



Vad har IVO sett 2017?

De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017

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.

Artikelnummer | IVO 2018-8

Foto | Mostphotos

Utgiven | Februari, 2018 www.ivo.se

Förord

De iakttagelser som vi presenterar i denna rapport är en beskrivning av det som har kommit fram i vår tillståndsprovning och vår tillsyn under 2017. Det är IVO:s bidrag till den totala lägesbilden av vården och omsorgen i Sverige och rapporten överlämnas till regeringen i slutet av februari.

Flera av de iakttagelser som vi lyfter fram från årets tillsyn känns igen från tidigare år, vilket innebär att problem kvarstår på många områden. Det är utmaningar som rör bland annat kompetensförsörjning och samverkan inom vården och omsorgen, vilket vi anser är oroande eftersom det utsätter den enskilde för risker. Men vi ser också att det sker förbättringar som leder till att den enskilde får en bättre vård och omsorg, vilket vi också har försökt lyfta fram i årets rapport.

Rapporten är uppdelad efter ett antal verksamhetsområden inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. De iakttagelser som vi redovisar är ett resultat av en inventering och analys av en mängd olika tillsyns- och tillståndsärenden som vi har fattat beslut i under året, exempelvis enskildas klagomål, egeninitierade granskningar, lämplighetsprovningar, lex Sarah-ärenden och lex Maria-ärenden. Iakttagelserna ska dock inte läsas som ett försök att beskriva det övergripande tillståndet i vården och omsorgen, eftersom vi inte har någon möjlighet att under ett enskilt år täcka alla områden eller verksamheter som omfattas av vårt uppdrag. De åtgärder som vi har vidtagit till följd av tillsynen finns redovisade i tabellerna sist i respektive avsnitt.

Gunilla Hult Backlund

Generaldirektör

Februari 2018

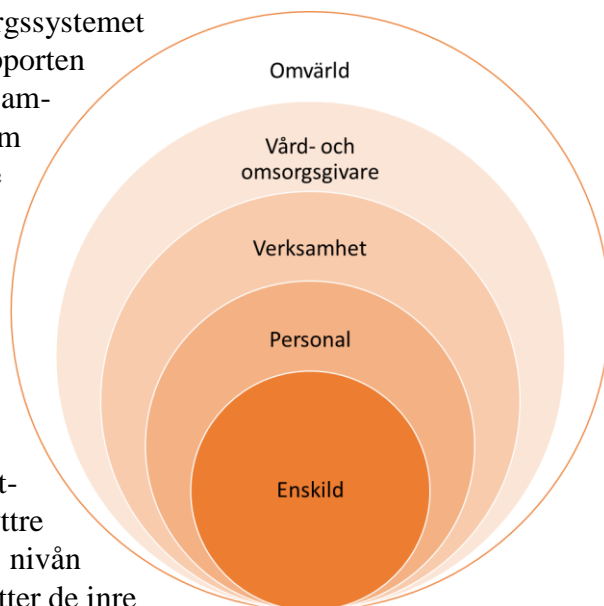
IVO ska varje år lämna en rapport till regeringen som innehåller en sammanfattande analys av arbetet med tillsyn, tillståndsprovning och klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, under det gångna verksamhetsåret. Rapporten innehåller följaktligen våra viktigaste iakttagelser, de åtgärder som vi har vidtagit med anledning av de uppmärksammade bristerna och våra slutsatser av tillsynen.

Sammanfattning och slutsatser

IVO:s uppgift är att granska om den enskilde får en vård och omsorg som är av god kvalitet och som är säker. Det gör vi genom att granska hur vården och omsorgen utförs, exempelvis om äldre får sin hemtjänst utförd så som är beslutat och om patienternas mediciner hanteras och ges på ett säkert sätt. De iakttagelser vi redovisar i rapporten visar på hur olika brister påverkar människor eller grupper av människor.

Vi granskar också vilka förutsättningar verksamheterna har för att kunna leverera kvalitet och säkerhet. Det kan innebära att vi granskar om personalen har rätt kompetens för sitt uppdrag och om det finns ett systematiskt kvalitetsarbete på plats. Detta framgår av våra iakttagelser, där vi lyfter fram vad det är som brister i verksamheten, exempelvis på boendena, på sjukhusen, på socialförvaltningarna, och så vidare.

Vi ser att alla nivåer i vård- och omsorgssystemet bidrar till de iakttagelser vi presenterar i rapporten – från omvärlden och politiken till verksamheten och personalen.¹ Den utveckling som sker i samhället på ett mer övergripande plan är något som vård- och omsorgsgivarna i vissa fall kan påverka, men som kanske framför allt är något de måste förhålla sig till då de utvecklar den egna verksamheten. Det kan exempelvis avse ökad digitalisering och informations-spridning, nya lagar och förordningar och förändringar i befolkningens sammansättning. Omvärlden sätter på detta sätt de yttre ramarna, medan den högsta beslutande nivån inom regioner, landsting och kommuner sätter de inre ramarna för vården och omsorgen. Här bestäms exempelvis politiska målsättningar genom nämnder och fullmäktige, men även andra saker som verksamheten måste förhålla sig till, exempelvis styrmodeller, resursfördelning och IT-system.



Alla delar i vård- och omsorgssystemet samverkar med och påverkar varandra, vilket i slutändan även inverkar på den enskilde. Att läsa iakttagelserna med denna systemansats i åtanke kan ge en djupare förståelse för årets resultat.

Av de iakttagelser som presenteras i rapporten vill vi särskilt lyfta fram följande:

- 🕒 **Kompetensförsörjning** – det är svårt att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens inom både vården och omsorgen

¹ Se exempelvis vår rapport från 2017 *Tydligare mål kan ge bättre strokevård*, IVO 2017c.

- ⊗ **Samverkan med den enskilde i fokus** – den enskilde får ta ett alltför stort ansvar för att samordna sina vård- och omsorgsinsatser
- ⊗ **Den enskildes behov och önskemål** – vården och omsorgen utformas inte alltid med den enskilde i fokus
- ⊗ **Den tillståndspliktiga omsorgen** – omsorgsmarknaden är i ständig förändring

Det är svårt att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens inom både vården och omsorgen

Den absoluta majoriteten av årets iakttagelser inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården handlar om kompetensförsörjningen. Vi ser det inom alla delområden och det rör allt från otillräcklig bemanning på äldreboenden och brist på sjuksköterskor inom specialistvården, till tandläkare som har dålig kunskap om vårdgivaransvaret och personal på larmcentralerna som inte har tillräcklig kompetens för att bedöma inkommande samtal. De brister vi uppmärksammat kring kompetensförsörjning och dess konsekvenser utgör grund för flera av IVO:s nationella tillsyner 2018–2020.

Trots den svåra situationen med kompetensförsörjning ser vi flera positiva utvecklingstendenser i vår tillsyn, där vård- och omsorgsgivarna gör olika typer av satsningar för att kunna rekrytera och behålla kompetent personal. På flera av de primärvårdsmottagningar vi har granskat pågår exempelvis ett arbete för att förbättra personalkontinuiteten, och inom socialtjänstens myndighetsutövning pågår många initiativ för att attrahera socionomer.

Bristen på personal med rätt kompetens kan få allvarliga konsekvenser

Bristen på personal med rätt kompetens, det vill säga kompetens som krävs för de arbetsuppgifter som medarbetaren är satt att utföra, leder till en rad olika konsekvenser, som på olika sätt drabbar den enskilde, både direkt och indirekt. Vi ser att det kan leda till felbehandlingar, brist på vårdplatser, uteblivna uppföljningar, felplaceringar, långa väntetider, en ansträngd arbetssituation för vård- och omsorgspersonalen och så vidare.

I vår nationella tillsyn av tandvården ser vi att kompetensbrister kan leda till att behandlingar med exempelvis kronor utförs trots att patientens underliggande problem inte har åtgärdats. Vad gäller bristen på vårdplatser kan vi i vår nationella tillsyn av akutmottagningar se att bristen på sjuksköterskor kan bidra till en brist på vårdplatser, som i sin tur kan orsaka väntetider på akuten. Sverige har få vårdplatser i förhållande till befolkningen jämfört med andra länder.² Detta kan vara en kombination av flera faktorer, bland annat brist på personal, men även – och kanske

² Sverige i genomsnitt har 2,45 vårdplatser per 1 000 invånare (2015). Det kan jämföras med Belgien, där motsvarande siffra är 6,19. Vidare har Finland 4,36 och Danmark har 2,54. Antal vårdplatser per 1 000 invånare baseras på egen beräkning utifrån invånarantal (www.europa.eu – About EU) och vårdplatser (www.stats.oecd.org – Health/Health care resources/hospital beds).

framför allt – för att vi under flera år har arbetat för mer öppna vårdformer inom den specialiserade somatiska vården.³

Personalsituationen inom vården och omsorgen beror på flera olika faktorer

Orsakerna bakom vård- och omsorgsgivarnas svårighet att rekrytera personal med rätt kompetens är mångbottnad. Det kan bland annat bero på att det för många yrkesgrupper råder en obalans på arbetsmarknaden. Inom vårdsektorn föreligger det sedan länge en obalans, med en efterfrågan på kompetens som är större än tillgången.⁴ Arbetsförmedlingen har för 2017 listat ett antal bristyrken och där återfinns bland annat specialistsjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor, läkare, undersköterskor inom äldreomsorgen, psykologer, tandläkare, socialsekreterare och kuratorer.^{5,6}

Samtidigt som det råder brist på många yrkesgrupper inom vården och omsorgen är exempelvis antalet anställda inom vården fler än någonsin tidigare, särskilt de med hög formell kompetens. Budskapen från många företrädare för vårdprofessionerna är dock att man springer allt fortare och att man har för lite tid för patienten. Särskilt lyfter professionerna fram att alltför mycket tid ägnas åt ”administrativt arbete”. Detta tyder på, enligt den statliga utredningen *Effektiv vård*, att bristen på personal med rätt kompetens kan uppstå när personalresurserna inte utnyttjas så effektivt som de skulle kunna.⁷ Utredningens bedömning är att kompetensen underutnyttjas på grund av suboptimerad fördelning av arbetsuppgifter, suboptimerad personalstruktur – främst för få anställda med lägre formell kompetens, och att den lärande organisationen inte prioriteras. En liknande bedömning gör den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården i sin slutrapport från december 2017. Utredaren pekar på vikten av förändrade arbetssätt, tekniska hjälpmedel och administrativ avlastning för att bättre ta tillvara befintlig kompetens bland socionomerna.⁸

Svårigheten att rekrytera kan också bero på den ansträngda arbetssituation som både vi och andra aktörer ser råder inom flera vård- och omsorgsverksamheter. Detta har vi under flera år sett inom exempelvis socialtjänstens myndighetsutövning för barn och unga. Men vi ser det även inom vården. I en undersökning⁹ från SCB har sjuksköterskor fått rangordna de faktorer som främst bidrog till varför inte man längre arbetar som sjuksköterska. Det som då hamnar i topp är bland annat stress och arbetsbelastning. I statistik från Försäkringskassan kan vi också se att vård- och omsorgsyrkerna har problem med arbetsrelaterade sjukskrivningar. Sektorerna vård och omsorg och sociala tjänster har flest startade sjukfall längre än 14 dagar per 1 000

³ Socialstyrelsen 2017c, sid. 26.

⁴ UKÄ 2017, sid 96.

⁵ Arbetsförmedlingen 2017, sid 11.

⁶ Flera insatser har gjorts för att öka tillgången på olika yrkesgrupper – staten har vid flera tillfällen exempelvis tillfört resurser, eller omfördelat medel, för att lärosätena ska kunna bygga ut olika utbildningar (exempelvis sjuksköterska, läkare och tandläkare). UKÄ 2017, sid 96.

⁷ SOU 2016, sid 120–122.

⁸ Regeringskansliet 2017a, sid 178.

⁹ SCB 2017a, sid 17–18.

sysselsatta.¹⁰ Antal sjukfall per 1 000 anställda ligger högt inom yrkeskategorier som exempelvis psykologer och socialsekreterare.¹¹

Oavsett orsaken till den rådande personalsituationen är det vård- och omsorgsgivarnas ansvar att organisera verksamheten så att vården och omsorgen blir säker och har god kvalitet. De ansvarar för att personalresurserna används på ett så effektivt sätt som möjligt och att personalens arbetssituation är rimlig. Vi vet dock att de agerar i en komplex verklighet, att det finns en stor mängd styrsignaler för dem att ta hänsyn till och att de inte alltid äger frågan själva. Det kan inverka negativt på deras möjligheter att skapa en god arbetssituation för personalen och en stabil och långsiktig kompetensförsörjning.¹²

Framtiden kommer med fler utmaningar

Kompetensförsörjningen kommer med all sannolikhet vara en ihållande utmaning med avseende på de vård- och omsorgsbehov som finns framöver. Åldersfördelningen i Sverige och i många andra länder förskjuts snabbt mot en ökande andel äldre¹³ vilket medför att det kommer att behövas allt fler som arbetar inom äldreomsorgen. Samtidigt får vi också allt fler äldre som är sjuka – mer än 50 procent av de som är 77 år eller äldre har två eller fler kroniska sjukdomar.¹⁴ Dessa personer utgör en vårdtung grupp som kommer att medföra ökade behov inom hälso- och sjukvården. Även inom andra områden ser vi att vården och omsorgen står inför framtida utmaningar, som inom psykiatrin. Psykisk ohälsa hos barn i åldern 10–17 år har ökat med över 100 procent på tio år. För unga vuxna, 18–24 år, är ökningen närmare 70 procent.¹⁵

Samtidigt som behoven inom flera områden ökar har vård- och omsorgssektorn stora pensionsavgångar att vänta. Exempel på yrken med andelsmässigt stora pensionsavgångar fram till 2025 är distriktsköterskor, tandsköterskor, tandläkare, psykologer, läkare, socialsekreterare och kuratorer.¹⁶ SCB räknar med att dagens brist på specialistutbildade sjuksköterskor riskerar att tillta på sikt och de räknar även med att dagens utbildningsvolym inom gymnasieskolan och vuxenutbildningen inte kommer att räcka till för att möta framtidens stora efterfrågeökning inom äldreomsorgen.^{17,18}

¹⁰ Försäkringskassan 2016, sid 3.

¹¹ Försäkringskassan 2015, sid 2.

¹² Vårdanalys 2017e, sid 10 och 12.

¹³ Socialstyrelsen 2017a, sid 10.

¹⁴ Kunskapsguiden (www.kunskapsguiden.se), multisjuklighet:

<http://www.kunskapsguiden.se/aldre/Teman/Multisjuklighet/Sidor/default.aspx>

¹⁵ Socialstyrelsen 2017m, med tillhörande nyhet från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se):

<http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kraftigokningavpsykiskohalsahosbarnochungavuxna>

¹⁶ Arbetsförmedlingen 2010, sid 10.

¹⁷ SCB 2017b, sid 7–8.

¹⁸ Det kan i detta sammanhang vara intressant att notera att när SKL har frågat unga om vad de tycker om välfärdsyrkena är det tydligt att de många gånger uppfattas som viktiga och roliga, men att de uppfattas ha sämre arbetsmiljö och lön, och lägre status än många andra yrken. Det gäller exempelvis för sjuksköterska, undersköterska, kurator och socialsekreterare. De ungas bild av olika yrken påverkar arbetsgivarnas och lärosätenas möjlighet att attrahera nya medarbetare och studenter. SKL 2013, sid 11-12 och 16.

Den enskilde får ta ett alltför stort ansvar för att samordna sina vård- och omsorgsinsatser

Enligt lagstiftningen ska vård- och omsorgsgivarna samordna sina insatser med individen i fokus.¹⁹ Vi ser dock flera exempel i vår tillsyn på att denna typ av samordning inte alltid fungerar. Det gäller framför allt personer med samsjuklighet (exempelvis personer med missbruksproblematik), barn och unga med psykisk ohälsa och äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg. Som patient eller brukare ska du kunna lita på att vård- och omsorgssystemet som helhet fungerar, eftersom det är vad vi har kommit överens om i samhället, via lagstiftningen. Det är inte den enskilde som själv ska samordna sina insatser. Men detta är just vad många faktiskt tvingas göra.²⁰ Och det ställer höga krav på den enskilde och dennes närstående, både vad gäller kunskap, handlingskraft och förmåga att uttrycka sina behov.

Stora risker för den enskilde när samordningen uteblir

När vård- och omsorgsgivarna inte lyckas med att samordna sina insatser ser vi att det kan medföra en försämrad upplevelse för den enskilde och även till en kvalitativt sämre vård och omsorg. Bristande samordning kan resultera i bland annat långa väntetider, uteblivna insatser, felaktig medicinering eller oro då den enskilde inte vet vem som bär ansvaret för vad. I vår nationella tillsyn av multisjuka äldre²¹ ser vi att bristande samordning kan medföra att det blir problem med patientens läkemedelslistor i samband med utskrivning från slutenvården – det finns ibland flera olika läkemedelslistor för en och samma patient och listorna är inte alltid uppdaterade. I vår tillsyn av missbruks- och beroendevården ser vi att det inte är ovanligt att unga personer som har ett missbruks- eller beroendeproblem i kombination med psykisk ohälsa först måste genomgå en missbruksbehandling genom insatser beviljade av socialtjänsten, för att sedan få vänta (länge) på hjälp från vuxenpsykiatrien med sin psykiska ohälsa.

Det gemensamma ansvarstagandet behöver öka

Att samordning av vård- och omsorgsinsatser är en stor utmaning är väl känt sedan tidigare²² och något vi har sett under flera år i vår tillsyn. I takt med ökad mångfald av utförare, mer specialiserad vård samt fler svårt sjuka äldre och personer med psykisk ohälsa kommer sannolikt behoven av samordning bara att öka. Det kräver att vård- och omsorgsgivarna fokuserar på att förbättra själva samordningen, snarare än att dela upp ansvaret mellan sig. En god samordning kan inte bygga enbart på det personliga engagemanget – engagemang på alla organisatoriska nivåer är avgörande.²³ I likhet med den statliga utredningen *Effektiv vård* kan vi konstatera att det

¹⁹ Regleras exempelvis genom 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, 6 kap. patientlagen (2014:821), PL, 7 kap. 7 § och 11 kap. 3 § HSL, 16 kap. 4 § HSL, 6 kap. 4 § PL, 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453), SoL, 3 kap 5 § SoL och 2 kap 7 § SoL.

²⁰ Vårdanalys 2017f, sid 7.

²¹ Definition av multisjuk äldre som användes i tillsynen "En person som är äldre än 65 år, har tre eller fler diagnoser, och är i behov av hjälp av flera vårdgivare".

²² Vårdanalys 2017f, sid 7.

²³ Vårdanalys 2017a, sid 10.

behövs en förändring när det gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst.²⁴

Med anledning av de brister vi ser och att behoven av samordning med all sannolikhet kommer att öka, har vi lyft samordning kring barn och unga med psykisk ohälsa och personer med samsjuklighet som två av IVO:s prioriterade riskområden 2018–2020.

Vården och omsorgen utformas inte alltid med den enskilde i fokus

Vården och omsorgen behöver individanpassas, det gäller både bemötande och behandling. Att vården och omsorgen ska utgå från den enskildes behov och önskemål är viktigt utifrån att den ska vara av god kvalitet. Men det är också betydelsefullt utifrån den enskildes förtroende för systemet i allmänhet och aktuella verksamheten i synnerhet. Den enskildes delaktighet är ett krav i både socialtjänstlagen (2001:453), SoL, lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS och patientlagen (2014:821), PL. Under senare år har detta så kallade patient- och brukarperspektiv hamnat allt mer i fokus, det vill säga det partnerskap som ska råda mellan individ och profession.²⁵

Patientens ställning i vården är fortfarande för svag

I vår tillsyn av hälso- och sjukvården ser vi att vården inte alltid utformas med den enskilde i fokus – exempelvis ser vi att patienter och närståendes delaktighet och inflytande vid vårdplanering brister inom den psykiatriska specialistsjukvården. Forskning visar att den tid som de professionella lägger på att lyssna och komma överens om en vårdplan tillsammans med patienter och anhöriga i början av sjukhusvistelsen, får man tillbaka i slutet av vårdepisoden i form av kortare vårdtid och en mer tillfredsställd patient. Att involvera patient och anhöriga i vårdplaneringen kan dessutom bidra till effektivare utskrivningsprocesser.²⁶

Patientens delaktighet inom vården har bland annat belysts av Vårdanalys i rapporten *Lag utan genomslag*.²⁷ Där konstaterar myndigheten att patientens ställning inte har stärkts sedan patientlagen infördes. De visar exempelvis att patientens delaktighet har minskat mellan 2014 och 2016 och att patienterna själva önskar större delaktighet. Även i den nationella patientenkäten skattas delaktigheten och involveringen inom specialistsjukvården lågt i förhållande till övriga mätvärden.²⁸ Dock upplever patienterna inom primärvården och på akutmottagningarna en ökad delaktighet och involvering mellan åren 2015 och 2016. I vår tillsyn har vi under året

²⁴ SOU 2016, sid 128.

²⁵ Flera utredningar har exempelvis tagit fasta på patient- och brukarfokus, däribland regeringens proposition *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*, Vårdanalys rapport *Från medel till mål*, och Socialstyrelsens rapport *Tjänsteutveckling för en tillgänglig och patientcentrerad vård*.

²⁶ Socialstyrelsen 2017e, sid 58.

²⁷ Vårdanalys 2017b, sid 9.

²⁸ Den nationella patientenkäten (www.patientenkaten), resultat.

exempelvis sett att personalen på akutmottagningar i regel kan ge patienter som vårdas på akutmottagningen en god omvårdnad under de väntetider som kan uppstå.

Delaktigheten ökar inom vissa områden

Vi ser i vår tillsyn att många insatser görs för att utveckla den sociala omsorgen för att tillgodose den enskildes behov och önskemål. Exempelvis ser vi att daglig verksamhet är under utveckling för att bättre passa personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Vi ser i årets frekvenstillsyn också att de flesta barn och ungdomar erbjuds en fritid på sina LSS-boenden som är meningsfull och individanpassad. Det senare stämmer väl överens med Socialstyrelsens iakttagelser av att barnen blir alltmer delaktiga och har större inflytande över genomförandet av sin insats än tidigare.²⁹ Vi ser även att den ökande användningen av välfärdsteknik kan vara ett sätt att stärka den enskildes delaktighet, trygghet, säkerhet och självständighet, inte minst inom äldreomsorgen. Detta är något vi kommer att granska närmare under 2018. Men vi ser också flera fall där omsorgen inte utgår från den enskildes behov och önskemål, exempelvis genom att delaktigheten brister vid omplacering av barn inom socialtjänsten och att det finns verksamheter som använder sig av otillåtna skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder.

