

Patientnämnden

Tid: 2022-04-21, kl 13:00

Plats: Kaptensrummet, Herrgården Ryhov, hus M7

Ny kategori

- 1 Öppnande och upprop
- 2 Val av protokollsjusterare
- 3 Fastställande av dagordning
- 4 Besök av chefläkare

Informationsärenden

- 5 Anmälningens ärenden delegationsbeslut under perioden 2022-01-31 -2022-03-20
- 6 Redovisning av avslutade ärenden under perioden 2022-01-31 -2022-03-20

Kurser och konferenser

- 7 Kurser och konferenser

Redovisning av genomförda aktiviteter

- 8 Redovisning av genomförda aktiviteter

Rapporter

- 9 Hur utvecklar vi och tar vara på patient-/kundsypunkter så att de leder till lärande?
- 10 Vad har IVO sett 2021
- 11 Skadeanmälningar LÖF

Övrigt

- 12 Övrigt

Patientnämnden

Tid: 2022-04-21, kl 13:00

Kallade

Ordinarie ledamöter

Kjell Ekelund (S), ordf

Bertil Nilsson (M), vice ordf

Eva Lundemo (C)

Ragnwald Ahlnér (KD)

Kerstin Klasson (MP)

För kännedom

Ersättare

Mats Antonsson (KD)

Mihai Banica (MP)

Boel Lago (C)

Carl-Johan Lundberg (M)

Henrik Dinkel (V)

Tjänstemän

Axel Ros, chefläkare

Joanna Mellqvist,

patientsäkerhetshandläggare

Anna Stålkranz, handläggare

Sara Sjöberg, handläggare

Lena Strand, nämndsekreterare

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 17

Anmälningssärenden delegationsbeslut under perioden 2022-01-31 -2022-03-20

Under perioden 2022-01-31-03-20 har 4 förordnande och 3 entledigande av stödpersoner skett.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2022-02-28	2.7	2022-5S

Ärendemening Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet Utskrivning
Beslut Stödperson entledigas

Regionledningskontoret



Rebecka Siebers
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2022-02-21	2.7	2022-11S

Ärendemening
Förordnande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet
LPT
Beslut
Stödperson förordnas

Regionledningskontoret



Rebecka Siebers
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2022-02-28	2.7	2022-14S

Ärendemening Förordnande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet LPT
Beslut Stödperson förordnas

Regionledningskontoret



Rebecka Siebers
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2022-03-18	2.7	2022-17S

Ärendemening Förordnande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet LPT
Beslut Stödperson förordnas

Regionledningskontoret



Rebecka Siebers
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum 2022-03-14	Ärendetyp 2.7	Diarienummer 2022-14S
Ärendemening Entledigande av stödperson enligt LPT		
Skäl för beslutet Patienten är utskriven		
Beslut Stödperson entledigas		

Regionledningskontoret



Daniel Thelin
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2022-03-03	2.7	2022-15S

Ärendemening
Förordnande av stödperson enligt LRV
Skäl för beslutet
LRV
Beslut
Stödperson förordnas

Regionledningskontoret



Daniel Thelin
handläggare

Beslut taget i enlighet med delegation från patientnämnden

Datum	Ärendetyp	Diarienummer
2022-03-22	2.7	2021-81S

Ärendemening
Entledigande av stödperson enligt LPT
Skäl för beslutet
LRV
Beslut
Stödperson entledigas

Regionledningskontoret



Rebecka Siebers
handläggare

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 18

Redovisning av avslutade ärenden under perioden 2022-01-31 -2022-03-20

Presidiet tar del av analys om periodens avslutade ärenden. Under perioden 2022-01-31-03-20 har 94 ärenden avslutats.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

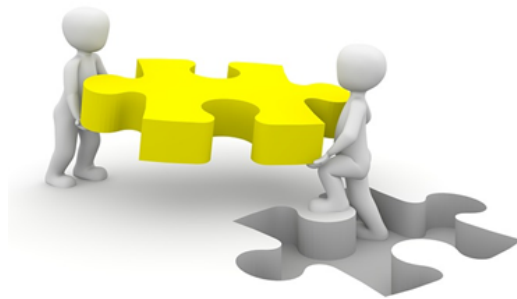
1

Ärendenr.	Problem
172472	1 Vård och behandling
172489	1 Vård och behandling
172504	6 Tillgänglighet
172549	3 Kommunikation
172557	3 Kommunikation
172565	4 Dokumentation och sekretess
172665	4 Dokumentation och sekretess
172677	1 Vård och behandling
172704	2 Resultat
172749	1 Vård och behandling
172753	1 Vård och behandling
172755	2 Resultat
172756	6 Tillgänglighet
172767	2 Resultat
172777	1 Vård och behandling
172778	1 Vård och behandling
172796	2 Resultat
172832	6 Tillgänglighet
172856	3 Kommunikation
172859	1 Vård och behandling
172860	3 Kommunikation
172871	6 Tillgänglighet
172885	3 Kommunikation
172887	3 Kommunikation
172888	8 Administrativ hantering
172913	1 Vård och behandling
172962	3 Kommunikation
172963	1 Vård och behandling
173028	2 Resultat
173030	6 Tillgänglighet
173035	1 Vård och behandling
173053	1 Vård och behandling
173054	2 Resultat
173055	3 Kommunikation
173072	6 Tillgänglighet
173085	3 Kommunikation
173090	2 Resultat
173102	1 Vård och behandling
173124	5 Ekonomi
173125	1 Vård och behandling
173130	8 Administrativ hantering
173163	2 Resultat
173164	2 Resultat
173224	8 Administrativ hantering
173225	6 Tillgänglighet
173231	6 Tillgänglighet
173237	7 Vårdansvar och organisation
173238	8 Administrativ hantering
173308	6 Tillgänglighet

173312	6 Tillgänglighet
173315	1 Vård och behandling
173325	6 Tillgänglighet
173339	3 Kommunikation
173347	2 Resultat
173383	3 Kommunikation
173396	2 Resultat
173511	1 Vård och behandling
173513	3 Kommunikation
173540	7 Vårdansvar och organisation
173560	1 Vård och behandling
173566	3 Kommunikation
173571	7 Vårdansvar och organisation
173579	3 Kommunikation
173598	6 Tillgänglighet
173645	2 Resultat
173655	3 Kommunikation
173665	1 Vård och behandling
173758	3 Kommunikation
173824	1 Vård och behandling
173879	1 Vård och behandling
173886	6 Tillgänglighet
174056	1 Vård och behandling
174324	1 Vård och behandling
2021-980P	1 Vård och behandling
2021-974P	7 Vårdansvar och organisation
2021-973P	3 Kommunikation
2021-966P	1 Vård och behandling
2021-965P	1 Vård och behandling
2021-963P	3 Kommunikation
2021-962P	3 Kommunikation
2021-959P	6 Tillgänglighet
2021-958P	3 Kommunikation
2021-953P	4 Dokumentation och sekretess
2021-942P	1 Vård och behandling
2021-936P	6 Tillgänglighet
2021-933P	7 Vårdansvar och organisation
2021-924P	1 Vård och behandling
2021-923P	1 Vård och behandling
2021-922P	1 Vård och behandling
2021-921P	1 Vård och behandling
2021-916P	1 Vård och behandling
2021-909P	1 Vård och behandling
2021-899P	3 Kommunikation
2021-849P	1 Vård och behandling

Avslutade ärende 20220131-20220320

Redovisning av Patientnämndens avslutade ärende



Författare: Anna Stålkranz och Sara Sjöberg, handläggare på Patientnämnden Region Jönköping

A
ng
e

<Ange>

Inledning

Till patientnämndens sammanträden ingår att redovisa de ärenden som kommer in till patientnämndens kansli och som handläggs av tjänstepersonerna där. Det ingår också att analysera och uppmärksamma ärende av vikt för kvalitetsutveckling inom vården.

Rapporten innehåller en sammanfattande redovisning av patientnämndens avslutade ärende för perioden 2022-01-31-- 2022-03-20. I rapporten redovisas statistik för hur ärendena fördelats på verksamheter samt vilka huvudproblem som angivits.

Syfte

Syftet med rapporten är att uppmärksamma nämnden på inkomna ärenden för att belysa patienters och deras närståendes synpunkter vården på Region Jönköpings län, så att erfarenheterna kan tas tillvara och bidra till vårdens utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

Metod

Genomföra analyser av patienternas synpunkter och föra dessa vidare i den politiska organisationen så att erfarenheterna kan utgöra underlag för politiska beslut. Underlaget för analys är hämtat ur patientnämnden ärendesystem, vårdsynpunkter och Synergi.

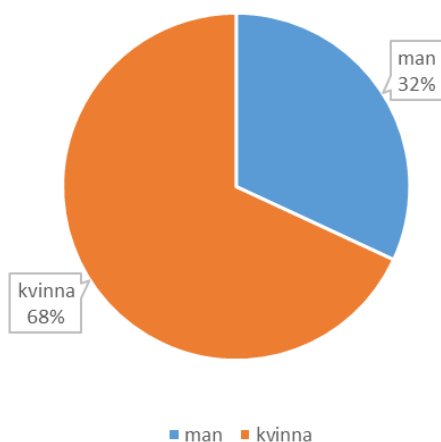
Patienter som kontaktar patientnämnden i Region Jönköpings län kan göra det genom att skicka meddelande via 1177.se Vårdguidens e-tjänster, ringa eller skicka mail och brev. När klagomål och synpunkter inkommer till patientnämndens kansli gör handläggare en bedömning av vad ärendet handlar om och kategoriserar utifrån patientnämndernas gemensamma handbok. Kategoriseringen består av att patienternas synpunkter och klagomål med huvud- och delproblem samt andra för ärendet relevant information såsom kön, ålder och verksamhet för att på bästa sätt möjliggöra statistik och återföring.

I rapporten används material från inkomna synpunkter och klagomål som är avslutade ärenden i patientnämnden under perioden 2022-01-31-- 2022-03-20.

Resultat

Under ovanstående period har det avslutats något färre ärende. Anledningen till detta är att patientnämnden gick in i ett nytt ärendehanteringssystem 1 januari 2022 och det har varit omställning både för verksamheterna, som behövt lite längre svarstid men även för handläggare i

patientnämnden att hantera ärendena. Under den angivna perioden har det avslutats 94 ärende. Utav dessa är det 64 kvinnor och 30 män som ärendena gäller.

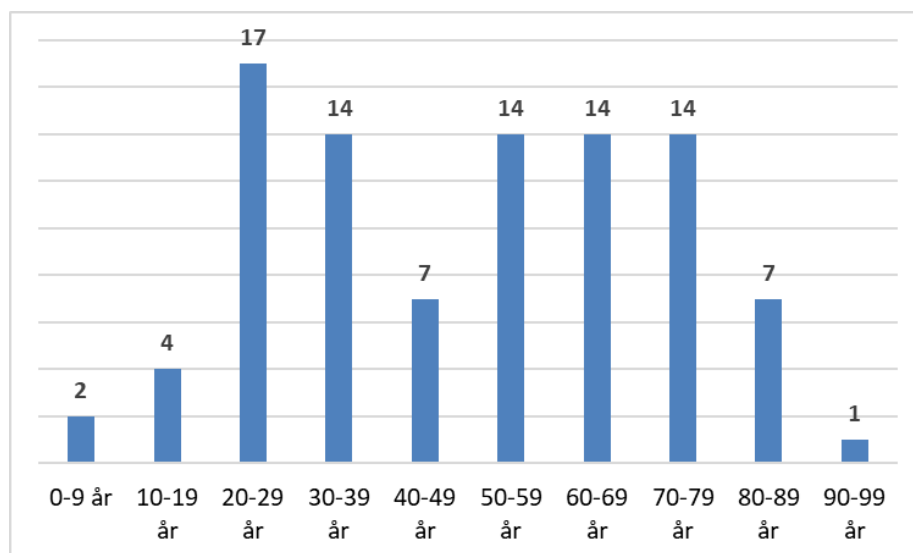


Figur 1. Könsfördelning

Antal registrerade ärende tom 20 mars 2022 är 203 jämfört med samma period under 2021 som då var 216, vilket då är något färre ärende hittills i år.

Under perioden 2022-01-31–2022-03-20 är det fler ärende som inkommit via 1177.se, Mina vårdkontakter, detta fortsätter alltså att öka. Handläggare har även vidareutvecklat detta och kan nu också skicka svaret från verksamheten till anmälaren via 1177.se tillsammans med återkopplingsblankett (utvärdering av verksamhetens svar och patientnämndens handläggning).

Åldersfördelning

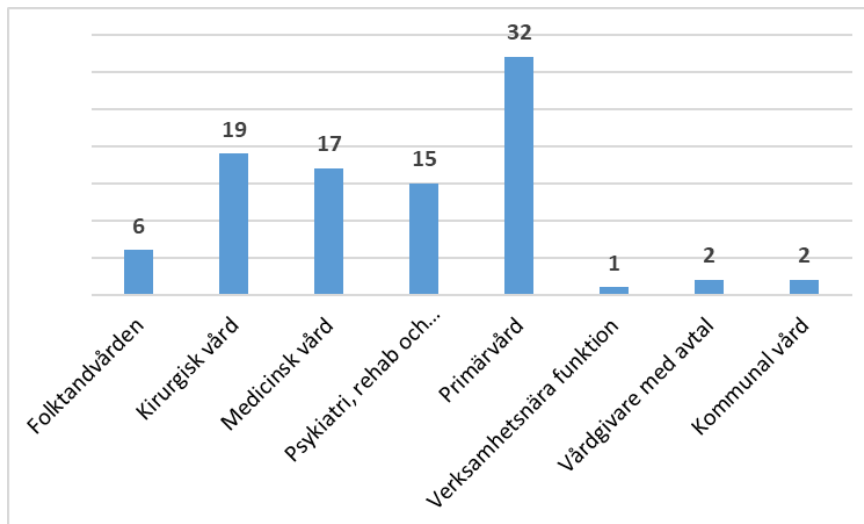


Figur. 2 Åldersfördelning på avslutade ärende för perioden 20220131-20220320

Den åldersgruppen som stått för flest ärende under denna period är åldersgruppen 20-29 år.

Verksamhetsområde

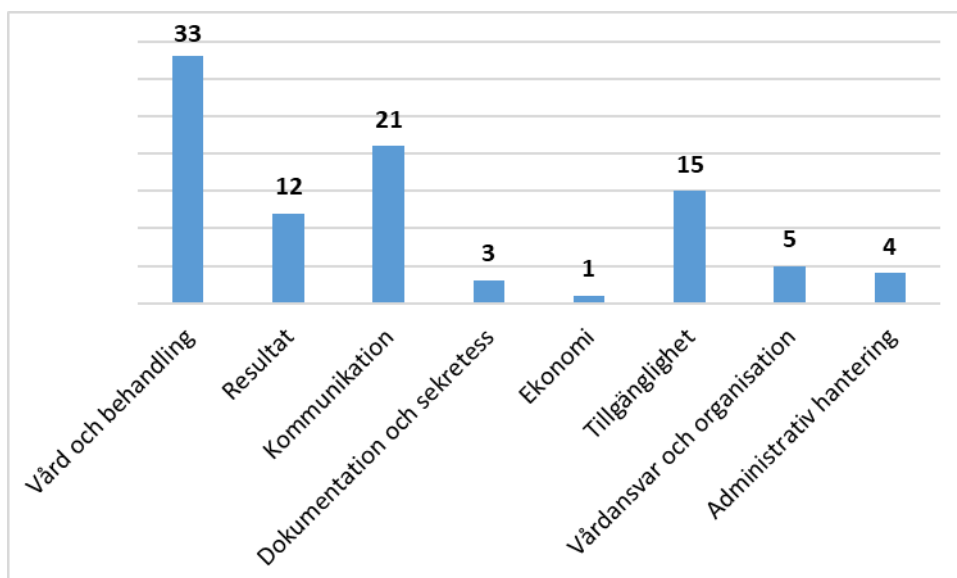
Fördelning av ärendena när det gäller verksamhetsområde är baserat på 94 ärenden. Flest ärenden ligger under primärvården med 32 ärende följt av kirurgisk vård med 19 ärende och medicinsk vård med 17 ärende.



Figur 3. Fördelning antal ärende under period 20220131-20220320

Kategorisering huvudproblem

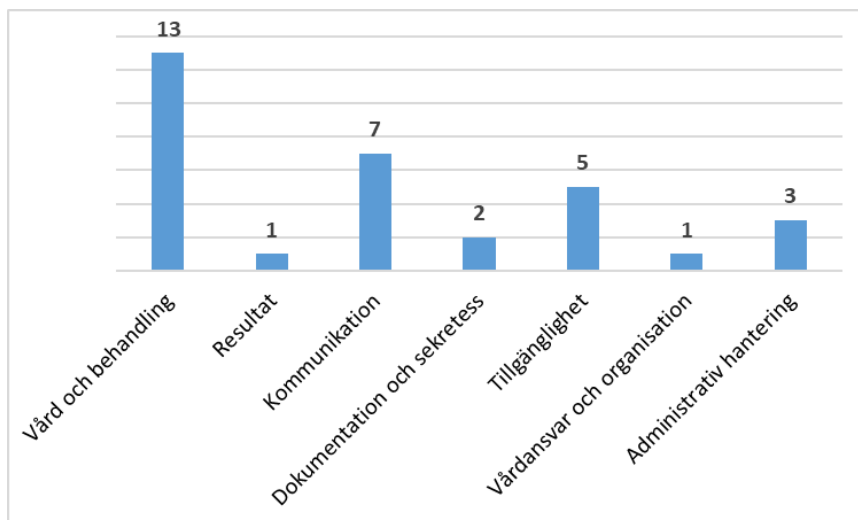
Totalt sett när det gäller antal ärende på huvudproblem så är det vård och behandling och kommunikation som fått flest ärende.



Figur 4. Sammanställning över huvudproblem för avslutade ärende för perioden

Primärvård

34 % av de inkomna synpunkterna berör primärvården. Merparten av synpunkterna handlar om vård och behandling, följt av kommunikation.



Figur 5. Fördelning av huvudproblem inom primärvården

När det gäller vård och behandling inom primärvården handlar det t.ex. om läkemedelsbehandling på vårdcentralen. Det är viktigt att vara lyhörd och lyssna på patienten.

"Efter att sköterskan satt igång järninfusionen sa jag att det gjorde ont och att det strålade ner mot handen från armvecket. Eftersom jag inte fått järninfusion någon gång tidigare visste jag inte hur det skulle kännas och sköterskan sa att det kunde kännas olika för olika personer. Sjuksköterskan tyckte att det droppade sakta så hen ökade droppet. Sköterskan gick ut en stund och kom tillbaka ungefär när halva påsen tömts. Då fick hen se att det var lite brunt runt där venkatetern satt och avbröt infusionen. Jag fick en ny venkateter på vänster armen istället, där kändes det ingenting och det var ett bra flöde från början. När allt var klart sa sköterskan att jag kanske skulle vara lite extra "solbränd" i armvecket i några veckor.

Dagen efter var hela underarmen mörkbrun melerad från strax över armvecket ner till handleden. Jag trodde att det skulle vara så några veckor men nu över sex månader senare är armen fortfarande brun på lika stor yta. Sen den dagen så är jag också öm på den underarmen".

Patientnämndens handläggning i ärendet var att verksamheten fick kännedom av händelsen då patienten inte ville att verksamheten skulle tillskrivas, samt att information gavs om Löf, Regionens ömsesidiga försäkringsbolag. Exemplet ovan speglar hur brett primärvårdens uppdrag är, allt från diagnosutredningar till avancerade läkemedelsbehandlingar.

Det är vanligt att det inkommer synpunkter på kommunikation och hur fel det kan bli när inte patienten blir lyssnad på. Ett exempel på när kommunikationen brister kan vara:

"Vid vaccination av 3:e dosen mot covid-19 frågade patienten vilket vaccin de har. Personalen svarar Moderna, jag sa har fått Pfizer de andra 2 omgångarna och jag har dålig erfarenhet av Moderna. Pga. att en närstående fick allvarliga biverkningar efter den andra dosen. Jaha sa personalen och ville skynda på och gav sprutan till patienten och fick till svar ta 2 Alvedon in-

nan du lägger dig. Jag har tappat förtroende för vården då jag upplever att en sådan här sak bör tas på allvar då jag kände oro över vilket vaccin jag fick och ville byta"

I detta ärende saknar man också samtycke från patienten att ge sprutan. Efter att handläggare tillskrev verksamheten har de gjort en avvikelse på händelsen som de ser allvarligt på, man informerar dock om att man inte kan välja vilket vaccin man ska få. Verksamheten tar också lärdom av händelsen för att inte något liknande ska hända igen.

Tillgänglighet är ett vanligt huvudproblem inom primärvården och som man som patient har synpunkt på. Det kan handla om att man inte blir uppringd när man har blivit lovad en tid. Att det är svårt att nå vårdcentralen på telefon men också att man får vänta för länge för att få en tid till en läkare. Det kan vara svårt att komma till den läkare som man är listad hos.

"Är tilldelad en fast läkare som ska vara kontaktpersonen. Det verkar som det är svårt för att få en besökstid till denna tilldelade läkare. Ringde den xx för att få en tid, knappade in uppgifterna, och att de skulle ringa upp, sjuksköterskan ringde upp, talade om problemet som hon antecknade. Har fortfarande inte fått någon tid eller svar om när jag får en tid varken via telefon eller brev, nu har det gått 20 dagar utan tillmötesgående, inget svar eller förklaring".

Verksamheten beklagar i sitt svar att de brustit i sina rutiner att återkoppla till patienten och att man nu kommer att se över dessa igen för att det inte ska upprepas.

Det är inte ovanligt att det är många verksamheter involverade ett ärende. Det kan handla om att man blir skickad från en verksamhet till en annan och sen vidare utan att någon håller i själva vården. Patienten känner sig utlämnad och vilsen och vet inte vart man ska vända sig till slut. Man upplever att ingen "vill" hjälpa en till rätt instans.

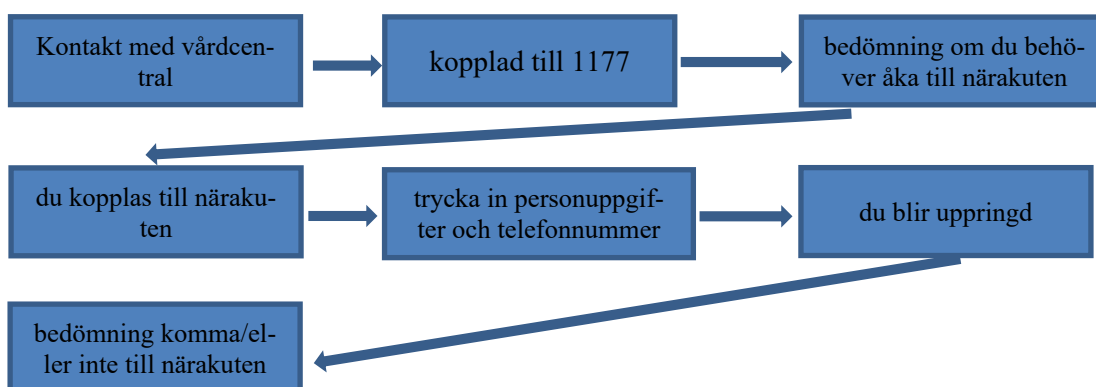
"Mitt barn började få ont framför örat på morgonen. Jag har lite svårt att veta var jag ska vända mig och kontaktar den jag när först, vilket är tandvården nu är klockan cirka 13:00 De tror inte det har med tänderna att göra utan hänvisar till vanliga vården för kontroll och utesluta problem från tex. öra först. Detta då barnet också har förhöjd temp. Jag skickar meddelande till vårdcentral. Vid uteblivet svar vid stängning ringer jag 1177 som absolut tycker någon ska titta på det samma dag och kopplar till närakuten. När närakuten väl ringer tycker de inte hen ska komma dit då de återkommande hänvisar till tandvården, trots att tandvården hänvisat till vården. Lite senare blir mitt barn sämre, hen har mycket ont och blir medtagen. Vi märker då att hen fått en stor svullnad framför örat och ner mot halsen/kinden. Vi försöker då ringa 1177 igen, men där går inte komma fram till telefonkö. Med rädsla för att svullnaden ska bli värre åker vi då på eget bevåg in till akuten. Vi blir dock nekade att komma in redan i dörren med hänvisning att vi ska till tandvården. Vi åker hem och lägger oss med en liten rädsla för att det ska bli värre när vi sover. På morgonen får vi äntligen en akuttid till tandläkare. Tandläkaren hittar inget i tänderna/käken som kan orsaka detta.

Får det gå till så här med barn när det gäller svullnad på hals/huvud? Att man blir nekad bedömning och slussas runt bara pga. att tänderna råkar sitta i samma kroppsdel? Bör man inte ta det säkra före det osäkra och faktiskt kolla på barnet så att inget händer? Ska jag verkligen behöva jaga vård till mitt barn på 4 olika instanser (vårdcentral/1177/näarakut/akut) innan någon tittar på en svullnad som sitter på en så viktig och vital kroppsdel? Hur kan man med sån säkerhet mena att det är tandvården när så ju inte alls var fallet och hen faktiskt aldrig hade ont i tänderna."

Det är väldigt olyckligt för patienten när vården endast ser sin egen verksamhet och arbetar i sina "stuprör". Hur kan man bli skickad runt på detta sätt och att ingen tar ansvar och undersö-

ker patienten? När man som förälder tar kontakt med 1177 och hänvisas till närakuten för bedömning samma dag, blir det konstigt att bli hänvisad till tandvården som från början sagt att det inte är ett ärende för dem. Skiljer sig exempelvis 1177:s beslutsstöd mot det som närakuten använder sig av?

