansökt om. Det kan exempelvis innebära att den äldre ansöker om särskilt boende men i stället förmås att acceptera hemtjänstinsatser och olika former av larm utan att få sin ursprungliga ansökan prövad. Det är den enskildas individuella behov av hjälp som ska ligga till grund för den biståndsbedömda insatsen. IVO har i flera egeninitierade ärenden ställt krav på förändringar i kommunerna utifrån bristande information till de äldre om deras rättigheter och möjligheter. Det finns även exempel på politiskt beslutade riktlinjer som begränsar möjligheterna ytterligare.

En orsak till den stramare inställningen är bland annat att vårdtiderna i sjukhusvården kortas ner allt mer och att antalet korttidsplatser är få. Flera kommuner satsar på särskilda team som arbetar med att den enskilda ska skrivas hem till sitt ordinarie boende, och därifrån får behoven sedan utredas vidare. I vissa kommuner får den enskilda inte ansöka om särskilt boende förrän möjligheterna att möta behovet i hemmet har utretts.

I praktiken kan det innebära att många äldre inte ens får ansöka om det bistånd de själva önskar och behöver. En konsekvens för de äldre i dessa fall är att deras rättssäkerhet urholkas. Eftersom de inte får ett formellt avslag kan de heller inte överklaga beslutet och få det prövat i domstol.

Den enskildas möjligheter att påverka biståndets utförande är begränsade

IVO:s tillsyn visar att de äldre ofta har begränsade möjligheter att påverka hur insatserna inom socialtjänstens område utförs.

Tillsynen visar att det ofta brister när det gäller kommunernas och verksamheternas uppföljning av de äldres genomförandeplan och planerade insatser. Det är i samband med utarbetandet av genomförandeplanen som den enskilda själv får beskriva sin situation och sina behov. Det får till följd att den enskildas möjligheter att påverka hur och när insatserna utförs begränsas väsentligt när detta arbete inte utförs med den kvalitet som krävs.

De äldres delaktighet i utförandet av hemtjänstinsatser har också berörts i egeninitierad tillsyn. Resultatet visar att de granskade kommunerna behöver utveckla sitt arbete med att formulera tydliga och konkreta mål kopplade till beslutad hemtjänstinsats. De mål som finns idag är ofta otydliga, övergripande och för generellt hållna. En nyckel för att formulera tydliga och konkreta mål är att öka de äldres delaktighet.

I lex Sarah-ärenden finns det exempel på att bland annat skötseln av den personliga hygienens eftersätts för att den enskilda motsätter sig. Om insatsen planeras noggrant tillsammans med den som insatsen berör skulle det förmodligen underlätta för både den enskilda och för hemtjänstpersonal och andra att utföra sina uppdrag.

Verksamheter för personer med funktionsnedsättning

Personer med olika funktionsnedsättningar kan omfattas av insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) eller socialtjänstlagen (SoL). Verksamhetsområdet spänner över livets alla åldrar och skeenden. Insatserna kan innefatta avlastning för barn och föräldrar, stöd dygnet runt till svårt funktionshindrade barn och unga i bostad för barn, personlig assistans, daglig verksamhet eller socialt stöd i form av kontaktperson eller ledsagare.

IVO har under året utrett och fattat beslut i 537 klagomål som berör verksamheter för personer med funktionsnedsättning. I ungefär vart femte beslut riktade IVO kritik eller ställde krav på åtgärd. De flesta av dessa riktade sig mot bostad med särskild service för vuxna och personlig assistans. Inom området har IVO också mottagit 344 lex Sarah-anmälningar. Även dessa kom till stor del från boenden för vuxna och personlig assistans. Ofta handlar de om att beviljad insats blivit felaktigt utförd, eller inte utförd alls, eller om bemötande.

Under 2015 genomförde IVO egeninitierad tillsyn i 264 ärenden. Dessa har bland annat granskat myndighetsutövning och ej verkställda beslut.

IVO har även utfärdat ett föreläggande mot en kommun. Kommunen skulle säkerställa att den enskilda inte debiteras avgift för mat i samband med insatsen bostad med särskild service för barn och unga innan den enskilda fått egen inkomst.

Tabell 3. Genomförd tillsyn av området funktionsnedsättning under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | | TOTALT ANTAL BESLUT | |
|---|---|-----|---------------------|------|
| | SoL | LSS | SoL | LSS |
| Klagomål (socialtjänsten) | 19 | 79 | 110* | 351* |
| Klagomål (hälso- och sjukvård och blandärenden) | 5 | 10 | 24* | 52* |
| Lex Sarah | ** | ** | 46 | 298 |
| Lex Maria | ** | ** | 17 | 41 |
| Egeninitierad tillsyn | 7 | 83 | 26 | 238 |
| Författningsreglerad tillsyn | - | 26 | - | 381 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

IVO lyfter fram följande iakttagelser från årets tillsyn av verksamheter för personer med funktionsnedsättning:

- ⊕ Det finns stor oreda gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga.
- ⊕ Olämpliga anordnare av personlig assistans fortsätter sin verksamhet i nya bolag.

- ⊙ Det finns stora brister i verksamheter för vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Det finns stor oreda gällande hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga

IVO har under året kunnat se risker i hur hälso- och sjukvårdsuppgifter utförs i verksamheter som tar emot barn och unga med funktionsnedsättning. IVO har sett dessa risker både i verksamheter där barn och unga bor stadigvarande och i korttidsboenden.

Tillsynen har visat att hälso- och sjukvårdsåtgärder i många verksamheter utförs av personal efter instruktioner från vårdnadshavaren. Ett typiskt exempel är en korttidsverksamhet där ungdomarna har med sig medicin och handskrivna instruktioner hemifrån om dosering och när medicinen ska ges. Detta innebär att åtgärderna utförs utan att legitimerad yrkesutövare har gjort en bedömning av om det ska vara egenvård eller inte. I många verksamheter saknas helt kontakt med barnens eller ungdomarnas behandlande läkare eller övrig sjukvårdspersonal. Konsekvensen blir att det medicinska ansvaret är oklart.

Det regelverk som omgärdar åtgärder som utgör hälso- och sjukvård är till för att den enskilda ska ges en säker vård. Om personal inom socialtjänsten utför hälso- och sjukvårdsuppgifter utan att ha rätt kompetens för detta kan det innebära att den enskildas hälsa allvarligt riskeras. Skulle det uppstå en avvikelse i samband med att den unge tar medicin finns det också en risk att personalen inte vet vart de ska vända sig.

Olämpliga anordnare av personlig assistans fortsätter sin verksamhet i nya bolag

IVO genomför fortlöpande lämplighetsprövning av verksamheter som bedriver personlig assistans. Tillsynen har visat att några av de personer som bedöms vara olämpliga att bedriva personlig assistans fortsätter sin verksamhet, men genom ett nytt bolag. Dessa personer har ofta ”tomma” och inaktiva bolag. När deras verksamhet försätts i konkurs eller de får sitt tillstånd återkallat flyttas de assistansberättigade istället över till det nya bolaget. De personer som har bedömts som olämpliga kan därför fortsätta att anordna personlig assistans med påtaglig risk att verksamheten drivs med låg kvalitet i ett nytt bolag.

Anledningen till att tillståndet återkallats kan vara bidragsbrott, ekonomisk misskötsamhet under längre tid eller stor avsaknad av kunskap inom väsentliga områden för verksamheten. Under 2015 har IVO återkallat fyra stycken tillstånd.

Det finns stora brister i verksamheter för vuxna med psykiska funktionsnedsättningar

Över hela landet finns det över 190 tillståndspliktiga verksamheter för vuxna personer med psykiska funktionsnedsättningar som ger vård och stöd dygnet runt. Under året har IVO endast haft utrymme att genomföra inspektioner i ett fåtal av dessa verksamheter. I flertalet av dessa bedömde IVO att det fanns fara för de enskildas liv och hälsa vilket resulterade i att verksamheternas tillstånd återkallades. IVO tog initiativ till att genomföra inspektionerna efter inkomna

klagomål från placerande kommuner, personal och brukare.

Bristerna rör bland annat obefintliga behandlingsinsatser, betydande underbemanning där utbildad personal ofta tjänstgjorde, allvarliga brister gällande anmälningsskyldighet enligt lex Sarah och avvikelshantering enligt lex Maria, avsaknad av eller undermålig dokumentation gällande såväl social journal som journal enligt patientdatalagen och allvarliga brister gällande läkemedelshantering och förvaring av läkemedel. Förhållandena i vissa av boendena kan bäst beskrivas som misär.

De personer som bor i verksamheter för vuxna med psykiska funktionsnedsättningar utgör en på flera sätt utsatt grupp. Det finns därför anledning att tro att signaler om missförhållanden inte alltid når fram till IVO. Placeringstiden på ett HVB kan vara lång – flera år till decennier, och det är inte ovanligt att placerande och även ansvarig kommun är långt borta geografiskt. Detta ökar risken för att uppföljningen av det beviljade biståndet brister. Långa placeringstider i en verksamhet långt från hemkommunen innebär ofta att kontakten med anhöriga försvåras och sociala kontakter urholkas, liksom kontakt med placerande myndighet. Målgruppen drar sig dessutom ofta för att själva kontakta myndigheter. Sammantaget innebär detta att det finns en risk för att den typen av allvarliga brister som IVO har sett i årets tillsyn inte kommer till IVO:s kännedom.

Missbruks- och beroendevård

Landsting och kommuner har ett gemensamt ansvar att erbjuda och tillhandahålla vård, stöd och behandlingsinsatser till personer med missbruk och beroende. Landstinget ansvarar huvudsakligen för sjukvårdsinsatserna medan kommunen främst ansvarar för sociala stöd- och behandlingsinsatser.

Under 2015 genomförde IVO 114 egeninitierade tillsyner. IVO utredde 284 klagomål varav myndigheten riktade kritik eller ställde krav på åtgärd i ungefär vart tredje klagomål. IVO fattade också beslut i 62 anmälningar enligt lex Maria och 68 anmälningar enligt lex Sarah.

Bland klagomål inom socialtjänsten med kritikbeslut och anmälningar enligt lex Sarah dominerar ärenden som handlar om rättssäkerhet. Klagomål enligt hälso- och sjukvården där IVO fattat beslut med kritik berör framförallt läkemedelshantering och vård och behandling. Majoriteten av lex Maria-anmälningarna handlar om självmord.