Omsorgsmarknaden är i ständig förändring

I Sverige är det möjligt för privata aktörer att utföra vård- och omsorgsinsatser inom ramen för socialtjänstlagen och LSS. Privata utförare kan bidra till att öka kommunernas möjlighet att tillgodose den enskildes olika och ofta specifika behov. Den enskilde ges också möjlighet att själv välja utförare. De privata omsorgsföretagen måste dock i många fall ha tillstånd från IVO för att bedriva verksamhet. Antalet ansökningar från SoL-verksamheter har sedan 2014 ökat medan antalet ansökningar från LSS-verksamheter har minskat. Bland de som söker tillstånd finns ett fåtal stora aktörer, men majoriteten av företagen är små.³⁰

Marknaden styrs av utbud och efterfrågan, men även av ekonomi och ersättningsnivåer. Av det följer kontinuerliga omställningar – företag startas, läggs ner, utvecklas och ändrar innehåll. Förändringar på marknaden kan innebära att enskilda, med ganska kort varsel, kan behöva byta utförare, med allt vad det innebär.

Kommunerna satsar allt mer på verksamheter i egen regi

I samband med att antalet ensamkommande barn ökade under 2015, startades många privata HVB för att möta kommunernas behov av placeringar. Under 2016 har antalet ensamkommande minskat och ersättningsystemet för mottagandet av ensamkommande barn och unga har dessutom förändrats (per den 1 juli 2017).

²⁹ Socialstyrelsen 2017b.

³⁰ IVO har under 2017 låtit genomföra en undersökning med hjälp av Acando AB för att förstå utvecklingen av HVB och andra verksamhetsformer som bedrivs med stöd av SoL och LSS i Sverige. Undersökningen innehåller både en datadriven analys och kvalitativa intervjuer med kommuner och privata aktörer. Data sträcker sig fram till 23 oktober 2017.

Samtidigt har det skett förändringar i socialtjänstlagen som påverkar förfarandet med entreprenadavtal.³¹

Det vi ser nu är att kommuner som byggde upp egen kapacitet och kompetens under 2015–2016 avslutar många avtal för att satsa på verksamhet i egen regi. Bland de privata företagen framträder två huvudstrategier, där de större och mer väletablerade företagen i huvudsak satsar på vård och behandling, och där de mindre väletablerade aktörerna satsar på mindre resurskrävande verksamheter, som stödboende, skyddat boende och familjehem.

Verksamheter med låga ingångströsklar drar till sig olämpliga aktörer

Sedan 2015 har vi inom tillståndsprövningen sett nya typer av aktörer inom HVB- och stödboendemarknaden. Det handlar om företag som inte tidigare har någon erfarenhet av att bedriva välfärdsverksamheter, och därför inte har någon upparbetad kompetens på området, vilket medför risker för den enskilde. Att olämpliga aktörer anordnar insatser är något vi ser inom hela socialtjänstens område. Det drabbar inte bara barn och unga utan också personer med missbruk, personer med funktionsnedsättning och äldre personer.

Eftersom det krävs både kapital och kompetens att starta en mer resursintensiv verksamhet är det framför allt inom verksamheter med lägre ingångströsklar som vi i vår tillsyn och tillståndsprövning ser att riskerna för olämpliga aktörer är som störst. Exempelvis avslår vi fler tillståndsansökningar om att få bedriva personlig assistans än ansökningar om att få bedriva bostad med särskild service (inom LSS). Det är mer etablerade aktörer som startar bostad med särskild service och de har därför kunskap om vad som krävs för att få tillstånd och ofta en ekonomi som tillåter ett större ekonomiskt åtagande. Även när det gäller särskilda boenden för äldre, permanenta boenden och korttidsboenden enligt SoL, är det vanligast att dessa boenden bedrivs av etablerade aktörer på välfärdsmarknaden, med god vana av liknande verksamheter. Det har till följd att de flesta som söker tillstånd för sådana verksamheter också beviljas tillstånd.

³¹ Den 15 april 2017 togs det undantag bort i socialtjänstlagen, som gjorde att privata verksamheter som bedrivs med entreprenadavtal inte behövde tillstånd för sin verksamhet. Verksamheter som var pågående när undantaget togs bort får fortsätta att bedrivas under förutsättning att ansökan om tillstånd ges in senast den 1 april 2018. Sådan verksamhet får dock bedrivas utan tillstånd längst till dess att IVO har fattat slutligt beslut i tillståndsärendet. Det finns skäl att tror att merparten av de verksamheter som nu omfattas av tillståndsplikten avvaktar till slutet av övergångsperioden med att lämna in sin ansökan.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning och slutsatser	4
Det är svårt att behålla och rekrytera personal med rätt kompetens inom både vården och omsorgen	5
Bristen på personal med rätt kompetens kan få allvarliga konsekvenser	5
Personalsituationen inom vården och omsorgen beror på flera olika faktorer	6
Framtiden kommer med fler utmaningar	7
Den enskilde får ta ett alltför stort ansvar för att samordna sina vård- och omsorgsinsatser	8
Stora risker för den enskilde när samordningen uteblir	8
Det gemensamma ansvarstagandet behöver öka	8
Vården och omsorgen utformas inte alltid med den enskilde i fokus	9
Patientens ställning i vården är fortfarande för svag	9
Delaktigheten ökar inom vissa områden	10
Omsorgsmarknaden är i ständig förändring	10
Kommunerna satsar allt mer på verksamheter i egen regi	10
Verksamheter med låga ingångströsklar drar till sig olämpliga aktörer	11
Vad har IVO gjort 2017?	14
När vi bidrar till lärande bidrar vi till utveckling	14
Vi tar hjälp av de vi finns till för	15
Vi utvecklar våra metoder för att få mer effekt av tillsynen	15
Förbättrad informationshantering gynnar våra intressenter	16
För att medverka till förändring måste vi ha rätt kompetens	16
Vi samarbetar med andra	17
Vad har IVO sett inom socialtjänsten?	18
Barn och familj	20
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	20
Översikt av årets tillsyn	23
Äldreomsorg	25
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	25
Översikt av årets tillsyn	28
Funktionshinderområdet	30
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	30
Översikt av årets tillsyn	33

Missbruks- och beroendevården	35
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	35
Översikt av årets tillsyn.....	38
Vad har IVO sett inom hälso- och sjukvården?	39
Akutmottagningar och prehospital vård	41
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	41
Översikt av årets tillsyn.....	44
Somatisk specialistsjukvård.....	46
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	46
Översikt av årets tillsyn.....	49
Psykiatrisk specialistsjukvård	51
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	51
Översikt av årets tillsyn.....	54
Primärvård.....	56
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	56
Översikt av årets tillsyn.....	59
Tandvård	60
Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017	60
Översikt av årets tillsyn.....	62
BILAGA 1 – Enskilda klagomål enligt PSL	64
Antalet klagomål ökar	64
Stor variation mellan länen	65
De flesta klagomål rör kirurgi och primärvården	66
Vård och behandling ligger bakom flest klagomål	67
Referenser	69

Vad har IVO gjort 2017?

IVO ska genom tillsyn, tillståndsprovning och vägledning bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och som bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Att både ha i uppgift att granska (genom tillstånd och tillsyn) och att främja (genom vägledning) innebär ett dubbelt ansvar, som ställer oss inför både möjligheter och utmaningar.

Vårt dubbla ansvar avspeglas i vårt breda handlingsutrymme – vi har möjlighet att agera både snabbt och långsiktigt, och vi har möjlighet att använda både skarpa och mjuka verktyg. Vi kan välja att agera skyndsamt, efter ett klagomål från en patient eller brukare, eller att ta initiativ till större tillsynsinsatser. För att bidra till verksamhetsutveckling kan vi använda oss av allt från förelägganden och krav på åtgärder till proaktiva dialoger med parterna inom vården och omsorgen. Val av planeringshorisont och åtgärd anpassas efter vad som är lämpligast i det specifika fallet. Den enskildes säkerhet får dock aldrig äventyras – kräver situationen ett snabbt och kraftfullt agerande anpassas våra insatser därefter.

Under 2017 har vi fortsatt vårt arbete med att främja dialog, återföring och uppföljning, med fokus på delaktighet och spridandet av goda exempel. Vi ser att detta är ett framgångsrikt sätt att arbeta för att bidra till verksamhetsutveckling. På det sättet kan tillsynen bli lärande och utgöra ett verkligt bidrag till utvecklingen av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen.

När vi bidrar till lärande bidrar vi till utveckling

Under 2017 har vi haft många dialoger med företrädare för verksamheter, huvudmän och vårdgivare, inte minst i samband med återföring av tillsynens resultat. Uppföljningen av våra nationella riskbaserade tillsynsprojekt visar exempelvis att majoriteten av de som har granskats av IVO anser att det har varit en bra dialog under inspektionerna och att vi har fokuserat på områden som de anser bidrar till en verksamhet med god kvalitet. Vi stärker på så sätt vår roll som dialogpart och bidrar till verksamhetsutveckling genom reflektion och ökad förståelse i stället för att enbart granska och påtala brister.

”Vi kan arbeta med tillsynen som en lärande process både för tjänstemän och för politiker, för att kunna utveckla vår verksamhet.”

Citat hämtat från utvärdering efter en återföringskonferens

Uppföljning av tidigare tillsynsinsatser bidrar till att vi kan ha en dialog som fortgår under en längre tid än bara under ett granskningstillfälle, vilket i sin tur kan främja fortsatt utveckling i verksamheterna. Under 2017 har vi exempelvis följt upp hur lex Maria-processen bidrar till bättre patientsäkerhet. Totalt följde vi upp cirka 300 lex Maria-anmälningar. Vårdgivarna var överlag positiva till IVO:s uppföljningar. Vi

har sett att återkommande uppföljningar av lex Maria-anmälningar bidrar till högre kvalitet i vårdgivarnas utredningar och genomförda åtgärder. Vi har även gjort uppföljningar av andra tillsynsinsatser. Bland annat har vi följt upp en tillsyn som rörde hyrläkare inom primärvården. Vi ser att positiva saker sker på de primärvårdsmottagningar vi har följt upp, att de hittat konstruktiva lösningar på sina problem med bland annat bemanning och kontinuitet.

Vi tar hjälp av de vi finns till för

Vi finns till för vård- och omsorgstagarna och det innebär att patienter och brukare behöver involveras i vårt arbete. Deras erfarenheter från mötet med vården och omsorgen är viktiga underlag i vår tillsyn. Under året har vi tagit kliv framåt i att involvera patienter och brukare i tillsynen. Bland annat har vi genomfört en tillsyn av ekonomiskt bistånd, som baserades på intervjuer med brukare. Vid tillsynen var vi även ute på socialkontoren för att se om receptionen var utformad på ett sätt som beaktade de enskildas integritet och sekretess. Utgångspunkten för tillsynen var de många anmälningar från enskilda som kommit in och där bemötande, service och tillgänglighet utgjorde en betydande del av klagomålen.

Sedan 2015 har vi en upplysningstjänst för att hantera allmänhetens frågor och synpunkter om vården och omsorgen. Från och med september 2017 har vi även en upplysningstjänst för tillståndsprövningen. Löpande upplysningar från yrkesverksamma och privatpersoner ger oss viktiga indikationer om risker, och om de är tillräckligt allvarliga initierar vi tillsyn.

Patient- och brukarinvolvering är något vi kommer att fortsätta att jobba intensivt med under 2018. Det ger ökade förutsättningar för en träffsäker och relevant tillsyn.

Vi utvecklar våra metoder för att få mer effekt av tillsynen

Som ett led i att stärka patient- och brukarperspektivet arbetar vi kontinuerligt och intensivt med metodutveckling. Vi har exempelvis tagit beslut om att införa en ny tillsynsmetod under 2018. SOFI (*Short Observational Framework for Inspection*) är en observationsmetod utvecklad för att fånga upplevelser om vården och omsorgen från personer som inte själva kan föra sin talan. Genom denna metod kan både vi och personalen få syn på och sätta ord på hur omsorgen utförs. Inom vår tillsyn av funktionshinderomsorgen har vi även tagit fram ett alternativt kompletterande kommunikationsstöd i form av bilder och lättläst text och vi har också testat samtalsmattor.³² Detta ger oss möjlighet att på ett bättre sätt fånga upp de enskildas synpunkter och upplevelser av vården och omsorgen.

Vi har ibland sett att vår tillsyn inte bidrar till tillräckliga och varaktiga förändringar – förändringar som vi menar är nödvändiga för att befolkningen ska få tillgång till en god vård och omsorg. Därför behöver vi också utveckla metoder som gör att vi blir bättre på att bli en del av lösningen. Ett exempel på detta är att vi under 2017 har testat att genomföra tillsyner med systemansats inom både hälso- och sjukvården och

³² En samtalsmatta består av en matta med olika uppsättningar med bilder som ska understödja en kommunikation med personer med olika typer av kommunikativa och kognitiva svårigheter.

omsorgen. Målet med en tillsyn med systemansats är att göra en genomlysning av vad som skapar risker i verksamheten och vad som gör att de kvarstår. Det innebär att vi behöver gå utanför den enskilda enheten eller verksamheten för att förstå var problemet har uppkommit någonstans och varför de återkommer, samt för att ta reda på vilken nivå åtgärder bör vidtas. Tillsynerna som vi gjorde inkluderade exempelvis organisation, ledning och styrning, systematiskt förbättringsarbete och andra delar som kan ha betydelse för verksamhetens förutsättningar att uppfylla sina skyldigheter utifrån lagstiftningens krav och sina egna mål för vården och omsorgens kvalitet. Genom att arbeta mer med helheten kan både vi och vård- och omsorgsgivarna få en större förståelse för de bakomliggande orsakerna till varför brister återkommer trots upprepade tillsynsinsatser. Samtidigt kan vi konstatera att metoden medför utmaningar, inte minst när det gäller att ha den enskilde i fokus samtidigt som vi har en systemansats för tillsynen.

Förbättrad informationshantering gynnar våra intressenter

Utöver det arbete som vi har gjort för att utveckla vår tillsyn, har mycket av vårt utvecklingsarbete under 2017 handlat om att utveckla myndighetens informationshantering. Insamling och lagring av information som lämnas till IVO ska ske på ett enhetligt och strukturerat sätt. Som ett led i detta arbete kan vårdgivare sedan september månad anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada (lex Maria) genom en e-tjänst hos oss. Förhoppningen är att tjänsten, fullt utvecklad, ska göra det enklare för vårdgivare att göra sina anmälningar och att komplettera dem. Den digitala hanteringen ger dem också bättre möjligheter att överblicka sina ärenden hos IVO och att på sikt få statistik över sitt patientsäkerhetsarbete. Från och med den 27 september kan våra intressenter också ansöka om tillstånd inom SoL och LSS via en e-tjänst. Syftet med att införa en e-tjänst för tillståndsprövning är att den som söker tillstånd ska uppleva processen som mer effektiv, rättssäker och förutsägbar.

För att medverka till förändring måste vi ha rätt kompetens

För att vi ska kunna bedriva en effektiv tillsyn behöver vi, liksom alla andra aktörer, utveckla vår kompetens. Under 2017 har myndighetens rekryteringsarbete fokuserat på att främja den långsiktiga utvecklingen av tillsynen. Likt tidigare rekryterar vi personer med erfarenhet från vården och omsorgen. Men som komplement rekryteras även inspektörer med särskild kompetens inom ledning och styrning. Inte sällan är de utmaningar som vi ser i vården och omsorgen kopplat till just detta område. För att vi ska kunna möta våra intressenter med trovärdighet och för att kunna utföra en tillsyn som gagnar den enskilde, måste vi också själva ha rätt kompetens.

Myndigheten har även rekryterat personer med kompetens inom företagsekonomi och ekonomisk revision för att på ett bättre sätt kunna utföra så kallade lämplighetsprövningar. I dag har vi ett komplett utredningsteam på plats, där det ingår en ekonom, en administratör, en socionom, en jurist och en inspektör med kompetens inom ledning och styrning.

Vi samarbetar med andra

Under 2017 har IVO bland annat inlett en samverkan med Skolinspektionen, som ska ge oss möjlighet att utbyta information om årlig tillsynsplanering, diskutera gränsdragningsfrågor och delge varandra iakttagelser från genomförd tillsyn. Under våren valde vi även att genomföra varsin inspektion på ett HVB-hem vid ett och samma tillfälle. Bakgrunden till tillsynen var att vi uppmärksammade att en placerad ungdom råkat ut för en incident under skoltid. Under året har vi även tillsammans med Arbetsmiljöverket, inom ramen för Tillitsdelegationen, planerat och genomfört flera samordnade tillsynsinsatser. Syftet har varit att bidra med generella lärdomar om när och hur myndigheter som utövar tillsyn över samma verksamhet bör samordna tillsynen. Vi ser att samarbetena inför och under inspektionerna har gett ett mervärde för samtliga inblandade parter.

Vi har också utvecklat former för samverkan mellan oss och Försäkringskassan i ärenden som rör personlig assistans. Samverkansformerna har tagits fram utifrån våra gemensamma samverkansbehov.

Utöver samverkan med andra myndigheter är IVO en aktiv deltagare på EPSO³³ och Nordisk tillsynskonferens – två viktiga forum för att lära av andra och hjälpas åt att utveckla tillsynen.

³³ *European Partnership for Supervisory Organisations*. EPSO är ett europeiskt nätverk för tillsynsmyndigheter.

Vad har IVO sett inom socialtjänsten?



På socialtjänstens område har vårt tillsyn- och tillståndsarbete utvecklats på flera olika sätt. Som nämndes i föregående kapitel har vi bland annat testat att genomföra tillsyn med systemansats. Detta har varit ett sätt för oss att bättre förstå de utmaningar som socialtjänsten står inför, men också ett sätt för oss att skapa varaktiga förändringar i verksamheten, som syftar till att invånarna ska få tillgång till en trygg och säker omsorg av god kvalitet.

I september lanserade vi även en ny e-tjänst för tillståndsprövningen inom SoL och LSS. I samband med lanseringen av den nya e-tjänsten introduceras Mina sidor. Under Mina sidor får den som är inloggad en överblick över sina tillståndsärenden hos IVO och kan se statusen för vår handläggning av ärendena.

”Digitaliseringen av tillståndsansökan är ett stort steg framåt i arbetet med att öka förutsägbarheten för de sökande och effektiviteten i processen.”

Anna Sundberg, chef för avdelningen för tillståndsprövning

Hanteringen av ej verkställda beslut³⁴ från kommunen (EVB) har centraliserats inom IVO. Den viktigaste orsaken bakom centraliseringen har varit fördelarna för de enskilda – oavsett var i landet man bor eller vistas, kommer de beslut som inte har verkställts och som kommunen rapporterar till oss att behandlas lika.

³⁴ Beslut enligt socialtjänstlagen och LSS ska i princip verkställas omedelbart. Kommunen är skyldig att rapportera till IVO om en beviljad insats inte har verkställts inom tre månader.

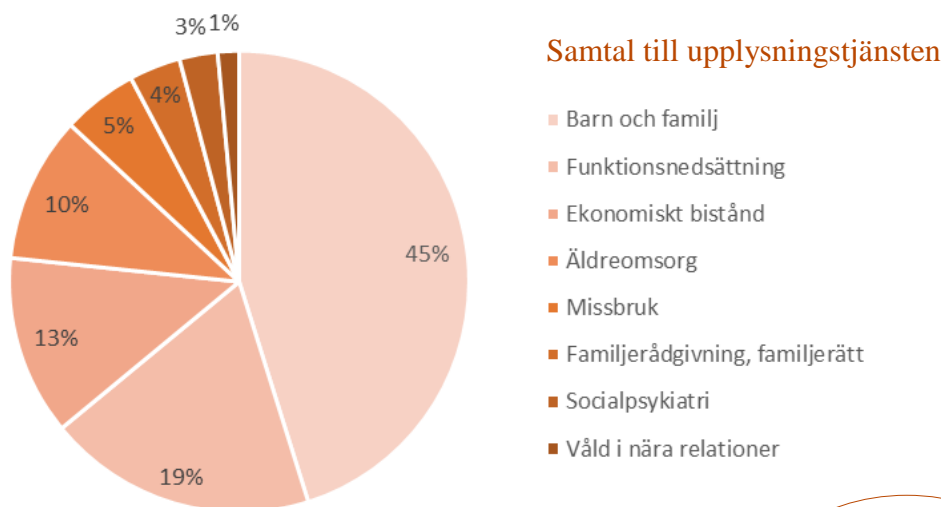
Inom socialtjänsten utgör frekvenstillsynen en stor del av vår tillsynsverksamhet, även om situationen i år inte har varit lika ansträngd som den var under 2015 och 2016. Kvalitet och säkerhet har utgjort årets tema för frekvenstillsynen enligt socialtjänstlagen. Kultur- och fritidsaktiviteter har varit årets tema för frekvenstillsynen enligt LSS.

Inom ramen för vår egeninitierade tillsyn har vi i enlighet med tillsynsplanen bedrivit två nationella riskbaserade tillsynsprojekt: Lämplighetsprövning inom personlig assistans och uppföljning av placerade barn. Vi har även granskat samverkan kring multisjuka äldre som vårdas i hemmet. Tillsynen har fokuserat på samordning av hälso- och sjukvårdsinsatser, men granskningen berör den målgrupp som presenteras i ett av avsnitten i detta kapitel.

I följande avsnitt presenteras de viktigaste iakttagelserna från IVO:s tillsyn inom socialtjänsten under 2017.

Vad ville man prata med IVO om under 2017?

Via vår upplysningstjänst kan patienter, brukare och anhöriga samt yrkesverksamma få svar på frågor som rör vården och omsorgen. De kan även få hjälp och guidning om de vill skicka in ett klagomål som rör socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Upplysningstjänsten är en viktig källa till information i vår riskbaserade tillsyn.



Utveckling mellan 2016 och 2017

Frågorna från professionen inom socialtjänsten upplevs ha en allt mer grundläggande karaktär. Detta kan spegla de utmaningar som rör kompetens och bemanning inom socialtjänstens område – att medarbetare ibland faktiskt inte har grundläggande kunskaper.

Något fler har i år synpunkter på brister i utförandet av personlig assistans.

Frågorna som rör ensamkommande barn på HVB har minskat.

Barn och familj

Socialtjänsten ska verka för att barn och unga växer upp under trygga förhållanden. Det innebär att socialtjänsten exempelvis ska genomföra utredningar vid misstanke om att barn far illa och som kan vara i behov av stöd och skydd. År 2016 fick 30 500 barn och unga vård enligt socialtjänstlagen eller insats enligt lagen (1990:52) om särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Det är framför allt barn över 15 år som kommer i kontakt med socialtjänsten. Den vanligaste placeringsformen enligt socialtjänstlagen är familjehem.³⁵ Många barn får också öppenvårdsinsatser, där den vanligaste insatsen är personligt stöd.³⁶

Kommunen har också ansvar för mottagande av barn som kommer till Sverige utan sina vårdnadshavare, vilket omfattar ansvar för boende, skolgång och annat stöd som barnet kan behöva.³⁷ Under 2015 kom det cirka 35 000 ensamkommande och asylsökande barn till Sverige. Det var en ansträngd situation för många kommuner. Sedan dess har antalet ensamkommande minskat kraftigt.³⁸ Men även om antalet nyanlända har minskat är det fortfarande många barn och unga som har fortsatt behov av stöd och hjälp.