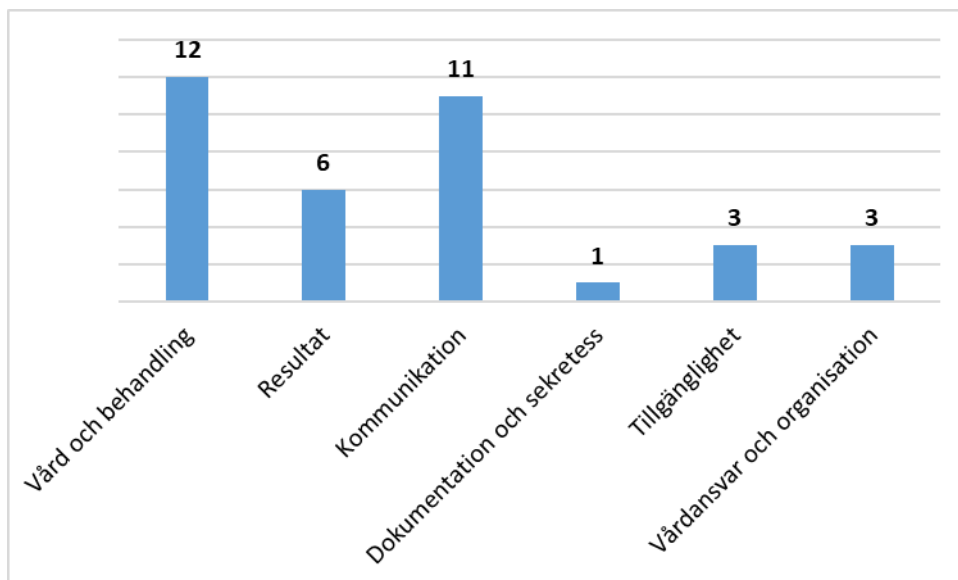
Handläggare har i flera ärende sett samma mönster som ovan beskrivna. Att bli slussad runt i vården utan att få hjälp någonstans när man är orolig dels för sig själv men också för närstående skapar än mer oro, otrygghet och missnöje med vården. Att veta redan i första steget vart man ska vända sig skulle spara många samtal och onödiga besök. Detta förlopp kan ta väldigt lång tid framförallt när det är på jourtid.



Figur 6. Illustration för hur vårdkedjan på jourtid kan se ut

Kirurgisk- och medicinsk vård

När det gäller kirurgisk- och medicinsk vård, är det vård och behandling samt kommunikation som dominerar vad gäller huvudproblem.



Figur 7. Fördelning av huvudproblem inom slutenvård – medicinsk och kirurgisk vård

Exempel på när kommunikationen brister:

Närstående inkommer med synpunkter gällande kommunikation – information. Patient med nydiagnostiserad cancer. Närstående var kallade till möte med läkare och kontaktsköterska. Under mötet tillsammans med närstående och patient gavs information att patienten nu kommer att vara palliativ och ingen IVA vård kommer att ges (brytpunktssamtal). Närstående förstod inget av vad som sades. Efter informationen lämnade vårdpersonalen mötet och ingen stannade kvar för att förhöra sig om att man förstått det som sades”.

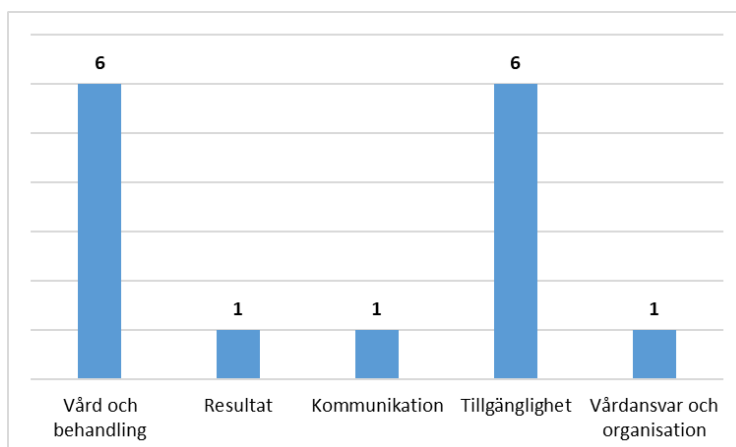
Exempel på vård och behandling:

Kom in med böjsenskada där senan var uppenbart av efter ett sticksår i handen. Läkaren bedömde efter en snabb koll att tummen fungerade och att jag inte kunde böja den pga smärta trots att jag sa att jag inte hade ont och att inget händer när jag försöker böja. Skadan borde ha kontrollerats utifrån känsel, eventuella nervskador och mer utförliga test av böjning. Jag skickades hem med stygn och uppmaning om att komma åter om jag får ytterligare problem. Googlade mig därefter till rätt diagnos och åkte till akuten i Göteborg som opererade omgående eftersom skadan bör opereras inom 2 dygn.

Verksamhetens svar: Verksamhetschefen beklagar att patienten inte fått en korrekt undersökning och bedömning och tackar för patientens synpunkter och kommer att ta det med berörd läkare samt i hela läkargruppen för ett lärande.

Psykiatri rehabilitering och diagnostik

Inom psykiatri rehabilitering och diagnostik är det vård och behandling och tillgänglighet som varit de huvudproblem som fått flest synpunkter.



Figur 8. Fördelning av huvudproblem inom Psykiatri, rehabilitering och diagnostik

Inom Barn- och ungdomspsykiatri är det främst väntetider på behandling efter att man fått sin neuropsykiatriska utredning. Vissa barn har fått vänta väldigt lång tid vilket påverkat det fysiska och psykiska måendet både för barnet och familjen. Det har också påverkat omgivningen, och då främst skolan. I flera familjer har föräldrar uttryckt stor oro för sina barn i väntan på behandling då barnet uttryckt suicidal tankar. Detta har föräldrar fört fram till psykiatri utan att få gehör. Man har inte bedömt det så allvarligt i vården men för föräldrarna blir detta ett stort lidande med mycket oro att se sitt barn må så dåligt.

”Min gjorde ett självmordsförsök. Fick inte rätt hjälp och inte i tid, för att förhindra att min försökte ta sitt liv. Trots att jag låg på och ville att de skulle sätta in medicin. Efter självmordsförsöket träffade vi en överläkare på BUP som sa att detta hade gått fel till. Vi hade fått träffa en kurator men att det alltid ska vara en läkare som ska göra bedömning när det gäller självmordsbenägna. Min har fortfarande inte fått träffa någon psykolog 3 månader efter sitt självmordsförsök och nu mår hen jättedåligt igen. Vi som föräldrar är rädda för ett nytt självmordsförsök”.

Inom vuxenpsykiatri handlar det också främst om väntetider för behandling för sin neuropsykiatriska diagnos.

Patienten skickade en egenremiss till psykiatri för cirka 6 månader sedan då hen behövde en medicin mot ADHD. Har diagnosen sedan tidigare och har även medicinerat tidigare, då via annan region. Har nu väntat 6 månader på att få komma på ett första besök. Hen känner att hen börjar få svårt att klara av sitt arbete och är rädd att få sparken.

Flera synpunkter har handlat om att man patient inte får en helhetsbedömning för både sin psykiska och somatiska diagnos då man tycker att vården inte samverkar utan psykiatri endast ser till sitt specialområde. Patienter efterfrågar en större samverkan mellan psykiatri och primärvården/somatisk vård.

Patienten har varit sjukskriven sedan ett antal år och sjukskrivs av vårdcentralen fram tills för cirka 1,5 år sedan, uppger då att hen var sjukskriven på grund av flera fysiska och psykiatriska diagnoser bland annat PTSD och kronisk ryggvärk. Hen säger att när beroendemottagningen tog över sjukskrivningen tog dem bort alla fysiska och de flesta psykiatriska diagnoser från hens läkarintyg och skrev endast med hens beroendesjukdom. Hen uppger att detta lett till att hens sjukpenning blivit indragen. När hen frågat varför diagnoserna tagits bort fick hen som svar att beroendemottagningen inte arbetar med fysiska diagnoser. Patienten ställer sig frågande till varför en sjukskrivande instans inte tar med samtliga diagnoser som kan påverka arbetsförmågan i utfärdandet av läkarintyg.

Avslutande reflektioner

Det är flera områden som specifikt kan lyftas i denna rapport.

Vårdens olika delar hänger inte ihop. Varje enhet jobbar utefter sina ramar och stuprör. För patienten blir det konstigt att man hela tiden bollas vidare till nästa enhet. Man kan uppleva en ovilja hos vårdpersonal att hjälpa patienten hur den kan få rätt vård. Att komma till en enhet och då få till svar att du ska till en annan enhet och sen släpper man patienten utan att säkerställa att patienten får rätt hjälp. Detta kan uppfattas av patient att vården inte vet vad den gör. Hänvisar man verkligen rätt? Hur kan vi säkerställa att patienten får rätt hjälp för de besvär patienten söker för? Är det inte vårdpersonalens ansvar att säkerställa att en patient får rätt hjälp på rätt instans? Att ha detta stuprörstänk kan äventyra patientsäkerheten.

Tillgänglighet till vården. Att inte får någon återkoppling när man hör av sig till vården skapar mycket oro. Det kan handla om väntan på provsvar, att inte få komma till sin fasta vårdkontakt, att inte bli uppringd eller kallad enligt överenskommelse. Tillgänglighet kan också handla om att det är krångligt att komma intill vården framförallt på jourtid. Hur kan vi jobba med att förbättra och underlätta patientens resa i vården?

Tillgänglighet är ett av de huvudproblem inom psykiatrin som är ett svårt område både när det gäller barn och vuxna. Man har svårt att tillgodose att patienten får starta sin behandling inom en rimlig tid. Väntetiderna är långa vilket leder till otrygga patienter som kan leda till ödesdigra konsekvenser. För barn blir det ofta en problematisk skolgång och tuff situation för hela familjen. För vuxna kan det bekymmer med exempelvis utebliven sjukersättning, avsked från sitt arbete och många gånger till en isolering. I flera ärenden som kommer till patientnämnden gällande psykiatrin beskriver patienten att man inte ser hela sjukdomsbilden och att man saknar samverkan och dialog med andra instanser i vården och som har betydelse för patientens helhet, exempelvis sjukskrivning och medicinering.

Det som handläggarna i patientnämnden ser mer och mer är verksamheternas vilja att ta till sig de synpunkter som de fått och att man ser det som ett lärande. I svaren till patienten uttrycker cheferna att de är tacksamma för de synpunkter som kommit till dem och att de blivit uppmärksammade på problemen. I flera av svaren skriver man att man kommer att ta upp det i läkargrupp och arbetsplatsträffar, men även på individnivå.

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 22

Kurser och konferenser

Handläggarna redovisar för kurser och konferenser de deltagit i:

- Daniel och Rebecka varit på utbildning ” Så hanterar du en rättshaverist”
- Patientnämndens tjänstepersoner fått information av Kontaktcenter av spärrar av journal
- Socialstyrelsen nationella handlingsplan för patientsäkerhet, utbildning. Förslag är att denna utbildning genomförs i samband med sammanträdet den 16 juni som då blir ett heldagssammanträde.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 23

Redovisning av genomförda aktiviteter

Handläggarna redogör för genomförda aktiviteter:

- Deltagit på mikrosystemfestivalen med kommunikationsrapporten
- Daglig styrning på alla tre sjukhus och där vi redovisat årsrapport och kommunikationsrapport
- Etikrådet – inbjudan efter kommunikationsrapporten redovisats för FS
- Referensgrupp patientsäkerhet – kommunikationsrapport
- AT – läkarna på alla tre sjukhusen
- Patientberättelse till utvecklingsledare på Qulturum
- Vårdadministratörer under utbildning, presentation av patientnämnden
- Information till Kontaktcenters medarbetare

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 19

Rapport – Hur utvecklar vi och tar vara på patient- /kundsynpunkter så att de leder till lärande?

Handläggarna redogör för rapporten. Chefläkarna är inbjudna till nämndens sammanträde den 21 april.

Beslutet skickas till

Patientnämnden.

Beslutets antal sidor

1

HUR UTVECKLAR VI OCH TAR VARA PÅ PATIENT-/KUNDSYNPUNKTER SÅ ATT DE LEDER TILL LÄRANDE?



Analys gjord i samarbete mellan sektion chefläkare och patientsäkerhet och patientnämnden i Region Jönköpings län

Hur utvecklar vi och tar vara på patient-/kundsynpunkter så att de leder till lärande?
är producerad av Region Jönköpings län i januari 2022.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	2
Alla vinner på en effektiv klagomålshantering.....	4
Syfte.....	4
Metod.....	5
Resultat	6
Kommunikation.....	6
Agera snabbt.....	6
Lärande	7
Kultur.....	7
Ledarskap.....	7
Diskussion.....	8

Sammanfattning

Ny lagstiftning om ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården trädde i kraft den 1 januari 2018. I Region Jönköpings län (RJL) genomfördes i slutet av 2017 ett projektarbete med bred förankring för att säkerställa riktlinjer, rutiner och arbetssätt så att lagstiftningen skulle efterlevas.

Den nya lagstiftningen och de nya arbetssätten syftar till att utveckla synen på synpunkter och klagomål, förutom att de som framför dem har rätt att få svar, ska synpunkter och klagomål ses som en källa till verksamhetsutveckling. Detta kan uttryckas som en kulturförändring.

I september 2021 genomfördes en gemensam aktivitet i storgrupp sjukvård i syfte att bidra till att utveckla hanteringen och synen på att ta tillvara på patient-/kundsynpunkter som källa för lärande samt att lyfta fram proaktiva arbetssätt för att tidigt uppmärksamma och hantera situationer som potentiellt kan leda till klagomål.

I grupperna lyftes:

- Vikten av en god kommunikation och gott bemötande i hanteringen av patient-/kundsynpunkter.
- Viktigt att agera snabbt på de patientsynpunkter som inkommer.
- Se synpunkter som ett lärande är en viktig del i en verksamhets fortsatta förbättringsarbete.
- Synen på vad ett klagomål respektive synpunkt är, beror på hur en verksamhet ser på det och hur man pratar om det. Det är en fråga om kultur.
- Ledarskapet sätter sin prägel på hur en verksamhet jobbar med synpunkter.

I Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024 beskrivs fyra grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete: engagerad ledning och tydlig styrning, adekvat kunskap och kompetens, god säkerhetskultur samt patienten som medskapare. Samtliga dessa delar inkluderas i rapporten då de är grundläggande i arbetet med att ta tillvara på patient-/kundsynpunkter som källa för lärande.

Förhållandet mellan vårdgivare och patient kan uppfattas som ojämnt då patienten ofta är i en beroendeställning. Därför krävs det att vårdgivare agerar på ett sådant sätt att patienten känner sig trygg med att lämna synpunkter och klagomål direkt till vården.

Att arbeta med att ta tillvara på patient/kundsynpunkter är ett ständigt pågående arbete och lärande. Det är viktigt att alla medarbetare har förståelse för hur det egna arbetssättet är en avgörande del i patientens vårdkedja.

Inledning

Ny lagstiftning om ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården trädde i kraft den 1 januari 2018 ¹. I Region Jönköpings län (RJL) genomfördes i slutet av 2017 ett projektarbete med bred förankring för att säkerställa riktlinjer, rutiner och arbetssätt så att lagstiftningen skulle efterlevas ². Enligt riktlinjerna är sektion chefläkare och patientsäkerhet inom avdelningen folkhälsa och sjukvård ansvarig för uppföljning av att arbete sker enligt riktlinjer och rutiner för hantering av synpunkter och klagomål, att vid behov uppdatera dessa; samt systematisk uppföljning av synpunkter och klagomål. En utvärdering av arbetssättet gjordes i juni 2021 som underlag för revidering och framtagande av åtgärder som kan bidra till att utveckla det systematiska patientsäkerhetsarbetet.

Den nya lagstiftningen och de nya arbetssätten syftar till att utveckla synen på synpunkter och klagomål, förutom att de som framför dem har rätt att få svar, ska synpunkter och klagomål ses som en källa till verksamhetsutveckling. Detta kan uttryckas som en kulturförändring.

Under 2020 fick även PwC uppdrag av regionrevisionen att genomföra en granskning av klagomålshanteringen i Region Jönköpings län. Granskningens syfte var att bedöma om klagomålshanteringssystemet är ändamålsenligt. Resultatet sammanfattades i rapport *”Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län”*³ i januari 2021. Revisionsrapporten påvisade att alla klagomålsärenden sannolikt inte registrerats i Synergi och att absoluta tal därför inte kan följas för antal synpunkter och klagomål för att kunna se mönster och trender. De noterade också att styrande dokument är tydliga men att det i efterlevnaden av dessa förekom olika lokala rutiner och arbetssätt för att hantera klagomål.

Till skillnad från revisorerna fann sektion chefläkare och patientsäkerhet i sin utvärdering att verksamheterna har redogjort för likartade lokala rutiner med arbetssätt som med tydlighet visade att den övergripande rutinbeskrivningen överlag följs och att efterlevnaden ökat över tid. I utvärderingen framgår att hanteringstider av ärenden hittills inte har kunnat registreras och följas på ett säkert sätt, men det uppgavs från verksamheterna att man i stor utsträckning uppfyller lagstiftningens krav om svar inom fyra veckor. Detta stöds också av data ur avvikelshanteringssystemet Synergi där andel ärenden som är avslutade inom 45 dagar hade ökat. I utredningen gjordes bedömningen att den kulturförändring som krävs också har inletts.

Förändringar har genomförts av riktlinjerna för att utveckla arbetssätten. I den nya versionen av Synergi som nu lanserats förbättras möjligheterna att följa upp hanteringstider.

¹ Lag om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

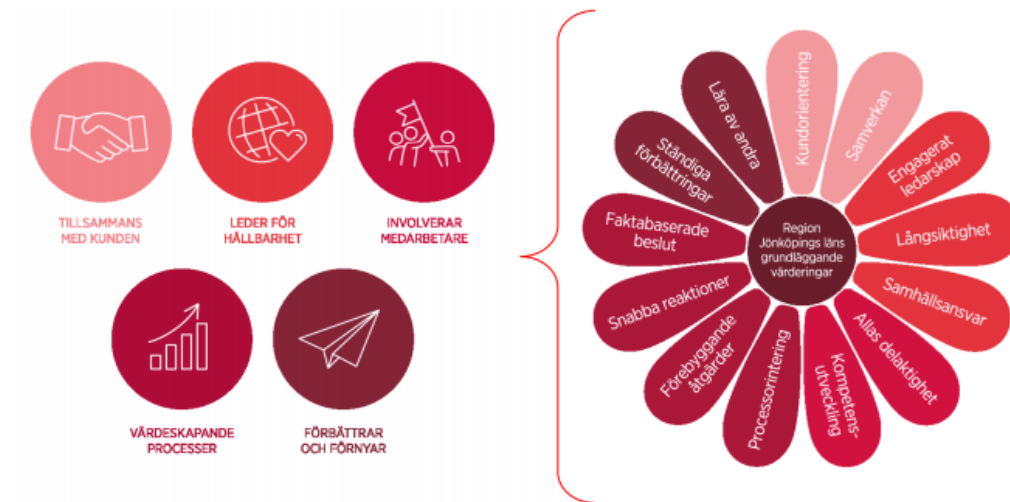
² Riktlinje för hantering av synpunkter och klagomål inom hälso- och sjukvård och tandvård, Folkhälsa och sjukvård (rjl.se)

³ *”Granskning av klagomålshantering inom Region Jönköpings län”* januari 2021 av Petra Ribba, Karolin Hamnér, Eva Lindmark

Arbetsätten för samverkan mellan patientnämnden och sektion chefläkare och patientsäkerhet för det gemensamma lärandet av synpunkter och klagomål har utvecklats.

Den 17 september 2021 genomfördes en gemensam aktivitet i storgrupp sjukvård där utvärderingarna presenterades i syfte att bidra till kulturförändringen och fånga upp och sprida goda exempel på arbetssätt.

Alla vinner på en effektiv klagomålshantering



Arbetet med att ta tillvara på synpunkter och klagomål bygger på våra grundläggande värderingar.

- I Region Jönköpings läns grundläggande värderingar uttrycks viljan att föra dialog med patienter i termer av kundorientering.
- Att systematiskt lära av synpunkter och klagomål för att inte upprepa misstag är ett sätt att förebygga fel och att sträva efter ständiga förbättringar.
- Att patienter får snabb återkoppling och svar följer principen om snabba reaktioner på uttalade och outtalade behov.
- En ändamålsenlig hantering av synpunkter och klagomål går dessutom hand i hand med en personcentrerad vårdkultur ⁴.

Syfte

Att utveckla hanteringen av patient-/kundsynpunkter och synen på hur de kan tas tillvara som källa för lärande.

Att lyfta fram proaktiva arbetsätt för att tidigt uppmärksamma och hantera situationer som potentiellt kan leda till klagomål.

⁴ Grundläggande värderingar för Region Jönköpings län (rjl.se)

Metod

Underlaget till denna rapport samlades in i samband med möte med storgrupp sjukvård den 17 september 2021. Deltagarna delades in i grupper och fick reflektera över frågeställningar som utgick från den utvärdering som hade presenterats gällande klagomålshanteringen:

- Hur tar vi nästa steg så att vi verkligen ser synpunkter och klagomål som källa för lärande?
- Hur kan vi tidigt fånga situationerna så att vi tidigt kan hantera situationer som potentiellt kan leda till klagomål?
- Hur kommer vi dit? Egna exempel och idéer?

Materialet samlades in och analyserades utifrån dess innehåll. Hela materialet läses igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten och en förståelse för vad det handlade om. Meningar eller fraser som innehöll information som var relevanta för frågeställningarna plockades ut. I materialet kunde ett antal teman identifieras.

Resultat

Nedan presenteras resultatet utifrån teman som framträdde efter analys av innehållet från gruppdiskussionerna.

Kommunikation

Temat kommunikation innefattar bemötande och information. I grupperna lyftes det upp vikten av en god kommunikation i hanteringen av patient-/kundsynpunkter. Det anses också som viktigt att vid mötet med patienten ha ett gott bemötande men samtidigt som det kan vara svårt idag då personal ibland sätts på hårda prövningar verbalt från patienter. Att då hålla en god ton är en utmaning i sig.

”Svara inte i affekt utan var ödmjuk o säg att ”jag kan inte svara på detta just nu - men jag kommer återkomma.....”

Agera snabbt

Det är viktigt att man agerar snabbt på de patientsynpunkter som inkommer. Ibland kommer de redan när patienten är inläggande i slutenvården. Att då ge en bekräftelse på patientens synpunkter och frågor om det är något som kunde gjorts annorlunda, är ett sätt att agera snabbt.

Receptionen på en mottagning har en viktig roll i att snabbt lyssna in synpunkter. De är oftast den första person som kommer i kontakt med patienten och detta första möte är mycket viktigt för hanteringen av klagomålet och den fortsatta vården.

Det är en stor utmaning för verksamheter att hitta tiden för hantering av ärenden och samtal med de berörda patienterna. Det är också viktigt att man för ut inkomna synpunkter till verksamheten för att kunna jobba med förbättringar. En verksamhetschef berättar att hen i sitt arbete alltid försöker ringa upp patienten direkt för att få dennes upplevelse utan att ha läst journalen och då få en så objektiv bild av händelsen som möjligt.

”Ju tidigare man hanterar klagomål desto bättre. Snabb kontakt direkt, lyssna och förklara”

Lärande

Det är en utmaning att sprida synpunkter som ett lärande utan att det uppfattas som kritik. Att se synpunkter som ett lärande är en viktig del i en verksamhets fortsatta förbättringsarbete. Att se värdet i ett klagomål kan ses som svårt ur ett medarbetarperspektiv då de kan vara hårt belastade i sitt arbete och då istället tar det som kritik. Det gäller ändå för ledningen att försöka prata väl om klagomål för att händelserna inte ska upprepas igen.

Ett sätt att ta emot patientsynpunkter kan vara att ha en brevlåda på sin enhet för att visa att man tycker patienternas åsikter är viktiga. Sedan att lyfta detta vidare i olika mötesforum på kliniken.

”Prata väl om klagomål. Det ligger alltid ett värde i dem. Leder ofta till bra förbättringsarbeten.”

Kultur

Hur man ser på vad ett klagomål respektive synpunkt är, beror på hur en verksamhet ser på det och hur man pratar om det. Hur hanterar och reagerar vi på detta? Det är en fråga om kultur. Flera verksamheter är noga med att ta en kontakt med patienter direkt, vilket visar på att man ser det som viktigt och att patienten känner sig lyssnad på. En verksamhet menar att detta är den viktigaste delen i handläggningen, att ta en kontakt med patienten och lyssna in denna. Att ta till sig synpunkter med ett öppet sinne, även om man tycker att det är obehagligt är ett sätt att välkomna synpunkter och sätta prägel på en enhets sätt att ta till sig synpunkter.

”Jobbar med att vara öppen för synpunkterna, att välkomna synpunkter istället för tycka det är obehagligt.”

”Vi behöver bli bättre på att fråga vad barnen tycker, det mesta kommunikationen sker mellan vuxna. Man är van att det är de vuxna som pratar, vi borde vara mer systematiska i det.”

Ledarskap

Ledarskapet sätter sin prägel på hur en verksamhet jobbar med synpunkter. Är verksamhetschefen snabb med kontakt vid klagomålet skapar det en god kultur i verksamheten. Att ställa frågan ”Vad kan jag hjälpa till med som chef” är en viktig del i att vara öppen för de synpunkter som kommer. Att hantera synpunkter är inte alltid enkelt och ibland är det en stor utmaning när det gäller patienter med rättshaveriskt beteende. Det är viktigt som ledning att man finns där och kan stötta medarbetarna som fått kritik.

”Glöm inte bort att fånga upp klagomålen direkt. Kom ihåg att tacka för att de uppmärksammar oss.”

Diskussion

I Socialstyrelsens nationella handlingsplan för ökad patientsäkerhet 2020-2024 beskrivs fyra grundläggande förutsättningar för patientsäkerhetsarbete: engagerad ledning och tydlig styrning, adekvat kunskap och kompetens, god säkerhetskultur samt patienten som medskapare. Samtliga dessa delar inkluderas i rapporten då de är grundläggande i arbetet med att ta tillvara på patient-/kundsynpunkter som källa för lärande.

En engagerad ledning är avgörande för en säker vård på alla nivåer och är den primära kultursättaren vilket flera chefer bekräftade. När patienten är välinformerad, får delta aktivt i sin vård och ges möjlighet att påverka den utifrån sina önskemål och förutsättningar kan de bidra till att avvikelser uppmärksammas och kan åtgärdas. Det är även viktigt att patienter och närstående ges möjlighet att delta i utvecklingen av patientsäkerhetsarbetet då de ofta har egna förslag på förbättringar⁵.