IVO har också fattat två beslut om föreläggande. Det ena riktades mot en kommun gällande att individuellt anpassade insatser erbjudits i form av serviceinsatser utan föregående utredning, bedömning och beslut. Det andra riktades mot en mottagning för läkemedelsassisterad rehabilitering för opiatberoende (LARO). IVO hade tidigare identifierat flertalet brister som LAROmottagningen inte åtgärdat. Mottagningen skulle bland annat säkerställa att läkemedel inte överläts till patienten själv innan den läkemedelsassisterade behandlingen varit stabil under minst sex månader.

Tabell 4. Genomförd tillsyn av missbruks- och beroendevård under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|---|---|---------------------|
| Klagomål inom socialtjänsten | 66 | 219* |
| Klagomål inom hälso- och sjukvården samt blandärenden | 24 | 65* |
| Lex Sarah | ** | 62 |
| Lex Maria | ** | 68 |
| Egeninitierad tillsyn | 50 | 114 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

Med utgångspunkt i den tillsyn som gjorts under året lyfter IVO fram följande iakttagelser inom missbruks- och beroendområdet:

- ⊕ Det finns risk för att personer med missbruk och beroende som behöver insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten inte får en sammanhållen och säker vård och behandling på grund av brister i samverkan mellan huvudmännen.

- ⊗ Personer med missbruk riskerar att lämnas utan det stöd och den hjälp de har rätt till när socialnämnderna inte arbetar aktivt och uppsökande.
- ⊗ Personer med missbruk får inte alltid insatser utifrån sina individuella behov. Istället erbjuds de insatser som kommunen av exempelvis ekonomiska skäl valt att prioritera.
- ⊗ Personer med akut behov av insatser för sitt missbruk riskerar allvarlig skada på grund av platsbrist inom tvångsvården.

Låg användning av samordnade individuella planer lämnar enskilda utan stöd

För att en person med behov av insatser från flera olika huvudmän ska få vård och stöd som är säker och av god kvalitet krävs att huvudmännen gemensamt tar ansvar för samverkan kring den enskilda personen utifrån personens behov. Ett verktyg för att öka samarbetet och tydliggöra ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän är samordnad individuell plan (SIP).

I VO ser i sin tillsyn att det i flera landsting och kommuner finns övergripande överenskommelser om samarbete mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, kring personer med missbruk och beroende. Men dessa överenskommelser är inte alltid implementerade och kända hos personalen på verksamhetsnivå. Personalen saknar ibland kunskap om till exempel hur ansvar ska fördelas eller vilken huvudman som ansvarar för vad i olika ärenden.

Tillsynen visar också att SIP fortfarande inte används i särskilt stor omfattning. Särskilt anmärkningsvärt är att SIP ibland saknas för personer som behöver omfattande insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Bristen av samordnad planering resulterar exempelvis i att personer står utan stöd från socialtjänsten när de skrivs ut från vård inom beroendevården, eller att personer under lång tid hänvisas fram och tillbaka mellan psykiatri och den kommunala missbruksvården.

Kommunerna behöver vara mer aktiva för att enskilda personer ska få hjälp och stöd

I VO ser i sin tillsyn att kommunerna ibland brister i sin uppgift att aktivt arbeta för att enskilda personer ska få hjälp och stöd för sina problem med missbruk.

I VO ser exempel på att kommuner, efter att en orosanmälan kommit in, bedömer att den enskilda personen varken är intresserad av insatser eller aktuell för tvångsvård. Detta trots att kommunen endast har ett mycket litet bedömningsunderlag och endast haft minimal kontakt med personen i fråga.

Det kan också handla om att kommunen avslutar ett ärende när en person avbrutit kontakten med socialtjänsten genom att inte komma på inbokade möten, utan att aktivt ta reda på varför personen inte hörts av. Istället bör nämnden kontakta och försöka motivera personen till att fortsätta att medverka frivilligt eller göra en bedömning om personen är i behov av tvångsvård.

Inte alltid den enskilda personens behov som styr valet av insats

IVO har kunnat se att vissa kommuners interna strategier för hur personers behov ska tillgodoses inte alltid utgår från den enskilda personens behov. Istället utgår de i vissa fall från kommunens politiska målsättningar, ekonomi eller organisation. Det kan till exempel handla om att handläggaren i första hand ska överväga öppenvård, i andra hand behandlingsinsatser utifrån generella avtal och i tredje hand behandlingshem utanför avtalet.

IVO:s upplysningstjänst tar emot många samtal som handlar om att personer med missbruk upplever att de inte får gehör för sina behov eller önskemål om insatser. Det kan exempelvis handla om att de hänvisas till öppenvård trots att de tidigare provat detta utan framgång och nu önskar en annan typ av vård.

Allvarlig risk för enskildas hälsa på grund av platsbrist inom tvångsvården

En person som på grund av sitt missbruk utsätter sin hälsa för allvarlig fara, eller som riskerar att förstöra sitt liv eller allvarligt skada sig själv eller närstående, kan behöva tvångsvård för sitt missbruk. Ofta handlar det om akuta situationer där det finns stor risk för att personen allvarligt skadar sig själv eller till och med dör. Tvångsvården för personer med missbruk bedrivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Under de senaste åren har SiS vid ett flertal tillfällen inte kunnat ta emot personer med ett akut behov av vård på sina institutioner på grund av platsbrist. Vid ett av dessa tillfällen har en person avlidit på grund av sitt missbruk under tiden personen stod i kö till SiS.

IVO har ställt krav på att SiS ska säkerställa att det alltid finns plats att hänvisa till.

Iakttagelser inom hälso- och sjukvården

I detta kapitel redovisar IVO årets viktigaste iakttagelser inom hälso- och sjukvården. Kapitlet är uppdelat i ett antal verksamhetsområden:

- ⊗ akut och prehospital vård
- ⊗ psykiatrisk specialistsjukvård
- ⊗ primärvård
- ⊗ somatisk specialistsjukvård
- ⊗ elevhälsa
- ⊗ tandvård.

Den tillsyn som IVO genomför inom hälso- och sjukvårdens område styrs i första hand av patientsäkerhetslagen (2010:659).

Akut- och prehospital vård

Till en akutmottagning kommer patienter med vitt skilda sjukdomstillstånd av olika allvarlighetsgrad för att söka vård. Det handlar om allt från akuta traumafall till enklare åkommor. Prehospital sjukvård omfattar SOS-alarm, ambulanssjukvård och akutsjukvård på en olycksplats, det vill säga den vård som ges från det att behovet uppkommer och fram till ankomsten till en sjukvårdsinrättning.

Under 2015 utredde IVO 550 klagomålsärenden gällande akutmottagningar och 131 ärenden gällande prehospital sjukvård. I omkring en tredjedel av dessa ärenden riktade myndigheten kritik. Kritiken avsåg framförallt diagnostisering, vård och behandling och planering av vård och omsorg.

IVO fattade beslut i 152 anmälningar enligt lex Maria gällande akutmottagningar och i 49 anmälningar gällande prehospital sjukvård. Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden 2015.

Tabell 5. Genomförd tillsyn av akut- och prehospital vård under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|--------------------------------|---|---------------------|
| <u>Akutmottagning</u> | | |
| Klagomål | 194 | 550* |
| Lex Maria | ** | 152 |
| Egeninitierad tillsyn | 8 | 16 |
| <u>Prehospital vård</u> | | |
| Klagomål | 42 | 131 |
| Lex Maria | ** | 49 |
| Egeninitierad tillsyn | 2 | 9 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

Antalet patientbesök vid akutmottagningarna i Sverige har ökat med cirka tre procent under 2015 jämfört med 2014.⁴ IVO noterar i sin tillsyn att det för många akutmottagningar är svårt med bemanningen särskilt avseende tillräcklig kompetens och antal. Vidare visar tillsynen att det råder brist på vårdplatser på sjukhusen runt om i landet. Något som i sin tur innebär att patienter som söker till akuten och som behöver läggas in kan behöva vänta på en vårdplats. Detta ställer ökade krav på akutvården gällande kompetens och lokalers utformning då antalet patienter som behöver övervakning och omvårdnad ökar.

Utifrån tillsynen av akutmottagningar och prehospital vård är IVO:s iakttagelser:

- ⊕ Akutmottagningar har problem med att rekrytera erfarna sjuksköterskor och specialistläkare.

⁴ Socialstyrelsen, 2015-12-11, *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*.

- ⊗ Omoderna organisationer möter inte de krav som ställs på akutmottagningarna.
- ⊗ Bristande kompetens inom prehospital vård har resulterat i utebliven ambulanstransport.

Akutmottagningar har problem med att rekrytera erfarna sjuksköterskor och specialistläkare

Många akutmottagningar har svårt att täcka upp behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Problemen med att rekrytera gäller såväl erfarna sjuksköterskor som specialistläkare.

IVO har i tillsynen sett att flera akutmottagningar har hög personalomsättning bland sjuksköterskor vilket har lett till att vårdgivarna sänkt kraven på kompetensnivå vid nyanställning. Hög personalomsättning samt svårigheter med att rekrytera personal med tillräcklig kompetens och erfarenhet ökar risken för att sökande till akutmottagningarna blir felbedömda.

IVO har också noterat att det finns brist på närvaro av legitimerade läkare vid landets akutmottagningar. Konsekvensen blir bland annat att icke-legitimerade läkare får ta ett alltför stort ansvar i förhållande till sin erfarenhet och kompetens.

Under året har IVO ställt krav på att vårdgivare ska fastställa övergripande gemensamma överenskommelser för vilka kompetenskrav och vilken faktisk närvaro som behövs för alla läkare som tjänstgör på akutmottagningar. Vårdgivaren ska se till så att det formella ansvaret för patienterna på akutmottagningen är klart utpekat. Det är inte förenligt med god och säker vård att icke-legitimerade läkare med vikariatsförordnande arbetar självständigt på akutmottagningar. Detta framgår av ett principbeslut med tillhörande förtydligande där IVO också slår fast att inte heller AT-läkare i normalfallet ska arbeta självständigt vid akutmottagningarna utan tillgång till legitimerad läkare på plats som ansvarar för patienten.