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- 🕒 Kommunerna följer inte alltid upp placerade barn tillräckligt väl
- 🕒 Rättssäkerheten för barnen och delaktigheten brister ofta vid omplaceringar
- 🕒 Utförarnas ökade fokus på ekonomi riskerar att leda till mindre fokus på kvalitet

Antalet ensamkommande barn som söker asyl i Sverige har sjunkit kraftigt under 2016 och 2017, men det finns fortfarande en del utmaningar kvar för kommunerna att hantera. Det gäller exempelvis socialtjänstens uppföljning av placerade barn, där tillsynen har visat på brister inom flera delområden, bland annat vad gäller genomförandeplaner och regelbundna besök hos placerade barn. Liksom föregående år har vi även sett att det är vanligt att kommuner omplaceras ensamkommande barn till hemkommunerna – barn som tidigare placerats i en annan kommun. Både rättssäkerheten och delaktigheten brister ofta vid dessa omplaceringar och socialtjänsten beaktar inte alltid barnets bästa.

Under 2017 har många kommuner och privata aktörer valt att placera ensamkommande ungdomar i boenden som erbjuder en mindre resursintensiv vård, i första hand stödboenden. Detta görs bland annat eftersom ungdomarna har blivit äldre och ska förberedas för ett självständigt boende och vuxenliv. I samband med denna utveckling har vi uppmärksammat ett antal risker som kan drabba barnen och

³⁵ Socialstyrelsen 2017j, sid 1.

³⁶ En öppenvårdsinsats kan innebära att personen har en kontaktperson/kontaktfamilj eller i vissa fall en särskilt kvalificerad kontaktperson. Den 1 november 2016 hade knappt 31 700 barn och unga minst en behovsprövad öppenvårdsinsats, vilket är en minskning med 70 personer sedan 2014. Ibid s. 3–4.

³⁷ IVO, Migrationsverket, Socialstyrelsen, Länsstyrelserna, SKL och Skolverket, 2017, sid 8–9.

³⁸ År 2016 kom det 2 199 ensamkommande barn till Sverige och under 2017 sjönk det ytterligare till 1 336.

ungdomarna. Det gäller i första hand barn som har mer omfattande behov av stöd och som riskerar att placeras i en verksamhet som inte kan erbjuda det.

I likhet med andra aktörer ser vi att många av de ensamkommande barnen och ungdomarna har en relativt tung psykiatrisk problematik.³⁹ Det kräver särskild kompetens hos personalen. De behöver bland annat kunna ta hand om barn och ungdomar som har traumatiska erfarenheter från krigs- och konfliktdrabbade länder, vilket är ett behov som inte alltid kan tillgodoses. Ungdomarna mår även ofta psykiskt dåligt på grund av långa väntetider för asylprövning, oro för avslag och åldersbestämningar och avslag från Migrationsverket på asylansökan.

Kommunerna följer inte alltid upp placerade barn tillräckligt väl

Under 2017 genomförde vi en nationell tillsyn av hur socialtjänsten följer upp barn som placerats på HVB. Granskningen, som till stor del omfattade ensamkommande barn, visar att majoriteten av kommunerna inte följer upp sina placeringar i tillräcklig stor utsträckning. Vi kan se att socialtjänstens uppföljning brister inom flera delområden, bland annat vad gäller genomförandeplaner, regelbundna besök hos placerade barn, enskilda samtal med barn, och överväganden/omprövningar av vården.

Tillsynen visar att socialnämnderna inte alltid pratar med barnen – så många som en tredjedel av barnen har inte haft enskilda samtal med sin socialsekreterare. Däremot samtalar kommunen som regel alltid med vårdnadshavare eller med god man. En majoritet av barnen önskar mer kontakt med socialtjänsten och de anser också att det är viktigt att ha en nära kontakt med sin socialsekreterare.

”Resultatet av tillsynen kan användas som stärkt underlag till det vi själva har sett, det vill säga att det krävs utveckling och förbättring runt exempelvis barnsamtal. Det blir också bra att kunna visa på likheter i landet, det är inte bara vi som behöver förbättra oss.”

Citat från chef inom socialtjänsten

Vi ser tydligt i vår tillsyn att genomförandeplanen verkar ha särskilt stor betydelse för uppföljningen. Vi ser att de kommuner som har upprättat en genomförandeplan i högre utsträckning kan tillgodose kraven på regelbundna besök, enskilda samtal och omprövning av vården. Användandet av genomförandeplaner skiljer sig emellertid åt mellan olika regioner. Barn som placerats på HVB av kommuner i IVO:s sydvästra och östra tillsynsregioner har i betydligt lägre utsträckning än andra barn en upprättad genomförandeplan.

Rättssäkerheten för barnen och delaktigheten brister ofta vid omplaceringar

Likt tidigare år ser vi att det är vanligt att kommuner omplaceras ensamkommande barn och ungdomar till hemkommunerna – barn som tidigare har placerats i en annan kommun. Både rättssäkerheten och delaktigheten brister ofta vid dessa omplaceringar. Utredningarna som ska föregå omplaceringarna genomförs inte alltid förutsättningslöst och ibland genomförs de inte alls, utan först efter att kommunen

³⁹ Socialstyrelsen 2017i, sid 26–27 och Läkare utan gränser 2018, sid 5.

redan har bestämt att barnet ska omplaceras. Det är också vanligt att barn och vårdnadshavare eller god man inte ges möjlighet att vara delaktiga och att nämnden brister i sin skyldighet att inhämta samtycke från barn (över 15 år) och god man. Förutom att kommunen då bryter mot gällande lagstiftning, kan det också innebära att de inte beaktar att barnet kan ha andra behov än vad som kan tillgodoses i familjehemmet eller på HVB-hemmet. Det kan också innebära att kommunen inte upptäcker om det förekommer missförhållanden. Sammantaget tyder dessa brister på att socialtjänsten inte alltid beaktar barnets bästa och att rättssäkerheten åsidosätts för barn som redan befinner sig i en osäker och utsatt situation.

MED BARNETS BÄSTA FÖR ÖGONEN?

I en tillsyn av ensamkommande barn framgår att nämnden i juli 2016 planerade att omplacera ett ensamkommande barn, fyllda 15 år, från ett familjehem till ett HVB i den egna kommunens regi. Barnet hade bott i familjehemmet sedan augusti 2015. Av ett yttrande från kommunen framgår att nämnden fattat ett generellt beslut om att alla externa placeringar skulle omplaceras till kommunens HVB-hem. Både barnet och den gode mannen motsatte sig en omplacering.

Utförarnas ökade fokus på ekonomi riskerar att leda till mindre fokus på kvalitet

Under 2017 ändrades den statliga ersättningsnivån för ensamkommande barn.⁴⁰ De ensamkommande barn som anlände under 2015 har också blivit äldre. Tillsammans har detta bidragit till att många kommuner och privata aktörer nu väljer att placera ungdomarna i boenden som erbjuder en mindre resursintensiv vård, i första hand stödboenden.⁴¹ HVB, som inte längre behövs för att ta emot nya placeringar, läggs ner eller omvandlas därmed till andra typer av boenden.

”Jag är orolig över att kommuner omvandlar HVB-hem till stödboenden. Många av ungdomarna behöver stöd som de nu inte får tillgång till.”

Företrädare för enskild verksamhet

I samband med dessa förändringar har vi uppmärksammat ett antal risker som kan drabba barnen och ungdomarna. För att placera barn i åldern 16–17 år i ett stödboende ska det finnas särskilda skäl, och en särskild bedömning ska göras av socialnämnden. Vi ser att detta inte alltid görs, vilket kan innebära att barn som har mer omfattande behov av stöd placeras i en verksamhet som inte kan erbjuda

⁴⁰ Den 1 juli 2017 trädde ett nytt ersättningsystem ikraft för mottagandet av ensamkommande barn och unga, vilket innebär en ersättning som baseras i huvudsak på schabloner. För ensamkommande unga med uppehållstillstånd, det vill säga de som har varit ensamkommande barn och som har fyllt 18 men inte 21 år, får kommuner en schablonersättning på 750 kronor per ensamkommande ung och dygn. I praktiken innebär det nya systemet att ersättningen sänktes per barn/ungdom. Regeringens webbplats (www.regeringen.se): <http://www.regeringen.se/artiklar/2017/03/beslut-fattat-om-nytt-ersattningssystem-for-mottagandet-av-ensamkommande-barn-och-unga/>.

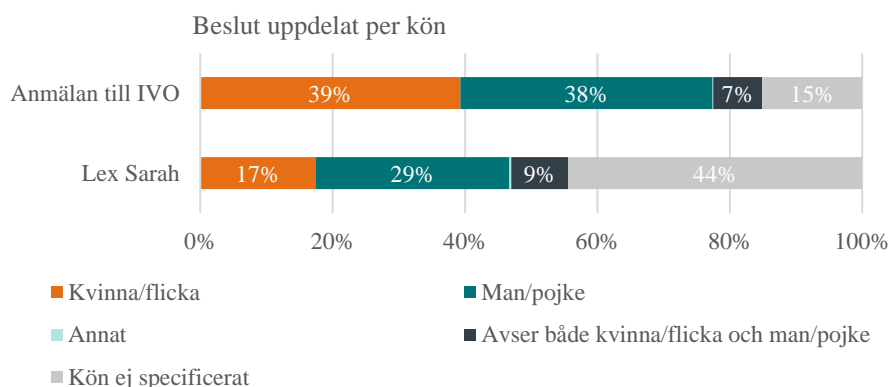
⁴¹ Stödboenden är en placeringsform som infördes 1 januari 2016. Ett stödboende är ett eget boende med anpassat stöd för barn och unga i åldern 16–20 år. Regeringen anser att det huvudsakliga syftet med den nya placeringsformen, dvs. att under trygga former träna och förbereda barnet eller den unge för ett självständigt boende och vuxenliv, bäst kan uppnås genom att barnet eller den unge har ett eget boende. Ett eget boende bör som utgångspunkt innebära ett mer självständigt boende än HVB, t.ex. att barnet eller den unge bor i en lägenhet eller i en liknande boendelösning. Ett eget boende utesluter inte ett delat boende med ett annat barn eller en annan ung person, t.ex. ett syskon eller andra närstående som önskar bo ihop. Regeringskansliet 2015, sid 39f.

detsamma. Vi ser också att bemanningen på dessa boenden ofta inte räcker, vare sig till antal eller utifrån det stöd som ungdomarna behöver. Vi har även noterat att det förekommer att kommuner bedriver stödboenden i lokaler som inte är ändamålsenliga. Vidare förekommer det att ungdomar delar rum, utan att själva ha önskat det.

Sammantaget har vi sett att ett ökat fokus på att anpassa kostnadsbilden i verksamheten till rådande ersättningsnivå ibland har lett till ett mindre fokus på ungdomars individuella behov. Tillsynen visar att det finns en förhöjd risk för att stödboenden inte har möjlighet att tillgodose ungdomarnas behov. Skillnaden mellan ett HVB och ett stödboende kan vara avgörande för en ungdoms välbefinnande och möjligheter till att bli en del av samhället.

Översikt av årets tillsyn

Under 2017 kom drygt 2 500 anmälningar in till IVO gällande barn och familj. I 22 procent av ärendena inledde vi fortsatt tillsyn. I stort sett lika många anmälningar avsåg kvinnor som män. Merparten av anmälningarna rör socialtjänstens myndighetsutövning. Anmälningarna handlar till stor del om rättssäkerhet, exempelvis att utredningar inför placeringar inte har genomförts, omplaceringar har genomförts utan beslut och beslutsunderlag och att delaktighet och samtycke saknas. Under 2017 har det också kommit in anmälningar om att verksamhet har bedrivits utan tillstånd eller utan rätt tillstånd.



Händelserna i lex Sarah-anmälningarna handlar huvudsakligen om brister i rättssäkerhet och bristande följsamhet till rutiner. Men de handlar även om hot och våld från personalen eller om att personalen har haft ett olämpligt bemötande i förhållande till en ungdom.

Tabell 1. Genomförd tillsyn av barn och unga under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Anmälan till IVO	2 587	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	576 ¹
Lex Sarah	349 ²		-
Egeninitierad tillsyn	526 ³	varav IVO har ställt krav på åtgärd	121
Författningsreglerad tillsyn	1 985	varav IVO har ställt krav på åtgärd	190
Tillståndsprovning	880	varav IVO har beviljat tillstånd	357

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² I lex Sarah-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

³ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Äldreomsorg

Det offentliga ansvaret för äldre personer är omfattande och delas av olika huvudmän. Landsting och regioner svarar bland annat för vård som ges på sjukhus och vårdcentraler medan kommunerna ansvarar för vård och omsorg till äldre i form av exempelvis hemtjänst, särskilt boende och hemsjukvård. Närståendes omsorgsinsatser är dock fortfarande en viktig samhällsbärande funktion för att få den enskildes vardag att fungera. Totalt har drygt 310 000 personer i åldern 65 år och äldre någon form av biståndsbeslutad socialtjänstinsats, vilket motsvarar 16 procent av befolkningen (65 år och äldre).⁴² Kvinnorna utgör nästan 70 procent av biståndsmottagarna. De vanligaste insatserna är trygghetslarm, hemtjänst och särskilt boende. Drygt 300 000 personer över 65 får ta del av den kommunala hälso- och sjukvården, och även här är det fler kvinnor än män som får insatser.⁴³

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- ⊕ Det finns behov av ökad kunskap om användande av välfärdsteknik
- ⊕ Det är en utmaning att samordna vårdinsatserna för de multisjuka äldre
- ⊕ Brister i yrkesmässig och språklig kompetens påverkar omsorgens kvalitet

Äldreomsorgen står inför stora utmaningar genom att antalet äldre personer ökar. Utmaningarna består framför allt i hur den framtida kompetensförsörjningen ska hanteras. Kompetensförsörjningen avspeglar sig också tydligt i årets tillsyn. Vi ser exempelvis att personalens kompetens ibland brister, såväl i formell kompetens som personlig lämplighet. Vi kan liksom tidigare år se att nattbemanningen på boenden för äldre med demens eller demensliknande symptom i flera fall är otillräcklig – enskilda kan därmed inte få sina behov av hjälp och stöd samt trygghet och säkerhet tillgodosedda. Ett sätt för kommunerna att anpassa och utveckla äldreomsorgen är att använda sig av olika former av välfärdsteknik. Det kan innebära många fördelar för både de enskilda och personalen, men det kan också medföra risker vid felaktig hantering.

I takt med att demografin ändras har äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg blivit en växande patientgrupp inom hälso- och sjukvården.⁴⁴ Allt fler svårt sjuka äldre får vård och omsorg i ordinärt boende (i form av exempelvis hemtjänst och hemsjukvårdsinsatser), då antalet platser i slutenvården och i särskilt boende under 2000-talet har minskat.⁴⁵ För att hålla samman vårdkedjan ser vi att huvudmännen på olika sätt samverkar utifrån den enskildes vårdbehov. Vi ser exempel på att slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård har strukturerade och regelbundna samverkansforum. Utmaningen består i att få

⁴² Socialstyrelsen 2017h, sid 1. Statistiken är per den 31 oktober 2016.

⁴³ Socialstyrelsen 2017g, sid 1.

⁴⁴ Socialstyrelsen 2015a, sid 129.

⁴⁵ Statistik om bostadsmarknaden (www.boverket.se: samhällsplanering/bostadsplanering/bostadsmarknaden). Andelen äldre ökar – sedan 1994 har det försvunnit närmare 40 000 platser i särskilt boende för äldre.

samverkan att resultera i reella förbättringar för den enskilde – något som kan komma att förbättras i och med den nya lagstifningen om samverkan vid utskrivning.⁴⁶ Många äldre upplever fortfarande att det är svårt att veta vem som gör vad och närstående kan bli tvungna att hålla ihop den enskildes vårdinsatser, något som också Vårdanalys⁴⁷ har konstaterat. En väl fungerande samverkan mellan ovannämnda aktörer och hemtjänsten är viktig för att den enskildes vardag ska gå ihop och för att behoven av vård och omsorg ska tillgodoses.

Det finns behov av ökad kunskap om användande av välfärdsteknik

Vi ser att användandet av välfärdsteknik kan ge kommunerna nya möjligheter att anpassa, utveckla och förbättra äldreomsorgen då antalet äldre blir allt fler. Digitala och tekniska lösningar har exempelvis möjlighet att förbättra vården och omsorgen genom att öka den enskildes trygghet och rörelsefrihet. Det kan också vara ett hjälpmedel för att göra personalen uppmärksam på att den enskilde behöver hjälp och stöd.⁴⁸

Den välfärdsteknik som vi oftast ser i vår tillsyn av äldreomsorgen är passiva⁴⁹ och aktiva⁵⁰ larm, utrustning för överföring av bild och ljud, olika former av låsanordningar och spårningsutrustning⁵¹. Användandet av välfärdsteknik kan dock medföra risker för den enskilde. I årets tillsyn ser vi flera exempel på verksamheter som har använt sig av lösningar där tekniken inte fungerade eller där tekniken inte hanterades rätt. Det riskerar att invagga både personalen och den enskilde i en falsk trygghet.

NÄR LARMET TYSTNAR

Tillsyn av korttidsboende

”På avdelning fyra och fem kan det larma så mycket att telefonerna laddar ut och kan bli ljudlösa. En av de intervjuade uppskattar att det kan vara upp till hundra och fler rörelselarm per natt på en avdelning. Personalen försöker svara på alla larm men om det är många larm samtidigt går dessa inte att kontrollera. Larm försvinner och syns inte i larmtelefonen om nytt larm kommer.”

Brister i handhavandet kan handla om att tekniken är felinstallerad och att personalen inte har kunskap och kompetens för att hantera tekniken. Det kan saknas rutiner och arbetssätt för hur personalen ska använda tekniken – om gamla arbetssätt behålls samtidigt som ny teknik införs riskerar tekniken att inte fylla sin funktion. Det kan även finnas brist på personal, vilket kan medföra att larm inte hinner besvaras. Bemanningen tillsammans med kulturen på arbetsplatsen kan påverka handhavandet av tekniken – vi har sett exempel på att personalen bortser från larm från personer som larmar ofta och att de utifrån tidigare erfarenheter gör kalkylerade beräkningar av vad larmet från vissa personer kan avse och därefter avgör om larmet ska besvaras

⁴⁶ Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

⁴⁷ Vårdanalys 2017f, sid 7.

⁴⁸ Användandet av välfärdsteknik måste dock föregås av en utredning för att bland annat säkerställa att tekniken inte medför en otillåten skydds-, begränsnings- eller tvångsåtgärd.

⁴⁹ Passiva larm aktiveras utan att den enskilde behöver trycka på en knapp för att tillkalla uppmärksamhet, exempelvis larmmatta, sängvakt eller dörlarm.

⁵⁰ Aktiva larm aktiveras av den enskilde, exempelvis trygghetslarm.

⁵¹ Exempelvis GPS.

eller inte. Brister kan även handla om att verksamheten använder teknik som inte uppfyller krav på säkerhet och skydd av sekretessbelagda uppgifter.⁵²

Tillsynen väcker frågor kring bland annat kompetens, arbetssätt, roller och ansvar, underhåll och förvaltning samt styrning och ledning. Vi bedömer att det finns behov av en ökad kunskap om användandet av välfärdsteknik hos vårdgivare, huvudmän och nämnder för att säkerställa att enskilda erhåller en trygg och säker vård och omsorg.

Det är en utmaning att samordna vårdinsatserna för de multisjuka äldre

Multisjuka äldre, som inte sällan vårdas i ordinärt boende, har ofta ett omfattande vårdbehov. De vårdas också många gånger av personal från olika verksamheter, som slutenvården, primärvården, och kommunal hälso- och sjukvård. Detta kräver att samverkan mellan dessa aktörer fungerar – gör den inte det medför det risk för att ansvarsförhållandena blir oklara. I vår tillsyn ser vi att det i samband med in- och utskrivning till och från slutenvården kan vara svårt att få kommunikationen och informationsöverföringen att fungera, vilket kan medföra att det blir fel i patienternas läkemedelslistor.⁵³ Men vi ser också att det ibland finns svårigheter att inkludera alla kompetenser i vårdplaneringen. Exempelvis kan en otillräcklig samordning leda till att det saknas arbetsterapeuter eller fysioterapeuter vid vårdplaneringen.

I årets nationella tillsyn av multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende, kan vi se att det överlag finns strukturerade och regelbundna forum för samverkan mellan slutenvården, primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Tillsynen visar dock att det är en utmaning att få samverkan att resultera i reella förbättringar i vården och omsorgen för den enskilde. Intresseorganisationerna för enskilda påpekar att arbete kvarstår för att multisjuka äldre få en sammanhållen vård:

”Patienten vet inte vem som har huvudansvaret och ibland kan det vara svårt att förstå vem som gör vad.”

Enkät svar från intresseorganisation

Hos vårdgivarna finns det förhoppningar om att den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård kommer att tvinga fram nya och mer utvecklade rutiner för samverkan. In- och utskrivningsprocessen på sjukhus samt samordnad individuell planering är två viktiga delar i den nya lagen som träder i kraft i januari 2018. Många vårdgivare anser att samordnad individuell plan (SIP) är ett bra verktyg som borde kunna användas i större utsträckning för att trygga samverkan och informationsöverföring vid exempelvis vårdövergångar. Men vissa vårdgivare upplever ändå att det är tidskrävande att ta fram SIP:ar och att det tar mycket personalresurser i anspråk. Att SIP kan användas i större utsträckning är även något som organisationerna lyfter fram:

⁵² Om verksamheten exempelvis använder föråldrad teknik, har vi sett exempel på hur en persons larm kan höras i flera rum samtidigt, vilket kan påverka hanteringen av sekretess och de äldres integritet.

⁵³ För mer information om samverkan kring multisjuka äldre, se avsnitten om Somatisk specialistsjukvård och Primärvård.

”På de flesta platser fungerar tyvärr varken arbetet med fast vårdkontakt eller SIP, utan anhöriga träder in i nyckelrollen att försöka hålla ihop vårdinsatserna.”

Enkät svar från intresseorganisation

Hemtjänst har inte ingått i den nationella tillsynen, men samverkan med hemtjänsten var ett av de utvecklingsområden som lyftes vid de dialogmöten som genomfördes tillsammans med vårdgivarna. I vår övriga tillsyn kan vi iaktta brister i samverkan mellan hemsjukvården och hemtjänsten.

Brister i yrkesmässig och språklig kompetens påverkar omsorgens kvalitet

För att vården och omsorgen ska bli så bra som möjligt för den enskilde och hålla hög kvalitet krävs att personalen har rätt kunskap och kompetens. Inom äldreomsorgen har de enskilda ofta stora och skiftande behov, vilket ställer stora krav på verksamheten. Inte sällan ser vi att kompetensen är otillräcklig i förhållande till de enskildas behov. Personalen kan exempelvis sakna kompetens om demens, rehabilitering eller palliativ vård. Men vi ser även brister som rör den språkliga kompetensen.