Förhållandet mellan vårdgivare och patient kan uppfattas som ojämnt då patienten ofta är i en beroendeställning. Därför krävs det att vårdgivare agerar på ett sådant sätt att patienten känner sig trygg med att lämna synpunkter och klagomål direkt till vården.

Värdegrundsarbete i Region Jönköpings län är vägledande och stöder ett aktivt arbete med synpunkter och klagomål. Det är betydelsefullt att inte bara reagera på det som inte har gått bra utan även ta tillvara på patienters synpunkter som del i ett mer proaktivt arbetssätt för att förbättra vårdens kvalitet.

I grupparbeten på storgrupp sjukvård gavs många goda exempel på hur man kan ta tillvara på och arbeta vidare med patienternas synpunkter på vården. Det framkom också goda exempel på hur en del verksamheter jobbar idag och hur man kan utveckla detta arbete och sprida det vidare. Både hur man kan lära av varandra men också hur man kan lära sig själv.

Hur ledningssystemet ser ut på kliniken avspeglar ofta hur hela verksamheten ser på synpunkter och klagomål. Tycker ledningen att detta inte är en viktig del i klinikens utvecklingsarbete kommer medarbetarna också jobba utefter det. Att ha en struktur för verksamhetens ledning och styrning är viktigt när man jobbar med patientsynpunkter för att ta tillvara på dessa på bästa sätt⁶. Att jobba med ständiga förbättringar och ta tillvara på inkommande synpunkter är ett led i att utveckla verksamheten och medvetandegöra eventuella patientsäkerhetsrisker. Att agera snabbt visar att man tar det på allvar och på så vis eventuellt kan förhindra en vårdskada. En ledare i en verksamhet har en betydande roll både gentemot

⁵ Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020. Artikelnr 2020-2-6564.

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

patienten som framfört sitt klagomål och då förväntar sig en åtgärd eller en förklaring⁷ men också som ett stöd för medarbetaren som kanske fått kritiken⁸.

I arbetet med bemötandefrågor är det viktigt att alla personalkategorier deltar och att arbetet bedrivs systematiskt från ledningens sida. Det goda mötet bygger på den värdegrund som genomsyrar en organisation och arbetet beskrivs på Socialstyrelsens sida Kunskapsguiden på följande sätt; *”För att kunna arbeta med bemötande krävs att ledningen bestämmer sig för att frågan är viktig, och att det ges rätt förutsättningar. Bemötandet går inte att reducera till enkla aktiviteter som kan bockas av, men att systematiskt skapa en gemensam grund för verksamheten är möjlig”*⁹.

Att sträva efter att lyfta inkomna synpunkter, klagomål och förbättringsförslag på enheternas olika mötesforum är ett sätt att integrera och systematiskt arbeta aktivt med att lära av patienterna.

Det är viktigt att analysera och dra lärdom utifrån inkomna synpunkter och klagomål och leta efter mönster och trender snarare än att alltid behandla varje klagomål som en isolerad händelse. Det finns många verksamheter i RJL som använder klagomålen som ett lärande för att utveckla vården.

Ett sätt för patienter och närstående att lämna synpunkter på vården är att gå via 1177.se Vårdguidens e-tjänst. Denna nationella tjänst kommer under våren 2022 att uppgraderas till att bli en väg in för synpunkter och klagomål där man kan välja att lämna synpunkten direkt till verksamheten eller till patientnämnden.

Att arbeta med att ta tillvara på patient/kundsynpunkter är ett ständigt pågående arbete och lärande. Det är viktigt att alla medarbetare har förståelse för hur det egna arbetssättet är en avgörande del i patientens vårdkedja. Att ta tillvara på patientens synpunkter som en källa till lärande är ett sätt att kunna utveckla och förbättra vården för dem vi är till för.

⁷ Patientsäkerhetslag (2010:659)

⁸ Vårdskada – riktlinjer för patient- och medarbetarstöd, Region Jönköpings län (rjl.se)

⁹ <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/bemotande-i-halso-och-sjukvarden/om-bemotande-i-halso-och-sjukvarden/>

Hur utvecklar vi och tar vara på patient-
/kundsynpunkter så att de leder till
lärande?



För ett bra liv i en attraktiv region.

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 20

Rapport – Vad har IVO sett 2021

För kännedom informerar patientnämndens handläggare om inkommen rapport från IVO.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1



Vad har IVO sett 2021?

lakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2021

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

Foto: Johnér bildbyrå

Grafisk form och produktion: AB Typoform

Artikelnr: IVO 2022-2

Utgiven mars 2022

www.ivo.se

Innehåll

Förord	5	5. Tillgänglighet inom omsorgen	31
1. Utvecklingen av kvalitet och säkerhet inom vården och omsorgen	6	IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	32
Befolkningens tillgänglighet till vård	7	Personer med behov av socialtjänst-insatser blir inte alltid kontaktade vid förändring i insatsen	32
Befolkningens tillgänglighet till omsorg	8	Kommuner brister i systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning av den enskildes behov	33
Vårdens och omsorgens kompetensförsörjning	9	6. Tillgänglighet och vårdplatsbrist på sjukhus	34
Systematiskt kvalitetsarbete krävs för att förstå orsaker till vårdskador och missförhållanden	10	IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	35
Förbättrad rättstillämpning ger bättre effekt	11	Vårdplatsbrist äventyrar patientsäkerheten på landets sjukhus	35
IVO fortsätter arbetet att förhindra oseriösa aktörer	12	Uppföljande tillsyn av sjukhus visar att problemen kvarstår över tid	36
2. Bristande vård och omsorg inom äldreområdet	13	Signaler om vårdplatsbrist på flera av landets sjukhus visar på behov av en sammanhållen tillsyn av sjukhusen i alla regioner	37
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	14	7. Vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa	38
Tidigare granskningar visar på allvarliga brister när det gäller medicinsk vård och behandling på SÄBO	14	IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	39
Fortsatt nationell granskning av den medicinska vården av äldre	16	Psykiatrisk vård och behandling brister i samordning och tillgänglighet	39
3. Barn och unga i socialtjänsten	18	Tillgänglighetsbrister inom barn- och ungdomspsykiatri riskerar barnens hälsa	40
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	19	IVO och patientnämnderna tar emot allvarliga klagomål som rör barn och psykiatrisk specialistsjukvård	42
Brister inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård kvarstår	19	IVO förstärker och utvecklar tillsyn och uppföljning av den psykiatriska tvångsvården samt den rättspsykiatriska vården	43
Förbättrad rättstillämpning har lett till fler förbud och återkallade tillstånd	20	8. Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård	44
Upplysningar från barn och unga ska vara en central del i IVO:s riskbedömning av verksamheter	22	IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	45
De flesta barn och unga i olika boendeformer är trygga, men en femtedel upplever otrygghet på HVB och SiS	22	Läkares felaktiga förskrivningar vanligaste orsaken till kritik och anmälan till HSAN	45
IVO har påbörjat en förstärkt tillsyn om barn och unga i tvångsvård	25	IVO identifierar allvarliga patientsäkerhetsrisker hos tandläkare på grund av oskicklighet	46
4. Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen kvarstår	26	9. IVO har ett viktigt uppdrag att stoppa oseriösa aktörer	47
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	27	IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	48
Fler verksamheter har förbjudits efter otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder jämfört med tidigare	27	IVO återkallar allt fler tillstånd	48
Klagomål från allmänheten om tvångs- och begränsningsåtgärder fortsätter att öka	28	Oseriösa och kriminella aktörer har tagit sig in på marknaden för testning av covid-19	49
Det finns ofta begränsningar som påverkar de som bor på LSS-boenden för vuxna	28	Aktörer som bedriver omsorgsverksamhet utan tillstånd utgör en allvarlig risk för brukare – kommuner brister i sin kontroll	50
Besöksförbud vanligaste begränsningsåtgärden inom särskilda boenden för äldre	29		

10. Fel kompetens bland utförare av estetiska behandlingar medför stora risker	52
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	53
Kraftig ökning av signaler om allvarliga risker inom estetiska behandlingar	54
IVO har åtalsanmält behandlare utan rätt medicinsk kompetens	54
Kunskapen är låg bland utförare om vilka regler som gäller och de krav som ställs på vårdgivare	54
IVO förstärker samverkan med andra myndigheter och nätverk i syfte att förhindra oseriösa aktörer	55
Referenser	56

Bilaga 1. Statistik fördelat på verksamhets- eller tillsynsområde	61
Barn och familj	62
Äldreomsorg	63
Funktionsnedsättning	64
Utvecklingen av lex Sarah-anmälningar	66
Ej verkställda beslut	66
Missbruk- och beroendevården	67
Primärvård	68
Somatisk specialistsjukvård	69
Akutmottagning och prehospital vård	70
Tandvård	70
Utvecklingen av lex Maria-anmälningar	71

Bilaga 2. Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen	72
IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder	73
Antal klagomål som kommer in till IVO ökar	73
De flesta utredda klagomål rör kirurgi, primärvård och psykiatrisk specialistsjukvård	74
Vård och behandling ligger bakom flest klagomål	74
Klagomålen rör främst personer över 18 år och kvinnor	75
Stor variation mellan länen	76

Förord

I "Vad har IVO sett 2021" samlas myndighetens viktigaste iakttagelser från det förra året. Bland de områden vi lyfter finns vården och omsorgen av äldre samt omsorgen av placerade barn och unga. Områden och iakttagelser som känns igen från tidigare år och rapporter.

IVO har i återkommande granskningar av vården och omsorgen påtalat liknande brister flera år i rad, utan att det medfört att verksamheterna genomfört tillräckliga förbättringar. Allvarliga patientsäkerhetsrisker och missförhållanden får inte tillåtas fortsätta år efter år. Utvecklingen under 2021 markerar en förändring i IVO:s rättstillämpning, som syftar till att öka effekten av tillsynen och tillståndsprövningen. Det märks bland annat genom ett stärkt patient- och brukarperspektiv, samt i ett ökat antal förelägganden och förbud. Detta är ett uttryck för att IVO tar krafttag när patienter och brukare far illa, och i vissa fall utsätts för ren vanvård.

Utvecklingen av oseriösa aktörer inom vården och omsorgen är utmanande och har under 2021 inneburit ett flertal större tillsynsinsatser. Särskilt allvarliga exempel finns inom området falska PCR-tester gällande covid-19. IVO har vidtagit ett flertal skarpa åtgärder, vilket i flera fall möjliggjorts av närmare samverkan med andra myndigheter som har brottsbekämpande uppdrag.

Med utvecklade arbetssätt ska IVO:s beslut få mer effekt. Nödvändiga förbättringsåtgärder måste vidtas i vården och omsorgen, så att alla patienter och brukare ges den kvalitet och säkerhet som lagstiftningen stadgar.

Sofia Wallström
Generaldirektör



1

Utvecklingen av kvalitet
och säkerhet inom vården
och omsorgen

IVO har ett omfattande tillsynsuppdrag över hela vården och omsorgen som utgör mer än 10 procent av bruttonationalprodukten, BNP. Miljontals möten och interaktioner sker varje år mellan brukare, patienter och personal. Enbart inom vården genomförs 69 miljoner besök årligen. IVO:s tillsyn omfattar bland annat 240 000 legitimerade personer inom hälso- och sjukvården, drygt 100 sjukhus och tusentals vård- och hälsocentraler. Det finns flera tusen boenden för personer med olika typer av omsorgsbehov, exempelvis nära 5 000 bostäder med särskild service (LSS-boenden). Därtill prövar myndigheten tillstånd för privata utförare av bland annat hemtjänst, personlig assistans och hem för vård eller boenden (HVB) samt blod- och vävnadsverksamheter. Myndighetens tillsynsområde växer med ett förändrat behov av välfärdstjänster, bland annat i takt med att andelen äldre i befolkningen ökar.¹

IVO har sett att coronapandemin fortsätter att påverka samhället och skapar påfrestningar på vård- och omsorgssystemet. Pandemin har synliggjort tidigare kända problem inom vården och omsorgen, inte minst knutet till kompetensförsörjning, kontinuitet och tillgänglighet. Samtidigt har pandemin även inneburit nya problem. Utmaningarna inom exempelvis äldreområdet var betydande redan under pandemins första år, men har fortsatt under 2021. Osäkerheten om pandemins fullständiga konsekvenser och effekter är fortsatt hög.

I detta kapitel redovisas en övergripande bild av utvecklingen av kvalitet och säkerhet inom vården och omsorgen under 2021 utifrån några centrala perspektiv i utförandet av tillsyn och tillståndsprövningen. Inledningsvis beskrivs befolkningens tillgänglighet till vård och omsorg, förutsättningar för kompetensförsörjning samt förekomsten av vårdskador och missförhållanden. Vidare berörs IVO:s utvecklingsarbete gällande digitalisering samt utvecklad rättstillämpning, bland annat kopplat till missförhållanden rörande placerade barn och unga. Slutligen beskrivs hur IVO samverkar med andra myndigheter för att förhindra organiserad brottslighet och oseriösa aktörer inom välfärdsmarknaden.

1. Underlag bland annat hämtat från SCB, Hälsoräkenskaper 2019. Socialstyrelsen (2018a), Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal – sysselsatta inom hälso- och sjukvård 2018, uppgift hämtad 2021-02-16. Sveriges kommuner och regioner, Vården i siffror <https://vardenisiffror.se/>. Uppgifter från IVO:s omsorgsregister, 2021-11-23.

Befolkningens tillgänglighet till vård

Alla i befolkningen har rätt till god vård efter behov och på lika villkor. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anger att vården ska vara lätt tillgänglig. Detta är dock en stor utmaning för hälso- och sjukvården i Sverige och har så varit under en längre tid. Pandemin har inneburit att redan bristande tillgänglighet har försämrats inom vissa områden. Inom andra områden har väntetiderna tvärtom blivit kortare när fler har undvikit att besöka vården. Samtidigt kan uppskjuten vård leda till förvärrade sjukdomstillstånd samt ytterligare påverka tillgängligheten i ett längre tidsperspektiv.

Om tillgängligheten brister riskerar patienter att inte få den vård de behöver eller att inte få den i rätt tid. Bristande tillgänglighet kan leda till patient-säkerhetsrisker och en ökad risk att drabbas av vårdskada, samt leda till sämre psykisk hälsa, inkomstbortfall och minskat förtroende för hälso- och sjukvården hos både patienter och närstående.

Måluppfyllelsen för vårdgarantin har minskat under 2021

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

Måluppfyllelsen för de två vårdgarantierna som gäller primärvården har varit relativt oförändrad under pandemin medan vårdgarantierna inom specialistvård har försämrats kraftigt (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a). När pandemin slog till under början av 2020 minskade antalet patienter som väntade på ett första besök inom specialistvården för att sedan öka och i slutet på 2021 vara betydligt högre än före pandemin. En anledning kan vara att specialistvården fokuserat på att korta de redan befintliga köerna på bekostnad av att ta emot nya patienter. Det är samtidigt svårt att veta hur väl måluppfyllelsen inom primärvården och specialistvården faktiskt speglar befolkningens behov av vård under pandemin, då uppskattningsvis 40 procent av befolkningen antingen avstått från eller väntat längre med att söka vård (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021a).

Ett annat sätt att mäta tillgänglighet är att fråga befolkningen vad de anser om tillgången till vård och omsorg. International Health Policy Survey (IHP) 2020 visar att den svenska befolkningen, jämfört med tio andra OECD-länder, rapporterar längst väntetid till vård som inte sker på sjukhusens akutmottagningar. Sverige är det land i denna jämförelse där lägst andel i befolkningen anger att de fick tid för vård inom samma eller nästa dag och fick tid för vård inom sju dagar (ingen av frågorna gäller akutbesök på sjukhus). När det gäller att få tid för besök till specialist inom tre månader är det endast ett annat land som har en lägre andel än Sverige. Samma sak gäller andelen som anser att de har fått en planerad och icke-akut behandling eller operation inom tre månader efter att ha blivit rekommenderad en sådan. (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2021b)

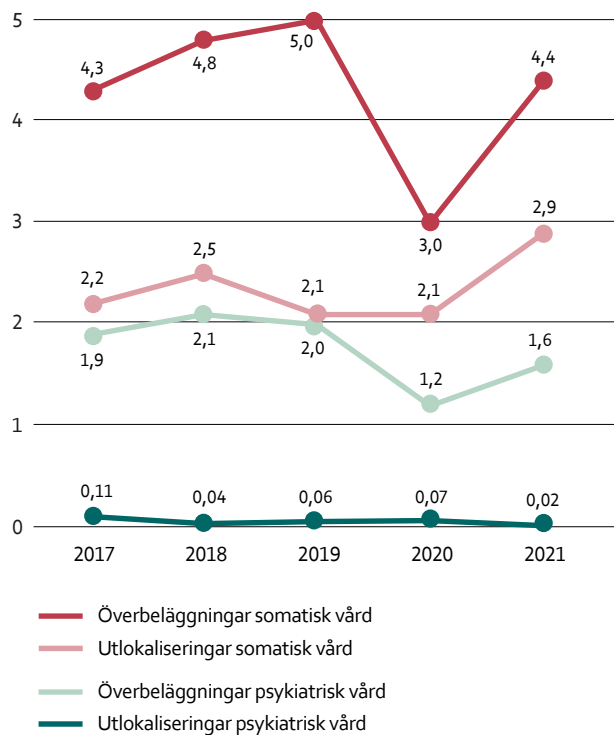
Överbeläggningar och utlokaliseringar inom somatisk vård ökar över tid

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

När behovet överstiger utbudet uppstår överbeläggningar och utlokaliseringar. Överbeläggning sker när en patient vårdas på en vårdplats som inte uppfyller kraven på disponibel vårdplats. Utlokalisering sker när en patient vårdas på en annan vårdenhet än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för patienten. Ett tydligt exempel från tillsynen är att IVO under flera års tid påtalat allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker vid akutsjukhusen bland annat till följd av bristen på vårdplatser. IVO:s insatser vad gäller tillsyn av sjukhusvården beskrivs närmare i kapitel 6.

Utlokaliseringar inom somatisk vård har ökat över tid (se figur 1). Även överbeläggningarna har ökat, men ett trendbrott skedde 2020 i samband med pandemin. Generellt sett är skillnaderna i överbeläggningar och utlokaliseringar stora både inom och mellan regionerna (Socialstyrelsen, 2021a).

Figur 1. Antal patienter per 100 disponibla vårdplatser, vårdade på överbeläggingsplats respektive utlokaliserade, fördelat på somatisk och psykiatrisk vård mellan 2017–2021.



Källa: Sveriges Kommuner och Regioner.

Befolkningens tillgänglighet till omsorg

Långa väntetider till att få omsorgsinsatser försämrar en persons livskvalitet. Det innebär att personen inte får den insats hen har rätt till och att personens behov inte tillgodoses. Personer som behöver vård och omsorg har lagstadgad rätt att få den hjälp och det stöd de behöver från kommunen enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL. När en person beviljas en insats från socialtjänsten är kommunen skyldig att verkställa den. En socialtjänst måste kunna ge brukarna god tillgång till de beviljade insatserna för att socialtjänstens arbete ska kunna räknas som säker och av god kvalitet.

Socialnämnden, eller motsvarande, i en kommun är skyldig att rapportera till IVO om en beviljad insats inte verkställts inom tre månader. Socialnämnden ska även rapportera om en insats har avbrutits och inte verkställts på nytt inom tre månader. Detta

brukar kallas för "ej verkställda beslut". Många insatser avbröts under 2020 till följd av pandemin. Under 2021 har en återhämtning av verkställigheten skett och två tredjedelar av avbrutna insatser har åter verkställts (se figur 2).

De personer som fått avbrott i sina socialtjänstinsatser sedan pandemin startade, är de individer som haft beslut om dagverksamhet enligt SoL och daglig verksamhet enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. I kapitel 5 beskrivs IVO:s analys och slutsatser från den tillsyn som genomförts av hur samtliga kommuner tillgodosett behoven hos enskilda personer med socialtjänstinsatser under pågående pandemi.

Vårdens och omsorgens kompetensförsörjning

Tillräcklig bemanning och kompetens är självklara grunder för god kvalitet och säkerhet i vård och omsorg. Det finns redan idag brist på arbetskraft i yrken inom dessa områden samtidigt som befolkningsökningen och den demografiska förändringen ökar behovet ytterligare (Universitetskanslersämbetet, 2019). Socialstyrelsen konstaterar också att det finns ett samband mellan såväl otillräcklig bemanning som kompetens och risker för vårdskador (Socialstyrelsen, 2018b).

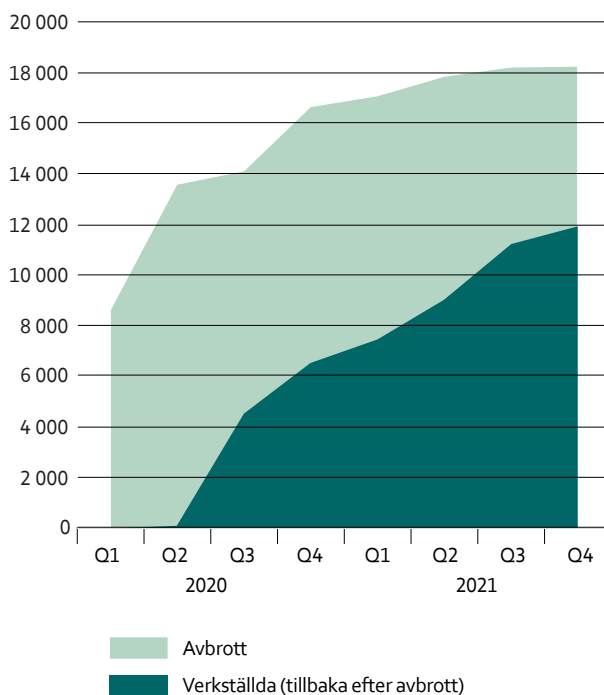
Arbetsgivarna bedömer att det är brist på flera yrkeskategorier

Socialstyrelsens senaste undersökning om tillgång och efterfrågan på personal lyfter att pandemin har påverkat behovet av legitimerad personal på kort sikt och sannolikt även kommer att ha långsiktiga konsekvenser på efterfrågan (Socialstyrelsen, 2021b). Det kommer exempelvis att finnas behov av att hantera den vård som har ställts in. Det kommer också att behövas personal för rehabilitering, både av långtidssjuka patienter och av patienter som har tillfrisknat från covid-19 men som har kvarvarande besvär. Socialstyrelsen konstaterar i sin sammanställning att regionerna och andra arbetsgivare bedömer att det är brist i samtliga regioner på minst sex och upp till 15 av 19 legitimationsyrken.

Alla regioner redovisar brist på specialistsjuksköterskor. Operationssjukvård, intensivvård och anestesijukvård samt distriktssköterskor är de inriktningar som flest regioner beskriver brist inom. 19 av 21 regioner bedömer att det är brist på specialistläkare, främst inom allmänmedicin och psykiatri men även bland ett stort antal andra specialiteter. Tandläkare, grundutbildade sjuksköterskor och psykologer redovisas som bristyrken av 17 regioner. En del av problematiken Socialstyrelsen beskriver är att det är svårast att rekrytera erfarna medarbetare och konstaterar att det är viktigt att lyckas behålla kompetens (Socialstyrelsen, 2021b).

Socialtjänsten har kända problem med både hög arbetsbelastning och stor personalomsättning (Arbetsmiljöverket, 2018). Nyanställda socionomer, särskilt inom socialtjänstens barnavård, byter ofta jobb. Det huvudsakliga skälet är hög arbetsbelastning, brister i organisation och arbetsmiljö (Bruhn et al., 2020). Bristen på både nyutexaminerade och

Figur 2. Ackumulativt antal individer med avbrott och verkställda beslut 2020–2021. Endast nya avbrott sedan starten på 2020.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

yrkeserfarna sacionomer har dock minskat på senare år. År 2018 uppgav 33 procent av arbetsgivarna att det var brist på nyutexaminerade arbetssökande med sacionomutbildning. Under 2020 hade motsvarande andel minskat till 9 procent. Under 2020 svarade 49 procent av arbetsgivarna att det var brist på arbetssökande med yrkeserfarenhet (Socialstyrelsen, 2021c).

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

IVO konstaterar att det finns få tecken på att bristen på kompetens kommer att minska i framtiden. Den åldrande befolkningen i kombination med alltför få examinerade leder till en allt större brist. Det gör att verksamheterna måste fokusera på arbetsorganiseringen och effektiviteten så att den personal som finns kan bidra på bästa sätt.

Systematiskt kvalitetsarbete krävs för att förstå orsaker till vårdskador och missförhållanden

En vårdskada är lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om vården hade genomfört lämpliga åtgärder vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. En vårdskada kan uppstå på grund av den vård och behandling som patienten har fått men också på grund av att patienten inte har fått den vård som behövs. Utöver det lidande som en vårdskada innebär för den som drabbats, får vårdskador följdverkningar för hälso- och sjukvården. Kostnaden för de extra vård dagar som beror på vårdskador beräknas vara cirka 8 miljarder kronor per år (Socialstyrelsen, 2020a). Färre skador skulle alltså leda till att hälso- och sjukvårdens resurser skulle kunna användas mer effektivt.

Missförhållanden i omsorgen kan vara av olika slag som fysiska och psykiska övergrepp, brister i bemötande och utförande av insatser. Missförhållanden i omsorgen får stora konsekvenser för brukare. De påverkar rätten till god omsorg och insatser utifrån individuella behov.

Det finns mycket mer att göra innan det övergripande målet nås att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada eller att inga missförhållanden

ska förekomma inom omsorgen. För att nå dit måste ansvariga för verksamheterna förstå orsakerna till händelserna, som kan vara många och komplexa. De kopplar bland annat till brister i kompetensförsörjning, personcentrering och samordning, ledning och styrning, tillgänglighet och kvalitetsarbete. Det handlar också om bristande kunskap om varför det går bra när det går bra.