Omoderna organisationer möter inte de krav som ställs på akutmottagningarna

IVO anser att flera av de patientsäkerhetsrisker som påtalas i tillsynen delvis kan härledas till hur man organiserar akutmottagningarna. Lokalerna på många av akutmottagningarna är inte anpassade för det ökande antalet patienter. Tillsammans med den vårdplatsbrist som finns på flera sjukhus medför det att patienter skickas hem eller väljer att åka hem utan att ha utretts i önskad omfattning. Det innebär också att patienter som ska läggas in kan bli kvar på akutmottagningen i väntan på en vårdplats.

Bristen på tillräcklig kompetens och erfarenhet medför en ökad risk för att patienter blir felbedömda, men även att patienter utreds alltför omfattande på akutmottagningarna. Detta kan innebära att patienter vistas på akutmottagningen under lång tid, vilket i sin tur kan leda till ökad risk för felprioriteringar, brister i övervakning och fördröjda diagnoser. En stor del av patienterna är i behov av geriatrisk eller allmänmedicinsk kompetens, vilket ofta saknas i tillräcklig utsträckning på akutmottagningarna.

Patientsäkerheten på akutmottagningarna påverkas inte bara av den egna verksamhetens förutsättningar utan är beroende av andra verksamheters delaktighet och IVO menar att det är ett gemensamt ansvar för samtliga kliniker på sjukhusen. Under året har IVO sett exempel på akutmottagningar som vidtagit åtgärder för att förtydliga det gemensamma ansvaret och där de med gemensamma krafter också förbättrat akutmottagningens organisation.

Bristande kompetens inom prehospital vård har resulterat i utebliven ambulanstransport

Vad gäller den prehospitala vården handlar IVO:s iakttagelser till övervägande del om utebliven ambulanstransport. IVO kan konstatera att det finns brister på kompetens som medför felbedömningar och felprioriteringar. Detta ökar i sin tur risken för utebliven eller fördröjd diagnos och behandling.

I klagomål framkommer att patienter felaktigt har blivit lämnade hemma för fortsatt egenvård eller blivit hänvisade till en annan vårdnivå. Detta har i flera fall medfört allvarliga vårdskador. IVO har under året funnit brister i form av otillräcklig anamnes och undersökning, utebliven eller felaktig triagering, brister i given och efterfrågad information och brister i dokumentation.

Psykiatrisk specialistsjukvård

Socialstyrelsen har i flera rapporter under de senaste åren påtalat att den psykiska ohälsan ökar. Den psykiatriska vården har årligen en stor genomströmning av patienter med olika vårdbehov.

Under 2015 utredde IVO 538 klagomålsärenden avseende psykiatrisk specialistsjukvård. I lite mer än var tredje riktade myndigheten kritik. Kritiken avsåg främst brister i vård och behandling, behandling före självmord, planering av vård och omsorg samt diagnostisering.

IVO fattade beslut i 623 anmälningar enligt lex Maria avseende psykiatrisk specialistsjukvård. Av alla anmälningar avsåg närmare 90 procent misstänkt, försök till eller fullbordat självmord. Anmälningarna kommer huvudsakligen från allmänpsykiatrin.

Samma problem och brister liksom vårdgivares redovisade riskförebyggande åtgärder återkommer i lex Maria-utredningarna. Detta tyder på att vissa vårdgivares egenuppföljning av vården brister. Verksamheter saknar den egenkontroll i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som behövs för att säkerställa verksamheternas förbättringsarbete och upprätthålla patientsäkerheten.

IVO genomförde 121 egeninitierade tillsyner varav majoriteten var skrivbordstillsyner, det vill säga akt- och journalgranskning. IVO utfärdade också ett föreläggande mot en vårdgivare för att bland annat kontrollera att vidtagna åtgärder får den effekt som avses.

Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden 2015.

Tabell 6. Genomförd tillsyn av psykiatrisk specialistvård under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|-----------------------|---|---------------------|
| Klagomål | 196 | 538* |
| Lex Maria | ** | 623 |
| Egeninitierad tillsyn | 17 | 121 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

Den psykiatriska specialistsjukvården har en ansträngd personalsituation och problem med samverkan i vården kring patienten såväl inom den egna verksamheten som med andra aktörer. Patienter som blir särskilt drabbade är de med en komplex sjukdomsbild. De iakttagelser IVO lyfter fram från tillsynen av den psykiatriska specialistsjukvården är:

- ⊕ Samverkan vid vårdprocessen kring patienten fungerar inte alltid och gemensam vårdplanering saknas.
- ⊕ Patienters och närståendes delaktighet brister vid exempelvis oplanerade utskrivningar.
- ⊕ Patienters vård påverkas av brister i bemanning och kontinuitet.

Samverkan i vårdprocessen kring patienten brister, och gemensam vårdplanering saknas

I många ärenden ser IVO att vårdprocessen inte fungerar när det är flera aktörer iblandade i vård och behandling av en patient. Det brister i samverkan mellan psykiatriska specialistsjukvården och andra aktörer, exempelvis primärvården, privata verksamheter, somatisk specialistsjukvård, socialtjänsten, kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS).

En del av problematiken är att kommunikation och informationsöverföring brister. Aktörer i vårdprocessen tenderar att förlita sig på varandra utan att kommunicera eller föra någon dokumentation. Detta resulterar i att det blir oklart vilken vård och behandling som ska utformas och erbjudas i nästa led, exempelvis efter avslutad vård i slutenvården. Detta blir kännbart för patienten som riskerar att bli lämnad mellan den psykiatriska specialistsjukvården och primärvården utan att någon tar ansvar.

I både lex Maria-utredningar och klagomål återkommer att gemensam vårdplanering saknas. Ärenden visar på svårigheter att finna en stabil och långsiktig lösning gällande vård och behandling för patienter. Patienter med psykiatrisk problematik slussas runt mellan olika vård- och behandlingsaktörer utan att patienterna får den vård och det stöd som de behöver.

Den psykiatriska specialistsjukvården, tillsammans med övrig vård, är en del i vårdkedjan, och brister det någonstans ökar patientsäkerhetsriskerna. Ärenden visar att överenskommelser om samverkan blir verkningslösa när inte alla berörda parter, på alla nivåer, har kännedom om och arbetar utefter dem. Alla aktörer i vårdkedjan har skyldighet att arbeta för en välfungerande vårdprocess som patienter och närstående kan känna tilltro till.

Patienters och närståendes delaktighet i vården brister

Bra bemötande, planering, information och delaktighet ger goda förutsättningar för god och säker vård. Flera ärenden visar att patienter inte får individuellt anpassad information. I många fall saknas såväl skriftlig som muntlig information till både patient och närstående.

Under året har IVO i tillsynen även uppmärksammat att vården brister i att göra närstående delaktiga vid utskrivning och permission. Ofta är det en organisatorisk faktor som påverkar brister i delaktighet, exempelvis oplanerade utskrivningar. Ett högt patienttryck och brist på vårdplatser kan leda till att patienter skrivs ut i förtid utan att närstående kontaktas. I klagomål där IVO riktat kritik har myndigheten påpekat betydelsen av att involvera närstående i patienters vård och behandling.

I många ärenden framkommer även att patienter och närstående får ta ett alltför stort ansvar för behandling och uppföljning. Detta blir särskilt kännbart för patienter inom psykiatrisk specialistsjukvård som kan ha begränsad förmåga att ta tillvara sina intressen, och ta ansvar för kontakter med vården eller för sin egen läkemedelsbehandling. IVO har bland annat kritiserat vårdgivare för att inte följa upp vården av patienter.

Psykiatriska specialistsjukvården påverkas av brister i bemanning och kontinuitet

Klagomål, lex Maria-utredningar och egeninitierad tillsyn ger en samstämmig bild: psykiatrisk specialistsjukvård har en ansträngd personalsituation som påverkar patienters vård. IVO ser en brist på specialistkompetens inom olika legitimerade yrken samtidigt som det är en rörlighet av hälso- och sjukvårdspersonal med korttidsanställningar. I tillsynen redovisas bland annat att verksamheter har brist på fasta läkare och en stor omsättning av sjuksköterskor. Detta leder till långa väntetider för utredningar och köer till läkemedelsbehandling som inte alltid ryms inom tidsramen för vårdgarantin.

Bemanning och kontinuitet har en avgörande roll för möjligheten till enhetlig och sammanhållen vård för patienten. Patienters sjukdomstillstånd ställer många gånger höga krav på kontinuitet som vården idag inte kan tillgodose. Brister i bemanning och kontinuitet med frekventa läkar- och sjuksköterskebyten leder ofta till att uppföljningen blir otillräcklig utifrån patienters sjukdomstillstånd och övriga behov.

I tillsynen har vårdgivare redovisat att hög arbetsbelastning och stress har lett till att följsamheten till grundläggande rutiner brister. Bristande överrapportering vid bland annat personalbyten, i kombination med att bedömningar inte alltid dokumenteras, leder till att viktig information inte förs vidare till den personal som i nästa led ska vårda patienten.

Primärvård

Primärvården är en del av den öppna hälso- och sjukvården och ska utan avgränsningar vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Under 2015 utredde IVO 1 392 klagomålsärenden avseende primärvård. I ungefär vart tredje riktade myndigheten kritik. Kritiken avsåg brister i vård och behandling och diagnostisering.

IVO fattade beslut i 441 anmälningar enligt lex Maria. Av dessa avsåg 38 procent diagnostisering, 28 procent fullbordat självmord och 17 procent vård och behandling.

IVO genomförde 62 egeninitierade tillsyner varav majoriteten var skrivbordstillsyner, det vill säga granskning av journaler, yttranden, redovisningar och rutiner. Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden 2015.

Tabell 7. Genomförd tillsyn av primärvården under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|-----------------------|---|---------------------|
| Klagomål | 492 | 1392 |
| Lex Maria | ** | 441 |
| Egeninitierad tillsyn | 15 | 62 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

Brister i primärvården handlar ofta om fördröjd diagnos, missad diagnos, lång väntetid innan utredning initieras och brister i informationsöverföring när patienten byter vårdnivå. Idag har mycket av ansvaret för uppföljning och utredning av patienter förts över till primärvården utan större omfördelning av resurser, vilket medför stora utmaningar. IVO:s slutsatser av tillsynens iakttagelser av primärvården är:

- ⊕ Det brister i samverkan mellan primärvård och andra aktörer, till exempel specialiserad- och psykiatrisk sjukvård, kommunens hälso- och sjukvård och socialtjänsten.
- ⊕ Bristande resurser, personalbrist samt bristande kontinuitet i kontakten med patienten är en bidragande orsak till vårdskador.
- ⊕ Rutiner kring informationsöverföring, uppföljning av remisser och provsvar samt dokumentation behöver stärkas.