Språket är en grundläggande förutsättning för att personalen ska kunna kommunicera med de enskilda. Men det är också en förutsättning för att förstå och tillämpa kunskap och för att kommunicera med övrig personal och närstående. I vår tillsyn ser vi bristande kompetens i det svenska språket som ett riskområde. Personalen kan ha genomgått en utbildning på svenska men ändå inte ha tillgodogjort sig tillräckliga språkkunskaper för de vardagliga och praktiska situationerna. Vid bristande språkkunskaper kan personalen ha svårt att uppfatta önskemål från den enskilde, ta instruktioner från eller förmedla viktig information till annan personal, förstå brukarnas genomförandeplaner eller dokumentera. Detta kan i sin tur leda till att den enskilde får omsorgen och vården utförd på ett felaktigt sätt eller inte alls, och att det därmed uppstår missförhållanden eller inträffar vårdskador. Det kan också medföra att omsorgen inte ges på ett sådant sätt att verksamheten lever upp till den nationella värdegrunden inom äldreomsorgen.⁵⁴

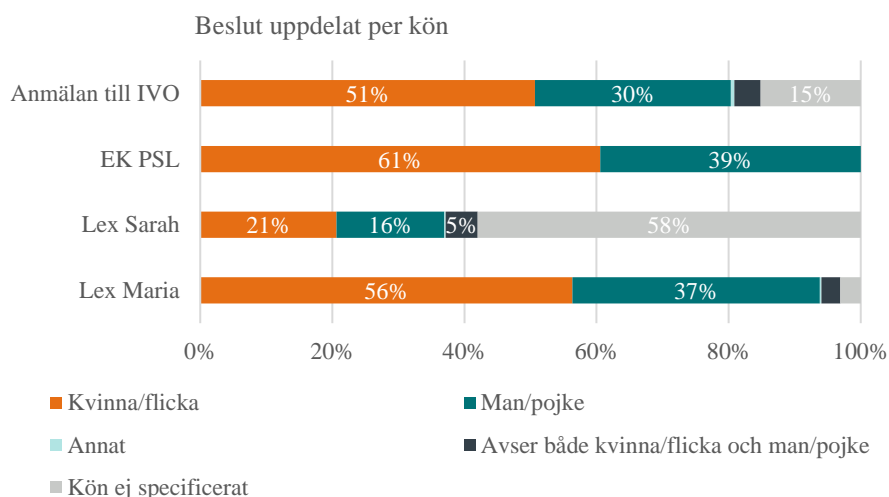
Det ska dock noteras att oavsett vilket språk (eller funktionsnedsättning) den enskilde har så är en fungerande kommunikation mellan personalen och den enskilde alltid en förutsättning för att vården och omsorgen ska kunna ges med god kvalitet.

Översikt av årets tillsyn

De flesta av våra tillsynsärenden nedan rör kvinnor, vilket sammanfaller med att de flesta insatser inom äldreomsorgen riktas till kvinnor (se inledningen till detta avsnitt). Majoriteten av alla anmälningar till IVO och klagomål enligt Patientsäkerhetslagen, (2010:659), PSL handlar om brister i omsorg och omvårdnad respektive vård och behandling.

⁵⁴ Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund) 5 kap. 4§ SoL.

I lex Sarah-anmälningarna rör händelserna oftast en insats som blivit felaktigt utförd eller en insats som inte blivit utförd alls. Det kan exempelvis handla om att personalen inte har svarat på den enskildes larm och därmed inte har bistått med den omsorg den enskilde behöver. Det kan också handla om att omsorgen inte har utförts i enlighet med vad som är överenskommet med den enskilde och framgår av dennes genomförandeplan.



Inom lex Maria-anmälningarna avser händelserna framför allt brister kopplade till läkemedelshanteringen, men om vi bara ser till de ärenden där händelsen lett till allvarlig vårdskada så rör de framför allt vård och behandling. Exempel: utebliven vård och behandling trots försämrat tillstånd och fördröjd diagnos och bristfälligt omhändertagande i livets slutskede.

Tabell 2. Genomförd tillsyn av äldreomsorgen (inklusive hemsjukvård och kommunal hälso- och sjukvård) under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Anmälan till IVO	582	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	140 ¹
Klagomål enligt PSL	251 ²	varav IVO har riktat kritik	130
Lex Maria	419	³	-
Lex Sarah	514	³	-
Egeninitierad tillsyn	224 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	35
Tillståndsprövning	42	varav IVO har beviljat tillstånd	29

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar och i lex Sarah-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Funktionshinderområdet

Antalet personer med insatser från socialtjänsten fortsätter att öka under 2016, även om ökningen inte är lika tydlig då den ställs i relation till befolkningsökningen. Totalt sett har nu lite fler än 120 000 barn och vuxna med funktionsnedsättning insatser. Av dessa har drygt 50 000 personer insatser enligt socialtjänstlagen⁵⁵ och drygt 70 000 personer insatser enligt LSS.⁵⁶ Inom LSS är det en högre andel män än kvinnor som får insatser, speciellt i de yngre åldersgrupperna. Utöver detta är det knappt 16 000 personer som har personlig assistans enligt socialförsäkringsbalken (SFB).⁵⁷ Daglig verksamhet och bostad med särskild service för vuxna är de två vanligaste insatserna enligt LSS och är de som ökar mest (i antalet personer).⁵⁸ Boendestöd och hemtjänst i ordinärt boende är de vanligaste insatserna enligt socialtjänstlagen.⁵⁹

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- ⊕ De flesta barn och ungdomar erbjuds en meningsfull fritid på sina boenden
- ⊕ Ekonomisk misskötsamhet är den vanligaste orsaken till återkallat tillstånd
- ⊕ Traditionell daglig verksamhet är under utveckling

I årets tillsyn kan vi se att det pågår mycket positivt arbete för att utveckla verksamheten för dem som får ta del av socialtjänstens insatser. På LSS-boenden ser vi exempelvis att barnen och ungdomarna överlag erbjuds goda möjligheter till både individuella och gemensamma fritids- och kulturaktiviteter. Detta stämmer väl överens med Socialstyrelsens iakttagelser av att barnen blir alltmer delaktiga och har större inflytande över genomförandet av sin insats än tidigare.⁶⁰ Inom daglig verksamhet får vi signaler om att det pågår en rad utvecklingsarbeten för att anpassa den traditionella dagliga verksamheten till de behov och önskemål som personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har.

Samtidigt ser vi att det finns fortsatta utmaningar, inte minst vad gäller personlig assistans. I den nyligen släppta promemorian *Personlig assistans – Analys av en kvasimarknad och dess brottslighet*⁶¹ konstateras att oseriösa företag med löner och sociala förmåner som är lägre än gällande kollektivavtal, har fått en konkurrensfördel mot andra med den schablonersättning som betalas ut. Författarna konstaterar också att risken för brottslighet inom assistansmarknaden är fortsatt hög, även om IVO:s tillståndsprövning och tillsyn har utvecklats. Vi (IVO) har ett nära samarbete med andra myndigheter för att kunna förhindra att verksamhet bedrivs av olämpliga aktörer. Vi ska dock komma ihåg att de allra flesta assistansanordnare bedriver en

⁵⁵ Socialstyrelsen 2017f, sid 1. Statistiken är per den 31 oktober 2016.

⁵⁶ Socialstyrelsen 2017d, sid 1. Statistiken är per den 1 oktober 2016.

⁵⁷ Försäkringskassan, 2017, sid 42.

⁵⁸ Socialstyrelsen 2017d, sid 2, Statistiken är per den 1 oktober 2016.

⁵⁹ Socialstyrelsen 2017f, sid 1, Statistiken är per den 31 oktober 2016.

⁶⁰ Socialstyrelsen 2017b, sid 7.

⁶¹ Regeringskansliet 2018, sid 7–8.

verksamhet med god kvalitet som bidrar till att den enskilde får goda levnadsvillkor och kan leva ett självständigt liv.

Vi ser att de iakttagelser som vi beskrev i förra årets tillsynsrapport återkommer i årets tillsyn. Det rör otillåten användning av skydds-, tvångs- och begränsningsåtgärder och bristande kunskap om olika typer av funktionsnedsättning, diagnoser och kommunikationsstöd. Vi ser även att det finns fortsatta problem med boenden som inte är ändamålsenliga för personer med psykiska funktionsnedsättningar.⁶² Det vill säga, verksamheterna använder sig av generella och otidsenliga regler, lokalerna är omoderna och inte ändamålsenliga och enskilda blir kvar på tillfälliga boenden.

De flesta barn och ungdomar erbjuds en meningsfull fritid på LSS-boenden

En meningsfull fritid stärker barns möjlighet att leva ett självständigt och rikt liv. För barn med funktionsnedsättning innebär det också en möjlighet att kunna leva som andra barn. Årets frekvenstillsyn av landets cirka 200 bostäder med särskild service för barn och ungdomar visar att barnen och ungdomarna erbjuds goda möjligheter till både individuella och gemensamma fritids- och kulturaktiviteter. IVO bedömer att det överlag finns resurser och tid i verksamheterna för att anordna både planerade och spontana aktiviteter och många verksamheter visar på både stor lyhörddhet och stort engagemang.

”Det är viktigt att man upplever att man har en meningsfull fritid och det tycker jag att boendet understödjer på alla sätt jag kan tänka mig.”

Enkät svar från vårdnadshavare

Den enkät som gick ut till vårdnadshavare och legala företrädare, och som nästan 400 personer har svarat på, visar att flertalet är nöjda eller mycket nöjda med det utbud av fritids- och kulturaktiviteter som verksamheterna erbjuder barnet/ungdomen. Vårdnadshavarna till flickor tenderar att vara något nöjdare än vårdnadshavarna till pojkar (sex procentenheters skillnad). Endast cirka åtta procent är inte alls nöjda (det vill säga knappt 30 personer).

”Det är mycket beroende på vilken personal som är på plats, hur omsorgen och fritiden blir, det är synd.”

Enkät svar från vårdnadshavare

Det är dock cirka 20 procent av de svarande som uppger att deras barn/ungdom inte erbjuds några fritids- eller kulturaktiviteter. Det kan finnas flera orsaker till detta, exempelvis att de svarande inte har full insikt i verksamheten och därför inte har vetskap om de aktiviteter som verksamheten anordnar. Men det kan naturligtvis också vara så att verksamheten inte erbjuder några aktiviteter. Det är därför viktigt att verksamheterna har en kontinuerlig dialog med vårdnadshavarna och de legala företrädarna för att göra dem delaktiga i planeringen och genomförandet av

⁶² Se vår tidigare rapport *En institutionell historia*, IVO 2016b.

barnets/ungdomens fritids- och kulturaktiviteter, men också för att prata om förväntningar.

Ekonomisk misskötsamhet är den vanligaste orsaken till återkallat tillstånd

IVO arbetar aktivt för att olämpliga aktörer inte ska bedriva verksamhet på ett sätt som kan komma att drabba den enskilde negativt. Inom personlig assistans är det bara en mindre andel av de som söker tillstånd som beviljas det – färre än 20 procent av de totalt cirka 130 beslutade ansökningarna om nya tillstånd har lett till bifall under 2017. De vanligaste orsakerna till nekat tillstånd är brister i kompetens och brister som rör företagets ekonomi. Andelen som beviljas tillstånd för personlig assistans kan jämföras med andelen som beviljas tillstånd för bostad med särskild service för vuxna. Där får majoriteten tillstånd av de som söker – nästan 70 procent av de beslutade ärendena har lett till bifall.

Trots att det är få assistansanordnare som beviljas tillstånd, återkallar vi tillstånd i ungefär vart tionde ärende som beslutas. Under 2017 har vi fattat cirka 180 beslut i ärenden som rör lämplighetsprövning av personlig assistans. I 16 av dessa ärenden har vi återkallat tillstånd. Liksom tidigare år har tillstånden oftast återkallats på grund av ekonomisk misskötsamhet. I något fall finns också kopplingar till brottslighet. Inget tillstånd har återkallats enbart på grund av brister som har koppling till verksamhetens kvalitet.

De vanligaste iakttagelserna i de assistansverksamheter som vi granskar är, förutom ekonomisk misskötsamhet, brister i systematiskt kvalitetsarbete, social dokumentation och begäran av utdrag från belastningsregistret i verksamheter som berör barn. Det kommer även in många samtal till IVO om personlig assistans, inte minst från de som själva beviljats insats. De för bland annat fram synpunkter på att det finns assistenter som är olämpliga och saknar kompetens, att bemötandet är dåligt och att insatsen inte utförs som den ska.

Traditionell daglig verksamhet är under utveckling

Daglig verksamhet utgör en viktig och stor del i många människors liv, vilket ställer höga krav på hur verksamheten utformas. Vi ser att det är en särskild utmaning för kommunerna att tillgodose de behov som personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har. För att kommunens verksamhet ska erbjuda den sysselsättning och stimulans som dessa personer behöver så måste kommunen ha en god planering av verksamheten.

Vi har granskat kommunens planering i en av våra tillsynsregioner. Tillsynen visar att flera kommuner har kommit fram till att den traditionella dagliga verksamheten inte motsvarar de behov och önskemål som unga vuxna med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning har. De vill ofta ha en annan form eller ett annat innehåll i den dagliga verksamheten än vad personer med en intellektuell funktionsnedsättning önskar. Därför har också en rad utvecklingsarbeten startat i kommunerna. Resultatet från tillsynen visar ändå att verksamheten i de flesta fall anpassas efter målgruppen. Flertalet kommuner har exempelvis en planering för målgruppens behov av daglig

verksamhet. De flesta kommuner ställer krav på personalens utbildning och merparten av kommunerna erbjuder också kompetensutveckling inom olika områden.

HUR FÅNGAR KOMMUNEN UPP NYA MÅLGRUPPER?

I vår regionala tillsyn har vi sett att en del kommuner har testat nya sätt att arbeta med uppsökande verksamhet. Genom projekten vill de komma i kontakt med personer med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, som inte har tagit sig in på arbetsmarknaden, som inte deltar i någon verksamhet och som inte har någon egen försörjning. Det är i de flesta fall personer som inte har gått gymnasiesärskola. Tanken är att hjälpa dessa personer med att få en meningsfull sysselsättning och ett fungerande samspel med sin omgivning.

Den uppsökande verksamheten sker ofta genom ett omsorgsfullt kartläggningsarbete där olika nätverk nyttjas av projektet för att hitta de personer man letar efter. För att vara framgångsrik krävs ofta samarbete med flera olika aktörer, exempelvis gymnasieskolan, arbetsförmedlingen, försäkringskassan, psykiatrin och individ- och familjeomsorgen.

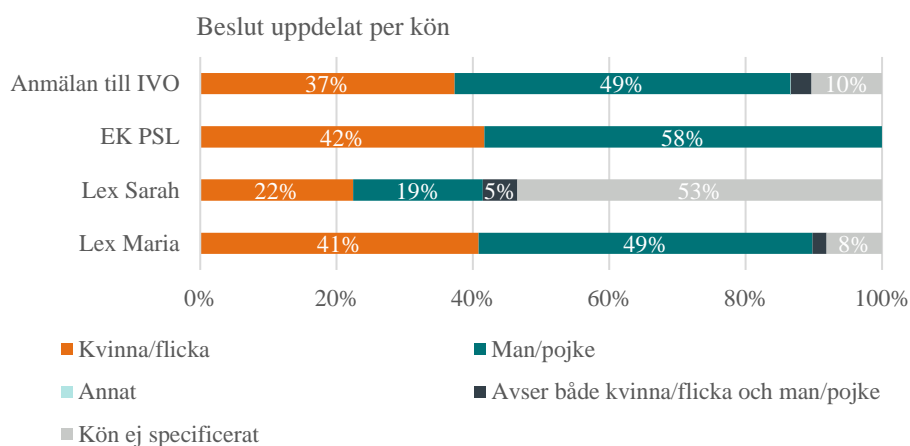
De tillfrågade brukarna tycker överlag om sitt arbete på daglig verksamhet och känner sig trygga med personalen (totalt svarade 118 personer på enkäten). Kvinnorna uppger i högre grad att de tycker om sitt arbete än männen.⁶³ Tio procent av samtliga svaranden uppger att de inte tycker om sitt arbete på daglig verksamhet. Här finns utrymme för fortsatt utveckling av verksamheten för att den ska bli så ändamålsenlig och stimulerande som möjligt för den enskilde.

Översikt av årets tillsyn

De flesta ärendena som kommer in till IVO och merparten av vår tillsyn rör personer som får insatser via LSS. Fördelningen mellan våra LSS-ärenden och SoL-ärenden motsvarar inte den fördelning som råder mellan hur mycket insatser som kommunen (och Försäkringskassan) beviljar enligt respektive lagstiftning.

De flesta anmälningar till IVO avser omsorg och omvårdnad. Vi inleder andelsmässigt flest tillsyner utifrån anmälningar som rör övergrepp och begränsningsåtgärder. Fler anmälningar rör män än kvinnor, vilket inom LSS är särskilt tydligt för anmälningar som rör bostäder med särskild service och myndighetsutövning. Detta sammanfaller med att en högre andel av de som får insatser enligt LSS är män (se inledningen till detta avsnitt). Inom personlig assistans är det dock fler anmälningarna som rör kvinnor än män.

⁶³ Skillnaden mellan kvinnor och män är tio procentenheter om både "Ja" och "ibland" inkluderas. Om bara "Ja" inkluderas är skillnaden fyra procentenheter.



I lex Sarah-anmälningarna enligt LSS rör händelserna främst insatser som är felaktigt utförda och bemötande, och i lex Maria-anmälningarna inom LSS-verksamheten är det vanligast med händelser som rör läkemedelshanteringen. Självmord är den vanligaste orsaken till lex Maria-anmälningar inom verksamheter som bedrivs enligt SoL.

Tabell 3. Genomförd tillsyn av funktionshinderområdet under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
LSS			
Anmälan till IVO	770	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	193 ¹
Klagomål enligt PSL	7 ²	varav IVO har riktat kritik	4
Lex Maria	40	³	-
Lex Sarah	367	³	-
Egeninitierad tillsyn	452 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	47
Författningsreglerad tillsyn	220	varav IVO har ställt krav på åtgärd	17
Tillståndsprovning	382	varav IVO har beviljat tillstånd	180
SoL			
Anmälan till IVO	215	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	30 ¹
Klagomål enligt PSL	5 ²	varav IVO har riktat kritik	0
Lex Maria	9	³	-
Lex Sarah	48	³	-
Egeninitierad tillsyn	60 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	4
Tillståndsprovning	22	varav IVO har beviljat tillstånd	12

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar och i lex Sarah-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Missbruks- och beroendevården

Personer som har ett missbruk eller är beroende av alkohol, narkotika, läkemedel dopningsmedel eller spel har ofta problem med såväl den fysiska och psykiska hälsan, som svårigheter med sin sociala situation. De vanligaste behandlingsformerna för dessa personer är olika typer av öppna insatser inom både sjukvården och den sociala omsorgen. Under 2016 beviljades 10 627 personer individuell behovsprövade öppna insatser, vilket är en liten minskning jämfört med 2014.^{64,65}

Allt yngre personer tvångsvårdas för missbruk. Medianåldern bland de som tvångsvårdas för missbruk har minskat från 43 till 34 år mellan 2010 och 2016. Statistiken visar också förändringar i vilket missbruk de tvångsvårdade har. Tidigare var alkohol vanligast, men nu är det narkotika- och blandmissbruk som flest tvångsvårdas för.⁶⁶ Statens institutionsstyrelse (SiS) ansvarar för tvångsvård med stöd av LVU och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM.

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- ⊕ Socialtjänstens handläggning är för passiv, särskilt när det gäller unga vuxna
- ⊕ Brister i samverkan drabbar unga personer med samsjuklighet
- ⊕ Personer med svår beroendeproblematik placeras i boenden utan behandling

I årets tillsyn ser vi att några av tidigare års iakttagelser återkommer. Det gäller bland annat socialtjänstens handläggning, som vi i många fall bedömer är för passiv och där unga vuxna är en särskilt utsatt grupp. De allvarligaste bristerna handlar om att socialtjänsten har svårt att klara skyndsamhetskraven i handläggningen. Men det handlar också om att de inte alltid överväger tvångsåtgärder enligt LVU, trots att den enskilde har uppenbara vårdbehov. Vad gäller tvångsvård kan vi också konstatera att vi ser att platsbristen kvarstår hos SiS, som är den myndighet som bedriver individuellt anpassad tvångsvård.

”Socialtjänsten gjorde bedömningen att det är sjukvårdens ansvar att tillgodose hens behov av vård, och socialtjänsten har svårt att hitta ett lämpligare boende i nuläget.”

Anteckningar från en journal tillhörande en ung man som avled till följd av missbruk

Vi ser även fortsatta problem med samverkan när det gäller personer med missbruks- och beroendeproblematik – både samverkan inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården, och samverkan mellan kommuner och landsting. Det gäller särskilt unga personer med samsjuklighet. Till detta kan tilläggas att vi ser att ensamkommande ungdomar med missbruksproblem är en växande grupp och många av

⁶⁴ Socialstyrelsen 2017k, sid 2.

⁶⁵ Socialstyrelsen 2015b, sid 17.

⁶⁶ Socialstyrelsen 2017k, sid 2.

dessa ungdomar lider av just samsjuklighet. De har inte sällan ett missbruk i kombination med psykisk ohälsa.

I årets tillsyn ser vi också att personer med omfattande beroendeproblematik placeras i boendeformer som saknar behandling. Det handlar om till exempel stödboenden. Det medför en risk för att redan utsatta personer får en insats som inte är individuellt anpassad och som inte ges av personer med rätt kompetens.

Socialtjänstens handläggning är för passiv, särskilt när det gäller unga vuxna

Socialtjänsten ska aktivt sörja för att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård som de behöver för att komma ifrån sitt missbruk.⁶⁷ Men vår tillsyn visar att socialtjänstens handläggning är alltför passiv och att unga vuxna är en särskilt utsatt grupp. Socialtjänsten vidtar inte åtgärder i den omfattning och med den skyndsamhet som de borde:

- ⊗ De gör inte alltid skyddsbedömningar i samband med att en orosanmälan som rör barn eller unga kommer in.
- ⊗ Det tar för lång tid för dem att fatta beslut om att inleda eller inte inleda utredning. Vi ser också att de missar att utreda unga personers situation trots alarmerande uppgifter.
- ⊗ De överväger inte alltid tvångsåtgärder enligt LVU trots uppenbara vårdbehov. De inleder inte heller alltid LVM-utredning efter anmälan från läkare, trots att lagstiftningen kräver det om det finns skäl att bereda någon tvångsvård.
- ⊗ De sätter alltför stor tilltro till den enskildes samtycke om frivillig vård, även när det finns starka skäl att betvivla att samtycke kommer att erhållas.

Brister i samverkan drabbar unga personer med samsjuklighet

Unga personer med missbruks- eller beroendeproblem lider många gånger samtidigt av psykisk ohälsa – de har en så kallad samsjuklighet. Det innebär att de har behov av vård och omsorg från flera olika aktörer samtidigt. Det kan handla om socialtjänstens öppenvård eller behandlingshem, psykiatrisk specialistsjukvård och primärvård.