Ett systematiskt kvalitetsarbete ökar möjligheterna för verksamheterna att utforma åtgärder och förändra verksamheterna så att kvaliteten ökar och risken för vårdskador och missförhållanden minskar. Byggenstenarna i ett systematiskt kvalitetsarbete består av att följa upp resultat av kvalitetsmätningar och analysera risker, negativa händelser och utforma åtgärder. För att åtgärderna ska ge en bra effekt bör de vara kopplade till de bakomliggande orsakerna. Det är viktigt att verksamheterna följer upp de åtgärder som vidtas för att säkerställa att de har fått önskad effekt.

Förekomsten av vårdskador inom hälso- och sjukvården

Mellan 93 000 och 98 000 patienter på svenska sjukhus drabbas varje år av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad. I cirka 1 200–1 300 fall per år bidrar vårdskadan till att patienten avlider och i cirka 2 000–2 600 fall får patienter någon form av bestående men (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020a).

IVO granskar anmälningar om allvarliga vårdskador. Alla vårdgivare är skyldiga att rapportera dessa händelser till IVO enligt bestämmelserna om lex Maria. Det är en viktig del av uppdraget att hjälpa vården att upptäcka om vårdskador och riskhändelser är systematiska och möjliga att åtgärda eller om de är slumpmässiga. IVO ser brister i vårdgivarnas utredningar då det ofta saknas information om bakomliggande orsaker, varför verksamheterna behöver komplettera utredningarna. IVO ser också att lex Maria-anmälningar återkommer med samma händelser utan att det skett förbättringar (se bilaga 1 för mer statistik om lex Maria).

IVO bedömer att det finns ett stort mörkertal i rapporteringen till myndigheten och att antalet riskhändelser är mångdubbelt större. Myndigheten får in färre än 2 500 lex Maria-anmälningar per år från hela hälso- och sjukvården samtidigt som Sveriges Kommuner och Regioners journalgranskningar visar att det förekommer ungefär 3 200 allvarliga vårdskador per år enbart inom den somatiska slutenvården (Sveriges Kommuner och Regioner, 2020a).

Försäkringsbolaget Lof, vars huvuduppgift är att försäkra de vårdgivare som finansieras av landets 21 regioner, tog under 2020 emot 17 400 anmälningar om patientskada från patienter. I cirka 43 procent av de ärenden som Lof beslutade om under samma år erhöll patienten ersättning (Lof, 2021).

Förekomsten av missförhållanden inom omsorgen

IVO utreder anmälningar om allvarliga missförhållanden inom omsorgen. Alla omsorgsgivare är skyldiga att rapportera dessa händelser till IVO enligt bestämmelserna om lex Sarah. År 2021 tog IVO emot 1 193 lex Sarah-anmälningar. Antalet lex Sarah har legat på ungefär samma nivå under de senaste fem åren (se bilaga 1 för mer statistik om lex Sarah). Det finns ingen information om hur vanligt det är med missförhållanden inom omsorgen som kan jämföras med den markörbaserade journalgranskningen inom hälso- och sjukvården som SKR genomför. Det finns alltså betydligt mindre kunskap om hur vanligt det är med missförhållanden inom omsorgen än om vårdskador inom hälso- och sjukvården.

IVO konstaterar att statistik- och uppföljningssystemen inom vården och omsorgen i grunden inte är utformade för att samla in fakta som kan visa det aktuella dagsläget då det än så länge inte finns några realtidsdata över kommunala verksamheter (Inspektionen för vård och omsorg, 2020a). Samtidigt är de flesta kommunala verksamheter digitaliserade och antalet systemvarianter är begränsat vilket ger tekniska förutsättningar för en bättre överblick. Det är ett större problem att verksamheterna inte använder enhetliga termer och begrepp samt att de inte registrerar på ett konsekvent sätt. Slutligen finns starka sekretessgränser som inte gör det möjligt att föra samman data från datakällor inom olika områden. Sammantaget innebär detta att det är svårt eller omöjligt att systematiskt följa upp socialtjänstens insatser.

I kapitel 3 om barn och unga beskriver IVO iakttagelser och åtgärder avseende de allvarliga missförhållanden som IVO återkommande ser i tillsynen av placerade barn och unga. I kapitel 4 om tvångs- och begränsningsåtgärder beskriver IVO förekomsten av dessa typer av åtgärder inom omsorgen.

Förbättrad rättstillämpning ger bättre effekt

IVO har genomfört flera åtgärder i tillsynsarbetet under 2021 utifrån allvarliga brister som synliggjordes, framförallt kopplat till tillsynen av hem för vård eller boende (HVB) för barn och unga. Myndigheten har vidtagit åtgärder för att säkerställa en enhetlig och effektiv prioritering och hantering av information om allvarliga risker för liv och hälsa (så kallad vanvård), utvecklat patient- och brukarperspektivet för att ge brukares synpunkter rätt vikt i tillsynen samt påbörjat ett förbättringsarbete av rättstillämpningen.

Bakgrunden till förbättringsarbetet är att det under 2021 har framkommit att placerade barn och unga, i vissa fall under många år, har varit utsatta för oacceptabel hantering som våld, inlåsnings, sexuella eller andra allvarliga kränkningar och övergrepp. Det rör ett HVB för flickor, HVB Stubben, där flickorna under flera år vittnat om våld och andra allvarliga missförhållanden. IVO hade kunskap om verksamheten och missförhållandena, men beslutsfattandet var otillräckligt och problemen fortsatte år efter år. Händelserna synliggjorde en bristande förmåga hos IVO att agera tillräckligt kraftfullt och effektivt i tillsynen. Detta belyser vikten av att IVO använder sig av de verktyg som myndigheten fått av lagstiftaren, såsom förelägganden, förbud och återkallelser av tillstånd för att förhindra pågående allvarliga risker för barnens liv och hälsa. Det belyser vidare frågor kring IVO:s tillämpning av patient- och brukarperspektivet som enligt myndighetens instruktion ska genomsyra tillsynen.

IVO har under 2021 vidtagit åtgärder för att förbättra rättstillämpningen så att myndigheten kan fatta rätt beslut i rätt tid som ger tillräcklig effekt. I fall där IVO fattat beslut med kritik eller begärt återredovisning från verksamheterna och tillräckliga förbättringar inte har genomförts, ska beslut fattas som säkerställer att verksamheterna avhjälpas problemen, exempelvis i form av förelägganden, förbud eller återkallelser av tillstånd.

I IVO:s utvecklingsarbete har myndigheten under året även förstärkt kompetensen för att ge patient- och brukarperspektivet rätt vikt i verksamheten. Patienters och brukares kunskap om och erfarenhet av kvaliteten och säkerheten i den vård och omsorg som ges är en central informationskälla. IVO har

bland annat under året utvecklat de årliga enkäterna som riktar sig till barn och unga. Syftet med enkäterna har varit att fördjupa informationen om allvarliga risker och missförhållanden i boenden.

Digitaliseringsarbetet har synliggjort en IT-skuld på myndigheten

För att möjliggöra en bättre vård och omsorg är det viktigt att IVO som tillsynsmyndighet har förmåga att analysera tillståndet i svensk vård och omsorg och följa utvecklingen över tid. IVO utvecklar och förstärker i dagsläget den analysförmåga som krävs, både för att följa upp effekten av tillsynen och för att på ett tillförlitligt sätt följa risker och brister i vården och omsorgen. Digitalisering och användning av data som en strategisk resurs har därför varit ett prioriterat område för IVO de senaste åren. Myndigheten har redovisat några grundläggande förutsättningar för att möjliggöra den här utvecklingen i budgetunderlagen till regeringen samt i redovisningar av regeringsuppdrag.² Under 2021 prioriterade IVO även arbetsinsatser för att förbättra mångåriga problem med datakvalitet i IVO:s egen information. Myndigheten har påbörjat ett grundläggande och långsiktigt rättnings- och utvecklingsarbete vad gäller samtliga register i syfte att komma till rätta med bristerna. Som exempel kan nämnas behovet att ha korrekt information för kommunerna i de situationer då socialnämnder ska placera barn och unga vid HVB. Att förbättra kvaliteten i och tillgången till denna information är ett arbete som bidrar till kvaliteten och säkerheten för placerade barn och unga.

IVO fortsätter arbetet att förhindra oseriösa aktörer

Välfärdssystemet är en lukrativ inkomstkälla för organiserad brottslighet. Nationellt underrättelsecentrum (Nuc) gör i sin senaste lägesbild bedömningen att ett av de allvarligaste hoten utgörs av angrepp på utbetalningssystem och att det årligen betalas ut flera miljarder på felaktiga grunder. När det gäller ekonomiska förmåner kopplade till näringsverksamhet är det enligt Nuc i första hand assistansersättningen, den

statliga lönegarantin, det statliga tandvårdsstödet och olika former av anställningsstöd som angrips. Assistansersättningen utnyttjas särskilt. De felaktiga utbetalningarna bedöms uppgå till mellan 2,5 och 4,2 miljarder kronor varje år. Motsvarande belopp för det statliga tandvårdsstödet uppskattas till cirka 300 miljoner kronor (Polismyndigheten, 2021).

Nuc gör i lägesbilden för 2021 bedömningen att en av de allvarligaste sårbarheterna som utnyttjas av den organiserade brottsligheten är myndigheters delade ansvar som medför att luckor uppstår. IVO delar denna bedömning och har därför lämnat ett antal författningsförslag till regeringen som kan utveckla och underlätta myndighetssamverkan, bland annat genom utökad informationsutbyte och förbättrad datakvalitet. IVO lämnade under 2020 ett förslag till regeringen att myndigheten bör omfattas av lag (2016:774) om uppgiftsskyldighet vid samverkan mot viss organiserad brottslighet, LUS (Inspektionen för vård och omsorg, 2020b). Detta i syfte att möjliggöra en bredare och mer operativ samverkan med andra myndigheter inom Nuc.

Samtidigt har IVO sett behov av att förbättra samverkan med dagens förutsättningar och växla upp arbetet under 2021 mot bakgrund av den utveckling myndigheten ser. IVO har påbörjat ett operativt och systematiskt samarbete med andra myndigheter för att förhindra organiserad brottslighet och oseriösa aktörer inom välfärdsmarknaden och inom verksamheter som utför estetiska behandlingar. Myndigheten har stärkt sin förmåga att identifiera och stoppa oseriösa aktörer i samband med såväl tillståndsprövning som tillsyn, vilket har gett effekt i bland annat ökat antal återkallade tillstånd, polis- och åtalsanmälningar. I kapitel 8 och 9 beskriver myndigheten sina iakttagelser angående oseriösa aktörer och olämpliga individer, och i kapitel 10 tillsyn av utförare av estetiska behandlingar.

2. Inspektionen för vård och omsorg, 2020b; Inspektionen för vård och omsorg, 2020c; Inspektionen för vård och omsorg, 2020d; Inspektionen för vård och omsorg, 2021b; Inspektionen för vård och omsorg, 2021c; Inspektionen för vård och omsorg, 2022.



2

Bristande vård och omsorg
inom äldreområdet

Sverige har under coronapandemin haft en stor smittspridning och höga dödstal bland äldre personer. Av totalt antal avlidna i covid-19 under 2020 har 46 procent varit boende på särskilt boende för äldre, SÄBO (Coronakommissionen, 2020). Coronakommissionens övergripande bedömning är att den allmänna smittspridningen i landet samt sedan länge välkända strukturella brister inom äldreomsorgen, har haft störst inverkan på antalet sjuka och avlidna i svensk äldreomsorg. De strukturella bristerna som kommissionen lyfter handlar om fragmenterad organisation med delat ansvar, behov av högre bemanning, ökad kompetens och rimliga arbetsförhållanden, att regelverket som styr äldreomsorgens möjligheter till nödvändiga smittskyddsåtgärder är otillräckligt och kommunernas tillgång till läkare och medicinsk utrustning.

Under 2020 tog IVO emot ett stort antal upplysningar och klagomål som hade att göra med covid-19. De flesta av dessa upplysningar gällde äldreområdet och många av dem var allvarliga. IVO genomförde därför flera tillsyner inom det här området under 2020 och under 2021 har myndigheten fortsatt granskningarna.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Tidigare granskningar visar på allvarliga brister när det gäller medicinsk vård och behandling på SÄBO.
- Kommuner och regioner genomför inte alltid planerade åtgärder och kan inte påvisa tillräcklig effekt för patienterna.
- Fortsatt nationell granskning av den medicinska vården av äldre.

Tidigare granskningar visar på allvarliga brister när det gäller medicinsk vård och behandling på SÄBO

Patientsäkerhetsriskerna inom särskilda boenden för äldre är kända sedan länge (Coronakommissionen, 2020). Med anledning av pandemin genomförde IVO under 2020 flera särskilda tillsynsinsatser med fokus på vården och omsorgen vid SÄBO. En av dessa insatser granskade medicinsk vård och behandling till äldre på SÄBO.

Syftet var att undersöka om äldre som bor på särskilt boende har fått vård och behandling utifrån den enskildes behov vid misstänkt eller konstaterad covid-19. Syftet var även att ta reda på om det finns förutsättningar för att de som inte bedöms vara i behov av sjukhusvård, får adekvat vård och behandling på det särskilda boendet. Tillsynen omfattade cirka 1 700 särskilda boenden. IVO gjorde även en fördjupad granskning av bland annat journaler utgående från 98 boenden.

Tillsynen visade att ungefär en femtedel av patienterna i journalgranskningen inte hade fått en individuell läkarbedömning. Cirka 40 procent av de patienter som inte fick individuell läkarbedömning fick inte heller en individuell bedömning av sjuksköterska. Vård i livets slutskede skedde inte i enlighet med gällande regelverk. Det kunde handla om att patienter med svår andnöd och ångest inte givits lugnande medicin på grund av brist på sjuksköterskor. Granskningen visar att det inte enbart varit brist på sjuksköterskor utan även på omvårdnadspersonal. Till exempel har bemanningsbristen medfört att det varit svårare än tidigare att sätta in vak när en patient varit döende. Vidare konstaterade IVO tydliga indikationer på att vård inte kunnat ges enligt ordination.

Sammanfattningsvis konstaterade IVO att lägstanivån var för låg när det gäller medicinsk vård och behandling. Myndigheten såg brister i ansvaret för äldre personer på SÄBO, framförallt kring bemanning och kompetens, som gör att förutsättningar saknas för att ge dessa patienter en god och nära vård och behandling utifrån de individuella behoven. Allvarliga brister på systemnivå synliggjordes, vilket även konstaterats av Coronakommissionen.

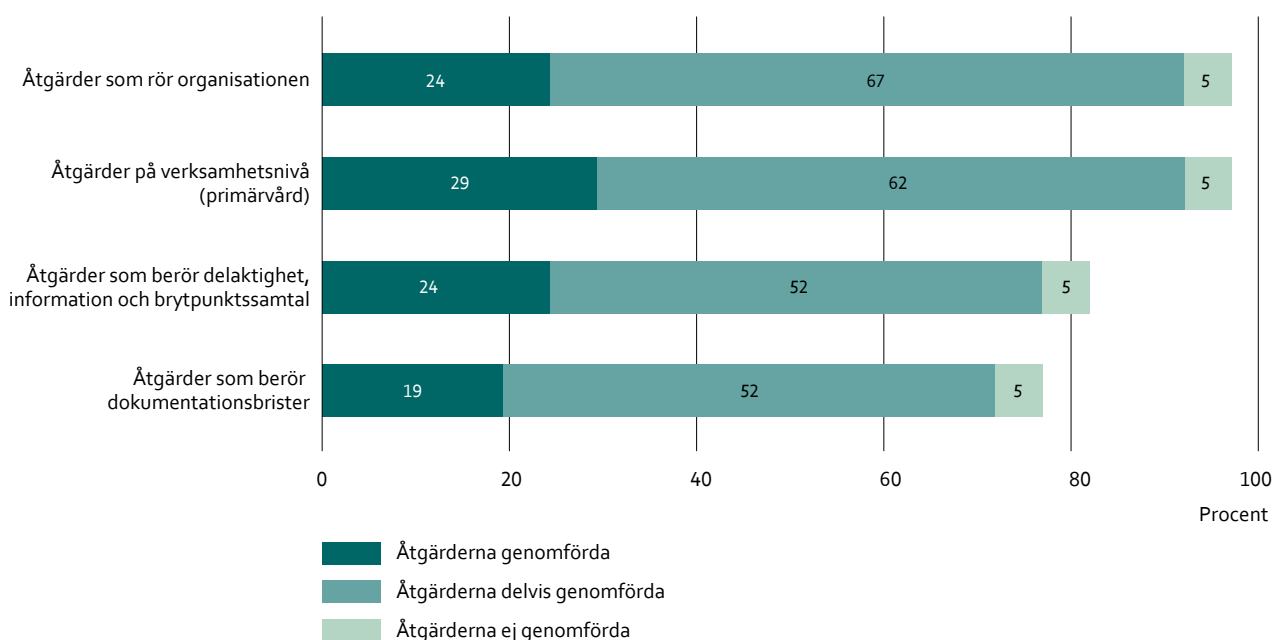
Kommuner och regioner genomför inte alltid planerade åtgärder och kan inte påvisa tillräcklig effekt för patienterna

Efter att regionerna och kommunerna som ingick i tillsynen fått beslut från IVO har de redovisat vilka åtgärder de ska vidta för att komma till rätta med bristerna. IVO har granskat redovisningarna för att se hur och om man har följt upp effekterna av planerade och vidtagna åtgärder där det funnits brister.³

Kommuner och regioner har i många fall planerat för olika typer av åtgärder, men i de flesta fall har de inte vidtagit dem. Regionerna har bland annat aviserat att de ska genomföra åtgärder som berör delaktighet, information och brytpunktssamtal, samt åtgärder för att komma tillrätta med dokumentationsbrister. Kommunernas åtgärder berör bland annat IT-stöd, verksamhetssystem och medicinteknik, men även dokumentationsbrister och åtgärder som rör sjuksköterskor och annan vård- och omsorgspersonal.

I en tredjedel av regionernas redovisningar (33 procent) framgår det att effekterna av vidtagna åtgärder har följts upp, medan resterande två tredjedelar av regionerna (67 procent) inte redovisat att de följt upp effekten av åtgärderna. I knappt hälften av kommunernas redovisningar (46 procent) framkommer det att kommunen själv har följt upp effekterna av de vidtagna åtgärderna. I resterande redovisningar (54 procent) framgår det inte om effekterna följts upp. Majoriteten av regionerna har redovisat åtgärder på organisationsnivå och verksamhetsnivå, men åtgärderna är till stor del enbart delvis genomförda (figur 3). 20 av 21 regioner (95 procent) har redovisat åtgärder som rör organisations- och verksamhetsnivå och av dessa är det fem respektive sex regioner som genomfört redovisade åtgärder. De allra flesta regioner har delvis genomfört åtgärderna (67 respektive 62 procent).

Figur 3. Åtgärder som regionerna redovisat.



Kommentar: Andel regioner som redovisat olika typer av åtgärder till IVO. Antal regioner: 21.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

3. IVO begärde att samtliga regioner och ett 40-tal kommuner skulle redovisa vilka åtgärder som vidtagits eller planerades att vidtas utifrån identifierade brister.

Enligt de åtgärder som regionerna har redovisat sker bland annat en översyn av avtal och former för läkarinsatser för personer på SÄBO som är i behov av medicinsk vård och behandling. En översyn av att rutiner för ställningstagande och vård i livets slutskede följer gällande regelverk sker i flera regioner. IVO ser att flera regioner även själva genomfört journalgranskning i olika stor omfattning utifrån de brister som IVO konstaterade och att det i ett flertal av regionernas granskningar identifierats brister inom samma områden som myndigheten påtalat.

Förutom åtgärder på organisationsnivå redovisar kommunerna även åtgärder på personalnivå, men liksom regionerna har kommunerna i hög grad enbart delvis genomfört de redovisade åtgärderna (figur 4). Majoriteten av kommunerna redovisar åtgärder på organisatorisk nivå (89 procent), där den vanligaste åtgärden är att utveckla samverkan mellan kommun och region. Endast en femtedel (20 procent) av de kommuner som redovisat åtgärder på organisatorisk nivå har helt infört de redovisade åtgärderna. Ett fåtal kommuner (10 procent) har inte genomfört de åtgärder som redovisats än.

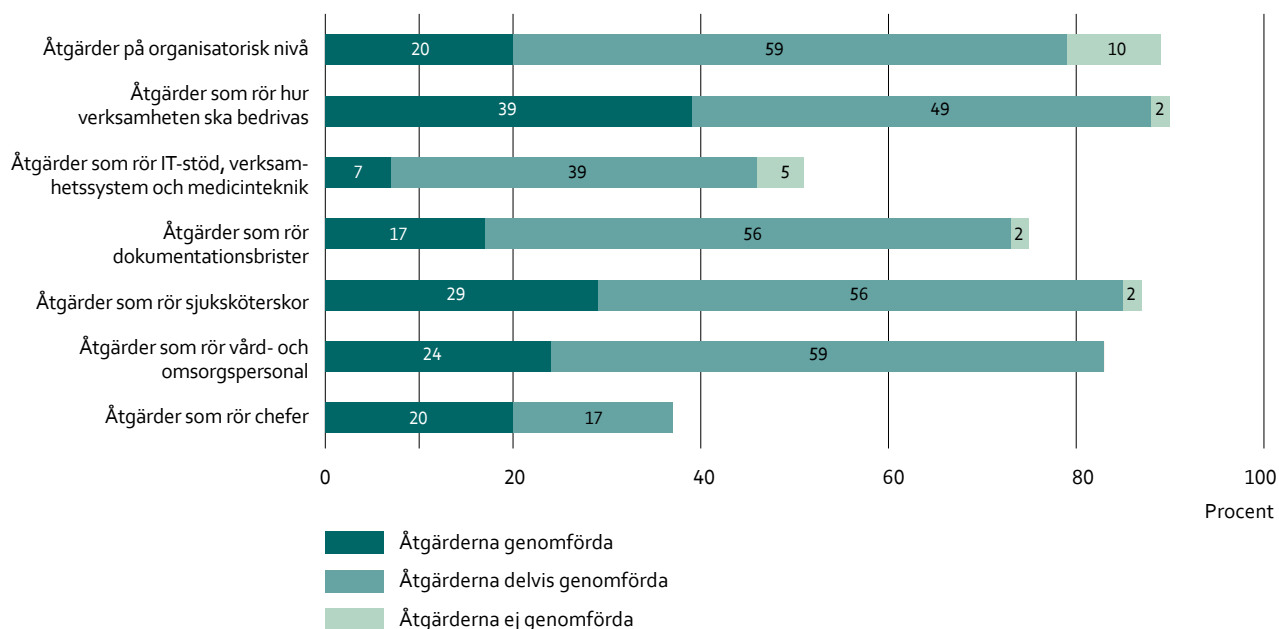
Fortsatt nationell granskning av den medicinska vården av äldre

Mot bakgrund av de allvarliga patientsäkerhetsrisker vid SÄBO som IVO beskriver inledningsvis i detta kapitel tillsammans med att åtgärder från regioner och kommuner inte visar tillräckliga positiva effekter, såg IVO under 2021 att fortsatt nationell tillsyn av särskilda boenden är nödvändig.

Tillsynen som förberetts och påbörjats under 2021 ska kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps samt att vårdgivarna fullgör sina skyldigheter enligt patientsäkerhetslagens stadganden om ett systematiskt patientsäkerhetsarbete i enlighet med 7 kap. 3 § och 4 § patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Tillsynen genomförs bland annat genom intervjuer med patienter och närstående, enkäter till personal, dialogmöten samt en omfattande journalgranskning.

Tillsynen utgår från den information om allvarliga patientsäkerhetsbrister för personer som bor på SÄBO som framkommit av IVO:s tidigare granskning och tillhörande underlag såsom upplysningar

Figur 4. Åtgärder som kommunerna redovisat.



Kommentar: Andel kommuner som redovisat olika typer av åtgärder till IVO. Antal kommuner: 41.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

och tips, klagomål, anmälningar enligt lex Maria och lex Sarah. Exempelvis såg myndigheten att larm stängdes av automatiskt och att blöjor inte bytts på uppemot 17 timmar. De risker och brister som identifierats avseende vård och behandling av personer som bor på SÄBO avser vårdgivarens förmåga att ge en god vård, samt hur vårdgivaren planerar, leder och kontrollerar verksamheten. Bristerna avser bland annat avsaknad av eller bristfällig individuell medicinsk bedömning, brister i att ge behandling enligt ordination, brister i brytpunktsamtal och följsamhet till regler om vård i livets slutskede, bristande efterlevnad till regler om delaktighet och bristande efterlevnad till regler om dokumentation. Därutöver kan konstateras risker och brister inom ytterligare områden, bland annat gällande efterlevnad till regler om sam-

ordnad individuell vårdplan (2 kap. 7 § socialtjänstlagen, 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen) samt vårdgivares beslut om delegering av läkemedelshantering enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37) samt om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14).

Den bristande tillgången till vård och omsorg blev tydlig under pandemin, men för att förebygga nya kriser inom äldreården behöver regionerna och kommunerna komma tillrätta med sina systematiska brister.

IVO konstaterar att varken regionerna eller berörda kommuner kan påvisa tillräckliga positiva effekter på patientsäkerheten av de åtgärder som de hittills har redovisat.



3

Barn och unga
i socialtjänsten

Barns rättigheter har stärkts under senare år. Det tydligaste exemplet är att FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) blev lag i Sverige under 2020. Barn har rätt att bli lyssnade till och vara skyddade från kränkningar, hot och våld under uppväxttiden.

IVO ser dock att det finns återkommande och allvarliga brister när det gäller barns trygghet och säkerhet i samhällsvården. Barn och unga i behov av stöd och vård är extra utsatta. De har ofta sämre möjlighet än vuxna att komma till tals och göra sin röst hörd.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Brister inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård kvarstår.
- Förbättrad rättstillämpning har lett till fler förbud och återkallade tillstånd.
- Upplysningar från barn och unga ska vara en central del i IVO:s riskbedömning av verksamheter.
- De flesta barn och unga i olika boendeformer är trygga, men en femtedel upplever otrygghet på HVB och SiS. Flickor är fortsatt mer otrygga än pojkar i alla typer av boenden.
- IVO har påbörjat en förstärkt tillsyn om barn och unga i tvångsvård.