Brister i samverkan mellan primärvård och andra aktörer

Primärvården samverkar med många aktörer, exempelvis den somatiska och psykiatriska specialistsjukvården, kommunens hälso- och sjukvård, elevhälsan och

socialtjänsten. Under året har IVO uppmärksammat patientsäkerhetsrisker i samband med att patienter byter vårdnivå eller vårdgivare.

I tillsynen framkommer att samverkan brister när patienten har olika kontakter i vården, exempelvis vid en pågående behandlingskontakt både inom den psykiatriska eller somatiska slutenvården och inom primärvården. Det kan exempelvis råda oklarheter kring vem som har ansvar för läkemedelsbehandlingen, vilket kan leda till att patienten inte får nödvändig medicin alternativt får för mycket. Tillsynen har även visat att sekretessfrågor kan bli komplicerade i samband med informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

Det ställs höga krav på samverkan när exempelvis patienter med missbruksproblem har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En sammanhållen vård förutsätter en god samverkan och kommunikation i form av dokumentation och information över gränserna mellan inblandade aktörer. IVO har kritiserat vårdgivare för just bristande samordning av vården, men även för bristande planering, ledning och kontroll av verksamheten.

Primärvården har inte alltid förutsättningar för att bedriva första linjens hälso- och sjukvård för personer med psykisk ohälsa. Det ställs höga krav på att personalen i primärvården ska kunna bedöma lämplig vårdnivå och ge den vård och behandling som de enskilda är i behov av. IVO har uppmärksammat brister i samverkan mellan primärvården och den psykiatriska specialistsjukvården. Bland annat att det ibland saknas fördjupat konsultativt stöd från specialistsjukvården.

Under året har IVO även noterat brister i primärvårdens samverkan med socialtjänsten. Tillsynen visar att det finns ett utvecklingsbehov när det kommer till upprättandet av en samordnad individuell plan (SIP) för de personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov från både primärvården och socialtjänsten. I vissa granskade kommuner saknades helt rutiner för hur samverkan och informationsöverföring ska ske mellan verksamheter inom primärvården och verksamheter inom socialtjänsten.

Bristande resurser, personalbrist samt bristande kontinuitet i kontakten med patienten är en bidragande orsak till vårdskador

IVO:s tillsyn visar att delar av primärvården har svårigheter med att säkerställa tillräcklig bemanning och kompetens. I ärenden framkommer att verksamheter inte har haft tillgång till den bemanning och kompetens som krävs för att uppfylla patienters vårdbehov. I flera ärenden pekar IVO på att brister i bemanning medför svårigheter att leda och styra verksamheter. Svårigheter med rekryteringar har lett till bemanning med tillfälligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal. I IVO:s tillsyn framkom exempelvis att en vårdcentral hade 1,75 fasta läkare på 8 tjänster. En annan vårdcentral med sex tjänster hade endast tillgång till en tillsvidareanställd läkare med 50 procent tjänstgöringsgrad och en vikarierande läkare på 15 procent.

Det finns också exempel från tillsynen på att verksamheter har svårigheter att säkerställa bemanningen gällande sjuksköterskor. Detta kan bland annat leda till att nyutbildade sjuksköterskor ställs inför uppgifter som de inte har kompetens för, exempelvis att göra självständiga bedömningar av sjuka patienter.

IVO har bland annat ställt krav på att vårdgivare ska redovisa åtgärder för att stärka bemanningen både på kort och lång sikt, och säkerställa att kompetens och bemanning av tillfälligt anställd personal är tillräckligt för god och säker vård.

Brister i bemanning leder till bristande kontinuitet som blir extra kännbar för patienter som är i behov av återkommande läkarkontakter. En utsatt grupp är äldre människor med flera sjukdomar. Primärvården är över landet ansvarig för läkarinsatser i kommunens hälso- och sjukvård. Om kontinuiteten där blir sämre ökar risken för felbehandlingar och därmed för vårdskador, då uppföljning av vård och behandling i form av en planerad åtgärd eller utredning, eller uppföljning av en given ordination, lätt kan missas.

När en patient söker vård för samma åkomma flera gånger och varje gång får träffa en ny läkare, ställer det krav på att vårdpersonalen fångar upp patientens symtom och att utredning initieras om så behövs. Detta för att varje besök inte ska handläggas som ett nytt akutbesök. Brister i kontinuitet på läkarsidan ställer även höga krav på remisshantering och uppföljning av provsvar för att säkra att patienter som behöver uppföljning får det och att provsvar följs upp och åtgärdas. Försenad diagnos eller missad diagnos i samband med besök i primärvården är ett stort problemområde och en vanlig anledning till att enskilda klagar och att vårdgivare skickar in en anmälan enligt lex Maria. Det kan handla om missad diagnos av blodpropp, missad diagnos av hjärtinfarkt vid mer ospecifika symtom, missad diagnos av stroke eller försenad diagnos av en cancersjukdom, till exempel lungcancer eller tjocktarmscancer.

Brister i kontinuitet bedöms vara en patientsäkerhetsrisk och ställer stora krav på organisationen. Det är vårdgivaren som ska säkerställa att verksamheten har tillräcklig bemanning med rätt kompetens för att tillgodose patienters behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Även vikten av bra introduktion av tillfälligt anställd personal och noggrann uppföljning av återbesök, provsvar och remisser då så kallade hyrläkare anlitas kan inte nog betonas.

Rutiner kring informationsöverföring, uppföljning av remisser och provsvar samt dokumentation behöver stärkas

Det är inte ovanligt med ärenden som handlar om brister i informationsöverföring när det gäller en behandling som avslutas i förtid, eller fortgår trots att utsättning varit planerad. Andra ärenden har visat att vårdskador uppstått till följd av brist på tillgänglig information om riktlinjer, rutiner och vårdprogram. Det förekommer att vårdrutiner och pm inte på ett enkelt sätt återfinns vare sig på enhetens eller på det landstingsgemensamma intranätet.

I tillsynen uppmärksammas att det är viktigt att vårdgivaren har system för att försäkra sig om att provsvar följs upp och att remissvar hanteras och bevakas på ett säkert sätt i verksamheten för en god patientsäkerhet. Det gäller också att information om patienten i form av epikris och remisser finns tillgängliga, såväl som att läkemedelslistor kontrolleras och följs upp då patienten remitteras mellan olika vårdgivare. Ärenden visar att viktig information om patienter förloras, vilket leder till att patienten bollas fram och tillbaka. Detta får allvarliga konsekvenser, exempelvis fördröjd eller felaktig medicinsk behandling.

Ett konkret exempel finns i ett klagomålsärende där en man med hypertoni sökte kontakt med sin vårdcentral på grund av smärta i rygg och bröst. Besvären bedömdes bero på muskelsmärta och något EKG togs aldrig. Patienten avled en vecka senare och obduktionen visade en färsk genomgången hjärtinfarkt med

förträngningar i kranskärlen. Patientens hjärtbesvär var väl dokumenterade i journalen, men uppmärksammades inte.

Somatisk specialistsjukvård

Den somatiska specialistsjukvården innefattar specialistsjukvård förutom primärvård och psykiatri. Vården behöver inte vara sjukhusanknuten utan kan bedrivas i andra former, exempelvis som en privat ögonmottagning. I antal ärenden återkommer främst tre verksamhetstyper: kirurgi, barnmedicin och invärtesmedicin.

Under 2015 genomförde IVO cirka 100 egeninitierade verksamhetstillsyner inom den somatiska specialistsjukvården och riktade kritik i 31 av dessa. IVO fattade beslut i 3 008 klagomålsärenden, och i 887 av dessa riktades kritik. IVO fattade även beslut i 863 anmälningar enligt lex Maria. Både bland klagomålsärendena och bland lex Maria-anmälningarna handlar majoriteten av ärendena om diagnostisering, informationsöverföring och bemanning.

Tabell 8. Genomförd tillsyn av kirurgi, barnmedicin och invärtesmedicin under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|-------------------------------|---|---------------------|
| <u>Kirurgi</u> | | |
| Klagomål | 607 | 2047* |
| Lex Maria | ** | 537 |
| Egeninitierad tillsyn | 15 | 67 |
| <u>Barnmedicin</u> | | |
| Klagomål | 47 | 151* |
| Lex Maria | ** | 55 |
| Egeninitierad tillsyn | 1 | 9 |
| <u>Invärtesmedicin</u> | | |
| Klagomål | 233 | 810* |
| Lex Maria | ** | 271 |
| Egeninitierad tillsyn | 6 | 24 |

* Siffran avser antal utredda klagomål.

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

IVO lyfter fram följande iakttagelser från tillsynen av den somatiska specialistsjukvården:

- ⊕ Brister i samverkan mellan yrkeskategorier och mellan verksamheter har lett till felaktiga diagnoser och fördröjd behandling.
- ⊕ Dubbeldokumentation och ett alltför omfattande informationsmaterial kan leda till att viktig information missas.
- ⊕ Patientomflyttningar och bristande bemanning innebär en patientsäkerhetsrisk.
- ⊕ Vårdgivare genomför inte alltid de riskförebyggande åtgärder de redovisat i lex Maria-anmälningar.

Brister i samverkan mellan yrkeskategorier och mellan verksamheter har lett till felaktiga diagnoser och fördröjd behandling

För att den somatiska specialistsjukvården ska kunna erbjuda en god hälso- och sjukvård krävs ett bra samarbete dels mellan olika yrkeskategorier, men också mellan avdelningar, kliniker, sjukhus och vårdgivare. IVO har i sin tillsyn sett att denna samverkan stundtals brister, vilket bland annat resulterat i felaktig diagnos och fördröjd eller utebliven behandling. Det handlar bland annat om bristande tydlighet avseende ansvarsförhållanden mellan yrkeskategorier eller rutiner för remisshantering.