Vår tillsyn visar på olika typer av samverkansbrister när det gäller vård och omsorg för dessa personer – både inom socialtjänsten respektive hälso- och sjukvården, och mellan kommuner och landsting. Det är exempelvis inte ovanligt att unga personer med samsjuklighet först måste genomgå en missbruksbehandling genom insatser beviljade av socialtjänsten, för att sedan få vänta (länge) på hjälp från vuxenpsykiatrin med sin psykiska ohälsa. Det kan också vara otydligt för den enskilde vem som ansvarar för vad i vård- och omsorgsprocessen, där vi ser att ingen aktör verkar ta ett helhetsansvar.

⁶⁷ 5 kap. 9 § SoL.

Vi kan även konstatera att brister i samverkan inom socialtjänsten drabbar unga vuxna med missbruk. För personer som har fyllt 18 blir detta extra tydligt. De ”tappas lätt bort” på grund av en organisatorisk otydlighet mellan olika enheter inom socialtjänsten. Det kan exempelvis innebära att socialtjänsten missar att göra skyddsbedömningar eller att de i samband med skyddsbedömning bara gör bedömningar utifrån LVM och inte LVU. Socialtjänsten är ofta organiserad med en barn- och ungdomsenhet respektive en vuxenenhet. Vissa kommuner har organiserat sig så att barn- och familjeenheten ansvarar för barn och unga upp till 20 år och vuxenenheten ansvarar för de över 20 år. Det finns också organisationslösningar där ansvaret för unga med missbruk ligger på två olika enheter inom socialtjänsten, missbruks- eller vuxenenheten samt barn- och familjeenheten. I dessa fall händer det att ungas behov inte tillgodoses då samverkan mellan enheterna brister.

”IVO bedömer att det är en allvarlig brist att nämnden hade organiserat socialtjänsten så att lagar som kan vara tillämpliga för att skydda enskilda personers liv och hälsa inte användes.”

Beslut med åtgärdskrav gällande en 18-årig man som avled till följd av missbruk under tiden han hade heldygnsinsats från socialtjänsten

Personer med svår beroendeproblematik placeras i boenden utan behandling

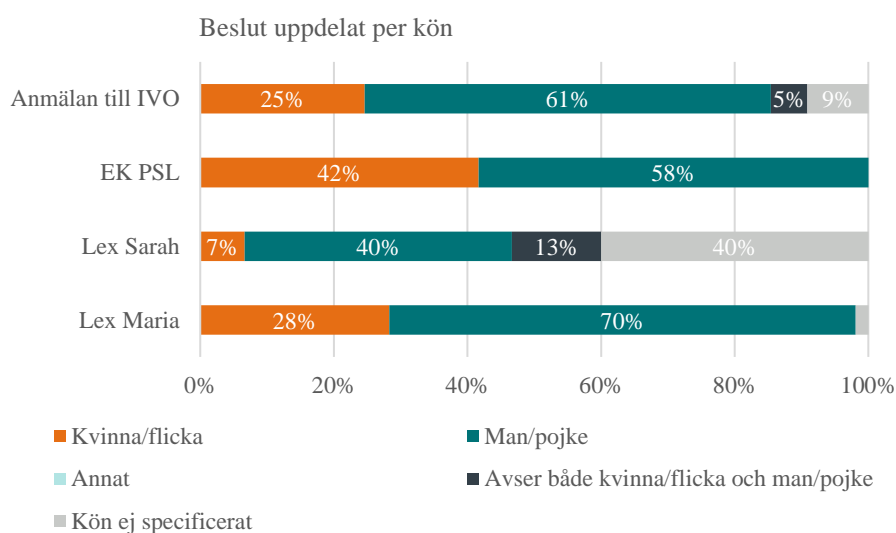
I vår tillsyn ser vi att det finns verksamheter som bedriver heldygnsvård, men som inte har tillstånd från IVO. Att de inte har tillstånd beror på att de inte bedriver behandling i den omfattning som enligt IVO krävs för att vara tillståndspliktig. Verksamheterna kallas för exempelvis stödboende, träningsboende, gruppboende, härbärge med mera, och erbjuder insatser med varierande innehåll och kvalitet.

Vi ser samtidigt att kommunerna placerar personer som är i behov av omfattande stöd och behandling i dessa verksamheter. Det är exempelvis inte ovanligt att personer som har läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO) bor där.⁶⁸ Personer med svår beroendeproblematik placeras därmed i boendeformer som inte erbjuder en behandling som motsvarar den enskildes behov. Kommunens agerande medför på detta sätt en ökad risk för att redan utsatta personer får en insats som inte är individuellt anpassad och som inte ges av personer med rätt kompetens.

⁶⁸ Vid allvarligt beroende av exempelvis heroin eller morfin finns möjlighet att få metadon och buprenorfin förskrivet via sjukvården. Behandlingen kallas läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende, LARO.

Översikt av årets tillsyn

Nästan alla lex Maria-anmälningar gällande beroendevård under 2017 handlar om självmord, försök till självmord eller överdosering och har lett till att personen har avlidit. Självmorden har skett vid LVM-hem eller särskilda ungdomshem som drivs av SiS, under pågående öppenvårdsinsatser eller i samband med utskrivning från slutenvården/specialistvården. Lex Sarah-anmälningarna handlar till stor del om rättssäkerhet och brister i myndighetsutövning. Oavsett ärendetyp dominerar männen i statistiken.



Tabell 4. Genomförd tillsyn av missbruk- och beroendevård under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Anmälan till IVO	329	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	105 ¹
Klagomål enligt PSL	48 ²	varav IVO har riktat kritik	14
Lex Maria	53	³	-
Lex Sarah	30	³	-
Egeninitierad tillsyn	177 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	40
Tillståndsprövning	30	varav IVO har beviljat tillstånd	5

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar och i lex Sarah-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Vad har IVO sett inom hälso- och sjukvården?



Under 2017 har vi gjort ett mer ingående arbete kring lex Maria-anmälningarna. Dels har vi låtit göra en fördjupad analys av beslutade lex Maria-anmälningar, där resultatet av analysen har utgjort en viktig del av underlaget till de iakttagelser vi lyfter fram i följande avsnitt.⁶⁹ Dels har vi följt upp vårdgivarnas hantering av beslutade lex Maria-anmälningar.

Vårdgivarens hantering har följts upp genom en granskning av cirka 300 lex Maria-beslut från 2017. Vi har i samband med uppföljningen även skickat ut en enkät till samtliga 21 regioner och landsting med tre frågor om lärande i samband med hanteringen av lex Maria. Vår sammantagna bedömning av uppföljningen är att det lärande som sker i verksamheterna i samband med lex Maria-processen sakta men säkert ökar i styrka. Det är enligt vårdgivarna det interna utredningsarbetet och analysarbetet som främst bedöms leda till lärande, medans det fortfarande finns arbete kvar att göra kring bland annat uppföljning och kunskapsspridning.

”Det är glädjande att se vårdgivarnas positiva inställning till lex Maria-arbetet och deras intresse av att utveckla uppföljning och informationsspridning. Då antalet lex Maria-anmälningar dessutom har ökat de senaste åren, och de flesta identifierade förbättringsåtgärderna vidtas, bedömer vi att lex Maria-hanteringen har en ökande betydelse för patientsäkerheten.”

Ewa Sunneborn, processägare för lex Maria-processen

⁶⁹ Genomgången gjordes av sådana ärenden där vi fattade beslut under första halvåret 2017 och som avsåg händelser som lett till allvarlig vårdskada.

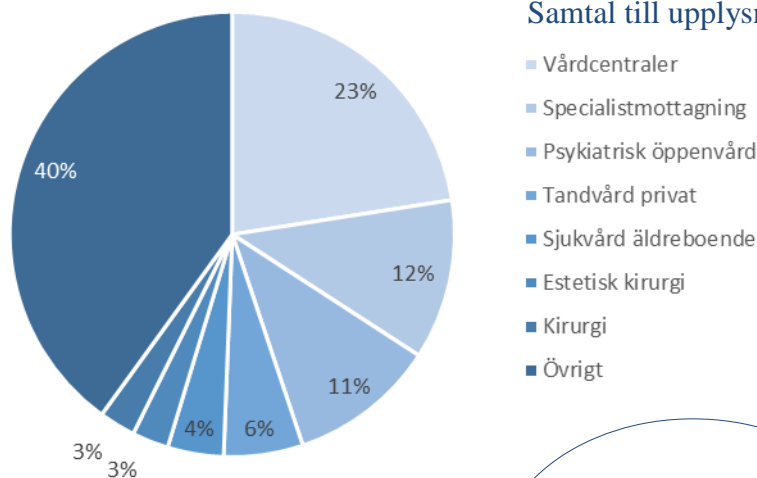
Under 2017 har vi förberett vår tillsynsverksamhet inför den förändring av enskildas klagomål som trädde i kraft den 1 januari 2018. Den nya klagomålshanteringen innebär förändringar för oss, patientnämnderna, vårdgivarna och patienterna. Inför lagens ikraftträdande har vi behövt anpassa vår hantering av klagomålen, bland annat genom att omarbete vår handläggningsprocess och utveckla den befintliga e-tjänsten.

Förutom hanteringen av lex Maria-anmälningar och klagomål har vi under 2017 bedrivit tre nationella riskbaserade tillsynsprojekt på hälso- och sjukvårdsområdet: samverkan kring multisjuka äldre som vårdas i hemmet, vårdens tillgänglighet och en granskning av tandvården. Vi har även genomfört en pilot tillsyn av strokevårdkedjan i två län, med fokus på ledning och styrning.

I följande avsnitt presenteras de viktigaste iakttagelserna från 2017 års tillsyn inom hälso- och sjukvården.

Vad ville man prata med IVO om under 2017?

Via vår upplysningstjänst kan patienter, brukare och anhöriga samt yrkesverksamma få svar på frågor som rör vården och omsorgen. De kan även få hjälp och guidning om de vill skicka in ett klagomål som rör socialtjänsten eller hälso- och sjukvården. Upplysningstjänsten är en viktig källa till information i vår riskbaserade tillsyn.



Utveckling mellan 2016 och 2017

Frågorna från professionen inom hälso- och sjukvården upplevs som allt mer komplicerade. Många frågor rör vårdens utförande kontra lagstiftningen.

Att vårdcentralernas hyrläkare brister i sin yrkesutövning blir en allt vanligare synpunkt från allmänheten.

Allt fler samtal rör psykiatri. Det handlar framför allt om bristande tillgänglighet, inom både öppen- och slutenvården.

Frågor som rör journalförstöring ökar i antal. Vi tror att det kan relatera till att allt fler läser sin journal.

Fler ringer in och har synpunkter om bristande språkkunskaper hos läkare inom primärvården.

Akutmottagningar och prehospital vård

Akutsjukvården omfattar all vård som är föranledd av medicinskt akuta tillstånd och detta inkluderar vård och behandling inom såväl akut öppenvård som akut slutenvård. I akutsjukvården ingår den prehospitala sjukvården och den vård som ges på landets akutmottagningar, vilket är de två områden vi kommer att redogöra för i detta avsnitt.

Den prehospitala vården omfattar larmcentraler och ambulanssjukvård och de tar, liksom akutmottagningarna, emot patienter i alla åldrar och med varierande sjukdomstillstånd. Under 2016 besvarades ungefär tre miljoner samtal av 112. Ett hjälpbehov förekom i ungefär tre av fyra samtal, vilket är en ökning jämfört med tidigare år. Ungefär 900 000 av dessa samtal rörde vård och cirka 150 000 av dessa kunde hänvisas till annan vårdinstans.⁷⁰

Antalet patientbesök på akutmottagningarna har också ökat under senare år.⁷¹ En av orsaker till detta anses vara bristande tillgänglighet inom primärvården, vilket har medfört att akutmottagningarna har fått hänvisa många patienter till en annan vårdnivå.⁷²

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- 🕒 Personalen har inte alltid den kompetens som behövs
- 🕒 Akutmottagningarna har tidvis svårt att sörja för patientens omvårdnadsbehov
- 🕒 Patienter hänvisas vidare utan information om sitt vårdbehov

Årets tillsyn visar att det kvarstår utmaningar med kompetensförsörjningen. De svårigheter vårdgivarna har att rekrytera och bibehålla personal med tillräcklig kompetens och erfarenhet är i många fall orsaken till de risker och brister vi ser.⁷³ Samtidigt vänder sig allt fler patienter direkt till akutsjukvården på grund av bristande tillgänglighet inom primärvården och långa svarstider inom sjukvårdsrådgivningen.⁷⁴ Detta leder till ett ökat inflöde av patienter, som ibland måste hänvisas till en annan vårdnivå eller till egenvård. Hänvisningen sker ibland utan att personalen först försäkras sig om att patientens vårdbehov kan tillgodoses på en annan vårdnivå eller genom egenvård. Det händer också att personalen inte försäkras sig om att patienten själv förstår sitt vårdbehov. Detta ser vi kan leda till ökade patientsäkerhetsrisker.

⁷⁰ SOS Alarm 2017, sid 6.

⁷¹ SOU 2017, sid 9 och Socialstyrelsen 2017I.

⁷² SOU 2017, sid 9–10.

⁷³ IVO 2017a, sid 36–37.

⁷⁴ SOU 2017, sid 9 och Socialstyrelsen, 2017I.

Den statliga utredningen ”*God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild*” konstaterar att en förstärkt primärvård skulle ha bättre förutsättningar att se till patientens hela vårdbehov och bidra till en mer jämlik vård.⁷⁵ En förstärkt primärvård skulle även kunna avlasta akutmottagningarna och minska risken för vårdskador.

Personalen har inte alltid den kompetens som behövs

Tillsynen visar att vårdgivarna inte alltid lyckas med att säkerställa att ansvarig personal har den kompetens som krävs för att uppfylla kraven på god vård. Vi ser bland annat att stora patientsäkerhetsrisker uppstår när akutmottagningarna bemannas med personal som saknar tillräcklig erfarenhet. Inom den prehospitala vården ser vi att den personal som tar emot samtal vid larmcentralerna inte alltid inhämtar den information som är nödvändig för att kunna avgöra med vilken prioriteringsgrad ambulansen ska skickas ut. Men även när personalen inhämtar tillräckligt med information ser vi att de ibland gör felaktiga bedömningar av patientens hälsotillstånd. Det leder i vissa fall till att patienten felaktigt hänvisas till en annan vårdnivå eller att ambulans skickas ut med felaktig prioriteringsgrad. Precis som vid akutmottagningar kan konsekvensen för den enskilde bli fördröjd eller felaktig diagnos, felaktig behandling och vårdskador.

ATT FRÅGA RÄTT, OCH PRIORITERA RÄTT

I ett klagomål konstaterar IVO att en patient, som trillat i en trappa och slagit i huvudet, initialt fick för låg prioritet av SOS Alarm. Vid det första samtalet efterfrågades inte från vilken höjd som patienten föll ifrån, vilket borde ha skett för att på ett lämpligt sätt kunna bedöma risken för skador.

Akutmottagningarna har tidvis svårt att sörja för patientens omvårdnadsbehov

Tillsynen visar att patienter som vårdas vid akutmottagningar möter väntetider i olika skeden av sin vistelse. Väntetiderna uppstår

- ⌚ innan patienten blir bedömd av läkare,
- ⌚ under väntan på undersökningar (som exempelvis röntgen),
- ⌚ när patienten är färdigbehandlad vid akutmottagningen och väntar på en slutenvårdsplats.

Statistik från Socialstyrelsen visar att patienter vid stora sjukhus i storstäder får vänta längre på att bli bedömda av läkare vid akutmottagningar och att de har en längre vistelsetid vid akutmottagningen än patienter vid mindre sjukhus.⁷⁶ I vår nationella tillsyn har vi granskat väntetiderna i samband med patientens övergång mellan akutmottagningen och slutenvården. Tillsynen visar att huvudorsaken till att väntetider uppkommer är vårdplatsbrister inom slutenvården. De mindre akutmottagningarna har i större utsträckning även angett väntan på transporter som orsak till långa väntetider i övergången mellan akutmottagningen och slutenvården.

⁷⁵ SOU 2017, sid 9.

⁷⁶ Socialstyrelsen 2017I.

De vårdgivare vi har granskat under året berättar att patienter som möter långa väntetider på akutmottagningen riskerar att drabbas av vårdskador i form av fallskador, trycksår, blåsöverfyllnad, nutritionsbrist, utebliven eller försenad medicinering och vårdrelaterade infektioner. I de fall vi har kritiserat vårdgivarna för bristande patientsäkerhet beror detta ofta på att personalen, på grund av långa väntetider vid akutmottagningarna och hög belastning, har svårt att sörja för patientens omvårdnadsbehov, göra nya bedömningar och att dokumentera.

”IVO kan utifrån de handlingar som kommit in i ärendet konstatera att det finns brister i undersökningen och övervakningen av patienten under väntetiden på akutmottagningen. Bedömningen grundar sig på att det saknas dokumentation om patientens vitalstatus och allmäntillstånd. Patienten befann sig i drygt fem timmar på akutmottagningen utan att bli bedömd eller undersökt av sjuksköterska eller läkare och någon behandling påbörjades inte.”

Citat hämtat från beslut i tillsynsärende

I vår nationella tillsyn noterar vi att merparten av vårdgivarna aktivt arbetar för att förbättra patientsäkerheten på akutmottagningarna och att de i de flesta fall lyckas erbjuda patienterna en god vård, trots långa väntetider. Vårdgivarna är medvetna om vilka risker som uppstår när patienter vårdas kvar på akutmottagningen och vilka patientgrupper som blir särskilt drabbade, det vill säga äldre personer och patienter som saknar förmåga att tala för sig själva och tillkalla uppmärksamhet. De vårdgivare som har lyckats hålla nere väntetiderna på akutmottagningarna berättar att de arbetar med åtgärder som syftar till att:

- ⊕ Minska inflödet av patienter som hade kunnat tas emot på annan vårdnivå genom extern samverkan och så kallade snabbspår.
- ⊕ Förbättra omhändertagandet av patienter genom att knyta fler kompetenser och bättre utrustning till akutmottagningen, exempelvis akutläkare, mjuka sängar och elektronisk övervakning. Många har även organiserat arbetet vid akuten på annat sätt och infört omvårdnadsronder.
- ⊕ Förbättra utflödet av patienter med hjälp av till exempel koordinatörer, ökad tillgång till sjuktransporter och förbättrat samarbete med de kliniker som ska ta emot patienterna.

Patienter hänvisas ibland vidare utan information om sitt vårdbehov

Vi ser att larmcentraler, ambulanssjukvården och akutmottagningarna ibland hänvisar patienter till en annan vårdnivå eller till egenvård på felaktiga grunder. Det händer exempelvis att patienter som tas om hand av ambulanspersonal eller vid akutmottagningar bedöms efter en allt för snäv frågeställning och därefter hänvisas ifrån akutsjukvården. Detta har medfört att allvarliga sjukdomstillstånd, som patienten har visat symptom på, inte har uteslutits innan patienten skickas vidare.

Oavsett varför patienten hänvisas från akutsjukvården behöver hen få tydlig information om sitt vårdbehov, tecken som kan visa på att tillståndet försämras och när det kan vara aktuellt att åter ta kontakt med vården och vart hen i så fall ska vända

sig. Vi ser dock att vårdgivarna inte alltid ger denna information. Och när den väl ges är det inte alltid som personalen säkerställer att patienten har förstått den. Detta har i vissa fall lett till allvarliga vårdskador och ökad oro hos patienten och dess närstående. Detta stämmer med vad Vårdanalys har sett, det vill säga att patienter i minskad utsträckning upplever att de får denna typ av information när de är i kontakt med vården.⁷⁷

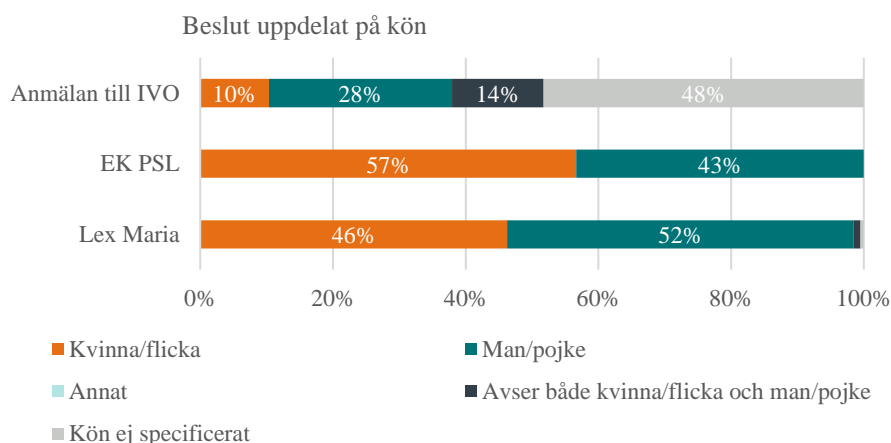
VAD HÄNDER OM PATIENTEN INTE HAR FÖRSTÅTT?

I ett klagomål framkommer: "Efter undersökning av patienten, där ambulanspersonalen inte kunde finna något som indikerade behov av ambulanssjukvård, bedömde ambulanspersonalen att patienten ändå behövde läkarundersökas samma natt."

Men IVO konstaterar: "Patienten har uppenbarligen, i aktuellt fall, inte förstått allvarligheten i uppmaningen att uppsöka sjukhus. Patienten dröjde därmed med att uppsöka vård och drabbades av allvarlig vårdskada."

Översikt av årets tillsyn

Under 2017 utredde vi drygt 490 klagomålsärenden gällande akutmottagningar och drygt 90 klagomålsärenden rörande prehospital vård. Cirka 60 procent av de klagomål som vi fattat beslut i avser kvinnor och 40 procent avser män. Däremot leder lika stor andel av klagomålen till kritik (knappt 40 procent). Kritiken avser framför allt brister i vård och behandling och diagnostisering.



Vi fattade beslut i 146 lex Maria-anmälningar gällande akutmottagningar och i 53 anmälningar gällande prehospital sjukvård. Under 2017 genomfördes också 82 egeninitierade tillsyner vid landets akutmottagningar och 10 stycken gällande den prehospitala vården.

⁷⁷ Vårdanalys 2017b, sid 54.