Brister inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård kvarstår

IVO har återkommande påtalat brister inom socialtjänstens handläggning av barn- och ungdomsvård (Inspektionen för vård och omsorg, 2021d). Myndigheten ser att dessa fortfarande kvarstår. Bristerna som finns i hela vårdkedjan rör bland annat handläggning av anmälningar och utredningar, bristande uppföljning av insatser och systematiskt kvalitetsarbete.⁴ Även andra aktörer och myndigheter har belyst liknande brister (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2018; Barnombudsmannen, 2019; Grefve, 2017).

4. Bland annat i Inspektionen för vård och omsorg, 2019; Inspektionen för vård och omsorg, 2020e; Inspektionen för vård och omsorg, 2020f; Inspektionen för vård och omsorg, 2021d.

I de tillsynsrenden där IVO har granskat socialtjänsten under 2021 har myndigheten hittat brister i handläggningen i cirka 60 procent.⁵ Merparten handlar om bristfällig dokumentation och brister kopplade till rättssäkerhet. IVO ser även att bedömningar om barnets bästa är ofullständiga eller saknas helt. Socialtjänsten redogör inte tydligt för hur bedömningen om barnets bästa är gjord. Det saknas uppgifter från barnen i utredningsunderlaget och samtal med barnen har inte utgått från frågeställningar i utredningen.

Allvarliga missförhållanden på hem för vård eller boende (HVB), stödboenden och särskilda ungdomshem (SiS)

IVO har funnit brister i cirka 29 procent av verksamheterna inom HVB, stödboenden och SiS-hemmen. Mer än hälften av bristerna berör områden som kan ha en direkt påverkan på barns trygghet som exempelvis säkerhet, tvångs- och begränsningsåtgärder, bemötande, personalens kompetens och verksamhetens bemanning. Två av de mest förekommande bristerna IVO ser i tillsynen av HVB och stödboende rör lämplighetsbedömning vid inskrivning samt efterlevande av tillstånd. Brister inom dessa områden kan få allvarliga konsekvenser för barn och unga. Det kan leda till att barn skrivs in på boenden som inte har förmåga och resurser att tillgodose deras individuella behov. Vidare kan barn utsättas för risker när verksamheter inte följer sitt tillstånd och skriver in barn utanför sin målgrupp.

I samtal med IVO berättar barn om missförhållanden som de utsätts för i sina boenden. I ett exempel från tillsynen av ett HVB förekom det uppgifter från barnen om att de utsatts för upprepat våld från personalen i boendet. Våldet bestod av knuffar, fasthållning och nedläggning mot golvet. Flera barn beskrev situationer då ytterligare personal varit i närheten och bevittnat våldet, men inte ingripit. I samtal med barnen framkom att personalen hotade med tvångsvård om barnen inte skötte sig eller om de kontaktade IVO. Myndigheten fick även in anonyma uppgifter om att det förekom droger på boendet, kränkningar på grund av barns sexuella läggning och skadligt bemötande där personal uppmanat barn med självskadebeteende att skada sig. IVO beslutade efter

5. Avser myndighetsutövning och familjehemsvård.

inspektion att förbjuda verksamheten för att skydda barnen och i ett senare skede återkallades även bolagets tillstånd att bedriva HVB.

I HVB eller stödboende har myndigheten uppmärksammat att barn och unga begränsas i sin rörelsefrihet. Det kan handla om att de förbjudits att lämna boendets område utan att personal följer med dem eller att boenderum genomsökts utan samtycke. Det har även förekommit begränsningar eller förbud att ta emot besökare.

IVO har sett att även SiS-hem har använt sig av tvångs- eller begränsningsåtgärder som inte faller inom ramen för deras särskilda befogenheter. Det förekommer att barn utsätts för farliga nedläggningar och fasthållning där personal tagit stryppgrepp och satt knän i ryggen. Vidare finns exempel där personal begränsat ungdomarnas tillgång till internet.

I ett allvarligt exempel från tillsynen av ett SiS-hem förekom det omfattande våld, maktutövning och kränkande tillmälen från personalen mot ungdomarna. Avskiljning hade använts då det inte varit befogat. IVO beslutade om stängning av verksamheten. Vid ett annat SiS-hem förekom rasism, diskriminering och våld från personalen. Enklare regelkonflikter hade flera gånger eskalerat och personalen använde då våld i form av bland annat fasthållning. IVO beslutade om ett föreläggande att omedelbara åtgärder skulle vidtas.

Allvarliga brister inom LSS-boenden och vanvård i det egna hemmet

I IVO:s tillsyn av LSS-boenden för barn och unga har myndigheten funnit brister i cirka en fjärdedel. Ungefär hälften av bristerna rör områden med stor påverkan på kvaliteten i den omsorg som barnen har rätt till, som exempelvis tillämpning av tvångs- och begränsningsåtgärder, säkerhet, bemötande, bemanning och personalens kompetens. Den enskilt mest förekommande bristen IVO ser i tillsynen av LSS-boenden för barn och unga rör begränsningsåtgärder av olika slag. IVO har även sett andra missförhållanden där barn utsätts för vanvård i sitt eget hem.

Det förekommer att barn regelbundet läses in i sina lägenheter och att en sovplats utgjordes av en madrass på golvet omgärdad av en bur. Det finns också exempel där personal använt saccosäckar för att hålla i och trycka ner barnet när denna hamnat i affekt. I andra fall har personal använt sig av fast-

hållningar och nedläggningar på ett sätt som orsakat rädsla och obehag hos barnet.

Ett annat exempel på vad IVO mött i tillsynen under 2021 är ett barnboende enligt LSS, där lokalerna hade omfattande hygienbrister i form av ingrodd smuts, kraftig lukt och avföring på väggarna. Fönster och dörrar var låsta, en byrå på insidan av rummet där ett barn bodde behövde skjutas undan för att dörren skulle kunna öppnas. Sovplatsen utgjordes av två madrasser staplade på varandra och sängkläder saknades. Det fanns ingen godkänd föreståndare, den tillförordnade föreståndaren fördelade sin tid mellan flera verksamheter. IVO återkallade omedelbart boendets tillstånd.

Förbättrad rättstillämpning har lett till fler förbud och återkallade tillstånd

IVO har under 2021 förbjudit, förelagt⁶ och återkallat tillstånd från fler verksamheter än någonsin tidigare. Den stora ökningen har sin grund i myndighetens förbättrade rättstillämpning och att patient- och brukarperspektivet genomsyrar tillsynen på ett tydligare sätt.

Den förbättrade rättstillämpningen innebär att myndigheten har vidtagit åtgärder så att IVO kan fatta rätt beslut i rätt tid som ger tillräcklig effekt. I de fall myndigheten har fattat beslut med kritik eller begärt återredovisning från verksamheterna och tillräckliga förbättringar inte har genomförts, ska beslut fattas som säkerställer att verksamheterna avhjälp problemerna, exempelvis i form av förelägganden, förbud eller återkallelser av tillstånd.

De skarpa besluten som omfattar förelägganden, förbud och återkallelser utgör 5 procent av det totala antal beslut IVO fattade rörande boenden för barn och unga under 2021. Nästan 70 procent av de beslut som fattades under året pekade inte på brister i verksamheterna.

Vid allvarliga missförhållanden kan IVO återkalla tillståndet för den privata aktör som bedriver verksamheten. Att återkalla ett tillstånd är ett av de skarpaste och mest kraftfulla verktyg som IVO har att ta till. Om verksamheten inte är tillståndspliktig, till exempel en kommun, kan IVO istället besluta att

6. Ett föreläggande är ett beslut av en myndighet som innebär att den som beslutet gäller ska genomföra en viss åtgärd.

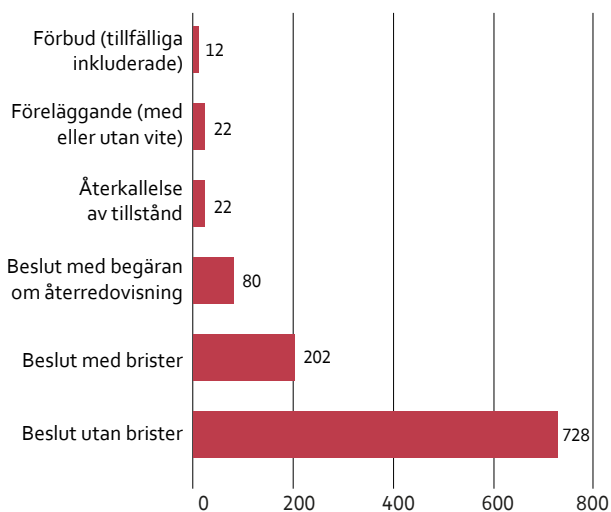
förbjuda verksamheten. IVO har under året fattat 22 beslut om återkallelse av tillstånd från bolag som driver boenden för barn. Ett beslut om återkallelse kan även föregås av att IVO beslutar att tillfälligt förbjuda verksamheten. Ett tillfälligt förbud fattas när det är sannolikt att ett tillstånd kommer att återkallas och om ett sådant beslut inte kan avvaktas. Till exempel kan det handla om att IVO bedömer att det finns en fara för liv, hälsa och personlig säkerhet för de placerade barnen och att det inte är lämpligt att barnen bor kvar i verksamheten under tiden för den fortsatta utredningen.

I verksamheterna där tillstånd har återkallats har det funnits missförhållanden som IVO bedömt

inneburit fara för enskildas liv, hälsa eller personliga säkerhet. Det kan handla om att barn utsätts för våld, droger, sexuella trakasserier eller att boendemiljön utgjort en sanitär olägenhet. Det förekommer även att verksamheterna har brustit i att kontrollera utdrag från misstanke- och belastningsregister innan anställning av personal vilket innebär ett oacceptabelt risktagande med barns rätt till säkerhet och trygghet.

Utöver direkta brister i verksamhetens kvalitet har tillstånd även återkallats på grund av bristande insikt, lämplighet och ekonomiska förutsättningar hos företagets företrädare.

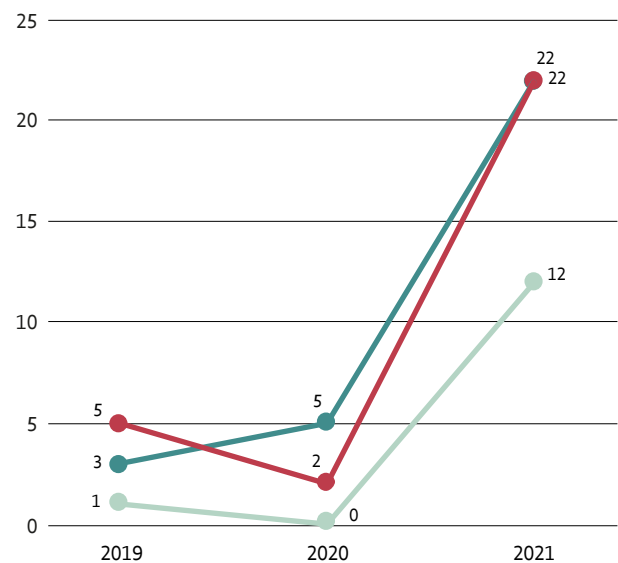
Figur 5. Beslut under 2021 som rör boenden för barn och unga.



Kommentar: Antal beslut inom den författningsreglerade frekvenstillsynen samt egeninitierad tillsyn som rör HVB, SiS, stödboende och LSS-boende för barn och unga. Ett ärende innehåller både beslut om förbud och återkallelse.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Figur 6. Beslut 2021 om föreläggande, förbud och återkallelse som rör boenden för barn och unga.



— Föreläggande (med eller utan vite)
 — Återkallelse av tillstånd
 — Förbud (tillfälliga inkluderade)

Kommentar: Antal beslut om föreläggande, förbud, återkallelse av tillstånd per år avseende HVB, SiS, stödboende och LSS-boende för barn och unga. För 2021 redovisas även ärenden som behandlas. Ett ärende innehåller både beslut om förbud och återkallelse.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Upplysningar från barn och unga ska vara en central del i IVO:s riskbedömning av verksamheter

Barnens upplysningar ligger, tillsammans med IVO:s övriga kännedom om verksamheten, till grund för inriktning och omfattning av tillsynen.⁷ Vad barn tycker om sitt boende, om de är trygga och säkra samt får sina behov tillgodosedda ska vara en central del av IVO:s riskbedömning av verksamheten.⁸ En viktig del av IVO:s utvecklingsarbete handlar om att stärka patient- och brukarperspektivet. Under 2021 har IVO anställt en projektledare med öppen egen patient- och brukarerfarenhet för att driva denna utveckling i alla delar av IVO:s verksamhet. Projektledaren har varit delaktig i hur myndigheten vidareutvecklat arbetet med enkäter till barn och unga.

IVO samlar in barn och ungas synpunkter på sina boenden via en årlig enkät som går ut till HVB, stödboenden, SiS-hem och LSS-boenden för barn och unga.⁹ IVO samtalar också vid inspektionstillfället med alla barn och unga som vill.¹⁰ Under 2021 tog IVO fram en enkät med bildstöd¹¹ för att nå ut till barn som bor på LSS-boenden. Totalt har IVO under året fått in svar från 307 barn och unga på LSS-boenden. Det betyder att IVO når ut till cirka 38 procent av det totala antalet barn i denna boendeform.¹²

BARN OCH UNGA MED HELDYGNSINSATSER

Under 2020 fick cirka 27 300 barn och unga heldygnsinsatser, vilket innebär att de vårdas utanför hemmet. De flesta barn och unga som placeras är över 15 år och pojkar är i majoritet i alla former av placeringar. Den vanligaste formen av placering är i familjehem (56 procent) efterföljt av hem för vård eller boende (24 procent).

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

De flesta placeringarna av vård utanför hemmet sker frivilligt, men de kan också ske med tvång, med stöd av lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU. Majoriteten, 73 procent, av de heldygnsinsatser som gavs till barn och unga under 2020 var beslutade enligt SoL och 33 procent enligt LVU. Cirka 1 400 barn och unga placerades under 2020 med tvång i särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS).

Stödboende är verksamheter som tar emot barn och unga i åldern 16–20 år i ett eget boende med individanpassad stöd. Målgruppen är unga som behöver stöd för att förberedas för ett självständigt boende och vuxenliv.

Bostad med särskild service är en insats för barn och ungdomar med någon form av funktionsnedsättning som behöver bo utanför föräldrahemmet. Cirka 870 barn och unga beviljades insats i sådana bostäder under 2020.

De flesta barn och unga i olika boendeformer är trygga, men en femtedel upplever otrygghet på HVB och SiS

Alla barn har rätt att känna sig trygga i sitt boende och att få den vård som de behöver. Det är i första hand den placerande kommunen som har det yttersta ansvaret att säkerställa och följa att barnet får en trygg och säker vård (socialtjänstlagen 2001:453). Vidare åligger det ansvariga för boendet att tillse att ett systematiskt kvalitetsarbete bedrivs där klagomål och avvikelser omhändertas samt att förbättrande åtgärder sker kontinuerligt (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9). Boendet har också ett ansvar att säkerställa barns trygghet och att ge barnen och ungdomarna den vård och stöd de behöver. Socialtjänstlagen är en skyddslagstiftning för utsatta samhällsgrupper där privata och offentliga aktörer har ansvaret

7. Frågeområdena berör trygghet, säkerhet och integritet, behandling, stöd och hjälp, bemötande, delaktighet och självbestämmande.

8. Under 2021 har vi fått svar från 2 801 barn och unga som bor på 699 HVB, stödboende, SiS eller LSS-boende. Det innebär att IVO har fått in svar från två tredjedelar (65 procent) av de 1 079 boenden som enkäten skickades ut till. Totalt har 1 239 svar på enkäten inkommit från barn och unga på HVB, 272 svar från SiS, 983 svar från stödboende och 307 svar från barn och unga på LSS-boende.

9. Under år 2021 har IVO fått svar från uppskattningsvis 10–20 procent av det totala antalet placerade barn och unga på HVB, SiS, stödboende eller LSS. Uppskattningen baseras på Socialstyrelsens (2021g) senast publicerade uppgifter om att cirka 27 300 barn och unga per år får en heldygnsinsats.

10. Under året har fler och fler inspektioner skett på plats i takt med att smittläget förändrats. Under 2021 genomfördes 1382 barnsamtal. Det är en ökning med 204 samtal i jämförelse med föregående år.

11. 80 barn och unga svarade med hjälp av bildstöd.

12. 307 barn av de cirka 870 barn som bor på LSS-boenden har svarat på enkäten.

för att verksamheten uppfyller kraven på god kvalitet och säkerhet enligt 3 kap. 3 § SoL.

Av enkätsvaren från barn och unga på HVB, SiS-hem, stödboende och LSS-boenden kan IVO se att majoriteten uppger att de känner sig trygga. Beroende på boendeform varierar andelen som känner sig trygga från cirka 76 procent till 92 procent. Ungefär samma siffror gäller för barns och ungas upplevelse av personalens bemötande och stöd.

Det är dock viktigt att belysa att det kvarstår brister på HVB och SiS-hem som gör att barn och unga inte känner sig helt trygga. Ungefär en femtedel av de barn och unga som svarat på enkäten på HVB och SiS känner sig bara trygga ibland, sällan eller aldrig.

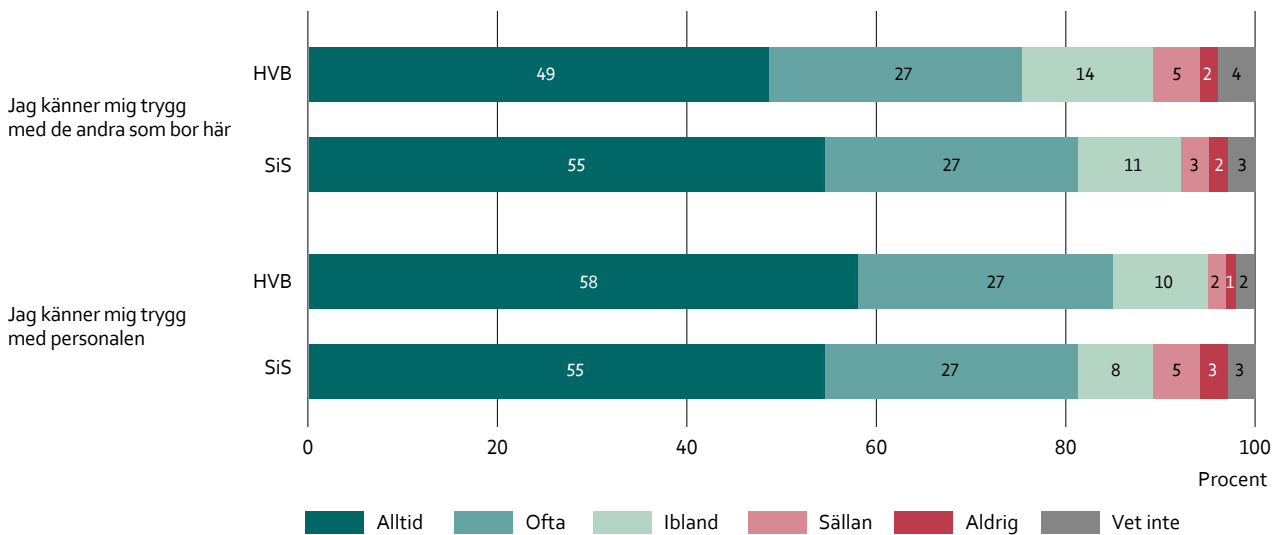
Även på LSS-boenden finns det barn som upplever att deras boende inte ger dem den trygghet som de behöver. Cirka tre procent av barnen på LSS-boenden känner sig aldrig skyddade från kränkningar och litar inte på personalen. Två procent av barnen upplever sig inte heller respekterade av personalen och anser inte att de får det stöd de behöver (se figur 9).

Det finns genomgående skillnader i flickors och pojkars svar om de känner sig skyddade mot kränkningar i sitt boende. Överlag skattar flickor sin upplevelse på boendet lägre i jämförelse med pojkar. Skillnaderna mellan flickor och pojkar är störst inom SiS, även om IVO ser en minskning av skillnaden just för denna boendeform i den senaste enkätundersökningen. Andelen flickor på SiS som i enkäten svarar att de alltid eller ofta känner sig skyddade från kränkningar har ökat (från 46 till 69 procent). För pojkar har andelen ökat från 79 till 85 procent. Antalet svarande är ungefär densamma som föregående år (cirka 270 svarande).

Även i LSS-boenden upplever flickor otrygghet i större utsträckning än pojkar. Endast två tredjedelar av flickorna känner sig alltid skyddade från kränkningar (66 procent) jämfört med pojkar (83 procent).

Flickorna litar också mindre på personalen och färre av flickorna känner sig trygga med de andra på boendet jämfört med pojkar.

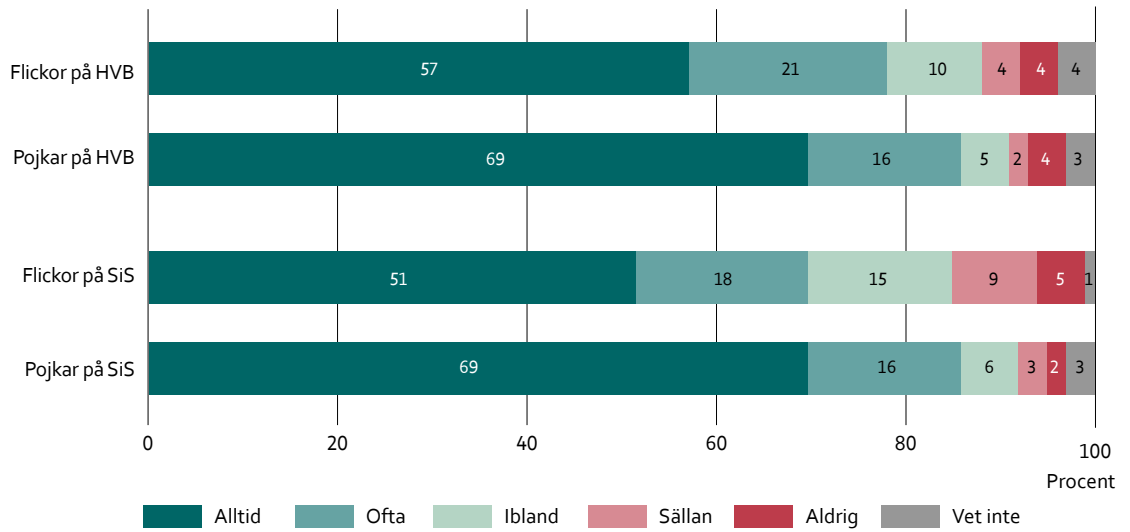
Figur 7. Jämförelse av barn och ungas trygghet på HVB och SiS.



Kommentar: Enkät svar från barn och unga på HVB och SiS.

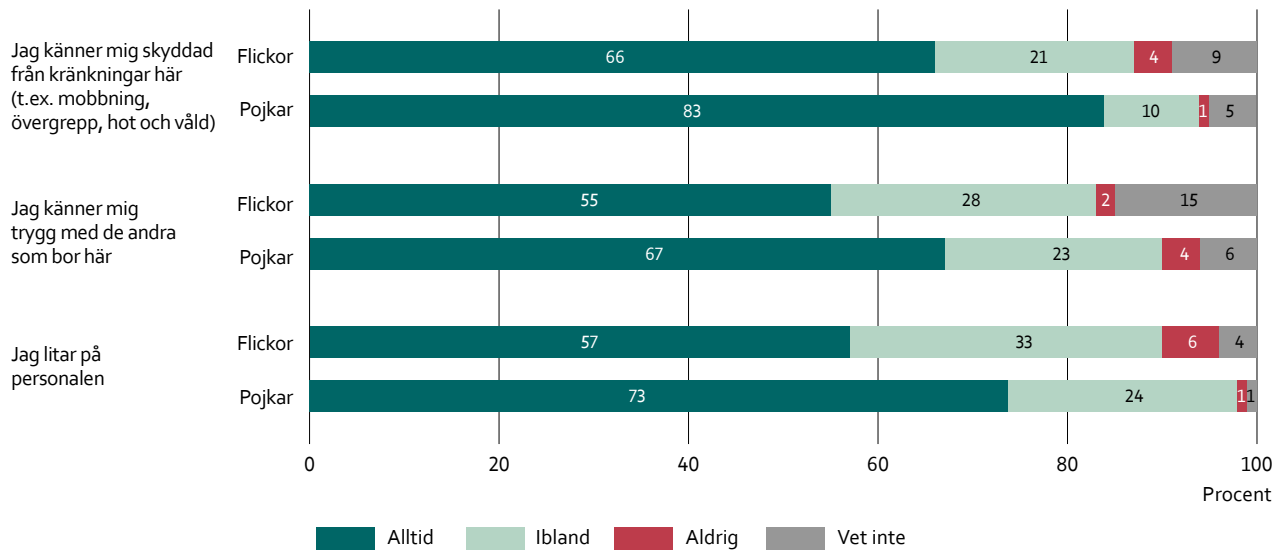
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Figur 8. Andelen flickor och pojkar som känner sig skyddade från kränkningar på HVB och SiS (t.ex. mobbning, övergrepp, hot och våld).



Kommentar: Enkät svar från flickor och pojkar på HVB och SiS.
 Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Figur 9. Könsskillnader i upplevelse av trygghet och kränkningar på LSS-boenden.



Kommentar: Enkät svar från flickor och pojkar på LSS-boenden
 Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

IVO har påbörjat en förstärkt tillsyn om barn och unga i tvångsvård

År 2021 fick IVO i uppdrag av regeringen att förstärka tillsynen av SiS vård av unga flickor enligt lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU.¹³ I uppdraget ingår bland annat att genomföra en analys av SiS tillämpning av den särskilda befogenheten avskiljning. Avskiljning innebär att barnet under en kortare tid, högst fyra timmar, får vara i ett särskilt säkert rum där barnet inte kan skada sig själv eller andra och regleras enligt 15 c § LVU. Inom ramen för uppdraget har IVO samtalat med 214 barn och unga som varit inskrivna vid något av SiS-hemmen.¹⁴ Sammantaget har 41 barn och unga vid ett eller flera tillfällen blivit avskilda. IVO ser att det främst är flickor som har denna erfarenhet (32 stycken). Samtalen med barn och unga, särskilt flickor, på SiS-hem visar att de inte alltid är trygga och skyddade från övergrepp.¹⁵ Flera barn och unga beskrev även situationer där de upplevt våld från personal genom att till exempel bli fasthållna. I det fortsatta arbetet med regeringsuppdraget kommer IVO att belysa hela vårdkedjan kring placerade barn och unga på SiS-hem.