Exempel på hur oklara ansvarsförhållanden mellan yrkeskategorier innebär en risk för patienten kan bland annat hämtas från förlossningsvården. I samband med att IVO har granskat denna har det framkommit att samverkan mellan barnmorska och läkare vid avvikande händelser är ett riskområde. I tillsynen lyfte representanter från vårdgivarna fram att det i aktuella fall funnits oklarheter kring både när barnmorskan ska kalla på läkare och när läkarens ansvar avslutas. IVO har även i annan tillsyn av förlossningsvården noterat att läkare i vissa fall tillkallats för sent vid avvikelser, vilket lett till vårdskador. Gemensamt för de händelser där barn avlidit eller fått skador i samband med förlossning var att det ofta handlade om komplicerade och långdragna förlossningar där adekvata åtgärder satts in för sent.

Avseende remisshanteringen har IVO noterat att brister i kvittenssystemet kan leda till oklarheter om remiss eller remissvar nått den mottagande verksamheten. Som följd av detta har allvarliga fördröjningar skett av diagnos och behandlingar.

Dubbeldokumentation och ett alltför omfattande informationsmaterial kan leda till att viktig information missas

Arbetet inom den somatiska specialistsjukvården försvåras stundtals av det omfattande informationsmaterial som finns att tillgå.

Bland annat har tillsynen visat att patientens vårdkontakter innebär omfattande dokumentation från flera yrkeskategorier. Relevant information riskerar att drunkna i informationsflödet, vilket kan påverka översiktligheten och därmed patientsäkerheten. IVO har under året sett exempel på att patienter fått felaktig diagnos eller behandling trots att det funnits information i patientens journal som skulle kunna hjälpa vårdpersonalen att göra en bättre bedömning. Vårdgivare använder dessutom ofta olika journaldokumentationssystem. Dessa är inte alltid kompatibla med varandra, vilket försvårar informationsutbytet och tar tid från patientarbetet.

Som exempel har IVO sett att informationsöverföring angående patientens läkemedelsbehandling utgör en patientsäkerhetsrisk. Brister i vårdgivarnas digitala system har medfört att patienter fått fel läkemedel eller dos.

IVO har också observerat att vårdpersonal ibland har svårt att hitta relevanta och överskådliga pm. Detta eftersom mängden dokument i sjukhusens arkiv och databaser kan vara mycket omfattande.

Tillsynen visar också att möjligheten att hitta relevant information försvåras eftersom vissa dokument endast finns i digital version medan andra också finns i

pappersutskrift. Det finns också exempel på att dokument inte är uppdaterade eller finns i flera olika versioner. Risken är att svårigheterna med att hitta relevant information bidrar till otydligheter och risk för felaktig eller fördröjd behandling.

Patientomflyttningar och bemanningsproblematik innebär en patientsäkerhetsrisk

Tillsynen visar att patienter inte alltid kan placeras på den för sjukdomstillståndet mest optimala vårdnivån eller avdelningen. En konsekvens är ständiga patientomflyttningar inom den somatiska specialistsjukvården. Detta kan även innebära en risk för att rätt kompetens tillkallas för sent vid avvikelser i patientens hälsotillstånd. IVO kan se att detta innebär ett onödigt lidande för den somatiska specialistvårdens patienter.

Tillsynen har också visat att problematik kring bemanningen på de granskade verksamheterna inneburit patientsäkerhetsrisker:

- ⊕ Hög arbetsbelastning har resulterat i utebliven eller felaktig diagnostisering och behandling.
- ⊕ Bristande kompetens, erfarenhet och differentialdiagnostiskt tänkande har varit bidragande faktorer till att allvarliga händelser inträffar.

Problematiken gällande bemanning och brist på vårdplatser var särskilt stor under sommarmånaderna. Under denna period anställer specialistsjukvården ofta många vikarier, vilket innebär att personalens samlade kompetens försvagas.

Vårdgivare genomför inte alltid de riskförebyggande åtgärder de redovisat i lex Maria-anmälningar

Under året har IVO gjort en uppföljning av 79 lex Maria-ärenden från den somatiska specialistsjukvården.⁵ Resultatet visar att vårdgivarna i drygt en av fyra anmälningar inte genomfört alla de riskförebyggande åtgärder som de angett att de ska genomföra. I en av tio anmälningar har ingen åtgärd alls genomförts. Uppföljningen visade också att det bland sjukhuspersonalen finns en bristande kännedom om de lex Maria-anmälningar som har gjorts och om vilka åtgärder som vidtagits för att förbättra verksamheten.

IVO:s uppföljning resulterade i följande rekommendationer till vårdgivarna:

- ⊕ Låt anmälningarna bli underlag för diskussion, erfarenhetsutbyte och lärande.
- ⊕ Besluta om åtgärder som är förankrade och genomförbara.
- ⊕ Eftersträva åtgärder som leder till förändringar över tid.
- ⊕ Följ upp redovisade åtgärder.

⁵ IVO, 2015-89, *Gör lex Maria vården säkrare?*

Elevhälsa

Elevhälsan omfattar medicinska, psykologiska, psykosociala och pedagogiska insatser. Insatserna ska betona ett hälsofrämjande och förebyggande arbete för att på sikt skapa en positiv lärandesituation för eleven. Arbetet förutsätter en god samverkan med landstingets hälso- och sjukvård, kommunens socialtjänst, ungdomsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och tandvård. Det är elevhälsans medicinska del som står under tillsyn av IVO.

Under 2015 genomförde IVO 11 egeninitierade tillsyner där myndigheten ställde krav på åtgärder i tre ärenden. IVO utredde 21 klagomål varav myndigheten riktade kritik i vart fjärde ärende. Kritiken avsåg brister i läkemedelshantering, förväxling av medicin och informationsöverföring. IVO fattade beslut i elva anmälningar enligt lex Maria. Anmälningarna avsåg diagnostisering, informationsöverföring och dokumentation. Tabellen nedan visar fördelningen av IVO:s beslutade tillsynsärenden 2015.

Tabell 9. Genomförd tillsyn av elevhälsa under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|--|---|---------------------|
| Klagomål inom hälso- och sjukvård | 6 | 21* |
| Lex Maria | ** | 11 |
| Egeninitierad tillsyn inom hälso- och sjukvård | 3 | 11 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

Elevhälsan har en viktig roll i att främja psykisk hälsa och motverka psykisk ohälsa. Elevhälsan ska i ett tidigt skede uppmärksamma psykiska problem så att rätt stöd erbjuds och rätt aktörer i vårdkedjan informeras och involveras. Tillsynsärenden visar bland annat på svagheter i samverkan mellan elevhälsans personal och hälso- och sjukvård samt socialtjänst. IVO:s iakttagelser från tillsynen av elevhälsan är:

- ⊕ Främjandet av psykisk hälsa försvåras av brister och svagheter i samverkan mellan elevhälsan och andra aktörer.
- ⊕ Ett stort antal huvudmän kan försvåra samverkan mellan elevhälsan och BUP.
- ⊕ Elevhälsan har svårigheter att hinna med medicinska och förebyggande insatser.
- ⊕ Det finns brister i styrning och ledning av elevhälsans medicinska del.

Främjandet av psykisk hälsa försvåras av brister och svagheter i samverkan mellan elevhälsan och andra aktörer

IVO har under året uppmärksammat att det idag kan saknas överenskommelser för samverkan för samtliga inblandade aktörer att följa. Ansvarsfördelningen mellan

elevhälsan och BUP, vuxenpsykiatri samt primärvården är ibland otydlig. Konsekvenserna blir att barn och unga inte får det stöd och de insatser de behöver.

I IVO:s tillsyn framkommer att det i vissa fall saknas en tydlighet gällande krav på utredning mellan elevhälsan och BUP. Dels finns det otydligheter kring när en utredning från elevhälsan är nödvändig. BUP-mottagningarnas olika och ibland otydliga krav på utredningar leder till att barn och unga bollas fram och tillbaka i vårdkedjan. Elevhälsan har ibland också svårt att bedöma omfattningen av den grundläggande utredning som skolan ska göra innan barnet kan tas omhand på BUP. Ofta saknas resurser för att göra dessa utredningar, som innefattar såväl specialpedagogiska utredningar och psykologutredningar som medicinska utredningar. Det händer att BUP-mottagningar skickar tillbaka remisser till elevhälsan på grund av att de är ofullständiga.

En del av problematiken är också att BUP ofta har långa kötider till fortsatta utredningar, vilket försvårar elevhälsans arbete. Utredningarna som elevhälsan gör riskerar att bli för gamla och måste då göras om. Bristande resurser inom elevhälsan gör även att eleven kan få vänta länge på den grundläggande utredningen och därmed på stöd i skolsituationen.

IVO har i tillsynen även uppmärksammat att det finns oklarheter kring i vilket skede BUP ska kontakta elevhälsan när det kommer till egenanmälda barn, exempelvis vid neuropsykiatriska utredningar. Barnets behov ska alltid vara i centrum. Utgångspunkten är därför att information från utredningar ska spridas om det hjälper barnet och barnets situation.

Till sist uppstår också problem när eleven fyllt 18 år och fortfarande behöver vård. Det blir då otydligt vart hon eller han ska vända sig. Detta resulterar i att den enskilda hamnar mellan stolarna och att ingen tar ansvar för vården som hon eller han är i behov av.

Även om samverkan är ett utvecklingsområde för elevhälsan har IVO också noterat positiva exempel, framför allt under en återföringsdialog med representanter från kommuner i Stockholms län och från Stockholms läns landsting. Kommunerna och landstinget har sedan tidigare en överenskommelse som beskriver gemensamma utgångspunkter och samverkansrutiner för att barn i behov av särskilt stöd ska få de insatser de behöver. Under dialogen lyfte representanterna själva fram att denna överenskommelse förbättrat samarbetet mellan BUP och elevhälsan. Inte minst har överenskommelsen bidragit till att identifiera problem i samverkan och hitta lösningar på gemensamma problem.

Ett stort antal huvudmän kan försvåra samverkan mellan elevhälsan och BUP

Vid en tillsyn av en större kommun lyfte aktörerna själva fram att det kan vara en utmaning för samverkan mellan elevhälsan och BUP för landsting och kommuner med ett stort antal huvudmän. Detta eftersom ett stort antal huvudmän försvårar möjligheten att få en övergripande bild av hur elevhälsan ser ut.