Tabell 5. Genomförd tillsyn av akutmottagningar och prehospital vård under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Akutmottagningar			
Anmälan till IVO	17	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	5 ¹
Klagomål enligt PSL	498 ²	varav IVO har riktat kritik	199
Lex Maria	146	³	-
Egeninitierad tillsyn	82 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	0
Prehospital vård			
Anmälan till IVO	12	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	2 ¹
Klagomål enligt PSL	93 ²	varav IVO har riktat kritik	44
Lex Maria	53	³	-
Egeninitierad tillsyn	10 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	0

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Somatisk specialistsjukvård

Den specialiserade somatiska vården svarar för drygt hälften av landstingens hälso- och sjukvårdskostnader.⁷⁸ Den innefattar såväl medicinska som kirurgiska specialiteter som exempelvis ortopedi, onkologi och neonatologi. Varje år besöker ett stort antal patienter, med varierande vårdbehov, den specialiserade vården. Och antalet besök ökar. 2016 gjordes drygt 20 miljoner besök i den specialiserade somatiska vården.⁷⁹ I Sverige, liksom i övriga delar i världen, kan vi se en övergång från slutna vårdformer till mer öppenvård i ett försök att förbättra de medicinska resultaten och effektivisera vården.⁸⁰ I takt med detta minskar antalet disponibla vårdplatser⁸¹ inom den specialiserade somatiska vården – från 18 802 stycken 2013 till 17 081 år 2016.^{82, 83} Samtidigt ser vi att andelen vårdtillfällen där patienten varit utlokaliserad⁸⁴ fortsätter att öka, från 3,1 procent 2015 till 4,5 procent 2016.⁸⁵

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- ⦿ Långa vårdköer till specialistmottagningar medför risker för patienten
- ⦿ Flera problem ligger bakom fördröjda diagnoser av allvarlig karaktär
- ⦿ Samverkan brister i samband med utskrivningar från slutenvården

Hälso- och sjukvården står inför flera utmaningar framöver. Samtidigt som utvecklingen i form av digitalisering och nya medicinska metoder och behandlingar går allt snabbare, har landstingen svårigheter både att rekrytera nya medarbetare och på ett effektivt sätt använda kompetensen hos de medarbetare som de har.⁸⁶ Tillsynen visar, likt tidigare år, att den specialiserade somatiska vården har problem med kompetensförsörjning. Förutom att det blir hög arbetsbelastning för befintlig vårdpersonal, leder problem med kompetensförsörjningen till att patienter kan få vårdas på fel vårdnivå eller avdelning och att de kan få vänta länge på att få rätt diagnos och behandling. Det som anmäls mest till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Löf), utöver skador som inträffar i samband med operation, är skador som orsakas av försenad eller utebliven diagnos.⁸⁷

⁷⁸ Ekonomi och verksamhetsstatistik från SKL (www.skl.se),

<https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>

⁷⁹ Ekonomi och verksamhetsstatistik från SKL (www.skl.se),

<https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>

⁸⁰ Socialstyrelsen 2017c, sid. 26.

⁸¹ Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö. Hämtat från Socialstyrelsens termbank (www.socialstyrelsen.se).

⁸² Ekonomi och verksamhetsstatistik från SKL (www.skl.se)

<https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>

⁸³ Mellan 2013 och 2017 (referenstid är november 2017) har Sveriges befolkning ökat med 467 805 personer. Hämtat från SCB (www.scb.se).

⁸⁴ En utlokaliserad patient är en inskriven patient som vårdas på annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Hämtat från Socialstyrelsens termbank (www.socialstyrelsen.se).

⁸⁵ SKL 2017, sid. 4.

⁸⁶ Regeringskansliet 2017d, bilaga sid 4.

⁸⁷ Löf 2016.

Därtill ser vi att behoven av samordning av insatser ökar. Tillsynen visar att vården inte alltid utformas med patienten i fokus, utan kännetecknas fortfarande till stor del av stuprörstänk. Avtalen mellan aktörerna tenderar att ha fokus på att dela upp ansvar snarare än att förbättra samordningen.⁸⁸ Vi kan konstatera att vården och omsorgen behöver utforma sin samordning mer horisontellt för att möta och tillgodose den enskildes behov. En annan svag länk är informationsöverföringen mellan de olika aktörerna. Detta blir särskilt tydligt vid utskrivningar från slutenvården. Här ser vi risker för flera utsatta patientgrupper, men framför allt för äldre personer och de patienter som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande.

Långa vårdköer till specialistmottagningar medför risker för patienten

Den somatiska specialistsjukvården har under flera år haft svårigheter att säkerställa bemanning och kompetens, vilket påverkar patientsäkerheten. IVO ser att inom flera olika specialiteter, som exempelvis specialiserad vård för patienter med sjukdomar i mag-tarmkanalen eller ögonen, har patienter svårt att få kontakt med vården eller få tid för återbesök efter behandling, något som även Vårdanalys⁸⁹ konstaterar. Ett fördröjt omhändertagande kan skapa oro för patienten men även en försämrad sjukdomsutveckling och ökad risk för vårdskador.

”900 patienter väntar på återbesök varav 500 patienter har väntat mer än 60 dagar.”

Citat hämtat från beslut efter tillsyn av en ögonklinik

Inom exempelvis ögonsjukvården ser vi att det finns för få specialistutbildade läkare och specialistsjuksköterskor för att kunna ta hand om patienter inom rimlig tid. Långa väntelistor medför förseningar av besök. Vi noterar bland annat att en synfältsundersökning görs först efter 18 månader istället för inom 3 månader på grund av att det inte finns sjuksköterskor med rätt kompetens. Men även att återbesök och kontroller för patienter med kronisk grön starr försenas. Förutom problem med kompetensförsörjning ser vi att brister i hantering av remisser och kallelser bidrar till långa väntetider och vårdköer för patienterna. Det händer att remisser inte bedöms som akuta och åtgärdas därmed inte förrän flera månader senare. Likaså kan det gå lång tid innan en remiss för kompletterande undersökning skrivs.

Flera problem ligger bakom fördröjda diagnoser av allvarlig karaktär

Försenade diagnoser leder till att sjukdomar hinner fortskrida utan rätt behandling, vilket kan leda till en rad olika konsekvenser för den enskilde: ökad smärta, förlängd vårdtid, bestående men, behov av mer omfattande behandling och att patienten avlider till följd av sjukdomen. Tillsynen visar att det finns flera problem kopplade till fördröjda diagnoser av allvarlig karaktär som exempelvis cancersjukdomar, kranskärllssjukdomar, stroke och allvarliga infektioner.

⁸⁸ Vårdanalys 2016, sid 11–12.

⁸⁹ Vårdanalys 2017d, sid. 11–13. Andel patienter som fått nybesök inom den specialiserade vården inom 90 dagar har sedan 2012 försämrats i samtliga landsting förutom två. Sedan 2012 har ungefär hälften av landstingen förbättrat sin efterlevnad medan andra hälften har försämrats sin vad gäller andel patienter som fått planerad vård (operation eller annan behandling) inom 90 dagar.

När det kommer till att ställa diagnos av bland annat cancersjukdomar, påbörjas ofta utredningen i primärvården för att sedan fortsätta inom den specialiserade vården. Inte sällan är det flera verksamheter inom den specialiserade vården inkopplade i patientärendet, vilket kan leda till att det blir otydligt vem som bär det övergripande ansvaret för patientens vård. Detta kan resultera i att utredningar blir onödigt långdragna. Vi ser flera risker kopplade till den administrativa hanteringen: att vårdpersonalen inte alltid följer befintliga signering- och bevakningsrutiner, det kan finnas en viss underlåtenhet att remittera patienten, diktering släpar efter, provsvar hanteras inte alltid av ansvarig läkare, det saknas utförlig dokumentation för vårdförloppet eller också kan det finnas skillnader mellan och okunskap om varandras administrativa rutiner.

EN GODTAGBAR VÄNTAN?

Av en anmälan framkommer att det dröjde nästan ett helt år mellan upptäckten av en misstänkt tumör i tjocktarmen till dess att diagnos ställs och behandling påbörjas. Under denna tid har flera olika läkare varit involverade i vården. IVO finner att för patienten har sjukdomsförloppet blivit osedvanligt komplicerat och långdraget. Även om varje steg i processen i huvudsak är begriplig har den sammanlagda väntetiden blivit oacceptabelt lång.

Utöver risker kopplade till den administrativa hanteringen ser vi att bristande kompetens hos vårdpersonalen och kommunikationen dem emellan bidrar till att diagnoser försenas. Bland annat riskerar patientärenden att inte handläggas korrekt på grund av att vårdpersonalen feltolkar röntgensvar eller inte uppmärksammar bifynd. Detta kan fördröja inledandet av en korrekt och snar utredning av patienten, trots det givna röntgensvaret. Vi ser också att vårdpersonalen kan sakna kompetens för att tolka patienters symtom i kombination med deras sjukdomshistoria och utifrån detta initiera lämpliga utredningar, vilket riskerar att fördröja diagnoser och behandlingar. Det händer även att patienters fasta vårdkontakt inte följer rekommendationer från specialistläkare eller att personalen saknar kunskap om de senaste riktlinjerna för hur eller när en viss typ av undersökning utförs.

Samverkan brister i samband med utskrivningar från slutenvården

Vid en säker utskrivning sker informationsöverföring om patienten till nästa vårdgivare/vårdnivå inom rimliga tidsgränser och är tillräckligt dokumenterad. För läkare på vårdcentralen och sjuksköterskor inom kommunen är informationen från sjukhuset en viktig pusselbit för att få veta vad som var tänkt och planerat från sjukhusets sida vad gäller patientens fortsatta vård. Vår nationella tillsyn av den sammanhållna vården för multisjuka äldre visar att samverkan och informationsöverföring i samband med utskrivningar från slutenvården inte alltid är tillfredställande.⁹⁰ Gränsdragningarna för när vem ska göra vad är inte heller alltid tydliga. Och de som drabbas är ofta utsatta patientgrupper, exempelvis äldre personer och patienter som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande.

⁹⁰ För mer information om samverkan kring multisjuka äldre, se avsnitten om Äldreomsorg och Primärvård.

Tillräckliga åtgärder och förberedelser inför utskrivningar är särskilt viktiga för de enskilda, inte minst med avseende på läkemedelshanteringen. Vi ser att det kan bli problem med läkemedelslistor – att det finns flera olika läkemedelslistor för en och samma patient och att listorna inte alltid är uppdaterade. I dag kan det krävas flera olika system för att säkerställa att läkemedelslistorna är korrekta. När det uppstår oklarheter kring läkemedelslistorna kan det ta mycket tid i anspråk för alla berörda att reda ut vilka läkemedel patienten är ordinerad.

Årets tillsyn av strokevården visar att särskilt tidiga utskrivningar från slutenvården innebär ett högt tryck på kommunerna, som inte alltid är informerade om, eller förberedda på förändringar (av vårdplatser) som sker på sjukhusen. Det händer att patienten snabbt hänvisas till kommunerna, som många gånger saknar kompetens och resurser för att kunna hjälpa den enskilde utifrån patientens individuella behov. Vidare ser vi att de olika journalsystemen som landstinget och kommunerna använder försvårar samverkan i samband med utskrivning. Detta konstaterar även Vårdanalys i sin rapport *Från medel till mål* som pekar på att bristande förutsättningar för att dela information utgör ett hinder för en samordnad vård och omsorg.⁹¹ I vår nationella tillsyn framkommer bland annat att slutenvården och primärvården har ett gemensamt journalsystem medan kommunerna har ett annat. Detta blir både patientsäkert och ineffektivt. Därtill kommer patienternas fria val som leder till ännu fler samverkansytor att hantera samt att sekretessen kan försvåra informationsutbytet över verksamhetsgränserna vid vårdövergångar.

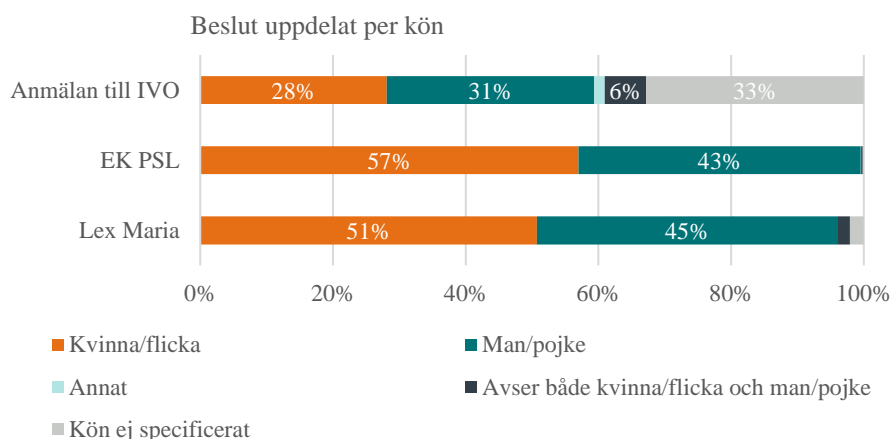
HUR MÅR DU?

I IVO:s nationella tillsyn framkom det att vissa avdelningar ringer upp patienter som är över 75 år, 48-72 timmar efter utskrivning. Detta har upplevts som positivt av patienterna. Samtalen till patienterna är även ett sätt för att fånga upp patientsäkerhetsrisker i övergången mellan vårdgivare.

Översikt av årets tillsyn

57 procent av alla klagomål som vi utredde inom den somatiska specialistsjukvården avsåg kvinnor. Majoriteten av alla klagomål och lex Maria-anmälningar handlar om brister i vård och behandling samt svårigheter att sätta rätt diagnos. Det är framför allt inom de kirurgiska specialiteterna ortopedi, obstetrik och övrig kirurgi vi ser dessa brister. Det kan exempelvis handla om att patienten inte erbjuds någon smärtlindring vid ankomst till förlossningen, trots att detta framgår i den enskildas förlossningsbrev. Det kan också handla om att en patients symtom inte tas på allvar trots att hen sökt vård upprepade gånger efter en operation och att upptäckten av en infektion därmed fördröjs. Under 2017 genomförde vi 74 egeninitierade tillsynsinsatser av verksamheter inom den specialiserade somatiska vården.

⁹¹ Vårdanalys 2017f, sid 15.



Tabell 6. Genomförd tillsyn av somatisk specialistsjukvård under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Kirurgi			
Anmälan till IVO	38	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	10 ¹
Klagomål enligt PSL	1 382 ²	varav IVO har riktat kritik	517
Lex Maria	542	³	-
Egeninitierad tillsyn	36 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	1
Invärtesmedicin			
Anmälan till IVO	22	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	8 ¹
Klagomål enligt PSL	538 ²	varav IVO har riktat kritik	202
Lex Maria	318	³	-
Egeninitierad tillsyn	29 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	
Barnmedicin			
Anmälan till IVO	4	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	1 ¹
Klagomål enligt PSL	97 ²	varav IVO har riktat kritik	35
Lex Maria	57	³	-
Egeninitierad tillsyn	8 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Psykiatrisk specialistsjukvård

Trots en generellt sett god hälsa hos befolkningen i Sverige har den psykiska ohälsan ökat under ett antal år. Sedan 2006 har det skett en ökning av antalet personer som vårdas för depression eller neuropsykiatriska tillstånd. Bland kvinnor är det betydligt vanligare med stress, sömnbesvär, trötthet och ångest än bland män. Bland unga vuxna i åldrarna 16–29 år är det vanligare med svår ångest än i övriga åldersgrupper.⁹² Idag är psykisk sjukdom den starkaste riskfaktorn för självmord bland vuxna och barn.⁹³ 2016 tog 1 478 personer sitt liv i Sverige, varav 1 015 män och 463 kvinnor.⁹⁴ Det är ungefär fyra självmord om dagen.

Varje år tvångsvårdas omkring 12 000 personer i Sverige med stöd av lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT och lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV. Majoriteten av dem som tvångsvårdas är i åldersgruppen 18–35 år.⁹⁵

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- 🕒 Tillgången till vård för barn och unga med psykisk ohälsa är otillräcklig
- 🕒 Patienters och närstående möjlighet till delaktighet vid vårdplanering brister
- 🕒 Användningen av tvångsåtgärder strider ibland mot aktuell rättstillämpning

Antalet personer med psykisk ohälsa ökar. I dag lider omkring 190 000 barn, unga och vuxna av någon form av psykisk ohälsa.⁹⁶ Vårdens tillgänglighet och kvalitet begränsas dock av att den psykiatriska specialistsjukvården, liksom den somatiska specialistsjukvården, har stora utmaningar med kompetensförsörjning. Inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) ser vi exempelvis att barn och unga kan få vänta länge på en neuropsykiatrisk utredning. Det är inte rimligt, vare sig utifrån vårdens egna målsättningar eller barnens och de ungas behov. Vi ser också problem med samverkan mellan huvudmän kopplat till denna målgrupp.

Regeringen har initierat flera insatser för en bättre psykisk hälsa hos befolkningen och en bättre psykiatrisk vård. Statens skolverk och Socialstyrelsen har exempelvis fått i uppdrag att tillsammans genomföra ett utvecklingsarbete för att förbättra tidiga och samordnade insatser för barn och unga.⁹⁷ Även Folkhälsomyndigheten har fått flera uppdrag för att bland annat utveckla samordningen av det nationella arbetet inom området psykisk hälsa.⁹⁸

⁹² Socialstyrelsen 2017c, sid 12–13.

⁹³ Socialstyrelsen 2017c, sid 16.

⁹⁴ Karolinska institutet (www.ki.se) – Nationellt centrum för Suicidforskning och prevention av psykisk ohälsa – självmord i Sverige) Siffrorna avser både säkra och osäkra säkra självmord. <http://ki.se/nasp/sjalmord-i-sverige-0>

⁹⁵ Socialstyrelsen 2017c, sid 39.

⁹⁶ Socialstyrelsen 2017c och därtill kopplad nyhet från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se): <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2017/kraftigokningavpsykiskohalsahosbarnochungavuxna>

⁹⁷ Regeringskansliet 2017b.

⁹⁸ Regeringskansliet 2017c.

Årets tillsyn visar också att patienter och närstående inte alltid görs delaktiga i planeringen och utformningen av vården. Syftet med patientlagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Vi kan konstatera att vårdgivarna behöver fortsätta utveckla arbetet med att tydliggöra och stärka patientens ställning i vården.

Likt tidigare år ser vi att vårdgivare ibland brister när det kommer till användning av tvångsåtgärder. När tvångsvården inte står i rimlig proportion till skälen för beslutet, blir vården vare sig individanpassad, kunskapsbaserad eller rättssäker. Under ett par år har regeringen initierat flera insatser för att öka kunskapen och evidensen kring tvångsvård.⁹⁹

Tillgången till vård för barn och unga med psykisk ohälsa är otillräcklig

Tillsynen visar att det finns flera utmaningar kopplade till vård av barn och unga med psykisk ohälsa, en ohälsa som både kan påverka skolarbetet, begränsa vänskapsrelationer och påfresta familjen. Vi noterar att barn och unga får vänta orimligt lång tid på neuropsykiatrisk utredning, ibland upp till två år. Barnet ställs då i kö för en utredning utan att alltid få någon information om vårdgarantin, det fria vårdvalet med mera. Tillsynen visar också att utredningar ofta drar ut på tiden och att bristande kompetensförsörjning kan påverka verksamheternas förutsättningar att ställa korrekta diagnoser.

Förutom problem med tillgänglighet och kompetensförsörjning ser vi också problem med samverkan mellan huvudmän kopplat till denna målgrupp. Brister i samverkan ser vi främst mellan BUP, primärvården, elevhälsan och vuxenpsykiatrin. Exempelvis är det inte alltid tydligt om det är primärvården eller BUP som har behandlingsansvaret. I dag är primärvården första linjens vård för barn och unga med psykisk ohälsa, men vi ser att primärvården inte alltid har resurser och kompetens för att ta hand om denna målgrupp. Det finns också skillnader i de behovsbedömningar som de inblandade parterna gör av barnets vård. Vidare ser vi problem med vårdens övergångar när en ungdom fyller 18 och ska flytta över från BUP till vuxenpsykiatrin.¹⁰⁰ Det händer att

BARN OCH UNGA HAMNAR I EN GRÅZON

I ett klagomål framkommer att en patient blev utskriven från BUP i väntan på att hen skulle flyttas över till vuxenpsykiatrin.

Under tiden fick hen inte komma till vårdcentralen eftersom personalen på vårdcentralen ansåg att patienten behövde specialistsjukvård.

⁹⁹ Socialstyrelsen har fått i uppdrag att förbättra möjligheten till uppföljning av tvångsvård genom datainsamling och statistik (Regeringskansliet 2016b). Regeringen har också gett den nationella samordnaren för psykisk hälsa i uppdrag att göra en översyn av tvångsåtgärder mot barn inom den psykiatriska tvångsvården (Regeringskansliet 2016a). Den nationella samordnaren ska bedöma om det finns tvångsåtgärder som bör avskaffas, ersättas eller ändras. Redovisningen skedde den 31 december 2017.

¹⁰⁰ Vi ser liknande problem inom socialtjänsten för unga vuxna med missbruksproblematik, för mer information se avsnittet om Missbruk- och beroendevård.

patienten bollas mellan mottagningarna och kan få vänta alldeles för länge på fortsatt behandling och uppföljning av sitt psykiska mående och sin läkemedelsbehandling.

”För den psykiatriska slutenvården saknas en planering för vården med struktur och syfte, och då i relation till öppenvården. Vad ska slutenvården syfta till, vad gäller vid exempelvis vårdtidens längd och justering av läkemedelsbehandling? För patienten saknas även en behandlingsansvarig läkare som tillsammans med behandlare i öppenvård kan ansvara för, följa upp, utvärdera och planera vården tillsammans med patienten, närstående och i vissa fall vårdgrannar.”

IVO:s bedömning i klagomålsärendet.

Patienters och närståendes möjlighet till delaktighet vid vårdplanering brister

När vårdgivarna gör bedömningen att en patient ska ha fortsatt kontakt med psykiatri bör de genomföra en vårdplanering tillsammans med patienten och närstående. Vårdplanen ska upprättas så snabbt som möjligt och bygga på delaktighet och inflytande. Den bör uppdateras och kompletteras efter behov. Vi ser att vårdgivarnas vårdplaner ibland är otydliga eller till och med saknas. Det går inte alltid att utläsa vilka mål eller delmål som satts upp gällande de behandlingsåtgärder som ska vidtas. Många gånger behöver även patienter flera insatser samtidigt och inte sällan saknas då en gemensam vårdplan mellan patienters olika vårdkontakter.

För att ytterligare stärka patientens delaktighet och stödja patienten i att uttrycka vilka insatser hen behöver, upprättar många vårdgivare en åtgärdsplan (även kallad krisplan) tillsammans med patienten. Åtgärdsplanen är en konkret plan för vad patienten kan göra vid ett försämrat psykiskt välmående. Åtgärdsplaner är inte en lagstadgad skyldighet, utan kan snarare ses som en överenskommelse mellan vårdgivare och patient med syfte att hjälpa patienten i samband med risksituationer och tidiga tecken på försämring. Detta är ett bra sätt för vårdgivarna att tillgodose den enskildes behov. Tillsynen visar dock att det händer att vårdgivaren inte följer den åtgärdsplan som de har upprättat tillsammans med den enskilde, vilket kan leda till att akuta hjälpinsatser uteblir. Exempelvis redovisar en vårdgivare i samband med en lex Maria-anmälan om självmord, att åtgärdsplanen inte följdes, vilket i det här fallet innebar att patienten inte fick träffa en specialistläkare i enlighet med vad som var planerat.