13. Den 31 december 2022 ska IVO lämna en samlad redovisning av uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet). (1.1.1-43100/2021).

14. Den yngsta ungdomen IVO samtalade med var 11 år och den äldsta 20 år.

15. Även om enkätsvaren visar på en positiv skillnad för flickor på SiS så kvarstår generella problem kopplade till flickors upplevelser av trygghet i vården jämfört med tidigare år.



4

Otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen kvarstår

IVO har under flera år uppmärksammat att människor i samhällets omsorg utsätts för kränkningar i form av tvångs- och begränsningsåtgärder trots att lagstiftningen inte tillåter sådana (Inspektionen för vård och omsorg, 2020e; Inspektionen för vård och omsorg 2021d). Detta sker framför allt på olika typer av boenden, såsom boenden för barn och unga, särskilda boenden för äldre, och boenden enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. IVO har under 2021 sett att verksamheter utför otillåtna åtgärder som inverkar negativt på både vuxna och barns liv. I föregående kapitel kunde vi berätta att den mest förekommande bristen inom LSS-boenden för barn och unga handlar om begränsningsåtgärder av olika slag. Antalet inkomna uppgifter till IVO om tvång och begränsningar i omsorgen har mer än fördubblats mellan åren 2019 och 2021 (se figur 10).

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Fler verksamheter har förbjudits efter otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder jämfört med tidigare.
- Klagomål från allmänheten om tvångs- och begränsningsåtgärder fortsätter att öka.
- Det finns ofta begränsningar som påverkar de som bor på LSS-boenden för vuxna.
- Besöksförbud vanligaste begränsningsåtgärden inom särskilda boenden för äldre.

Fler verksamheter har förbjudits efter otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder jämfört med tidigare

IVO har under det senaste året inlett avsevärt fler tillsynsärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder i olika boenden jämfört med tidigare år.

Under 2021 har IVO förelagt elva verksamheter där det funnits allvarliga brister, bland annat i form av otillåtna tvångs- och begränsningsåtgärder, att vidta åtgärder. Fyra verksamheter har även förbjudits att fortsätta driva boendet av samma skäl. Detta kan jämföras med 2020 då IVO inte fattade något beslut om förbud att bedriva verksamhet och enbart två beslut om föreläggande att vidta åtgärder för att komma tillrätta med brister i olika boenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder.

TVÅNGS- OCH BEGRÄNSNINGSÅTGÄRDER

Enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen, 2013) är tvångs- och begränsningsåtgärder handlingar som syftar till att begränsa eller utöva någon form av tvång mot en enskild i strid mot dess vilja eller utan samtycke. Åtgärderna kan handla om att tvingas genomgå en läkarundersökning, tvångsmedicineras eller att personal lägger medicin i den enskildes mat utan att berätta det. Till tvångs- och begränsningsåtgärder hör även olika typer av frihetsberövande åtgärder, som att låsa in personen eller på andra sätt begränsa den från att röra sig fritt genom fasthållning eller hinder såsom brickbord, bälten och sänggrindar. Varje handling som inbegriper tvång eller någon form av otillåten begränsningsåtgärd är mycket allvarlig. Det kränker de utsatta personernas grundläggande frihet, rättigheter och värdighet.

Vård- och omsorg bygger på frivillighet. Insatser kan inte ges mot någons vilja enligt socialtjänstlagen (2001:453), hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821) och LSS. Detta innebär att dessa lagar inte medger tvångs- och begränsningsåtgärder. Frågor om vad som anses utgöra tvångs- eller begränsningsåtgärder regleras i andra lagar, till exempel brottsbalken (1962:700), lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT och lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (1990:52), LVU.

Majoriteten av dessa verksamheter har rört hem för vård eller boende för barn och unga (HVB) eller bostäder med särskild service för barn och ungdomar (9 § 8 p. LSS). Vissa missförhållanden har varit så pass grava att de inneburit fara för barns liv och hälsa. Även i några bostäder med särskild service för vuxna (9 § 9 p. LSS) har missförhållandena varit så allvarliga att IVO mot vite förelagt huvudmännen att vidta åtgärder. I samtliga fall har IVO bedömt att missförhållandena minskat möjligheten för de boende att få de insatser de har rätt till. Under 2021 har IVO i sin granskning av HVB, stödboende, LSS-boenden för barn och statens särskilda ungdomshem (SiS)¹⁶ konstaterat brister i form av tvångs- och begränsningsåtgärder i 51 ärenden.¹⁷ Mer om området för barn och unga finns att läsa i kapitel 3.

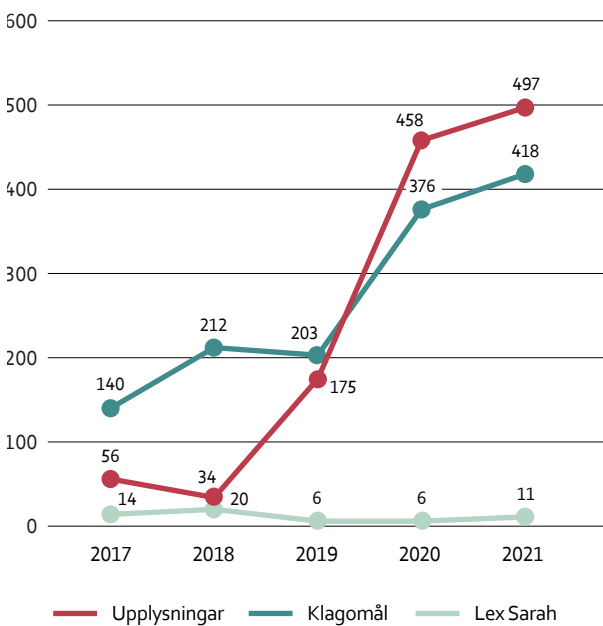
16. 15 HVB, 5 stödboenden, 27 LSS-boenden för barn, 4 SiS-hem

17. Data rör ärenden som avslutats under 2021

Klagomål från allmänheten om tvångs- och begränsningsåtgärder fortsätter att öka

Antalet upplysningar och klagomål från allmänheten om tvångs- och begränsningsåtgärder inom omsorgen¹⁸ fortsätter att öka. Mellan åren 2019 och 2021 ser myndigheten en fördubbling av antalet. Även inkomna lex Sarah-anmälningar som rör tvångs- och begränsningsåtgärder visar en liten ökning från 2020 till 2021.

Figur 10. Inkomna uppgifter som rör tvångs- och begränsningsåtgärder.



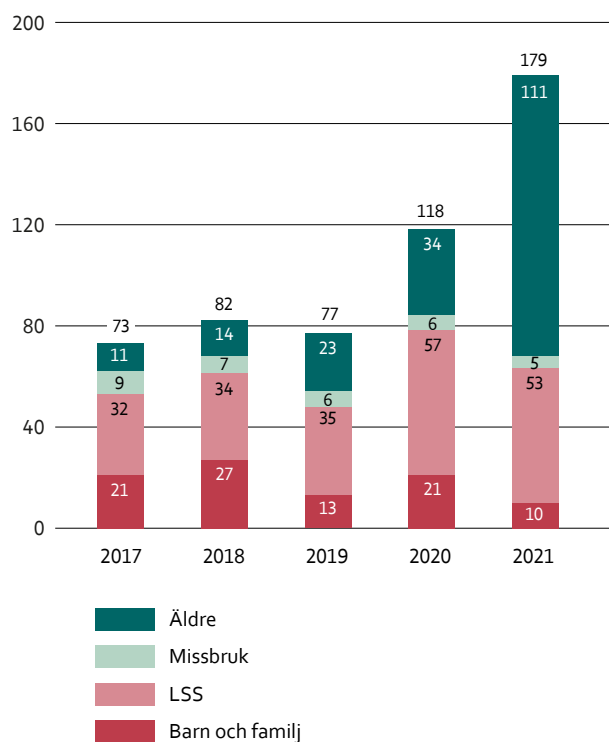
Kommentar: Antalet inkomna upplysningar, klagomål och anmälningar enligt lex Sarah som rör tvång och begränsningar redovisade per år 2017–2021.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Det finns ofta begränsningar som påverkar de som bor på LSS-boenden för vuxna

Sedan 2019 har antalet tillsynsinsatser som IVO har genomfört angående tvångs- och begränsningsåtgärder inom LSS-boenden för vuxna ökat med 60 procent (se figur 11). Under 2021 har IVO uppmärksammat allvarliga brister och också fattat fler skarpa beslut. Bristerna har i dessa fall rört tvångs- och begränsningsåtgärder där de enskilda utsatts för inlåsning eller olaga frihetsberövande, fasthållning, användning av handfängsel, bildövervakning och inlåsning av personliga tillhörigheter eller liknande.

Figur 11. Initierade ärenden som rör tvångs- och begränsningsåtgärder.



Kommentar: Antal initierade ärenden som rör boenden under 2017 till 2021 inom områdena Barn och familj, LSS, Missbruksvård och äldreomsorg.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

18. Med omsorgen avses alla boendetyper för barn och unga, funktionsnedsatta och äldre.

Under hösten 2021 svarade landets kommuner på en enkät om LSS-boenden för vuxna. Resultatet visade att det i cirka 80 procent av alla LSS-boenden för vuxna finns olika slags begränsningar som påverkar brukaren. Det kan handla om att brukaren, utifrån sin förmåga, nekas att ta beslut om sig själv och sin vardag eller att hen på olika sätt begränsas i sin egen lägenhet, till exempel genom att inte få bestämma om vad hen ska äta eller att det finns lås och haspar på fönster och dörrar. Begränsningarna genomförs ofta utan den enskildes samtycke. I ett mindre antal enkätsvar finns det också indikationer på mer allvarliga brister till exempel att brukare bestraffats för oönskat beteende, att de kränkts i ord, skrift eller handling av personal eller att de tvingats ta mediciner (Inspektionen för vård och omsorg, 2021e).

LSS-insatser är frivilliga och ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Personer på LSS-boenden har rätt till en trygg och säker boendemiljö. Trots det utsätts många regelbundet för olika tvångs- och begränsningsåtgärder som saknar stöd i lag. Vuxna personer med en funktionsnedsättning är dessutom en särskilt utsatt grupp då de ofta har svårt att göra sin röst hörd med anledning av sin funktionsnedsättning.

Resultatet av enkätundersökningen bekräftar det IVO uppmärksammat tidigare år, att tvångs- och begränsningsåtgärder förekommer i LSS-boenden (Inspektionen för vård och omsorg, 2020e). IVO ser ett behov av att nå ut till fler kommuner och huvudmän med tillsyn för att granska förekomsten av tvångs- och begränsningsåtgärder. Syftet med att skärpa tillsynen inom det här området är att öka kunskapen i verksamheterna men framförallt att bidra till att personer som bor på LSS-boenden ges goda levnadsvillkor och en trygg och säker boendemiljö (Inspektionen för vård och omsorg, 2021e).

Såväl IVO som Socialstyrelsen har konstaterat att personalen som arbetar i LSS-boenden behöver mer kunskap om hur de förebygger och hanterar utåtagerande beteenden (Socialstyrelsen, 2021d). Personalen behöver också mer kunskap om skillnaden mellan tvångs- och begränsningsåtgärder å ena sidan, och skyddsåtgärder å andra sidan (Socialstyrelsen, 2021e). I de lex Sarah-anmälningar som skickas in till IVO anges ofta bristande kompetens hos personal rörande pedagogiska metoder eller inom alternativ- och kompletterande kommunikation (Inspektionen för vård och omsorg, 2020e) men IVO ser också brister som kan relateras till hur bemanningen är organiserad. Detta gäller särskilt i de boenden som

har en stor andel vikarier eller timanställd personal som saknar relevant utbildning och erfarenhet av arbete med målgruppen på boendet. I flera fall ses även brister kopplade till ledning och styrning.

Besöksförbud vanligaste begränsningsåtgärden inom särskilda boenden för äldre

Äldre personer som bor i särskilda boenden (SÄBO) har under pandemin drabbats särskilt hårt av fysisk isolering på grund av ökad risk för allvarlig sjukdom.¹⁹ Många särskilda boenden har, trots att de saknat mandat för åtgärden, infört besöksförbud eller begränsningar som i praktiken fungerat som besöksförbud.

IVO har haft tillsyn av äldreomsorgen som en särskild prioritering och flera tillsynsinsatser har genomförts under 2021.²⁰ IVO har genom både signaler från brukare och deras närstående samt i tillsynen sett att många boenden använt sig av besöksförbud eller haft besöksrestriktioner som varit så restriktiva att de angränsar till besöksförbud,²¹ trots att besöksförbud efter den 1 oktober 2020 inte varit tillåtet.

Enkätsvar från boenden och närstående vittnar om isolering av de boende

IVO har haft regeringens uppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under pandemin (HSLF-FS 2020:46). Majoriteten av de brukare och närstående som genom bland annat enkätsvar har lämnat uppgifter till IVO anser att boendet har hanterat besöken för att undvika smittspridning av covid-19 på ett bra sätt (Inspektionen för vård och omsorg, 2021f). Följsamheten till föreskriften har generellt varit god i de verksamheter IVO har granskat. De särskilda boenden som har ingått i tillsynen har upprättat rutiner för att säkerställa att besök kan ske på ett sätt som inte riskerar att medföra ökad risk för smittspridning. Men brukare och deras närstående vittnar också om att det har förekommit isolerande åtgärder. Ett exempel är att brukare som har lämnat boendet för att träffa vänner och familj eller för att

19. Se kapitel 2, Bristande vård och omsorg inom äldreområdet

20. Se kapitel 2, Bristande vård och omsorg inom äldreområdet

21. 46 ärenden granskades under perioden 1 oktober 2020–1 oktober 2021. I 21 av 42 avslutade ärenden konstateras brister i form av begränsningsåtgärder då besöksförbud, eller restriktioner liknande detta tillämpats.

uppsöka vårdinrättningar har uppfattat att de därefter varit tvungna att vistas isolerade i sina lägenheter under viss tid.

I enkätsvaren till IVO har flera särskilda boenden uppgett att anledningen till att de använt olika typer av begränsningsåtgärder, är att det regionala smittskyddet rekommenderat dem. I vissa fall har verksamheterna själva använt sig av förbud eller begränsande regler utan vare sig mandat eller samtycke från de boende. Så länge boendet inte omfattas av ett nationellt eller tillfälligt beviljat besöksförbud är det brukarnas vilja som ska vara avgörande avseende hanteringen av besök. IVO konstaterar att den bristande kunskapen i verksamheterna om det egna mandatet att införa besöksförbud har lett till oacceptabla inskränkningar av den enskildes rättigheter och självbestämmande. IVO har i ett flertal beslut sedan pandemiutbrottet påtalat att ansvariga för verksamheterna har saknat rättsligt stöd för sådana begränsningsåtgärder.



5

Tillgänglighet
inom omsorgen

Personer i behov av vård och omsorg har lagstadgad rätt att få den hjälp och det stöd de behöver från kommunen. IVO har under pandemin granskat de förändringar som kommuner har genomfört i enskilda insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.

155 500 personer påverkades av förändringar i sina socialtjänstinsatser under utbrottet av covid-19 (Inspektionen för vård och omsorg, 2021g). I många fall har det medfört en negativ påverkan för den enskilde, särskilt när kommunen inte haft en direktkontakt med den som berörs. IVO ser också att ett stort och i grunden ohållbart ansvar placeras hos de närstående, som får kompensera för uteblivna insatser. IVO ser att flera av de negativa effekterna hade gått att förebygga genom systematiskt kvalitetsarbete, exempelvis i form av riskanalys och uppföljning.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Personer med behov av socialtjänstinsatser blir inte alltid kontaktade vid förändring av insatsen.
- Kommuner brister i systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning av den enskildes behov.

Personer med behov av socialtjänstinsatser blir inte alltid kontaktade vid förändring i insatsen

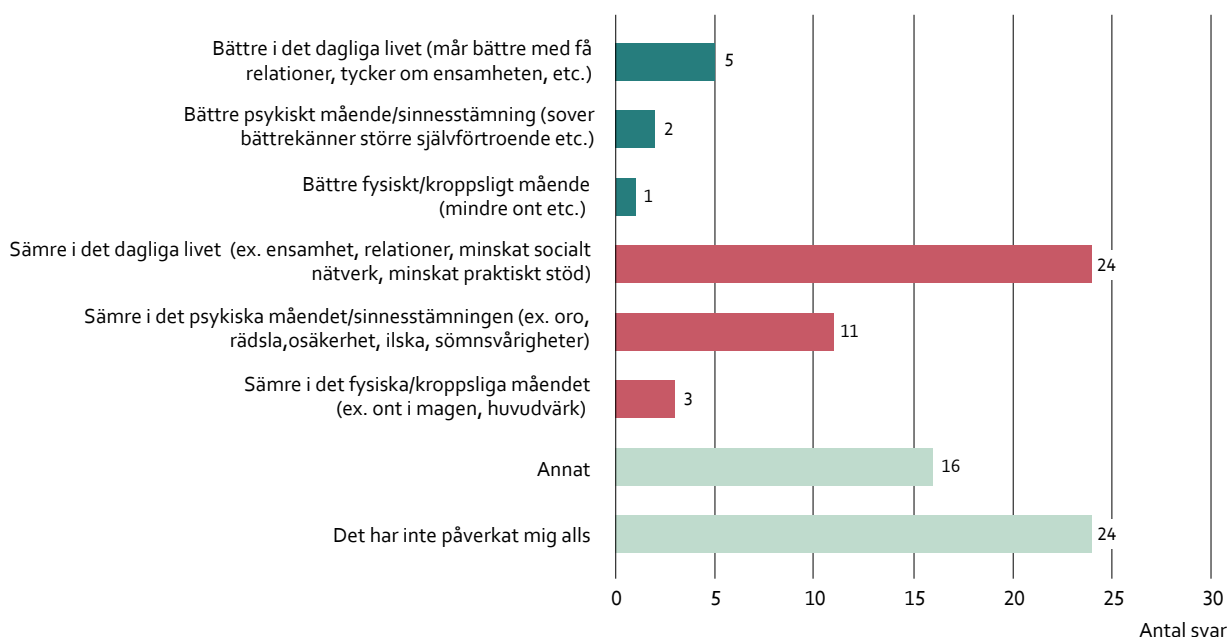
Från hösten 2020 till våren 2021 granskade IVO förändrade insatser inom SoL och LSS under utbrottet av covid-19 i samtliga kommuner i Sverige. IVO kunde se att de förändringar som kommunerna genomförde påverkade brukare på olika sätt (Inspektionen för vård och omsorg, 2021a).

Syftet med granskningen var att belysa brister och framgångsfaktorer i kommunernas beredskap och arbete med att hantera verkställighet av enskildas insatser och tillgodose enskildas behov under en pandemi. Tillsynen visade att förändringar i insatserna innebar att de minskade i tid, blev mer digitala, ändrades i innehåll eller helt ställdes in.

Det står klart att en framgångsfaktor för kommunerna är att ha direkt kontakt med de personer som berörs. Om kommuner har bristande eller ingen kontakt med berörda personer blir det också svårt att utforma behovsbaserade åtgärder och utmanande att följa upp åtgärdernas effekt.

IVO har samtalat med över 70 personer som fick förändringar i sina insatser under utbrottet av covid-19. Var tredje person uppger att kommunen inte kontaktade dem vid förändringar i deras insatser och var femte person upplevde att förändringen i deras insats påverkade dem negativt (figur 12). Det har bland annat lett till att personer upplevt ensamhet, nedstämdhet, saknad av till exempel promenader och daglig stimulans.

Figur 12. Svar från brukare och närstående på frågan "På vilket sätt har förändringen i din insats påverkat dig?"



Kommentar: Antal svar från personer som angett hur förändringen i deras insats påverkat dem. Frågan är en flervalsfråga och respondenten kan ha angett mer än ett svar. Antal svar: 71.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

I tillsynen kunde IVO se att de enskilda ofta fick hjälp av sina närstående med anledning av de förändringar kommunerna genomförde. Det framkom tydligt att inte bara den som har en insats blir påverkad av en förändring utan även de närstående. IVO ser en risk för ökat stödbehov i familjen om närstående inte orkar eller om de själva blir sjuka.

Kommuner brister i systematiskt kvalitetsarbete och uppföljning av den enskildes behov

IVO kan konstatera att kommunerna brister i sitt arbete med riskanalys och att det ofta är sammankopplat med bristande uppföljning. Få kommuner har ett fullt ut fungerande systematiskt kvalitetsarbete. I den tidigare beskrivna tillsynen begärde IVO in uppgifter från samtliga kommuner angående deras systematiska kvalitetsarbete.

En avgörande faktor för att säkerställa kvalitet i insatser för enskilda personer är kommunernas systematiska kvalitetsarbete enligt föreskriften om ledningssystem (SOSFS 2011:9). Kommuner utan ett fungerande systematiskt kvalitetsarbete gjorde oftast inte riskanalyser inför förändringar i insatser. 78 procent av kommunerna uppvisade brister i att genomföra riskanalyser och 32 procent av kommunerna dokumenterade inte riskanalyserna. Därmed identifierade de inte, på ett systematiskt sätt, händelser som skulle kunna inträffa och medföra brister i kvalitet. Dessa kommuner saknar enligt IVO en övergripande bild, vilket påverkar deras fortsatta arbete.

När det sker förändringar i en insats är det viktigt att kommunen involverar den enskilda som berörs av förändringen. 72 procent av kommunerna uppgav att de inte visste vilka förändringar de hade genomfört för enskilda med insatser. Tillsynen visade också att 33 procent av kommunerna inte hade eller inte visste om de följt upp hur de tillgodosatt enskilda personers behov vid förändrade insatser.



6

Tillgänglighet och
vårdplatsbrist på sjukhus

Brist på vårdplatser skapar risker för patienterna. Det är vårdgivarens ansvar att upprätthålla kraven på god vård. Med begreppet god vård avses enligt 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, bland annat att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vidare ska det, enligt 5 kap. 2 § HSL där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet, finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs. Det måste finnas en balans mellan efterfrågan på vård och verksamhetens kapacitet för att kunna ge en god vård.

Om akutmottagningen på ett sjukhus inte är dimensionerad för att hantera söktrycket av patienter uppstår en situation där verksamheten överbelastas. Det kan leda till svårigheter att hinna bedöma patienter både i det initiala skedet men också under tiden som patienter väntar på fortsatt vård och behandling. Om antalet patienter på akutmottagningen som behöver slutenvård överstiger tillgången på vårdplatser på vårdavdelningarna kan patienter bli kvar på akutmottagningen. De kan också bli placerade på redan fulla avdelningar eller på andra avdelningar än den som har specifik kompetens och medicinskt ansvar för att vårda patienten. I alla dessa situationer kan patientsäkerhetsrisker uppstå.

Under 2021 har myndighetens tillsynsändan och offentlig statistik gett en bild av en hårt belastad sjukhusvård vid landets akutsjukhus, med ökade patientrisker som följd. I det inledande kapitlet av denna rapport har IVO beskrivit utvecklingen gällande några aspekter av tillgänglighet till vård. Bland annat beskrivs där att utlokaliseringar inom somatisk vård har ökat över tid. Även överbeläggningarna har ökat, men ett trendbrott skedde 2020 i samband med pandemin.

I detta kapitel lyfter IVO särskilt några observationer gällande vårdplatsbrist på akutsjukhusen och ger exempel på återkommande brister utifrån tillsyn av ett akutsjukhus i Region Uppsala.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Vårdplatsbrist riskerar patientsäkerheten på landets sjukhus.
- Uppföljande tillsyn av sjukhus visar att problemen kvarstår över tid.

- Signaler om vårdplatsbrist på flera av landets sjukhus visar på behov av en sammanhållen tillsyn av sjukhusen i alla regioner.

Vårdplatsbrist riskerar patientsäkerheten på landets sjukhus

IVO har inlett ett 20-tal tillsynsändan kopplat till sjukhus under 2021. Det är främst uppföljningar av tidigare konstaterade brister men även ärenden som startats på grund av nya signaler genom exempelvis tips, anmälan enligt lex Maria och klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Förutom klagomål från patienter kontaktar även sjukvårdspersonal myndigheten när de upplever patientsäkerhetsrisker.

IVO ser att söktrycket på akutsjukhusen varierar. Det finns sjukhus som nästan ständigt har en hög belastning på akutsjukvården med långa väntetider som följd. I ett akut läge där det inte finns tillräckligt med bemanning och ett korrekt omhändertagande i relation till sjukdomstillstånd uppstår omfattande patientsäkerhetsrisker. IVO ser att risken för felbedömningar och vårdskador ökar vid högt tryck samt att diagnoser fördröjs eller uteblir. I vissa fall har patienter bedömts kunna vänta längre än vad som varit adekvat med vårdskador som följd.

IVO ser i sina tillsynsinsatser även olika brister och risker för patienter där det har fattats ett beslut om inläggning men patienten behöver vänta på en tillgänglig vårdplats. Dessa patienters behov av tillsyn, mat och dryck, omvårdnad och läkemedel blir inte alltid tillgodosedda. Det finns verksamheter som har en struktur och rutiner för att vårda patienter som väntar på vårdplats, men även där ser IVO att ett högt söktryck på akutmottagningen kan göra att rutinerna inte alltid går att upprätthålla. I en anmälan enligt lex Maria som kommit in till IVO beskrivs hur en patient inkommer med bröstsmärta till akuten och behöver inläggning på hjärtavdelningen. Inläggningen fördröjdes då det inte fanns en disponibel vårdplats för patienten. Patienten fick istället vänta kvar på akuten. Senare under dagen blev patienten sämre och en hjärtinfarkt kunde konstateras. I vårdgivarens utredning framgår att väntan blivit lång samt att adekvat medicinering fördröjdes. IVO ser även att det finns vårdgivare som inte följer upp de patientsäkerhetsrisker som finns för dessa patienter på ett

systematiskt sätt, detta innebär att bristerna riskerar att kvarstå.