Samverkan kan också se olika ut beroende på vilken BUP-mottagning eller elevhälsa ärendet gäller, eftersom övergripande överenskommelser om samverkan inte alltid implementeras lokalt på respektive mottagning. Det finns en risk att detta försvårar arbetet med samverkan i exempelvis processer och rutiner vid remissärenden.

Elevhälsan har svårigheter att hinna med medicinska och förebyggande insatser

Elevhälsans arbete ska kännetecknas av att vara hälsofrämjande och förebyggande. För det behöver det finnas tillräcklig tid för skolsköterskor och skolläkare att bedriva medicinska insatser. Tillsynen visar att många skolsköterskor har svårt att arbeta förebyggande och även hinna med sina grunduppdrag som vaccination, kontroller, hälsosamtal och öppen mottagning på grund av en hög arbetsbelastning.

Den höga arbetsbelastningen beror bland annat på att elevantalet har ökat. Skolan och elevhälsan blir en första instans för många barn vilket leder till att skolsköterskorna får ta ett stort ansvar för ett stort antal barn vilket tar mycket tid och resurser. Detta leder till att personalen inte hinner med det hälsofrämjande arbetet utan enbart de lagreglerade insatserna.

Det finns brister i styrning och ledning av elevhälsans medicinska del

I IVO:s egeninitierade tillsyn framkommer att huvudmän inte har varit införstådda med sitt ansvar som vårdgivare och vilka krav som ställs. Exempelvis saknar huvudmän ledningssystem anpassade för elevhälsans medicinska del.

Elevhälsans medicinska del ska erbjuda och genomföra hälsosamtal och undersökningar för att identifiera problem och symtom. Ett ofullständigt ledningssystem med avsaknad av rutiner och processer för den medicinska delen kan leda till uteblivna och bristfälliga hälsobesök, kontroller och vaccinationer.

Ledningssystem ska verka som stöd för att planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Det är huvudmännens ansvar och skyldighet att följa upp och utvärdera att verksamheten fungerar.

Tandvård

Tandvården skiljer sig från den hälso- och sjukvård som ges med stöd av hälso- och sjukvårdslagen (HSL) när det kommer till hur den finansieras. Utöver tandvårdsbidraget finansierar personer över 20 år sin tandvård själva upp till 3 000 kronor. Landstinget är däremot fortfarande ansvarigt för att säkerställa tillgången till god tandvård till de som är bosatta inom dess gränser.

Årets tillsyn av tandvård har bestått av 88 beslutade lex Maria-anmälningar och 310 utredda klagomål. Mer än var tredje klagomål resulterade i kritik. Ärendena handlar i de allra flesta fall om vård och behandling. Bland lex Maria-anmälningarna är det också en stor andel som behandlar diagnostisering.

Tabell 10. Genomförd tillsyn av tandvård under 2015. Uppdelat på totalt antal beslut och hur stort antal av dessa där IVO riktat kritik eller ställt krav på åtgärd.

| ÄRENDESLAG | ANTAL ÄRENDEN DÄR IVO RIKTAT KRITIK ELLER STÄLLT KRAV PÅ ÅTGÄRD | TOTALT ANTAL BESLUT |
|-----------------------|---|---------------------|
| Klagomål | 137 | 310* |
| Lex Maria | ** | 88 |
| Egeninitierad tillsyn | 4 | 26 |

* Siffran avser antal utredda klagomål

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

IVO:s iakttagelser från tillsynen av tandvården är:

- ⊕ Journalerna saknar delar som är nödvändiga för att garantera en säker tandvård.
- ⊕ Tandvården riskerar att missa diagnostisering av karies och tandlossning på grund av bristande underlag.
- ⊕ Dokumentation utformas för Försäkringskassan snarare än för patienten.

Journalerna saknar delar som är nödvändiga för att garantera en säker tandvård

Tillsynen visar att tandvårdens dokumentation påfallande ofta saknar innehåll som är nödvändigt för att garantera en säker tandvård. Två exempel på sådant innehåll är:

- ⊕ tydliga behandlingsalternativ och behandlingsplaner
- ⊕ tandtekniska anvisningar och tandtekniska följesedlar.

Den information som saknas i patientens journaldokumentation kan på olika sätt leda till komplikationer för patienten.

Att behandlingsalternativ och behandlingsplaner saknas tyder på att vårdgivaren inte säkerställt att den planerade behandlingen utförts i samråd med patienten.

När tandtekniska anvisningar och tandtekniska följesedlar saknas kan det leda till svårigheter att utreda om patienten i framtiden får en överkänslighetsreaktion från den medicinska produkt som användes för att rehabilitera patienten.

Tandvården riskerar att missa diagnostisering av karies och tandlossning på grund av bristande underlag

I samband med tandläkarbesök ska tandvården samla in underlag i syfte att diagnosticera sjukliga orala förändringar hos patienten. IVO kan konstatera att detta underlag ofta brister. Bristerna riskerar att leda till att patienten har en sjukdom utan att den åtgärdas, eftersom tandvården inte identifierat och diagnosticerat den. Främst rör det sig om de stora folksjukdomarna karies och tandlossning, men även om andra sjukdomar som infektioner och tumörsjukdomar.

De brister IVO har sett omfattar både dokumentationen av kliniska iakttagelser och de röntgenologiska underlagen. När det kommer till de röntgenologiska underlagen har IVO sett dels brister i tekniskt utförande vid röntgenexponeringarna, dels en avsaknad av röntgenologiskt underlag inför diagnostisering.

Dokumentationen utformas för Försäkringskassan snarare än för patienten

I samband med att tandvården utför behandling av en patient ska relevanta uppgifter föras in i journaldokumentationen. Dokumentationen ska innehålla patientens orala status med tillhörande diagnoser och beskriva vilka behandlingar som genomförts samt vilka behandlingsalternativen varit.

I tillsynen har IVO noterat att journaldokumentationen återkommande utformats som en dokumentation gentemot Försäkringskassans statliga tandvårdsstöd snarare än en beskrivning av patientens tandvård.

Resultatet blir att patienten lämnas med en ofullständig dokumentation över den genomförda tandvårdsbehandlingen. Detta kan innebära svårigheter att framöver ta reda på vilken vård patienten har fått.

Bilaga 1 – Enskilda klagomål enligt patientsäkerhetslagen

IVO har sedan juni 2013 löpande redovisat ärendebalanser över enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen (PSL) till Socialdepartementet. Uppdraget slutredovisades i december 2015. Antalet inkomna klagomål har minskat sedan IVO tog över klagomålshanteringen från Socialstyrelsen 2013. Under 2014 avslutade IVO fler klagomål än vad som kommer in, vilket resulterade i en sjunkande utgående balans. Den utgående balansen fortsatte att sjunka under 2015, bland annat som ett resultat av IVO:s effektiviseringsåtgärder.

År 2014 startades en upplysningstjänst i syfte att förenkla för allmänheten att komma i kontakt med IVO. Genom upplysningstjänsten kan allmänheten få svar på frågor, vägledning och möjlighet att lämna synpunkter på vården och omsorgen. Huvuddelen av samtalen handlar om att patienter är missnöjda med bemötandet inom vården. Många efterfrågar också vägledning i hur de kan gå vidare när de inte är nöjda med den vård de har fått. Upplysningstjänsten har bidragit till att det har blivit lättare för patienter, deras anhöriga och andra att komma i kontakt med någon på myndigheten.

I februari 2015 lanserade IVO en e-tjänst för att effektivisera mottagandet av klagomål på socialtjänsten och hälso- och sjukvården för att säkerställa att IVO får in den information som behövs för vidare handläggning av ärendena. E-tjänsten har bidragit till att klagomål kan hanteras snabbare, då klagomålen kommer direkt till en berörd avdelning istället för en central registratur. De senaste månaderna har andelen klagomål som kommer in via webbanmälan legat runt 30 procent.

Antalet klagomål har minskat

Under 2015 inkom 6 198 klagomål på hälso- och sjukvården, vilket är en minskning med 634 ärenden jämfört med 2014. IVO fattade beslut i 8 678 klagomål, vilket är en ökning med 1 119 beslut jämfört med 2014. Detta beror på att IVO vidtagit olika åtgärder för att förkorta och effektivisera handläggningen av klagomålen och avslutat öppna ärenden som var äldre än 18 månader.

Under 2015 avslutades 2 576 ärenden utan utredning. Det är nästan 40 procent av alla inkomna ärenden. IVO får enligt PSL avstå från att utreda ett klagomål om det är uppenbart att klagomålet är obefogat eller om klagomålet saknar direkt betydelse för patientsäkerheten. IVO ska inte heller utreda händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden, om det inte finns särskilda skäl.

Närmare 70 procent av alla utredda ärenden avslutades utan kritik. De ärenden där IVO riktat kritik handlade om felaktig eller fördröjd vård och behandling eller felaktiga, fördröjda diagnoser. Ett exempel är att vårdgivaren inte genomfört en dokumenterad undersökning och bedömning av ett sjukdomstillstånd, vilket bidragit till diagnostiska svårigheter i ett senare skede, vilket i sin tur lett till en akut åtgärd. Det är också vanligt att IVO kritiserar vårdgivaren för att inte dokumentera vilken information som patienten fått och att inte göra patienten

delaktig i vården. I nedanstående tabell redovisas inkomna och avslutade klagomål till IVO under 2015.