PATIENTERS DELAKTIGHET – EN VIKTIG PUSSELBIT

Vid en tillsyn uppger verksamheten att de kan se att antalet tvångsåtgärder har minskat sedan personalen börjat ta hänsyn till patientens önskemål. Verksamheten arbetar också med att patienten ska ha en vårdplan ”i handen”.

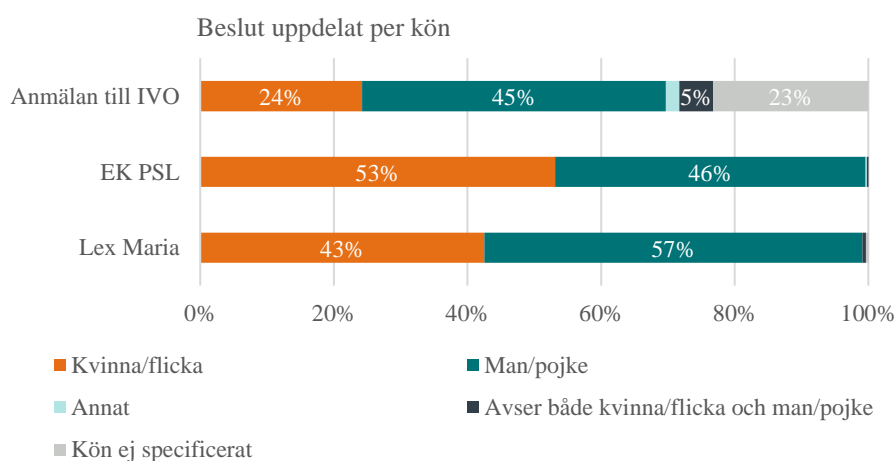
Användningen av tvångsåtgärder strider ibland mot aktuell rättstillämpning

Patienter som vårdas under tvång är en utsatt grupp då vården per definition ges mot patientens vilja. Tvångsåtgärder kan upplevas som starkt integritetskränkande för den som utsätts för det. Vi ser att förlängning av tvångsåtgärder, som exempelvis

fastspänning med bälte och avskiljningar, ibland strider mot aktuell rättstillämpning. Tillsynen visar att det händer att en patient späns fast i mer än fyra timmar, utan att beslutande läkare genomför en personlig undersökning av patienten och att dokumentationen i patientjournalen i samband med beslutet om tvångsåtgärden är bristfällig. Här är lagen tydlig – tvångsåtgärder som exempelvis fastspänning ska motiveras och dokumenteras för att garantera den enskildes rättssäkerhet. Utöver patientdatalagen (2008:355) finns det tydliga krav om vad chefsöverläkare ska dokumentera när en patient vårdas enligt LPT och LRV. Med undantag från de fall där vårdgivare använt tvångsåtgärder utan lagstöd bedömer vi att vårdgivare oftast beslutar om tvångsåtgärder som står i rimlig proportion till syftet.

Översikt av årets tillsyn

Under 2017 utredde IVO 465 klagomålsärenden gällande psykiatrisk specialistsjukvård, varav 53 procent avsåg kvinnor och 47 procent avsåg män. I drygt en tredjedel av ärendena riktade vi kritik. Majoriteten av alla klagomål handlar om brister i vård och behandling och svårigheter med att ställa rätt diagnos. Det kan exempelvis handla om att en patient anser sig ha fått fel diagnos och att det i journalen saknas underlag för ställningstagandet till den fastställda diagnosen. Det kan också handla om att en patients läkemedelsbehandling och dess biverkningar, som viktuppgång och trötthet, inte följts upp.



I lex Maria-anmälningar dominerar händelser som rör självmord som begåtts i anslutning eller nära anslutning till vård inom den psykiatriska specialistsjukvården. Under 2017 genomförde vi 81 egeninitierade tillsynsinsatser vid landets psykiatriska verksamheter.

Tabell 7. Genomförd tillsyn av psykiatrisk specialistsjukvård under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Anmälan till IVO	99	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	19 ¹
Klagomål enligt PSL	465 ²	varav IVO har riktat kritik	174
Lex Maria	557	³	-
Egeninitierad tillsyn	81 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	4

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Primärvård

Primärvården ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) svara för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering, som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser, eller annan särskild kompetens. Primärvården har en nyckelroll för samordning av hälso- och sjukvården. Merparten av primärvården bedrivs vid vårdcentraler i offentlig eller privat regi. Under år 2016 gjordes cirka 14,3 miljoner läkarbesök inom primärvården, och drygt 27,6 miljoner besök till andra personalkategorier såsom sjuksköterskor, barnmorskor och arbets- eller fysioterapeuter. Dessutom gjordes 670 000 hembesök.¹⁰¹

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- ⊕ Personalkontinuiteten är fortfarande ett problem, men vi ser vissa förbättringar
- ⊕ Patienten riskerar att bli budbärare när informationsöverföringen brister
- ⊕ Patientens vård kan samordnas bättre mellan olika aktörer

Utredningen *Effektiv vård* från 2016 konstaterade att sjukvården i Sverige har brister, bland annat när det gäller effektivitet. Vården ansågs vara alltför ”sjukhustung”.¹⁰² Därför bedömde utredningen att det svenska sjukvårdssystemet behöver reformeras. För att undersöka möjligheterna för sådana reformer har en ny statlig utredning inletts. Där poängteras att en omorganisering av vården och omsorgen är nödvändig, bland annat för att skapa ökad effektivitet och etablera en patientnära vård.¹⁰³ Utredningen konstaterar även att dagens primärvård präglas av bristande kontinuitet och tillgänglighet – något som också vår tillsyn visar.

Kvaliteten inom primärvården varierar mellan landsting och mellan vårdcentraler, men också mellan olika delar av landet.¹⁰⁴ Vårdgivarnas förmåga att säkra tillgången till fast personal kan exempelvis ha betydelse för skillnader i kvalitet, och denna bemanningsfråga är återkommande i vår tillsyn av primärvården. En ökad digitalisering i samhället generellt såväl som i vården, demografiska förändringar och en åldrande befolkning kan också komma att ställa nya krav på framtidens vård. Men även om nya utmaningar väntar, kvarstår kravet på att vårdgivarna ska erbjuda en god och säker vård.

Personalkontinuiteten är fortfarande ett problem, men vi ser vissa förbättringar

Kompetensförsörjningen är ett problem som vi har uppmärksammat även tidigare år, och vi kan konstatera att mycket arbete kvarstår inom primärvården för att säkra en stabil personaltillgång. Vårdgivarna har svårt att rekrytera tillräckligt med personal och personal med rätt kompetens, exempelvis läkare med allmänmedicinsk specialistkompetens och sjuksköterskor med distriktssköterskekompetens.

¹⁰¹ SKL 2016. Inbegriper samtliga personalkategorier.

¹⁰² SOU 2016, sid 20–21.

¹⁰³ SOU 2017, sid 9–11.

¹⁰⁴ Vårdanalys 2017c, sid 9–10.

Beroendet av hyrläkare och bristen på fast personal är fortfarande en stor utmaning för många vårdgivare.

”IVO bedömer att orsaken till den bristfälliga handläggningen är bristande kontinuitet. Av patientjournalen framkommer att patienten har handlagts av många olika hälso- och sjukvårdspersonal, vilket IVO bedömer har medfört att ingen tagit ansvar för helheten.”

Citat hämtat från beslut i inspektionsärende

För patienter kan en otillräcklig personalförsörjning och kompetensbrister inom primärvården innebära stora risker. Det kan exempelvis medföra fördröjd diagnos och behandling, undermålig remisshantering, eller bristfällig tillgänglighet och kontinuitet när det kommer till mötet med vårdpersonal. Brist på personal och personalkontinuitet påverkar inte enbart patienter direkt utan kan även innebära att vårdgivares patientsäkerhetsarbete och förbättringsarbete påverkas.¹⁰⁵

I årets tillsyn kan vi dock se vissa positiva tendenser. Vid uppföljning av vårdgivare som 2016 fick kritik efter tillsyn för bristande personalkontinuitet och alltför stort beroende av hyrpersonal, kan vi notera att flera vårdgivare har introducerat förändrade arbetssätt och antagit nya rutiner.¹⁰⁶ Vårdgivarna arbetar aktivt för att bland annat stärka den fasta bemanningen, använda arbetssätt som minskar sårbarheten inom primärvården och skapa bättre förutsättningar för hyrläkare att arbeta patient-säkert.¹⁰⁷ IVO ser tecken på att en liknande utveckling pågår också hos vårdgivare i andra delar av landet.

SÄKRARE HYRLÄKARE

Ett konkret arbetssätt som ett antal vårdgivare har infört för att kvalitetssäkra vården är att genomföra egna utvärderingar och egna referenskontroller av hyrpersonal. Vissa landsting har även infört en policy som innebär att om en verksamhet inte gör en utvärdering av hyrläkares insatser får verksamheten inte fortsätta att bemanna med hyrläkare.

Patienten riskerar att bli budbärare när informationsöverföringen brister

Patienten kan bli tvungen att själv ta ansvar för informationsöverföringen då förskrivning av läkemedel och journalföring brister, men också vid felaktig remisshantering – exempelvis om vårdgivaren brister i sin bevakning av remisser. Att patienten blir den som förmedlar information inom en verksamhet eller vid övergångar mellan verksamheter kan leda till att utförandet av en god och säker vård försvåras och att det uppstår risker. Vår tillsyn visar att det är vanligt förekommande att vårdgivare vid exempelvis primärvårdsenheter ger patienten rådet att söka vård på nytt om hen inte blir bättre, utan att ge tydliga instruktioner för när, och vid vilka tillstånd, hen bör återkomma till vården. Detta gör inte bara patienten till en

¹⁰⁵ Jämför med IVO 2017b, sid 4–5.

¹⁰⁶ IVO 2016a och 2017d.

¹⁰⁷ Den tillsyn som identifierat denna positiva utveckling utgår från en av våra tillsynsavdelningar och har genomförts på 40 olika verksamheter i sju olika län

informationsbärare av sin egen sjukdomsbild utan innebär också patienten delvis måste avgöra sin egen vård. Om patienten inte får tydliga instruktioner kan diagnoser fördröjas, med risk för vårdskador som följd.¹⁰⁸

Vi kan också konstatera att vårdgivarnas journalföring är återkommande föremål för klagomål till IVO. Om journalerna inte innehåller nödvändiga uppgifter kring undersökningar och åtgärder, eller vilken information som getts patienter och närstående, kan det leda till patientsäkerhetsrisker. Ofullständig dokumentation kan även innebära att uppföljning av den vård en patient fått försvåras, något som kan utgöra ett hinder för god vård. Det kan också skapa en osäker situation för patienter och närstående genom minskad känsla av delaktighet i vården. Dessutom försvårar bristande journalföring våra egna granskningar av verksamheten.

Patientens vård kan samordnas bättre mellan olika aktörer

I vår nationella tillsyn av samverkan i vården av multisjuka äldre i ordinärt boende, har vi kunnat se att samverkan mellan primärvård, slutenvård och kommunal hälso- och sjukvård överlag verkar fungera. I tillsynen har vi även kunnat se att det oftast finns bra och regelbundna forum för samverkan.

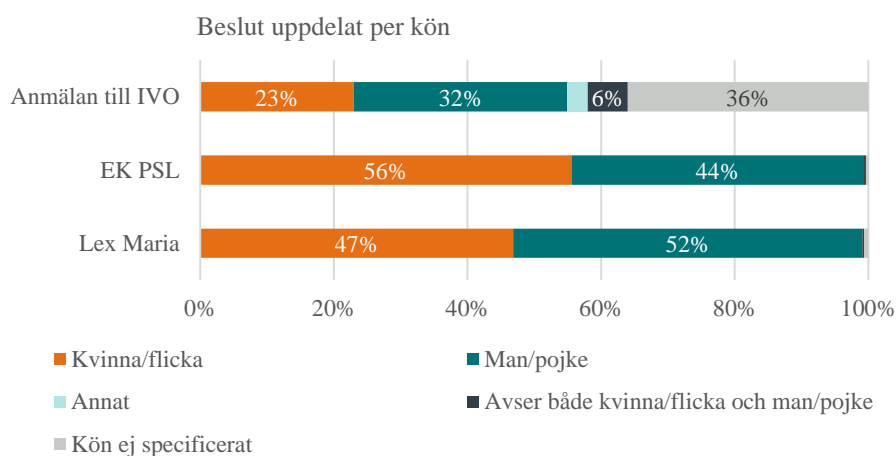
Samtidigt ser vi att det finns utrymme för förbättringar. Detta är i synnerhet viktigt utifrån ett primärvårdsperspektiv, då primärvården ofta fungerar som en central nyckelaktör mellan andra aktörer och vårdgivare. För att etablera en välfungerande samverkan kan samverkansforum utgöra en bra grundstruktur. Många av de vårdgivare som vi har kritiserat för bristande samverkan har inte tillgång till just sådana forum. Flertalet vårdgivare upplever svårigheter när det kommer till kommunikation med andra vårdgivare och huvudmän. Detta verkar framför allt gälla vid vårdövergångar och patienters in- eller utskrivning från slutenvården, där bland annat olika journalsystem försvårar samverkan.¹⁰⁹ Det rör inte bara primärvården, men eftersom primärvården är en så pass betydelsefull aktör i samverkansarbetet är det uppenbart att den har en viktig roll i utvecklingen av en stärkt samverkan med patienten i fokus.

¹⁰⁸ Vi ser liknande problem inom akutsjukvården, för mer information se avsnittet om Akutmottagningar och prehospital vård.

¹⁰⁹ För mer information om samverkan kring multisjuka äldre, se avsnitten om Äldreomsorg och Somatisk specialistsjukvård.

Översikt av årets tillsyn

Vi utredde nästan 1 100 klagomål under 2017, varav 56 procent avsåg kvinnor och 44 procent avsåg män. I drygt 40 procent av ärendena riktade vi kritik. Kritiken avsåg framför allt brister i vård och behandling och diagnostisering.



Vi fattade beslut i cirka 460 lex Maria-anmälningar och majoriteten avsåg diagnostisering och vård och behandling. 47 procent av anmälningarna avsåg kvinnor och 52 procent män.

Tabell 8. Genomförd tillsyn av primärvård under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Anmälan till IVO	100	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	32 ¹
Klagomål enligt PSL	1073 ²	varav IVO har riktat kritik	438
Lex Maria	461	³	-
Egeninitierad tillsyn	61 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	2

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat.

Tandvård

Omkring 4 miljoner vuxna besöker tandvården varje år och antalet patientbesök är drygt 10 miljoner.¹¹⁰ Ungefär 60 procent av de vuxna patienterna väljer att få sin tandvård hos privata vårdgivare medan 40 procent är patienter hos Folktandvården.¹¹¹ De privata vårdgivarna varierar i storlek, från små verksamheter där tandläkaren och vårdgivaren är en och samma person, till större kedjor med flera mottagningar. Av de cirka 1 700 privata vårdgivare som fanns 2016 bedrev ungefär 1 000 en verksamhet med endast en mottagning.¹¹²

Landstinget/regionen ansvarar för att barn och ungdomar regelbundet kallas till tandvården. Andelen listade barn som får sin tandvård hos annan vårdgivare än Folktandvården är mindre än 15 procent.¹¹³ Landstinget/regionen har även ett särskilt ansvar för tandvård för långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning.

Tillsynens viktigaste iakttagelser 2017

- ⦿ Små vårdgivare saknar kunskap om sitt ansvar som vårdgivare
- ⦿ Det är vanligt att karies och tandlossning inte diagnostiseras och behandlas i tid
- ⦿ Det saknas många gånger grundläggande information i patientjournalerna

Utifrån vår nationella tillsyn av små privata vårdgivare har vi sett att de ofta saknar kunskap om vilket ansvar de har som vårdgivare. De saknar exempelvis ett ändamålsenligt ledningssystem och genomför sällan egenkontroller för att säkra verksamhetens kvalitet. När vårdgivaren inte tar detta ansvar kan det få konsekvenser för patienterna, i form av exempelvis felaktig eller utebliven behandling. Det kan också medföra onödiga kostnader för både den enskilde och samhället.

Det råder fri etableringsrätt inom tandvården och tandvårdsverksamheter omfattas inte av någon tillståndsplikt. Det innebär att ingen prövning av vårdgivarens lämplighet görs innan verksamheten startar. Den individuella prövning som görs av Socialstyrelsen då tandläkaren ansöker om sin yrkeslegitimation anses vara en tillräcklig garant för god kvalitet. Legitimationsprövningen omfattar dock inte kontroll av kunskaper om vårdgivaransvaret. När en verksamhet är etablerad finns ingen extern part som ansvarar för att följa upp hur privata vårdgivare inom tandvården utför sin vård. Vi betraktar bristerna som framkommit i den nationella tillsynen som allvarliga och vi kommer att använda resultaten som underlag i myndighetens fortsatta riskbaserade tillsyn och i dialog med berörda aktörer.¹¹⁴

¹¹⁰ SOU 2015, sid. 55.

¹¹¹ Folktandvården Sverige www.folktandvarden.se/om-folktandvarden/

¹¹² Uppgifter via mail från Försäkringskassan 2017-11-28

¹¹³ Landstingens ekonomi och verksamhet från SKL:s webbplats (www.skl.se):

<https://skl.se/ekonomi/uridiktstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet.1342.html>

¹¹⁴ Läs mer om den nationella tillsynen i vår rapport *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården*. IVO 2018-5.

Vi ser även flera exempel på att patienter får tandvård som inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det gäller flera av de små privata vårdgivarna i den nationella tillsynen, men även andra vårdgivare. Det handlar exempelvis om att omfattande protetiska behandlingar utförs trots att patienten har underliggande problem med karies, tandköttsinflammation eller vävnadsförluster. Det är också vanligt att dokumentationen i patientjournalerna inte är tillräcklig för att säkerställa en god och säker tandvård. Liksom tidigare år ser vi även att förskrivningen av antibiotika i flera fall sker felaktigt och inte följer gällande rekommendationer och riktlinjer. Onödig och omfattande behandling med antibiotika ökar risken för utveckling av resistens, vilket är ett globalt problem.¹¹⁵

Små vårdgivare saknar kunskap om sitt ansvar som vårdgivare

I den nationella tillsyn som vi har genomfört under året, av ett antal små privata vårdgivare,¹¹⁶ ser vi att många av dessa brister i sitt ansvar som vårdgivare. Vårdgivarna, som ofta består av endast en behandlande tandläkare, har sällan kunskap om vad ansvaret som vårdgivare innebär. Det är exempelvis vanligt att de inte vet om att de ska anmäla verksamheten till vårdgivarregistret och att de årligen ska sammanställa en patientsäkerhetsberättelse. Långt ifrån alla känner till att de ska ha ett ändamålsenligt ledningssystem som grund för att leda verksamheten och arbeta med ständiga förbättringar av kvalitet och patientsäkerhet. Detta medför att de sällan genomför egenkontroller för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med aktuella lagar, föreskrifter och riktlinjer, och att verksamheten leds och genomförs på ett sätt som leder till en god och säker vård för patienten. Det medför också att de inte gör några sammanställningar och samlade analyser av avvikelser, patientklagomål och synpunkter för att upptäcka eventuella systematiska brister. Sammantaget innebär detta att patienterna riskerar att få en vård som inte är säker och av god kvalitet.

Det är vanligt att karies och tandlossning inte diagnostiseras och behandlas i tid

Vi ser att det är vanligt att karies och tandlossning inte diagnostiseras och behandlas i tid. Karies är en av de vanligaste folksjukdomarna då den drabbar mer eller mindre alla människor under deras livstid. Kronisk tandlossning med vävnadsförlust förekommer hos upp till 40 procent av alla vuxna.¹¹⁷ I många journaler ser vi att det finns röntgenfynd som visar på karies respektive tandköttsinflammation och tandlossning men att dessa inte har uppmärksammats av tandläkaren. Det kan leda till problem i form av tandförluster och försämrad tuggfunktion och estetiska problem. Det kan också leda till att reparationer i form av fyllningar på tänder eller uppbyggnad med kronor och broar behövs i större omfattning än om diagnostisering och behandling hade skett tidigare.

¹¹⁵ Folkhälsomyndigheten 2014, sid 20.

¹¹⁶ Tillsynen är baserat på ett riskbaserat urval av verksamheter.

¹¹⁷ SBU 2004, sid 12.

I flera journaler ser vi också att omfattande protetiska behandlingar, exempelvis kronor, broar och implantat, utförs trots att det är tydligt att patienten har underliggande problem med karies, tandköttsinflammation eller vävnadsförluster. Detta försämrar avsevärt prognosen för den utförda behandlingen och kan i förlängningen leda till såväl stora problem för patienten som onödigt stora kostnader för både patienten och samhället.

Det saknas många gånger grundläggande information i patientjournalerna

”Patienten hade en månad efter cementering av kronorna i höger underkäke en sådan värk att rotbehandling var nödvändig. Röntgenbilder visar på karies under kronorna och tandläkaren skriver själv i journalen att värken berodde på karies. En sådan svår kariesproblematik så kort tid efter att kronorna lämnats ut antyder att all karies från början inte avlägsnats.”

Citat hämtat från beslut i klagomålsärende

Tillsynen visar att dokumentationen i patientjournaler många gånger inte är tillräcklig för att den ska kunna bidra till en god och säker vård. Det handlar om att grundläggande information saknas, som aktuell anamnes, kliniska och röntgenologiska fynd, diagnoser, terapiplaner, information om sjukdomar, allergier och patientens delaktighet. Det är också vanligt att journalerna till största delen består av dokumentation som rör ekonomi istället för uppgifter om vården. För patientsäkerheten kan det vara helt avgörande att olika åtgärder dokumenteras i journalen.

Patientjournalen utgör det viktigaste informationsunderlaget för aktuell och framtida behandling och uppföljning av patienten. Utan ändamålsenlig dokumentation i journalen är det inte heller möjligt att i efterhand bedöma den vård och behandling som patienten fått, vilket gör att det inte går att utreda vad som gått fel om patienten drabbats av en vårdskada.

Översikt av årets tillsyn

Under 2017 genomförde vi en granskning av 51 små privata vårdgivare inom ramen för ett nationellt projekt. Alla vårdgivare, utom en, har fått beslut med krav på att vidta åtgärder.¹¹⁸ Åtgärderna handlar framför allt om att utveckla det systematiska förbättringsarbetet, förbättra kvaliteten i diagnostisering och behandling och att dokumentera vården på ett mer ändamålsenligt sätt.