Trycket på akutmottagningen och tillgången till disponibla vårdplatser är sammanlänkade. Det finns ett samband mellan en hög beläggningsgrad på sjukhuset och en överbelastad akutmottagning (af Ugglas, 2021). Förutom att patienter som väntar på inläggning på vårdavdelning får vänta länge på akutmottagningen, leder bristen på disponibla vårdplatser till att det sker överbeläggningar och utlokaliseringar på hela sjukhuset. I tillsynen ser myndigheten exempel på att utlokaliserade patienter vårdas på kliniker där det inte alltid finns rätt kompetens för att ge vård till patienterna. När patienter utlokaliseras till andra avdelningar finns det också en risk för att det uppstår kommunikationsbrister, exempelvis när en avdelning ska övrapportera till en annan, vilket kan få allvarliga konsekvenser för patienten.

Uppföljande tillsyn av sjukhus visar att problemen kvarstår över tid

Flera av IVO:s tillsyner av sjukhus under 2021 var uppföljningar av tidigare tillsyner. Även om alla inte är beslutade ännu ser IVO tydliga indikationer om att vissa problem består över tid.

IVO har under flera års tid påtalat brister och patientsäkerhetsrisker vid akutmottagningen på ett akutsjukhus i Region Uppsala. I tillsynen som utfördes under hösten 2020 konstaterade IVO att det fanns fortsatta allvarliga brister och patientsäkerhetsrisker på sjukhusets akutmottagning. Det förekom regelmässigt att patienter under lång tid fick stanna kvar på akutmottagningen i väntan på vårdplats. Det gällde även allvarligt sjuka patienter som bedömts vara i behov av vård på en högre vårdnivå (intermediärvård/intensivvård). Det handlar även om att patienter som väntat på läkarbedömning inte fått adekvat övervakning och att patienter inte fått omvårdnad utifrån individuella behov. Patienter har vårdats i korridorer, undersökningsrum och dagrum utan möjlighet till avskildhet. Det vill säga på platser som inte hade den utrustning som ska finnas på en vårdplats, exempelvis kunde patienter inte kalla på uppmärksamhet då larmklockor saknades. Tillgången på sängar motsvarade inte heller behoven vilket exempelvis medförde att äldre, sköra patienter fick ligga många timmar på en hård brits med risk för bland annat trycksår.

Dessa brister har påverkat situationen för både patienter och personal. Hög arbetsbelastning och personalbrist skapar stress hos personalen vilket leder till oönskade prioriteringar mellan arbetsuppgifter. Det ökar risken för att patienternas behov av tillsyn och omvårdnad inte blir tillgodosedd. Även avvikelserapporteringen nedprioriterades vilket innebär att verksamheten saknar möjlighet att i efterhand följa upp och analysera eventuella händelseförlopp relaterat till den höga arbetsbelastningen.

Under sommaren 2021 fick IVO upprepade signaler om en förvärrad situation på akutmottagningen kopplat till brist på vårdplatser och kraftigt överbelastade vårdavdelningar, vilket ledde till en uppföljande tillsyn av patientsäkerheten.

Vårdgivaren Region Uppsala har på IVO:s begäran redovisat mål om att fler patienter snabbare ska få tillgång till en vårdplats. Efter uppföljande inspektioner och dialoger med ledningarna för verksamheten, sjukhuset och regionen konstaterade IVO att problemen med en överbelastad akutmottagning kvarstod. Region Uppsala hade inte planerat och organiserat verksamheten utifrån tillgänglig information och behovsuppskattning av vårdplatser. Därmed hade regionen inte fullgjort sin skyldighet att i enlighet med PSL, planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som lever upp kravet på god vård i HSL. IVO beslutade därför den 30 september 2021 om ett föreläggande i enlighet med 7 kap 24 § PSL på grund av fara för patientsäkerheten. Beslutet innebar att Region Uppsala senast den 2 december 2021 skulle betala ett vite på 20 miljoner kronor om inte antalet vårdplatser inom den somatiska slutenvården ökades med minst 30 nya platser för att säkra samtliga patienters behov av inneliggande vård²². IVO:s beslut överklagades av regionen och förvaltningsrätten biföll IVO:s yrkande om föreläggandet, med en framflyttad tidsgräns. Förvaltningsrätten konstaterade i domen att regionen och IVO var eniga om att det råder vårdplatsbrist vid sjukhuset samt att denna vårdplatsbrist medför en fara för patientsäkerheten. Regionen har överklagat förvaltningsrättens dom, prövning sker under 2022.

22. Efter granskning av vårdgivarens redovisning bedömer IVO att vårdgivaren till viss del har vidtagit de tidigare redovisade åtgärderna för att komma tillrätta med identifierade brister i vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete avseende utlokaliserade patienter. Vidare kan IVO konstatera att flera av de åtgärder som redovisats syftar till att avhjälpa den rådande vårdplatsbristen.

Signaler om vårdplatsbrist på flera av landets sjukhus visar på behov av en sammanhållen tillsyn av sjukhusen i alla regioner

IVO:s tillsyner och andra signaler visar att flera av landets sjukhus har återkommande problem. Det handlar exempelvis om att det finns sjukhus som nästan ständigt har en hög belastning på akutsjukvården med långa väntetider som följd. Om ett sjukhus inte är dimensionerat utifrån den efterfrågan på vård som finns uppstår överbeläggning och utlokalisering med patientsäkerhetsrisker som följd.

För att säkerställa tryggheten för patienter och att vården som bedrivs är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter har IVO inlett en sammanhållen tillsyn av sjukhusvården i Sverige. Inledningsvis fokuserar tillsynen på att hämta in information om regionernas behov av och tillgången till disponibla vårdplatser och vårdpersonal både på kort och lång sikt.



7

Vård och omsorg för personer
med psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är en folksjukdom och orsakar stort lidande för den som drabbas. I en befolkningsundersökning av Folkhälsomyndigheten uppgav nästan 40 procent att de hade egen erfarenhet av psykisk ohälsa (Folkhälsomyndigheten, 2022). Den psykiska ohälsan ökar i samhället och framförallt bland barn och unga samt kvinnor (Folkhälsomyndigheten, 2020). Psykisk ohälsa är en bred definition och kan handla om allt från psykiska besvär som nedstämdhet och stressproblematik till psykiatriska sjukdomar som schizofreni och bipolär sjukdom.

Väntetiderna till psykiatrisk specialistsjukvård är långa. Nästan 20 procent av patienterna som står i kö för ett första besök inom allmänpsykiatrisk vård får vänta mer än tre månader (Sveriges kommuner och regioner, 2020a). Även inom barn och ungdomspsykiatri (BUP) klarar få regioner att leva upp till målet att barn och unga ska få en första bedömning hos BUP inom 30 dagar (Socialstyrelsen, 2019a). IVO har i tidigare rapporter belyst risker med långa väntetider för utredning och behandling hos BUP och att det påverkar vårdkedjan negativt (Inspektionen för vård och omsorg, 2019; Inspektionen för vård och omsorg, 2020e).

Under 2018–2020 hade IVO ett särskilt fokus på samordning av vård och omsorg för barn och unga med psykisk ohälsa (Inspektionen för vård och omsorg, 2021h). Bakgrunden till satsningen var de återkommande brister myndigheten sett inom området. Samordningsbristerna resulterade ofta i att insatser för barnen eller de unga genomfördes för sent eller att de inte genomfördes alls. Under 2021 har IVO fortsatt sett brister som rör samordning, informationsöverföring och helhetssyn inom vården och omsorgen av barn och unga med psykisk ohälsa. Bristerna försvårar tillgängligheten till vård och omsorg för barn i behov av psykiatrisk behandling. De leder också till att barnen och deras vårdnadshavare själva kan behöva ta ett alltför stort ansvar för samordningen. Att bristerna fortsatt kvarstår belyser vikten av att tillsynen får ökad effekt.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

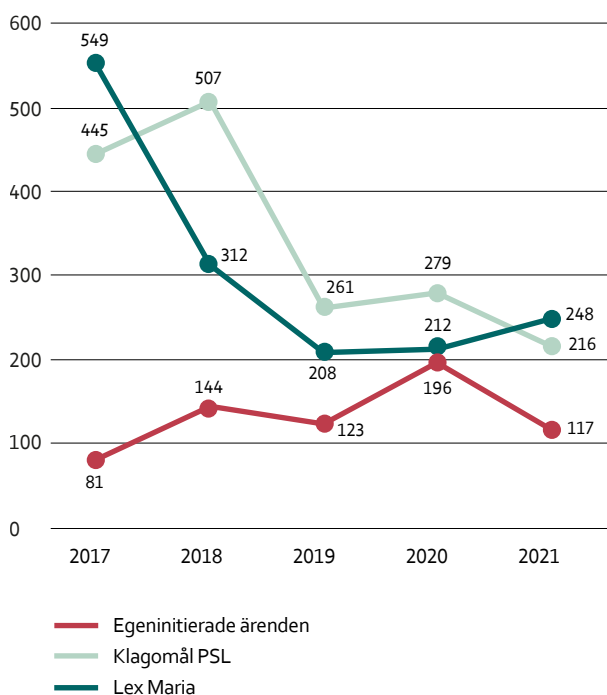
- Psykiatrisk vård och behandling brister i samordning och tillgänglighet.
- Tillgänglighetsbrister inom barn och ungdomspsykiatri ökar risken för skador och suicid.
- IVO och patientnämnderna tar emot allvarliga klagomål som rör barn och psykiatrisk specialistsjukvård.
- IVO förstärker och utvecklar tillsyn och uppföljning av den psykiatriska tvångsvården samt den rättspsykiatriska vården.

Psykiatrisk vård och behandling brister i samordning och tillgänglighet

IVO har sedan tidigare uppmärksammat risker kring bristande tillgänglighet, kontinuitet och samverkan inom den psykiatriska specialistsjukvården (Inspektionen för vård och omsorg, 2019; Inspektionen för vård och omsorg, 2020e). Myndighetens egeninitierade ärenden, utredda klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, och lex Maria-anmälningar under 2021 visar att bristerna kvarstår. Myndigheten ser även att verksamheterna har svårt att säkerställa bemanning och tillräcklig kompetens, både vad gäller sjuksköterskor och läkare.

Under 2021 har IVO, tillsammans med 24 andra myndigheter, fått i uppdrag att medverka i arbetet med att ta fram en ny nationell strategi för psykisk hälsa och suicidprevention. Baserat på resultat från tillsynen genom åren kunde IVO identifiera ett antal större övergripande utvecklingsområden som myndigheten anser bör prioriteras i det fortsatta arbetet med den nationella strategin (Inspektionen för vård och omsorg, 2021i). Dessa områden är: en samordnad vård och omsorg för personer med psykisk ohälsa, omställning till en god och nära vård, ökat fokus på primärvården, tillgänglighet till vård för personer med psykisk ohälsa samt säkra och trygga boendeinsatser.

Figur 13. Antal avslutade ärenden inom psykiatrisk specialistsjukvård 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.



Kommentar: IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter där det huvudsakliga verksamhetsområdet är psykiatrisk specialistsjukvård. Lagförändringar har påverkat inströmningen och hanteringen av ärenden för IVO. I september 2017 upphörde obligatet att göra en anmälan om en patient begick självmord inom fyra veckor efter senaste vårdkontakt enligt 4 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28) om anmälningsskyldighet enligt lex Maria. Förändring av anmälan av klagomål enligt PSL påverkade inflödet av klagomål efter 2018.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Suicid mest förekommande i utredningar enligt lex Maria

Suicid ses som en allvarlig vårdskada om hälso- och sjukvården hade kunnat vidta adekvata åtgärder för att förhindra händelsen. Även ett suicidförsök är att betrakta som en allvarlig vårdskada om det hade kunnat undvikas genom adekvata åtgärder i vården (Socialstyrelsen, 2021f).

Under 2021 avslutade IVO 248 ärenden enligt lex Maria som rörde psykiatrisk specialistsjukvård. En stor andel av dessa handlade om fullbordade självmord (48 procent) och självmordsförsök (9 procent). Förekomsten av fullbordade självmord i lex Maria-anmälningar vittnar inte bara om en bristfällig vård, uppsikt och behandling vid allvarlig psykisk ohälsa. I utredningarna framkommer att otillräcklig tillsyn eller övervakning leder till att patienter skadas allvarligt eller till och med avlider. IVO ser att

verksamheterna brister i riskbedömningar av suicid vid inskrivning på vårdavdelning. Det förekommer även att informationsöverföringen brister inom verksamheter vilket kan leda till att tillräcklig bemaning eller övervakning inte sätts in i fall där allvarlig suicidrisk föreligger. I de lex Maria-utredningar som berör suicid ser myndigheten ofta att samma typ av orsaker till incidenterna återkommer. Till exempel att vårdgivaren inte har haft fungerande rutiner för att bedöma självmordsrisker, eller att personalen inte har tillräcklig kompetens för att göra sådana bedömningar (Inspektionen för vård och omsorg, 2020e).

Det handlar även om brister i det förebyggande arbetet som ska finnas inom hela vård- och omsorgskedjan och verka främjande och suicidpreventivt. Individer med risk för suicid har ofta kontakt med flera delar av hälso- och sjukvården, exempelvis primärvården eller andra somatiska specialiteter, men även med socialtjänsten till exempel hemtjänst, ekonomiskt bistånd och/eller missbruks- och beroendeverksamhet samt olika former av boenden (Lumell Associates, 2020). Det påvisar att hela hälso- och sjukvården och även omsorgen har en viktig uppgift i arbetet med suicidprevention, till exempel genom att tidigt upptäcka psykisk ohälsa.

Samordningen mellan vården och omsorgens olika delar är avgörande för patientgruppen. Psykisk ohälsa kan medföra stora svårigheter att koordinera och planera sin egen vård, vilket vanligtvis krävs av patienter. Det finns även risker att allvarlighetsgraden i en patients mående inte framgår innan man lägger samman olika signaler som patienten ger inom skilda delar av vård- och omsorgssystemet. Det påtalar behovet av sammanhållen journalföring för patienter med psykisk ohälsa.

Tillgänglighetsbrister inom barn- och ungdomspsykiatri riskerar barnens hälsa

IVO har under lång tid sett allvarliga brister som rör tillgänglighet till vård inom BUP vilket kan leda till förödande konsekvenser i form av skador och suicid. Under 2021 har IVO fattat beslut med kritik i 22 klagomål enligt PSL som rör psykiatrisk specialistsjukvård/barn- och ungdomspsykiatri. 50 procent av dessa rör brister i tillgänglighet i bred bemärkelse.

I flera fall har barn fått vänta länge på att få vård och behandling inom psykiatrin. Exempel på brister IVO ser är att vårdgivaren inte säkerställt ett ändamålsenligt remissförfarande till BUP för patienten eller att BUP avvisat remiss från primärvården vilket lett till att barnet inte fått hjälp med ett försämrat mående som följd. Det förekommer även brister i utredning, samordning och uppföljning av patientens mående. Myndigheten ser också att vårdgivare inte utfärdat intyg som patientens vårdnadshavare begärt eller brister i att lämna neuropsykiatriskt utlåtande efter avslutad utredning.

I övriga ärenden framkommer andra allvarliga brister kopplat till vårdens innehåll och kvalitet. IVO ser exempelvis brister som rör dokumentation, delaktighet, information och kommunikation eller att verksamheten inte utvärderat sina insatser och diagnostiska ställningstaganden i tillräcklig omfattning.

Sämre förutsättningar för god vård när vårdplatser saknas

I ett tydligt exempel från Region Skåne under 2021 ser IVO brister kopplade till tillgänglighet som påverkar barn och ungas rätt till en god vård. IVO genomförde en tillsyn under augusti 2021 av BUP efter att myndigheten fått information om brister via IVO:s upplysningstjänst. I upplysningen framfördes bland annat att barn och ungdomar som söker akut psykiatrisk vård möter en bristfällig och icke patientsäker vård. Uppgiftslämnaren beskrev även att det rådde platsbrist och att patienter placerades på madrasser i korridor. Under tillsynen framkom att antalet vårdplatser vid den regionala barn- och ungdomspsykiatriska slutenvården hade minskat till 11 vårdplatser med möjlighet till en överbeläggning under sommaren 2021. Detta ledde till konstanta överbeläggningar och som mest vårdades 17 patienter inneliggande. Det saknades i vissa fall sängar och rum till patienter och föräldrar vilket medförde att de fick sova i lokaler som inte var avsedda att användas som patientrum. Efter inspektion bedömde IVO att Region Skåne hade brustit i att skapa förutsättningar för att ge patienter en god vård enligt kraven i 5 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL.

Vårdgivaren har sedan september 2021 successivt öppnat upp ytterligare vårdplatser inom BUP (slutenvården) till totalt 16 vårdplatser med möjlighet att öppna upp ytterligare två vårdplatser vid behov. Rekrytering av personal har prioriterats och flera tjänster har tillsatts under hösten, bland annat läkare och enhetschefer. Sammantaget fann IVO att de vidtagna åtgärderna kan ge verksamheten förutsättningar att komma till rätta med bristen på vårdplatser. IVO kommer under 2022 att följa upp vilka effekter vidtagna åtgärder har haft på verksamheten.

Utredningar enligt lex Maria belyser allvarliga brister inom psykiatrisk vård för barn och unga

I 14 lex Maria-ärenden som myndigheten har avslutat under 2021 kan IVO bland annat se att barn inte fått ett så utvecklat omhändertagande som de hade behövt och att brister i vårdförlopp lett till allvarliga risker, skador och suicid.

I ett fall där strukturerade och fortlöpande suicidriskbedömningar inte genomförts har ett barn genomfört suicidförsök. Vidare har det funnits brister i remisshanteringen mellan olika verksamheter och vårdgivaren uppger i svar till IVO att det inte går att utesluta att fördröjningen av vård kan ha påverkat vårdförloppet och händelsen. I ett annat ärende ser IVO brister i informationsöverföringen mellan BUP:s akutmottagning och öppenvård. BUP:s öppenvårdsmottagning fick inte information om behov av uppföljning och patienten gjorde senare ett allvarligt suicidförsök och fick bestående skador. I ett tredje ärende avled ett barn till följd av suicid under pågående öppenvård. Barnet hade uttryckt önskan om enskilda samtal i större utsträckning än vad som erbjudits. Föräldrarna uttryckte även missnöje och upplevde vården som otillräcklig. Även i andra utredningar nämns att verksamheter inte har samarbetat och kommunicerat med föräldrarna i tillräcklig utsträckning. Andra former av samarbetsbrister och brister i kommunikation internt på mottagningen anges också som bidragande orsaker till att händelser har uppkommit.

IVO och patientnämnderna tar emot allvarliga klagomål som rör barn och psykiatrisk specialistsjukvård

IVO samverkar kontinuerligt med patientnämnderna. Detta arbete ger förutsättningar för en djupare förståelse och analys av de klagomålsärenden som inkommit till IVO respektive patientnämnderna. Under perioden 2020–2022 har IVO och patientnämnderna beslutat att fokusera analysen till klagomål där barn är patienter. I september 2021 publicerades en gemensam rapport av de klagomål som inkommit under 2020 (Inspektionen för vård och omsorg, 2021j). Analysen av 2021 års klagomål som rör barn kommer att ha fokus på psykisk ohälsa och publiceras under 2022.

De särskilt allvarliga händelserna i klagomålen från 2020 fann IVO och patientnämnderna inom

området psykiatrisk specialistsjukvård, där det finns en stor frustration över långa väntetider, speciellt när det handlar om neuropsykiatriska utredningar. Förutom att väntan kan leda till förvärrad psykisk ohälsa påverkas även barnens skolgång och sociala kontakter med andra. Det är inte bara barnen som berörs utan hela familjer påverkas. Vårdnadshavarna känner oro och blir själva påverkade i sitt psykiska mående. De känner sig även ensamma och utelämnade när tillgången till rätt vård i rätt tid brister.

Under 2021 har IVO fortsatt ta emot många klagomål som rör barn och psykiatrisk specialistsjukvård. Det är det vanligaste verksamhetsområdet för klagomål om barn och unga 7–17 år (se tabell 1). För barn 7–12 år handlar 30 procent av klagomålen om psykiatrisk specialistsjukvård och motsvarande siffra för åldersgruppen 13–17 år är 41 procent.

Tabell 1. Antal klagomål som rör barn, fördelat på åldersgrupp och verksamhetsområde.

Verksamhetsområde	Berörda personers åldersgrupp		
	0–6 år	7–12 år	13–17 år
Akutmottagning	39	13	9
Andra specialiteter	8	8	6
Elevhälsa	.	12	9
Primärvård, utom hemsjukvård	66	16	27
Psykiatrisk specialistsjukvård	6	40	64
Somatisk specialistsjukvård Barnmedicin	39	19	17
Somatisk specialistsjukvård Kirurgi	45	11	7
Tandvård	8	6	6
Övrigt/Uppgift saknas	5	7	13

Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier. Totalt antal ärenden per åldersgrupp är 0–6 år = 197, 7–12 år = 126 och 13–17 år = 152.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

IVO förstärker och utvecklar tillsyn och uppföljning av den psykiatriska tvångsvården samt den rättspsykiatriska vården

IVO ser att det finns problem inom den psykiatriska tvångsvården. I 24 egeninitierade tillsyner av allmänpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri under 2021 kritiserade myndigheten regionernas arbete med tvångsåtgärder. En tvångsåtgärd är ett ansenligt ingrepp i en persons integritet och det är därför av högsta vikt att verksamheterna följer den lagstiftning som finns. IVO kan se att besluten om avskiljning²³ inte alltid har lagstöd och att patienter varit fastspända i bälte längre än vad som beslutats. Det förekommer även att patienterna inte har blivit undersökta av läkare inför eller vid en förlängning av fastspänning. IVO har även kritiserat verksamheterna då de på ett felaktigt sätt inskränkt patienternas rätt att kunna använda elektroniska kommunikationstjänster, genom att exempelvis omhänderta patientens mobiltelefon på obestämd tid.

IVO har i ett regeringsuppdrag till uppgift att förstärka och utveckla tillsyn och uppföljning av den psykiatriska tvångsvården samt den rättspsykiatriska vården. Regeringsuppdraget ska säkerställa att myndigheten kan bedriva en strategisk, effektiv och enhetlig tillsyn. IVO ska bland annat

förbättra inrapportering, register och datatillgång så att myndigheten bättre kan följa upp vårdgivarnas användning av tvångsåtgärder. IVO ska även vidta insatser för att säkerställa en ändamålsenlig och regelbunden tillsyn inom tvångsvården avseende såväl rättssäkerhet som vårdens innehåll. Till exempel kontroller av fysiska vårdmiljöer och patienter som hålls avskilda under lång tid. Vidare ska IVO utveckla stöd och arbetssätt utifrån ett barnrättsperspektiv, samt arbeta för att öka patientens tillgång till information om vårdens syfte och innehåll, sina rättigheter och möjligheter att framföra klagomål.

Under 2020 tog IVO fram en vägledning som rör psykiatrisk tvångsvård. I vägledningen anges att de rättspsykiatriska regionvårdsklinikerna, Rättsmedicinalverkets undersökningsenheter samt de enheter som tvångsvårdar barn ska som huvudregel inspekteras årligen, inspektion ska dock ske minst vartannat år. IVO genomför regelbundna inspektioner vid de verksamheter som bedriver psykiatrisk tvångsvård av patienter under 18 år inom ramen för myndighetens tillsynsuppdrag. Under 2022 kommer IVO att revidera den ovan nämnda vägledningen för att omhänderta de förändringar för patienter under 18 år som skett i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18).

23. Avskiljning innebär att en patient som genom sitt beteende allvarligt försvårar vården av sina medpatienter får hållas avskild från övriga patienter i högst 8 timmar efter beslut av chefsöverläkare enligt 20 § LPT. För patienter under 18 år regleras detta i särskild paragraf 20a § LPT.



8

Tillsyn av legitimerad personal i hälso- och sjukvård och tandvård

Det finns 22 yrken inom hälso- och sjukvården som kräver legitimation i Sverige (Socialstyrelsen, 2019b). Inom vården är legitimation en kvalitetsstämpel och en garanti för att personal når upp till en viss kunskapsnivå, yrkeskompetens och lämplighet att arbeta i vård och omsorg. IVO:s tillsyn av legitimerad personal inom hälso- och sjukvården och tandvården ska förebygga att människor drabbas av skador i vården och stärka patientsäkerheten. Myndigheten ska under vissa förutsättningar anmäla en legitimerad yrkesutövare till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN). Sådana anmälningar görs bland annat om en person gjort sig skyldig till ett brott som kan påverka allmänhetens förtroende för denne, om personen utgör en patientsäkerhetsrisk till exempel genom att ha varit oskicklig i sin yrkesutövning eller på annat sätt visat sig olämplig. HSAN i sin tur beslutar om påföljder för legitimerade personer, vilka kan vara prövotid, att legitimationen återkallas eller att annan behörighet dras in. Under 2021 fick 355 yrkesutövare kritik av IVO eller så anmälde myndigheten dem till HSAN.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

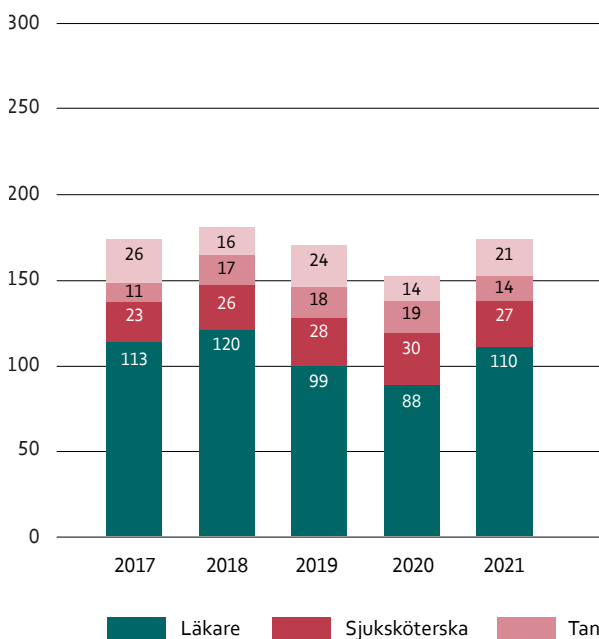
- Läkares felaktiga förskrivningar vanligaste iakttagelsen när IVO kritiserar eller anmäler legitimerad personal till HSAN.
- IVO identifierar allvarliga patientsäkerhetsrisker hos tandläkare på grund av oskicklighet i sin yrkesutövning.