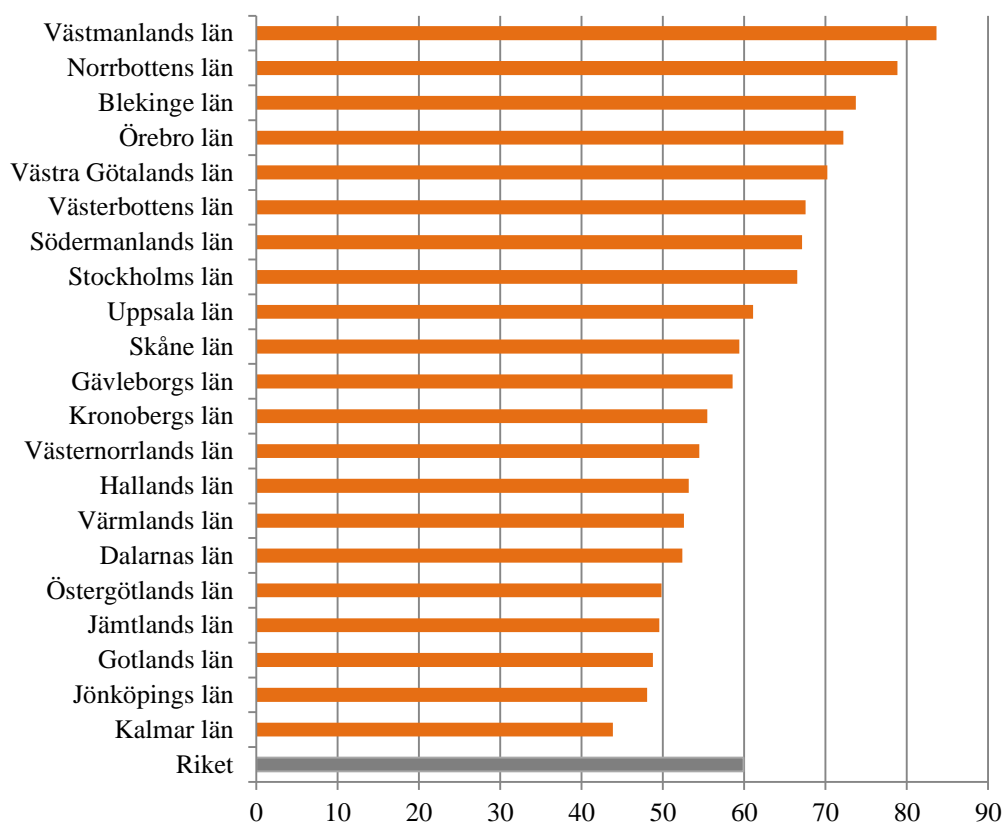
Tabell 1. Antal inkomna och avslutade ärenden under 2015.

| Inkomna | Avslutade | Utredda | Varav kritikbeslut | Utan utredning |
|---------|-----------|---------|--------------------|----------------|
| 6 198 | 8 678 | 6 102 | 1 932 | 2 576 |

Klagomålen kommer framför allt från storstadsregionerna

I absoluta tal kommer det in flest klagomål från storstadsregionerna. Från Stockholm län, Västra Götalands län och Skåne län kom det in 3 411 klagomål av totalt 6 198 inkomna klagomål från riket. Om man däremot jämför antalet klagomål per 100 000 invånare ser vi en annan spridning. Västmanlands län, Norrbottens län och Blekinge län ligger i topp med 84, 79 respektive 74 klagomål per 100 000 invånare. Se diagrammet nedan.

Diagram 1. Antal inkomna klagomål per län och 1 00 000 invånare*.

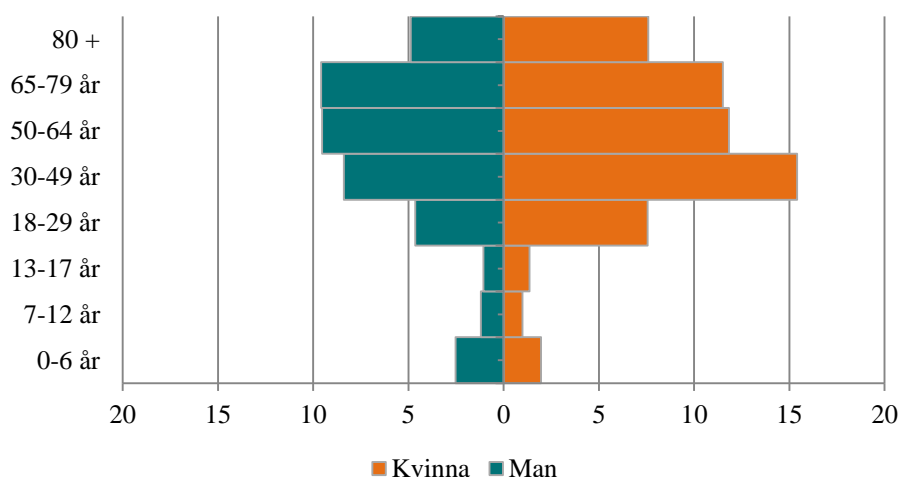


*Antal invånare i länen hämtades från Statistiska centralbyrån 2015-12-14.

58 procent av klagomålen berör kvinnor

Enskilda klagomål berör kvinnor i något större utsträckning än män: 58 procent gäller kvinnor och 42 procent gäller män. Fördelningen har varit relativt konstant under åren. Det är också en relativt jämn åldersspridning i klagomålen mellan kvinnor och män med undantag för åldersgruppen 30–49 år.

Diagram 2. Andel beslutade klagomål fördelat efter kön och ålder.



Klagomålen skiljer sig mellan kvinnor och män beroende på verksamhetsområde. Den största skillnaden förekommer inom kirurgi, där 1 282 klagomål berör kvinnor jämfört med 746 klagomål som berör män. Inom primärvård är skillnaden också relativt stor: där berör 815 klagomål kvinnor och 557 klagomål män.

Det finns också verksamhetsområden där klagomålen i högre utsträckning behandlar män än kvinnor, exempelvis kriminalvård där 33 klagomål handlar om män jämfört med 2 klagomål från kvinnor. Andra områden där män eller pojkar dominerar är barnmedicin och företagshälsovård. I verksamhetsområdena akutmottagningar och barn och familj är fördelningen jämn mellan män och kvinnor.

Det skiljer sig också en del i vad kvinnor och män klagat på. De vanligaste händelsekategorierna är: vård och behandling (2 315 kvinnor, 1 634 män), diagnostisering (1 062 kvinnor, 762 män), bemötande (265 kvinnor, 144 män) och informationsöverföring (191 kvinnor, 123 män). Det finns några exempel på händelsekategorier där det finns fler klagomål från män – det gäller vårdrelaterade infektioner, självmord och brister i vårdhygien.

Enskilda klagat på brister i vård och behandling samt diagnostisering

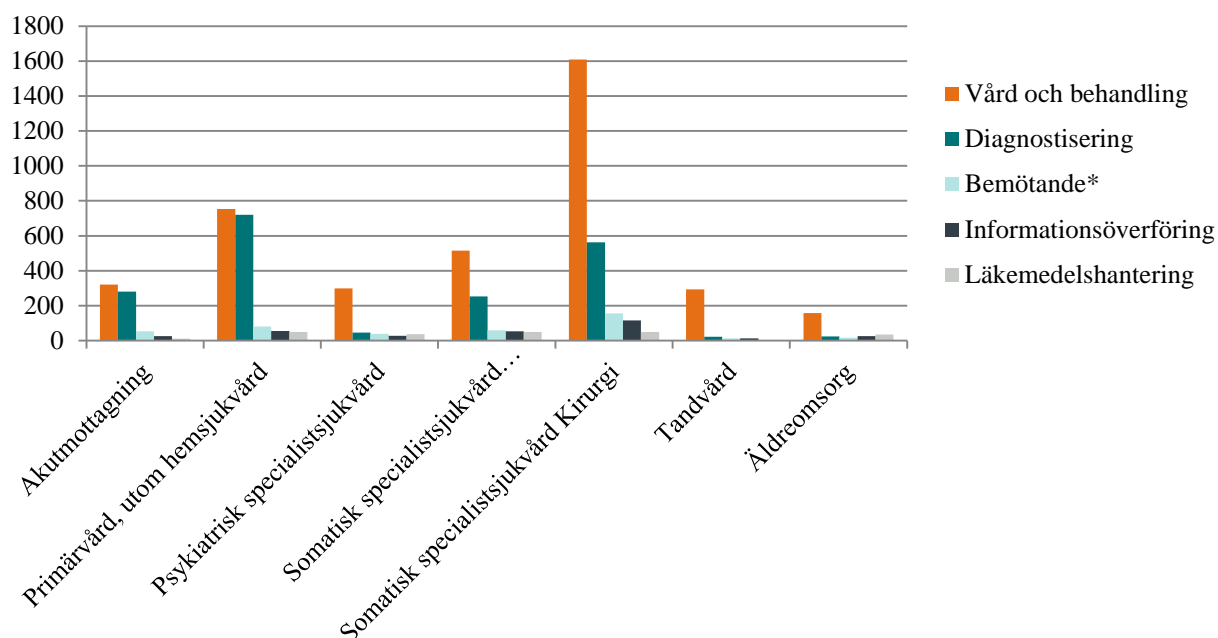
Klagomålen handlar främst om den vård och behandling som patienten fått och om brister i diagnostisering. Området vård och behandling är dock mycket brett och kan handla om brister i allt från informationsöverföring, dokumentation, läkemedelsbehandling, planering av vård och omsorg till bemötande. Av klagomålen som handlade om vård och behandling ledde 29 procent till kritik.

Brister i diagnostisering handlar oftast om att patienten fått en felaktig eller försenad diagnos. IVO riktade kritik i 36 procent av klagomålen som avsåg brister i diagnostisering. Ett annat område där IVO ofta riktade kritik var informationsöverföring. IVO riktade kritik i 48 procent av alla utredda ärenden som berörde informationsöverföring. Brister i informationsöverföring kan exempelvis handla om att vidtagna eller planerade åtgärder inte är noterade i journalerna eller att det inte framgår vilken information som getts till patienten. Ur patientens perspektiv handlar klagomålen om att patienten inte fått tillräcklig

information, exempelvis om åtgärder som vidtas under en behandling, eller att önskade behandlingar avvisas utan närmare förklaring.

Utöver vård och behandling och diagnostisering klagar många på bemötande. Som regel utreder inte IVO klagomål som enbart handlar om bemötande, däremot anges brister i bemötande ofta som en del i ett klagomål. Ett vanligt exempel på ett klagomål där bemötande ingår kan vara en patient som anser sig inte ha fått rätt vård och behandling på grund av att symtomen inte tagits på allvar, vilket har lett till utebliven eller försenad diagnos och behandling. I denna typ av ärenden gör IVO en bedömning om vårdgivaren har genomfört rimliga och adekvata ställningstaganden utifrån de förutsättningar och omständigheter som förelåg vid de aktuella händelserna. I nedanstående diagram visas de vanligaste händelsekategorierna för de största verksamhetsområdena.

Diagram 3. De vanligaste händelsekategorierna per verksamhetsområde.



* I kombination med andra händelsekategorier

De flesta klagomål riktades mot kirurgi och primärvård

Över hälften av alla utredda klagomålsbeslut handlade om kirurgi eller primärvård. Under 2015 handlade flest utredda klagomål om kirurgi, vilket är än förändring jämfört med 2014 då de flesta utredda klagomålen berörde primärvård.