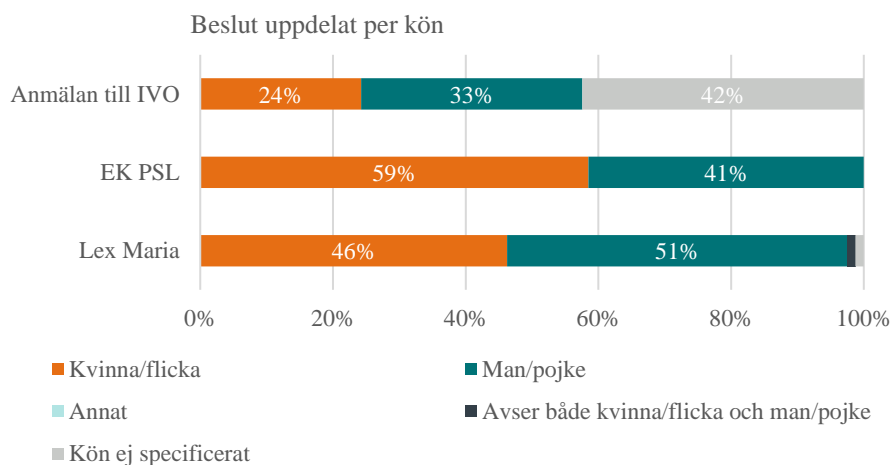
Vi har under året också genomfört och fattat beslut i ytterligare 15 egeninitierade tillsynsärenden. Av de 135 klagomålsärenden där vi fattat beslut avsåg 59 procent

VAD HAR EGENTLIGEN HÄNT MED PATIENTEN?

I ett tillsynsärende har vi kunnat konstatera att journalföringen är så bristfällig att kariesbehandlingen inte kan bedömas. Det finns ingen kommentar till varför en bro lossnat och inga diagnoser anges. Det är mycket dålig teknisk kvalitet på röntgen, som inte ger någon information om restbettet.

¹¹⁸ Endast 5 av dessa 51 ärenden avslutades under 2017 – dessa återfinns i tabell 9.

kvinnor och 41 procent män. I drygt hälften av dessa riktade vi kritik. Kritiken avsåg framför allt brister i vård och behandling och diagnostisering.



Vi fattade under året även beslut i 33 anmälningsärenden och 80 lex Maria-anmälningar, där 24 procent respektive 46 procent gällde kvinnor och övriga gällde män.

Tabell 9. Genomförd tillsyn av tandvård under 2017 uppdelat på totalt antal beslut och antal ärenden där IVO har riktat kritik, ställt krav på åtgärd eller bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas.

ÄRENDESLAG	ANTAL BESLUT	BESLUTSTYP	ANTAL
Anmälan till IVO	33	varav IVO har bedömt att fortsatt tillsyn ska inledas	7 ¹
Klagomål enligt PSL	135 ²	varav IVO har riktat kritik	72
Lex Maria	80	³	-
Egeninitierad tillsyn	20 ⁴	varav IVO har ställt krav på åtgärd	6

¹ Om IVO gör bedömningen att tillsyn ska inledas kan det ske på två sätt, antingen genom att myndigheten öppnar ett nytt ärende eller genom att uppgifterna tillförs ett redan pågående ärende.

² Siffran avser antal utredda klagomål.

³ I lex Maria-anmälningar granskar IVO vårdgivarens egen utredning. Finns det anledning att granska händelsen eller vårdgivaren ytterligare genomför IVO en egeninitierad tillsyn.

⁴ Siffrorna avser enbart ärenden som IVO har avslutat under 2017.

BILAGA 1 – Enskilda klagomål enligt PSL



Antalet klagomål till IVO ökar. Under 2017 tog vi emot drygt tusen fler klagomål än under 2016. Vi fattade också beslut i nästan 400 fler klagomålsärenden 2017 jämfört med föregående år. Patienter och närstående lämnar framför allt in klagomål som avser kirurgi och primärvård. Men oavsett vilket verksamhetsområde klagomålet gäller, handlar de flesta klagomålen om händelser som rör vård och behandling eller diagnostisering. Klagomålen rör i högre utsträckning kvinnor än män, särskilt i åldersgruppen 18–49 år.

Antalet klagomål ökar

Under 2017 kom det in 8 340 klagomål vilket är en ökning med 1 159 klagomål jämfört med 2016. Vi fattade beslut i 7 562 klagomål, vilket är en ökning med 475 beslut jämfört med 2016.

Under 2017 utredde vi 4 354 klagomål varav nästan 40 procent avslutades med kritik. De klagomål som vi utredde handlade främst om brister i den vård och behandling som patienten fått samt utebliven, felaktig eller fördröjd diagnos.

Vi avstod från att utreda 3 208 ärenden där myndigheten bedömde att klagomålet var uppenbart obefogat eller att klagomålet saknade direkt betydelse för patientsäkerheten. Vi utreder inte heller händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden, om det inte finns särskilda skäl. I tabellen nedan redovisas inkomna och avslutade klagomål till IVO under 2017.

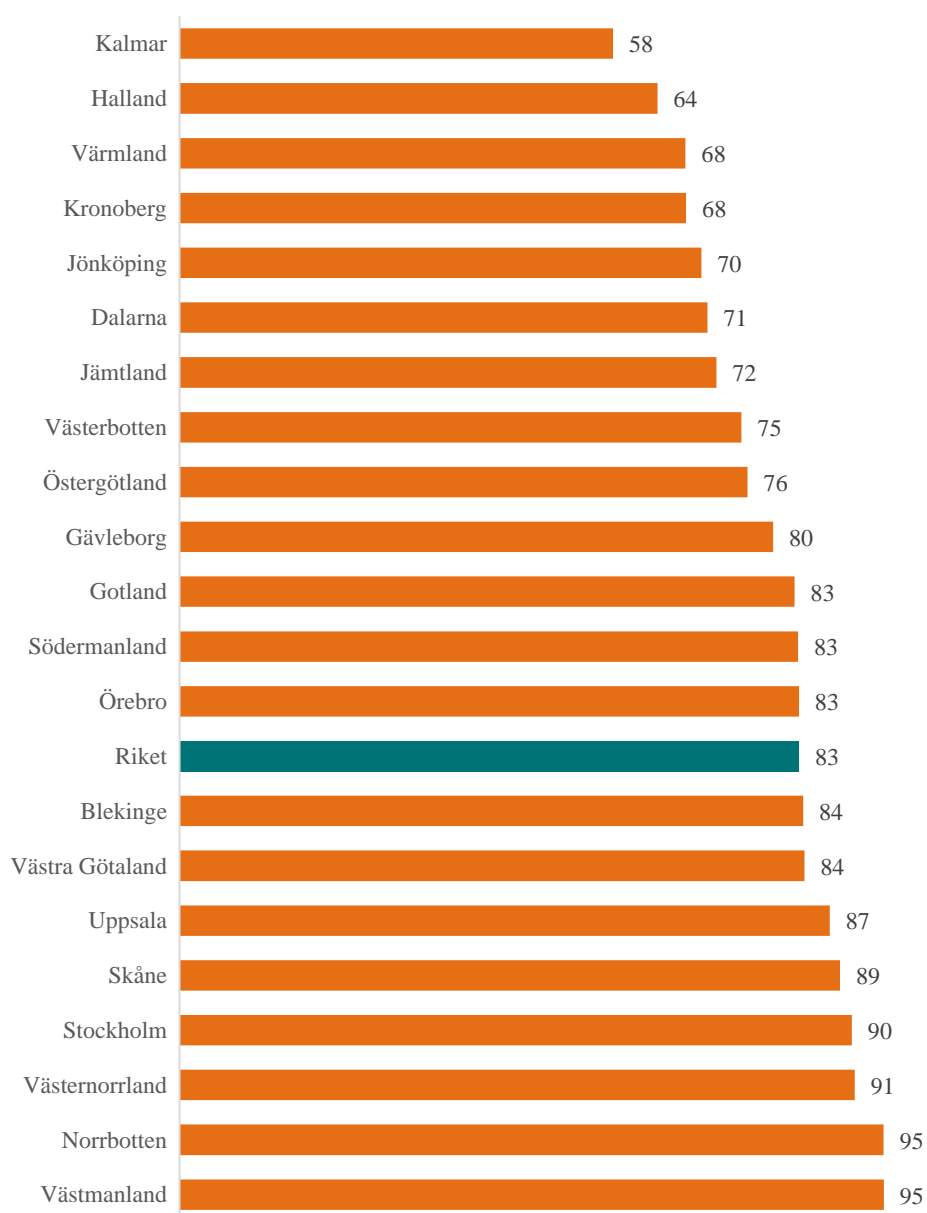
Tabell 10. Inkomna och avslutade klagomål 2017, antal

Inkomna	Beslutade	Utredda	Varav kritikbeslut	Utan utredning
8 340	7 562	4 354	1 693	3 208

Stor variation mellan länen

Det kom in 83 klagomål per 100 000 invånare under 2017, men spridningen mellan länen är stor, vilket framgår av diagram 1 nedan. Norrbotten tillsammans med Västergötland tillhör de län som har flest klagomål per invånare. Kalmar och Halland tillhör å andra sidan de län som har minst antal inkomna klagomål per 100 000 invånare under året.

Diagram 1. Inkomna klagomål per län och 100 000 invånare, antal*.



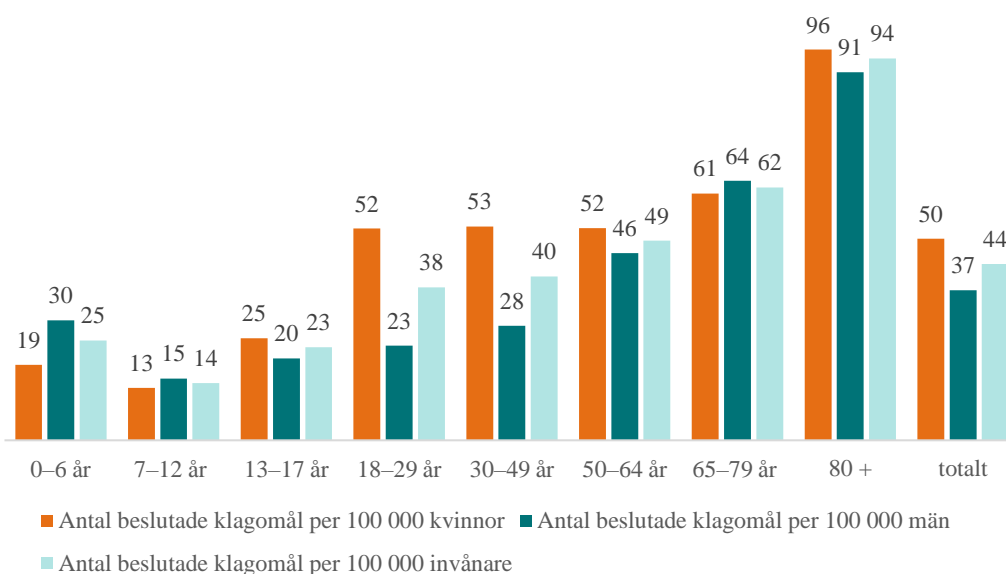
*SCB, Befolkningsstatistik, 2017 (www.scb.se)

Klagomålen rör främst personer över 18 år och kvinnor

Majoriteten av alla de klagomål som vi utredde i sak under 2017 avser personer som är 18 år eller äldre. Om man jämför antalet klagomål med antalet invånare per ålderskategori ser vi att flest klagomål rör personer som är 80 år eller äldre.

Jämför vi dessutom antalet klagomål med antalet kvinnor och män i befolkningen ser vi att relativt fler klagomål rör kvinnor. Störst könsskillnad finns i åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år.

Diagram 2. Beslutade klagomål utredda i sak uppdelat på kön och ålder, antal



De flesta klagomål rör kirurgi och primärvården

Under 2017 klagade patienter och närstående framför allt på kirurgi och primärvård. Tillsammans svarar de två verksamhetsområdena för över hälften av alla klagomål som vi utredde i sak under året, se tabellen nedan. Andelen beslut som avslutas med kritik varierar dock mellan verksamhetsområdena, från 54 procent inom äldreomsorgen till 35 procent inom invärtesmedicin.

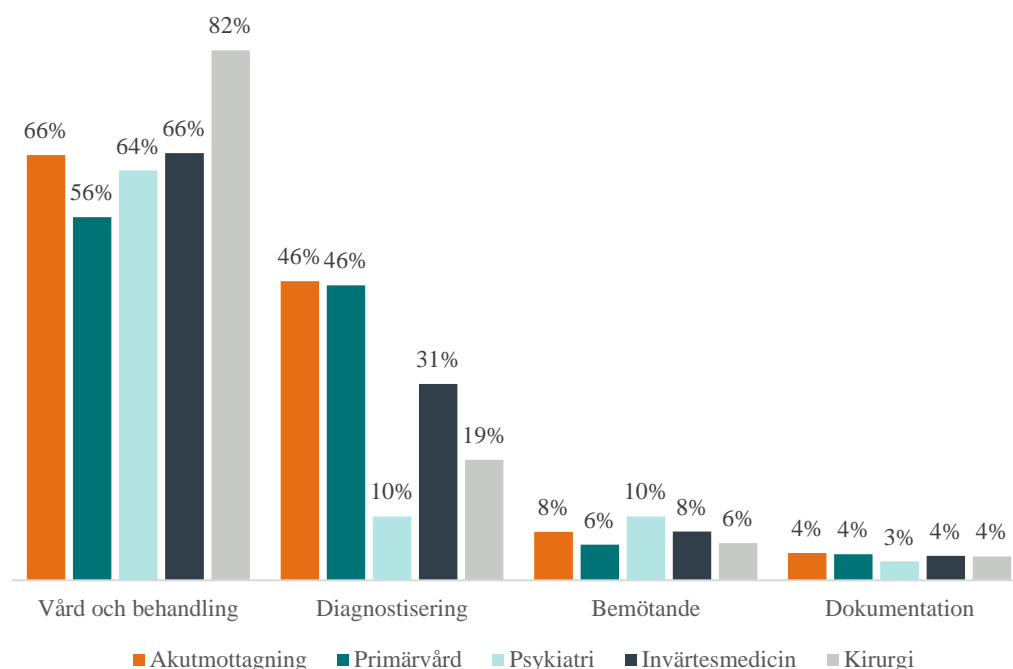
Tabell 11. Utredda klagomål och kritikbeslut fördelade på de vanligaste verksamhetsområdena och totalt, antal och andel.

VERKSAMHETSOMRÅDE	UTREDDA I SAK	VARAV KRITIKBESLUT	ANDEL MED KRITIK
Kirurgi	1 262	456	36 %
Primärvård	993	405	41 %
Invärtesmedicin	449	158	35 %
Psykiatrisk spec.sjukvård	443	166	37 %
Akutmottagning	398	152	38 %
Äldreomsorg	149	80	54 %
Tandvård	135	72	53 %
Totalt samtliga områden	4 354	1 693	39 %

Vård och behandling ligger bakom flest klagomål

Händelser som rör vård och behandling och diagnostisering är de vanligaste anledningarna till att enskilda skickar in klagomål till IVO. Det kan exempelvis handla om att undersökningen brister eller att vårdpersonalen gör felaktiga bedömningar, som i sin tur leder till fördröjd eller utebliven diagnos.

Diagram 3. De vanligaste händelsekategorierna inom de mest förekommande verksamhetsområdena, andel



¹ Ett ärende kan gälla en eller flera händelsekategorier

Många klagomål som vi utreder handlar även om brister i bemötande. Som regel utreder vi inte klagomål som enbart handlar om bemötande, men många gånger utgör brister i bemötande en del av händelsen som anmäls. Exempelvis händer det att personalen inte uppmärksammar allvaret i patientens symtom och att samtalen mellan läkare och patient därmed inte leder till lämpliga undersökningar.

Referenser

Rapporter, promemorior, faktablad

Arbetsförmedlingen (2010), *Generationsväxlingen på arbetsmarknaden – I riket och i ett regionalt perspektiv*, URA 2010:5

Arbetsförmedlingen (2017), *Var finns jobben – Bedömning för 2017*, URA 2017:3

Folkhälsomyndigheten (2014), *Svenskt arbete mot antibiotikaresistens – Verktyg, arbetssätt och erfarenheter*, ISBN 978-91-7603-129-2

Försäkringskassan (2015), *Vård och omsorg har mest nya sjukfall i Sverige*, korta analyser 2015:1

Försäkringskassan (2016), *Sjukfrånvaro per bransch och sektor – Nya sjukfall längre än 14 dagar per 1 000 anställda efter sektor och bransch*, statistikbilaga till pressmeddelande, november 2016

Försäkringskassan (2017), *Socialförsäkringen i siffror 2017*, ISBN: 978-91-7500-399-3

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2016a), *Hyrläkare, vårdgivarens dilemma? – Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården*, rapport 2016-43.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2016b), *En institutionell historia – Enskilda boenden enligt socialtjänstlagen för personer med psykiska funktionsnedsättningar*, rapport 2016-49

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2017a), *Tillsynsrapport 2016 – De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2016*, rapport 2017-8

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2017b), *Varför händer det igen? – Om patientsäkerhetsarbete i primärvården*, rapport 2017-9

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2017c), *Tydligare mål kan ge bättre strokevård – En granskning av strokevårdskedjan i två län*, rapport 2017-23

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2017d), *Bilaga 4: Uppföljning av åtgärdsbeslut*, rapport 2016-43

Inspektionen för vård och omsorg, IVO, Migrationsverket, Socialstyrelsen, Länsstyrelserna, Sveriges kommuner och landsting, SKL och Skolverket (2017). *Ett gemensamt ansvar för ensamkommande barn och ungdomar*

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2018) *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården*, rapport 2018-5

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf 2016, *Anmälningar till Löf 2016*

Läkare utan gränser (2018), *Ett liv i limbo – En överblick av Läkare Utan Gränser psykosociala stöd till asylsökande i Skaraborg*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys (2016), *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1

Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017a) *Att komma överens – En uppföljning av överenskommelser inom missbruks- och beroendevård*, rapport 2017:1

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017b), *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014-2017*, rapport 2017:2

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017c), *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*, rapport 2017:3

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017d), *Löftesfri garanti? – En uppföljning av den nationella vårdgarantin*, artikelnummer 2017:6

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017e), *Visa vägen i vården – Ledarskap för stärkt utvecklingskraft*, rapport 2017:7

Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Vårdanalys (2017f), *Från medel till mål – Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, rapport 2017:9

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017a), *Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid*, december 2017.

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2018), *Personlig assistans – Analys av en kvasimarknad och dess brottslighet*, promemoria S2018/00301/FST

Socialstyrelsen (2015a), *Tillstånden och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*, artikelnummer 2015-2-51

Socialstyrelsen (2015b), *Vuxna personer med missbruk och beroende – Insatser år 2014*, artikelnummer 2015-5-14

Socialstyrelsen (2017a), *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2017*, artikelnummer 2017-2-2

Socialstyrelsen 2017b, *Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning – Lägesrapport 2017*, artikelnummer 2017-2-10

Socialstyrelsen (2017c), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2017*, artikelnummer 2017-3-1

Socialstyrelsen (2017d), *Statistik om insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 2016*, artikelnummer 2017-3-41

Socialstyrelsen (2017e), *Utvecklingen inom patientsäkerhetsområdet 2017*, artikelnummer 2017-4-3

Socialstyrelsen (2017f), *Statistik om socialtjänstinsatser till personer med funktionsnedsättning 2016*, artikelnummer 2017-4-5

Socialstyrelsen (2017g), *Statistik om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser 2016*, artikelnummer 2017-5-3

Socialstyrelsen (2017h), *Statistik om socialtjänstinsatser till äldre 2016*, artikelnummer 2017-6-1

Socialstyrelsen (2017i), *Analys av situationen i socialtjänsten våren 2017 – Fokus på ensamkommande flickor, yngre barn, nätverksplaceringar samt suicidrisk – delrapport 3*, artikelnummer 2017-6-14

Socialstyrelsen (2017j), *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2015 och 2016*, artikelnummer 2017-9-2

Socialstyrelsen (2017k), *Statistik om vuxna personer med missbruk och beroende 2016*, artikelnummer 2017-9-23

Socialstyrelsen (2017l), *Statistik om väntetider och besök vid sjukhusbundna akutmottagningar 2016*, artikelnummer: 2017-11-19

Socialstyrelsen (2017m), *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016*, artikelnummer 2017-12-29

SOS Alarm (2017), *Verksamhetsrapport 2016 – 112 i Sverige*

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2004), *Kronisk parodontit, prevention, diagnostik och behandling – En systematisk litteraturöversikt*. SBU-rapport nummer 169

Statistiska centralbyrån, SCB (2017a), *Sjuksköterskor utanför yrket*, temarapport 2017:3

Statistiska centralbyrån, SCB (2017b), *Trender och prognoser 2017 – Befolkningen, utbildningen, arbetsmarknaden, med sikte på 2035*

Sveriges kommuner och landsting, SKL, (2013), *Jobb som gör skillnad – Vad tycker unga om välfärdens yrken?* ISBN: 978-91-7164-900-3

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2016), *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2016*, ISBN 978-91-7585-337-6

Sveriges kommuner och landsting, SKL (2017). *Skador i vården 2013-2016*, ISBN-nummer: 978-91-7585-487-8

Universitetskanslersämbetet, UKÄ (2017), *Universitet och högskolor – Årsrapport 2017*

Statens offentliga utredningar

Statens offentliga utredningar, SOU (2015) *Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter – Betänkande av "Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd"*. SOU 2015:76

Statens offentliga utredningar, SOU (2016), *Effektiv vård – Slutbetänkande av "En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården"*, SOU 2016:2

Statens offentliga utredningar, SOU (2017), *God och nära vård – en gemensam färdplan och målbild – Delbetänkande av utredningen "Samordnad utveckling för god och nära vård"*, SOU 2017:53

Propositioner, uppdrag och direktiv

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2015), *Stödboende – en ny placeringsform för barn och unga*, proposition 2015/16:43

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016a), *Tilläggsdirektiv till Nationell samordnare för utveckling och samordning av insatser inom området psykisk ohälsa*, dir. 2016:106

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2016b), *Uppdrag att förbättra uppföljningen av tvångsvården*, S2016/05822/FS

Regeringskansliet, Utbildningsdepartementet (2017b), *Uppdrag att genomföra ett utvecklingsarbete för tidiga och samordnade insatser för barn och unga*, U2017/01236/GV

Regleringsbrev

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017c), *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Folkhälsomyndigheten*, S2017/07302/RS

Överenskommelser

Regeringskansliet, Socialdepartementet (2017d), *Överenskommelse om stöd till bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården 2017 – En professionsmiljard*, S2017/00378/FS

Webbplatser

www.boverket.se

www.europa.eu

www.folktandvården.se

www.ki.se

www.kunskapsguiden.se

www.patientenkat.se

www.regeringen.se

www.scb.se

www.skl.se

www.socialstyrelsen.se

www.stats.oecd.org

Lagstiftning

Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), HSL

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

Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT

Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV

Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

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

Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, LVM

Patientdatalag (2008:355), PDL

Patientlag (2014:821), PL

Patientsäkerhetslag (2010:659), PSL

Socialtjänstlag (2001:453), SoL

Vad har IVO sett 2017?

De viktigaste iakttagelserna inom IVO:s tillsyn och tillståndsprövning för verksamhetsåret 2017

Artikelnr: IVO 2018-8

Utgiven: Februari 2018, www.ivo.se

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Box 45184, 104 30 Stockholm

Telefon: 010-788 50 00

registrator@ivo.se

www.ivo.se