Tabell 2. Utredda klagomålsbeslut och kritikbeslut fördelade på de vanligaste verksamhetsområdena.

| VERKSAMHETSOMRÅDE | UTREDDA I SAK | KRITIKBESLUT |
|--------------------------------------|---------------|--------------|
| Somatisk specialistsjukvård kirurgi | 2 042 | 604 |
| Primärvård utom hemsjukvård | 1 382 | 487 |
| Somatisk specialistsjukvård invärtes | 804 | 230 |

| | | |
|--------------------------------|-----|-----|
| Akutmottagning | 548 | 193 |
| Psykiatrisk specialistsjukvård | 529 | 191 |
| Tandvård | 310 | 137 |
| Äldreomsorg | 251 | 85 |

En tredjedel av klagomålen handlar om missnöje med den vård och behandling som patienter får inom kirurgisk verksamhet. Av 2 042 utredda klagomålsbeslut ledde 604 till kritik. Det är framför allt tre verksamhetstyper som dominerar och återkommer bland klagomålen: ortopedi, övrig kirurgi och obstetrik eller gynekologi.

Klagomålen inom kirurgi handlar framför allt om bristande vård och behandling, diagnostisering, bemötande och informationsöverföring. Det är också inom dessa områden som IVO har riktat kritik. Inom obstetrik och gynekologi kan det exempelvis handla om förlossningsskador. Klagomål där IVO har riktat kritik handlar till exempel om missade diagnoser, att personal inte upptäckt olika förlossningsskador eller att omhändertagandet efter förlossningen har brustit.

När det gäller primärvården handlar klagomålen ofta om brister i vård och behandling och diagnostisering. I de ärenden där IVO har riktat kritik handlar det vanligtvis om bristande undersökning eller behandling som har lett till försenade diagnoser. Det har till exempel handlat om att en patient inte remitterats till specialistsjukvården, vilket har lett till att patienten inte fått behandling i tid. Inte sällan har IVO riktat kritik gällande information till patienter. IVO har påpekat vikten av att säkerställa att patienten förstår när patienten på nytt ska uppsöka vård och att informationen om detta journalförs.

Bilaga 2 – Regeringsuppdrag: Utveckla en metod för tillsyn av kommunernas egenkontroll

I syfte att öka myndighetens effektivitet i tillsynen inom socialtjänsten fick IVO i uppdrag av regeringen att utveckla en metod för hur myndigheten ska utöva tillsyn över hur kommunerna fullgör sin egenkontroll.

IVO:s fokus i tillsynen är att den ska bidra till en säker vård och omsorg av god kvalitet samt att tillsynen ska ha ett patient- och brukarperspektiv. En annan viktig utgångspunkt är att tillsynen ska fokusera på risker och det som är väsentligt för patienter och brukare samt att all tillsyn ska bedrivas effektivt. En effektiv tillsyn kan till exempel kännetecknas av att IVO med utgångspunkt från riskanalysens områden, med relativt små medel, kan nå många tillsynsobjekt.

Egenkontroll

Syftet med egenkontroll är att säkerställa att brukare och patienter får en vård och omsorg som är säker och av god kvalitet. Egenkontroll är systematisk uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten samt kontroll av att den bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i verksamhetens ledningssystem.⁶ Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren eller den som bedriver socialtjänst eller verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. En verksamhet med ett ledningssystem och fungerande egenkontroll har en minskad risk för att systematiska fel och brister uppstår i verksamheten.

Mål och syfte

Inom ramen för uppdraget har IVO tagit fram och prövat en effektiv metod för tillsyn av hur kommunerna fullgör sin egenkontroll. Målet har varit att ta fram en metod med fokus på att brukare och patienter får en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter. Ytterligare syften har varit att kunna nå många kommuner samtidigt samt att kunna tillsyna flera verksamheter inom en kommun under samma inspektion.

Metod för tillsyn av egenkontroll

I metoden som prövades ingick tre steg:

- ① en webbenkät inför urval av kommuner för tillsyn (n=30)
- ② tillsyn genom egengranskning (n=6)
- ③ inspektion för stickprov och dialog om egengranskning (n=3)

⁶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

De verksamheter inom kommunerna som ingick i tillsynen var:

- ⊗ barn och familj
- ⊗ ekonomiskt bistånd
- ⊗ vuxen/ missbruk
- ⊗ personer med funktionsnedsättningar
- ⊗ äldre

Den operativa tillsynen genomfördes av IVO:s avdelning Mitt.

Uppdraget inleddes med en förstudie för att ta del av hur kommuner arbetar med planering och genomförande av egenkontroll. Utifrån förstudien utvecklades frågor i syfte att följa upp kommunernas arbete med egenkontroll. Med utgångspunkt från frågorna i förstudien utarbetade IVO en webbenkät för att få en bild av hur kommunerna fullgör sitt arbete med egenkontroll. Enkäten innehöll bland annat frågor om

- ⊗ när egenkontrollen hade genomförts och i vilka verksamheter, samt om även de verksamheter som bedrivs på entreprenad omfattats
- ⊗ vad egenkontrollen omfattar för underlag samt vem som genomfört egenkontrollen
- ⊗ hur resultatet av egenkontrollen rapporterats samt hur vidtagna åtgärder följts upp.

Enkäten skickades till kommunstyrelsen i 30 kommuner.

Av de 29 kommuner som besvarade enkäten valde IVO ut sex kommuner av olika storlek, för tillsyn genom egengranskning. Kommunerna genomförde en egengranskning av sin egenkontroll samt granskade två ärenden per verksamhet med utgångspunkt från egna granskningsmallar. De redovisade resultatet av egenkontrollen och ärendegranskningen skriftligt till IVO.

Av de sex kommuner som genomförde egengranskning valde IVO ut tre kommuner av olika storlek för inspektion med stickprov och dialog om egengranskning. Vid inspektionen träffade IVO nämndernas ordförande, tjänstemän med ansvar för egenkontroll och den eller de som hade svarat på IVO:s enkät om egenkontroll och utfört egengranskningen.

Vid inspektionen fördes en dialog om egenkontrollens betydelse i det systematiska kvalitetsarbetet. Kommunens olika verksamheter redovisade hur de utförde sin egenkontroll samt om de hade funnit några brister vid egengranskningen och på vilket sätt bristerna i så fall skulle åtgärdas och följas upp. En stickprovskontroll genomfördes även av de ärenden som verksamheterna hade granskat. Inspektionen avslutades med en muntlig återföring av resultatet av tillsynen.

Besluten till de sex kommunerna som ingick i tillsynen expedierades i början av november 2015. Ett av besluten i de inspekterade kommunerna innehöll krav på åtgärder. IVO konstaterar i övriga beslut att kommunerna genomfört egenkontroll

men att kommunerna behöver förbättra sin uppföljning av åtgärder vid identifierade brister.

Uppföljning av metoden

Efter avslutad tillsyn skickade IVO en utvärderingsenkät till de deltagande kommunerna. Syftet var att få en uppfattning om huruvida tillsynen hade bidragit till att kommunerna utvecklat sitt arbete med egenkontroll samt hur de hade upplevt genomförandet av tillsynen. Resultatet visade att cirka hälften av kommunerna gjorde en översyn av sina planer för egenkontroll i samband med att svaret på webbenkäten skickades in till IVO.

I samband med egengranskningen hade flertalet av de sex kommunerna gjort en översyn, helt eller delvis, av sina planer för egenkontroll i de olika verksamheterna. Majoriteten svarade att egengranskningen till stor eller viss del hade bidragit till ett lärande om egenkontrollens betydelse i det systematiska kvalitetsarbetet.

De kommuner som även blev föremål för inspektion ansåg att inspektionen till stor del hade bidragit både till att klargöra begreppet egenkontroll och till en utveckling av verksamheternas arbete med egenkontroll.

De utvecklingsområden i metoden som kommunerna lyfte fram var att enkäten inte bör skickas under sommaren och att det behövs längre framförhållning i planeringen av inspektionerna. Även vissa frågor i webbenkäten behövde förtydligas.

Nästa steg

Uppföljningen av metoden för tillsyn av egenkontroll visar att tillsynen har stimulerat kommunerna till att se över sin planering av egenkontroll. IVO har också kunnat konstatera att förståelsen för och kunskapen om egenkontroll varierar i kommunerna. Vid genomförandet av egenkontrollen är det framför allt uppföljning av vidtagna åtgärder utifrån de brister som har identifierats i egenkontrollen som kan utvecklas.

Metoden har flera styrkor. Genom att använda en webbenkät får IVO ett stort underlag för urval av kommuner som bör tillsynas. Genom att samla flera verksamheter vid en och samma inspektion kan IVO också nå flera verksamheter vid ett och samma inspektionstillfälle och verksamheterna kan ta del av varandras arbete och goda exempel.

För att fortsätta att utveckla metoden bör följande kompletteringar göras:

- ⦿ tydliggöra redan vid utskicket av webbenkäten att den är ett underlag för en eventuell kommande tillsyn
- ⦿ vidareutveckla frågorna i webbenkäten för att kunna förfina urvalet av kommuner för tillsyn
- ⦿ fortsatt utreda till vilken funktion eller instans webbenkäten ska ställas för att snabbare och effektivare kunna nå ut till respektive verksamhet i kommunerna - särskilt de stora kommunerna
- ⦿ en systematik behöver utvecklas för hur underlagen och informationen från webbenkäten kompletteras med annan information inom tillsynen inför val av tillsynsobjekt

- ④ undersöka möjligheten att utveckla metoden för tillsynen till att utöver tillsyn av planering och genomförande av egenkontrollen inkludera vilken systematik kommunerna har haft vid val av område för egenkontroll
- ④ utveckla återföringen av tillsynen för att medverka till att öka kunskapen om egenkontrollen i kommunerna och på så sätt bidra till att kommunerna kan fullgöra sitt uppdrag.

Tillsynsrapport

De viktigaste iakttagelserna inom tillsyn och tillståndsprövning verksamhetsåret 2015

Artikelnr: IVO 2016-20

Utgiven: www.ivo.se, mars 2016

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Box 45184, 104 30 Stockholm

Telefon: 010-788 50 00

registrator@ivo.se

www.ivo.se