Läkares felaktiga förskrivningar vanligaste orsaken till kritik och anmälan till HSAN

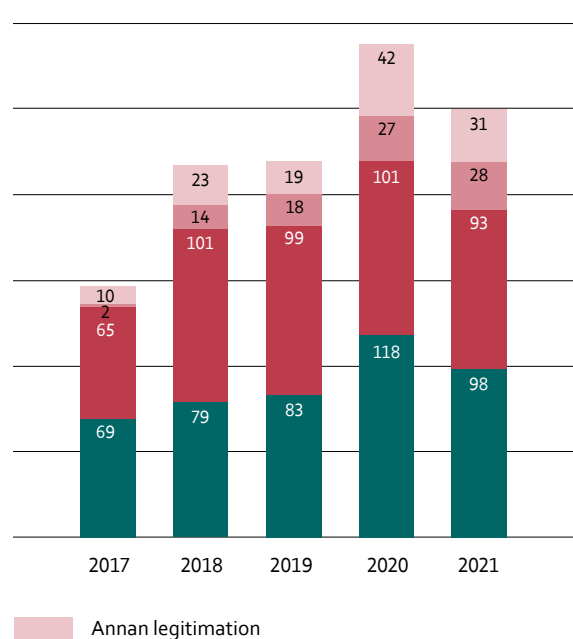
IVO:s tillsyn är riskbaserad och utgår från signaler om risker, till exempel när IVO får kännedom om att en person med legitimation kan vara en fara för patientsäkerheten. IVO kan förutom att anmäla till HSAN även kritisera hälso- och sjukvårdspersonal som visar på brister i sin yrkesutövning. Under 2021 har IVO kritiserat 165 personer med hälso- och

Figur 14. Beslut och yrkanden inom ärendeslaget tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal.

Ärenden med beslut om kritik per yrkeskategori (antal per yrkeskategori)



Yrkanden till HSAN per yrkeskategori (antal per yrkeskategori)



Kommentar: Till vänster visas antalet ärenden med beslut om kritik, där slutligt beslut är taget inom det givna året. Till höger visas antal yrkanden till HSAN där beslut om yrkande är taget inom det givna året. Båda ärendena är uppdelade på yrkeskategori. Ett ärende kan innehålla flera yrkeskategorier, därför kan summan per år överstiga det totala antalet distinkta ärenden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

sjukvårdslegitimation och anmält 190 personer med hälso- och sjukvårdslegitimation till HSAN. Den vanligaste orsaken till att IVO antingen kritiserar eller anmäler en läkare till HSAN rör felaktiga förskrivningar av narkotikaklassade läkemedel.

Tre yrkesgrupper är i majoritet av besluten om kritik och ärenden med beslut om yrkanden till HSAN (läkare, sjuksköterskor och tandläkare). Läkare är den största representerade yrkesgruppen i båda ärendeslagen, där 64 procent av ärendena med beslut om kritik och 39 procent av ärendena med beslut om yrkande till HSAN behandlar läkare under 2021. Antalet ärenden till HSAN har sjunkit jämfört med föregående år. Detta beror troligen på en naturlig variation i hanteringen av ärendeslaget.

Många kritiserade och anmälda läkare är män över 65 år

Den vanligaste orsaken till att IVO antingen kritiserar eller anmäler en läkare till HSAN rör felaktiga förskrivningar av narkotikaklassade läkemedel. Det kan bland annat handla om förskrivning av läkemedel på felaktiga indikationer, eller förskrivning av en större mängd läkemedel än som behövs för den medicinska behandlingen. Detta riskerar att bidra till eller underhålla ett beroende eller missbruk av läkemedel.

Under 2021 var 35 procent av de läkare som IVO har kritiserat eller anmält till HSAN för felaktiga förskrivningar 65 år eller äldre. Drygt 75 procent av dem var män. I de ärenden som handlar om att läkare förskriver till sig själv eller närstående rör 23 procent av ärendena läkare som är 65 år eller äldre. Att många äldre finns med i ärendena om felaktiga förskrivningar har uppmärksammats tidigare. IVO har tidigare lyft det i genomgångar av ärenden från 2017 (Inspektionen för vård och omsorg, 2018) och från 2019 (Inspektionen för vård och omsorg, 2020e).

IVO identifierar allvarliga patientsäkerhetsrisker hos tandläkare på grund av oskicklighet

Den vanligaste orsaken till att IVO antingen kritiserar eller anmäler en tandläkare till HSAN rör oskicklighet i yrkesutövning. Under 2021 avser ungefär hälften av tandläkarärendena, med kritik eller anmälningar till HSAN, oskicklighet i yrkesutövningen. Oskicklighet i yrkesutövning utgör på olika sätt en fara för patientsäkerheten. Det kan handla om brister i kunskap eller att det är omfattande brister i journalföringen som leder till att undersökningar och behandlingar inte sker på ett patientsäkert sätt.

IVO har under 2021 bedömt att nio tandläkare varit grovt oskickliga i sin yrkesutövning vilket lett till att myndigheten yrkat hos HSAN att återkalla tandläkarnas legitimation. Grov oskicklighet innebär att tandläkaren uppvisat stora kompetensbrister i sin yrkesutövning inom de odontologiska områdena som undersökning och diagnostik, röntgen, kardiologi, paradontologi, endodonti, protetik och kirurgi. Det kan också vara att de inlett behandling med antibiotika på felaktig indikation eller att journalföring genomförts på ett bristfälligt eller felaktigt sätt.

Utöver oskicklighet i yrkesutövning kan myndigheten även se att tre av anmälningarna till HSAN berör tandläkare som dömts för brott, där två av dessa anmälningar är yrkande om att återkalla deras legitimation. Ett exempel är att tandläkare har gjort sig skyldiga till grov ekonomisk brottlighet inom ramen för sin tandvårdsverksamhet, såsom grova bokföringsbrott eller bidragsbrott. Genom att bedriva privat tandläkarverksamhet möjliggörs tillgång till stora summor välfärdsmedel, som i vissa fall utnyttjats för egen vinning. Det är viktigt att allmänheten och myndigheter kan känna förtroende för att tandläkare inte missbrukar välfärdsystemet och att detta förtroende upprätthålls.

De två senaste åren har antalet anmälningar till HSAN som rör tandläkare ökat jämfört med tidigare år, se figur 14. En förklaring till detta är att IVO har stärkt sitt samarbete med andra myndigheter. Bland annat har IVO ett samarbete med Försäkringskassan där ett formaliserat informationsutbyte kring området är upparbetat.



9

IVO har ett viktigt uppdrag
att stoppa oseriösa aktörer

Oseriösa aktörer inom vården och omsorgen utgör en allvarlig risk för patienter och brukare. Att förhindra oseriösa aktörer är en viktig del av IVO:s uppdrag och under 2021 har myndigheten fattat fler skarpa beslut om återkallande av tillstånd, förbud och förelägganden än tidigare år.

Begreppet oseriösa aktörer är brett och innefattar allt från verksamhetsföreträdare som inte har förmåga eller vilja att bedriva en lagenlig verksamhet med god kvalitet till organiserad brottslighet som utnyttjar välfärdssystemet. IVO fångar upp allt fler riskindikationer inom tillståndsprövningen och tillsynen. Tillståndsprövningen innebär att IVO granskar lämpligheten hos privata omsorgsaktörer när de söker tillstånd för att få bedriva en viss verksamhet. IVO bedömer bland annat ekonomiska förutsättningar i syfte att bidra till att de aktörer som finns på omsorgsmarknaden kan erbjuda en omsorg av god kvalitet. Tillsynen fångar upp risker i pågående verksamheter inom omsorg och vård.

Pandemin har medfört nya möjligheter för oseriösa och kriminella verksamheter att utnyttja välfärdssystemet. IVO har under året agerat på allvarliga brister vid verksamheter som erbjuder PCR-tester. Ett annat område där myndigheten identifierat ett stort antal oseriösa aktörer är verksamheter som erbjuder estetiska injektionsbehandlingar och estetisk kirurgi. Detta beskrivs i kapitel 10.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- IVO återkallar allt fler tillstånd.
- Oseriösa och kriminella aktörer har tagit sig in på marknaden för testning av covid-19.
- Aktörer som bedriver omsorgsverksamhet utan tillstånd utgör en allvarlig risk för brukare – kommuner brister i sin kontroll av detta.

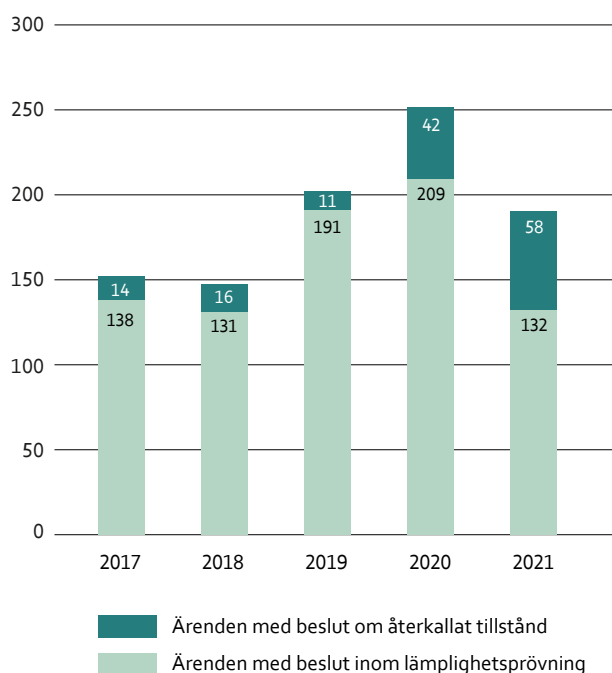
IVO återkallar allt fler tillstånd

Under 2021 har IVO återkallat fler tillstånd än tidigare år. Att återkalla ett tillstånd från en aktör är ett av de skarpaste verktyg myndigheten har att ta till. Konsekvenserna är omfattande för alla inblandade, såsom patienter, brukare och närstående. Även för tillståndsinnehavarna och kommunerna som placerat personer i verksamheten är konsekvenserna betydande. Därför är detta en åtgärd som IVO endast vidtar då det inte finns förutsättningar att nå framgång med andra verktyg, som till exempel förelägganden om att komma tillrätta med bristerna.

Av de återkallade tillstånden 2021 var 58 procent inom personlig assistans och 20 procent inom hem för vård eller boende (HVB). Anledningen till att fler tillstånd återkallas är att myndighetens lämplighetsprövning blivit mer träffsäker. IVO har i arbetet mot oseriösa aktörer fortsatt att utveckla metoder och stärka samverkan med olika myndigheter, som exempel MUR-samverkan (Motståndskraft hos utbetalande och rättsvårdande myndigheter) och regionalt underrättelsecentrum (Ruc). IVO har under året haft fortsatt tät dialog med Försäkringskassan för att i ett tidigare stadium kunna stoppa oseriösa aktörer. I samarbeten med Ruc har IVO ett informationsutbyte med polisen för att tillsammans försöka hitta sätt och verktyg att komma åt oseriösa aktörer.

Myndigheten kan se att antalet ärenden om lämplighetsprövning har minskat 2021, medan antalet ärenden med beslut om att återkalla tillstånd har ökat de två senaste åren, se figur 15. Det betyder att IVO återkallar en större andel tillstånd 2021 jämfört med tidigare år. 2021 är andelen återkallade tillstånd 45 procent av ärendena som prövar lämplighet, vilket kan jämföras med motsvarande 20 procent under 2020 och 6 procent under 2019.

Figur 15. Antal ärenden med slutliga beslut inom lämplighetsprövning och beslut om återkallat tillstånd.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Misskötsamhet vanligaste bristen när IVO granskar lämpligheten

Under 2021 kan IVO konstatera att inom ramen för lämplighetsprövningen var skälen till återkallelse av tillstånd främst ekonomisk misskötsamhet. Av de granskade bolagen visade 63 procent på brister i ekonomisk skötsamhet i bolaget, 58 procent visade på brister i deklareringskyldighet och 56 procent visade brister i annan verksamhet (att en företrädare misskött sig i en annan verksamhet).

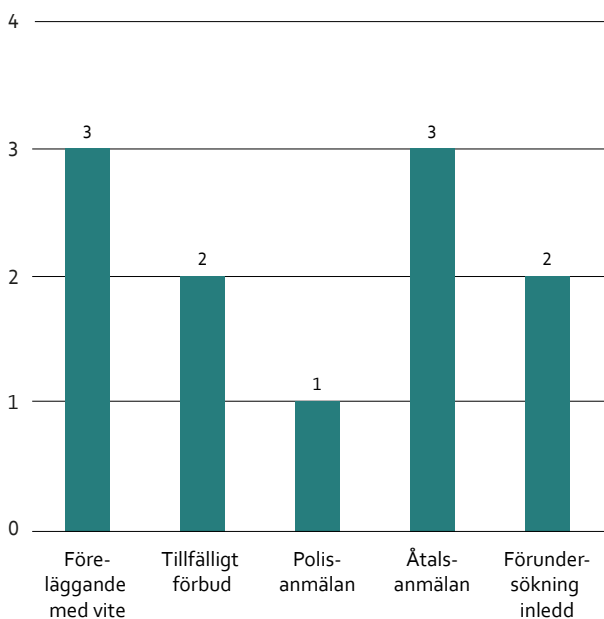
Oseriösa och kriminella aktörer har tagit sig in på marknaden för testning av covid-19

På marknaden finns det idag olika typer av tester för att detektera pågående eller genomgången infektion av covid-19. Det finns laboratorieanalyser, med eller utan självprovtagning, snabbtester och självtester. PCR-test är ett av testerna för att detektera pågående infektion av covid-19, där provet analyseras på ett laboratorium (Folkhälsomyndigheten, 2021). IVO har under året uppmärksammat att oseriösa aktörer har varit verksamma inom testning av covid-19, och att det finns flera risker i patientsäkerheten inom dessa verksamheter. Det kan förutom att drabba individen även bidra till en ökad smittspridning och fara för andra i samhället.

IVO har under 2021 inlett ett drygt 30-tal tillsyner av verksamheter som utför PCR-tester. I ungefär en tredjedel av ärendena har tillsynen resulterat i beslut av mer ingripande och allvarlig karaktär. IVO kan konstatera flera risker i patientsäkerheten inom dessa verksamheter, bland annat att testade personer fått felaktiga provsvar och att verksamheterna inte analyserat proverna eller provsvaren. Det har också förekommit fall då icke CE-märkta produkter använts för att göra analyser. Det innebär att produkterna inte är kvalitetssäkrade och inte får användas i klinisk analys eftersom de inte ger tillförlitliga resultat. Det har även funnits verksamheter med brister i basal vårdhygien och smittskydd.

IVO ser allvarligt på bristerna i provtagningsverksamheterna och har fattat beslut om att förbjuda verksamheter i de ärenden där situationen kräver det. Myndigheten har också åtalsanmält ett antal företrädare för verksamheterna.

Figur 16. Antal beslut som tagits i åtta ärenden mot verksamheter som bedriver PCR-testning.



Kommentar: Ett ärende kan innehålla mer än ett beslut. Förundersökning är en konsekvens av IVO:s beslut.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Under 2021 har IVO totalt tagit emot 1 246 upplysningar som rör covid-19. Bland annat har myndigheten fått in tips, synpunkter och frågor som rör provtagning och testning av covid-19. Både professionen och allmänheten har tipsat om oseriösa aktörer. Det har exempelvis handlat om att den som utfört provtagningen har uppvisat bristande hygien, men det finns också klagomål som rör själva testningen i form av tveksamma testmetoder eller felaktiga provsvar.

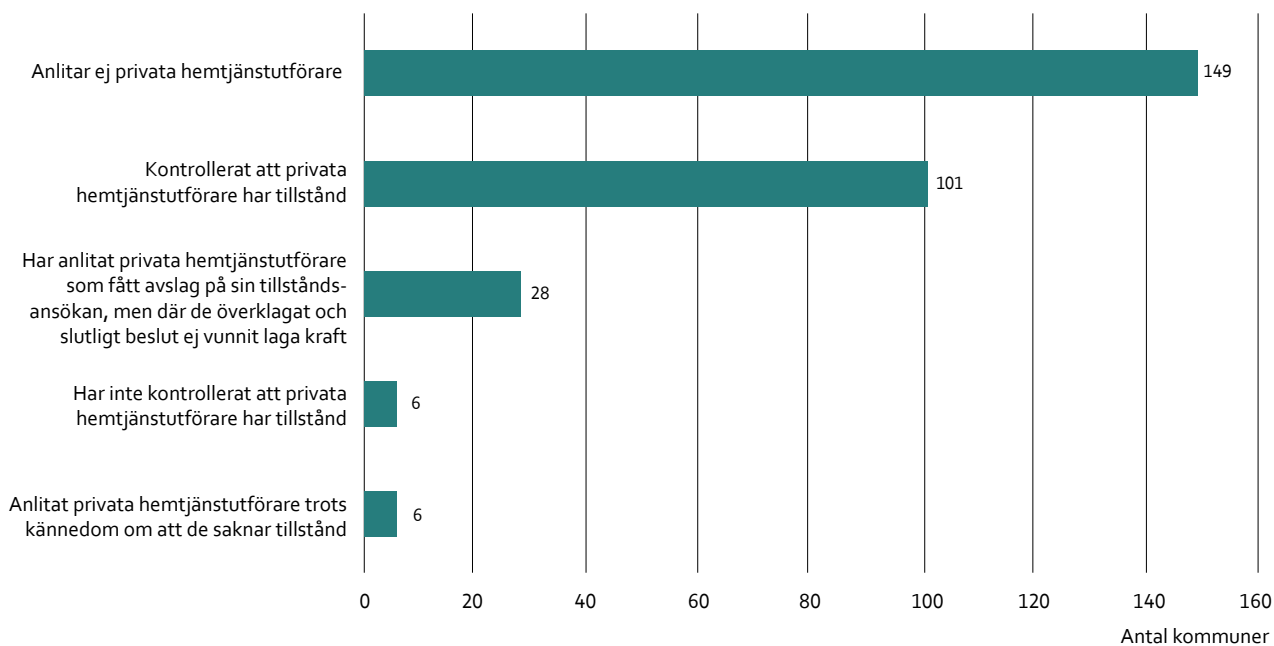
Liksom i andra sammanhang där det finns oseriösa aktörer har IVO förstärkt sin samverkan med andra myndigheter för att nå längre i att identifiera och agera på patientsäkerhetsrisker. Under 2021 har IVO i tillsynen agerat tillsammans med bland andra Polismyndigheten och Åklagarmyndigheten mot oseriösa och kriminella aktörer som verkat inom provtagning av covid-19 (Inspektionen för vård och omsorg, 2021b).

Aktörer som bedriver omsorgs- verksamhet utan tillstånd utgör en allvarlig risk för brukare – kommuner brister i sin kontroll

Privata aktörer som bedriver omsorgsverksamhet utan att ha ett giltigt tillstånd från IVO utgör en allvarlig risk för brukare. Därför är det viktigt att det system som samhället har inrättat för att kontrollera detta efterlevs.

IVO har under 2021 granskat om Sveriges kommuner kontrollerar att de privata hemtjänstutförarna som anlitas av kommunerna har tillstånd från IVO. IVO genomförde denna granskning av kommunernas kontroll eftersom en ny lagstiftning trädde i kraft den 1 januari 2019. Den innebär att hemtjänst är tillståndspliktig enligt 7 kap. 1 § 6 socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Hälften av kommunerna i Sverige anlitar privata hemtjänstutförare och sammanlagt anlitar dessa kommuner 375 utförare. Resultatet av tillsynen visar att 40 av Sveriges kommuner inte lever upp till kraven. 12 av dessa kommuner har inte fullt ut kontrollerat om de privata utförarna

Figur 17. Kommunernas kontroll av privata hemtjänstutförare.



Kommentar: Diagrammet visar kommunernas svar i tillsynen.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

har tillstånd eller inte. I tillsynen framkom att vissa kommuner anlitar aktörer som inte hade tillstånd. Det kan ha varit aktörer som fått avslag på tillstånd eller aktörer som ansökt om tillstånd men inte fått tillstånd ännu. Efter att IVO upplyst aktuella kommuner om lagstiftningen, eller begärt redovisning av kommunen, har de upphört att anlita utförare som inte har tillstånd. IVO har även utrett de aktörer som saknat tillstånd och polisanmält sex av dessa aktörer.

Förutom dessa utförare framkom det även att 28 av de privata utförarna ansökt om att få bedriva hemtjänst men fått avslag av IVO. På grund av att bolagen överklagat beslutet och slutligt beslut i ärendet inte vunnit laga kraft, kunde inte IVO agera direkt mot dessa utförare. IVO har däremot, vid ett

senare tillfälle, genomfört en uppföljande tillsyn i sex kommuner där myndighetens beslut om avslag vunnit laga kraft. Samtliga kommuner uppgav att de inte längre anlidade de privata utförarna för hemtjänstinsatser.

Det är kommunernas skyldighet att kontrollera om de privata utförarna de anlitar har ett tillstånd enligt 3 kap, 3 § SoL. Om detta efterlevs innebär det att bolag som saknar tillstånd inte kan bedriva verksamhet eftersom det inte finns någon som anlitar dem. Detta är väsentligt för att säkerställa att brukare inte får insatser av privata utförare som är olämpliga eller av annan anledning saknar förutsättningar att ge omsorg som är av god kvalitet.



10

Fel kompetens bland utförare
av estetiska behandlingar
medför stora risker

Sedan 1 juli 2021 är den som utför estetiska kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar vårdgivare i lagens mening. Tidigare var området inte specifikt reglerat trots att flera ingrepp eller behandlingar som utförs för estetiska ändamål kan vara förenade med betydande hälsorisker. Den nya lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar (2021:363) syftar till att stärka skyddet för individens liv och hälsa.

Utifrån allmänhetens frågor och upplysningar och myndighetens egna tillsyner av aktörer inom området, kan IVO konstatera att bland annat kunskapen om den nya lagen hos verksamma är låg. Myndigheten intensifierar sin samverkan med andra myndigheter och nätverk för att följa områdets snabba utveckling i syfte att förhindra oseriösa aktörer.

REGELVERK KRING ESTETISKA INJEKTIONER OCH INGREPP

Injektioner och kirurgiska ingrepp har bedömts som de mest riskfyllda estetiska behandlingarna, där en utökad säkerhet för patienten behövs. Personer som genomgår sådana behandlingar har sedan lagen trädde i kraft den 1 juli 2021 ett skydd som liknar det som patienter inom hälso- och sjukvården har. Patientskadelagen (1996:799), patientdatalagen (2008:355) och patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, tillämpas nu även på de här behandlingarna.

Fortfarande utgör inte estetiska injektioner och kirurgi hälso- och sjukvård enligt den definition som anges i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, eftersom behandlingarna inte görs av medicinska skäl. Skillnaden består i att det enbart är vissa bestämmelser i HSL som tillämpas, som krav på god vård och hygien samt systematiskt kvalitetsarbete.

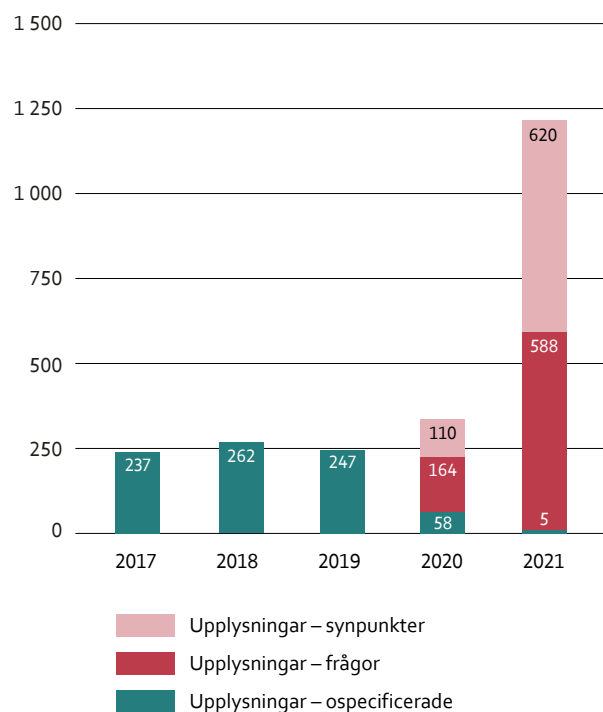
Den nya lagen innebär att de verksamheter som erbjuder estetiska kirurgiska ingrepp eller injektioner räknas som vårdgivare. Därmed ska de anmäla sin verksamhet till IVO:s vårdgivarregister. Det innebär också att de omfattas av IVO:s tillsynsuppdrag och verksamheterna ska då betala en årsavgift för myndighetens tillsyn. Detta då estetiska behandlingar i sig inte är medicinskt motiverade och därför inte bör bekostas av offentliga medel (prop. 2020/21:57). Verksamheterna är även skyldiga att ha patientförsäkring och att utreda och anmäla händelser till IVO som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada. Enskilda som drabbas av en vårdskada i samband med ingreppet kan nu anmäla detta till IVO.

Estetiska kirurgiska ingrepp får endast utföras av legitimerade läkare eller tandläkare med adekvat specialistkompetens. Estetiska injektionsbehandlingar får endast utföras av legitimerade läkare, tandläkare och sjuksköterskor.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Kraftig ökning av signaler om allvarliga risker inom estetiska behandlingar.
- IVO har åtalsanmält behandlare utan rätt medicinsk kompetens.
- Kunskapen är låg bland utförare om vilka regler som gäller och de krav som ställs på vårdgivare.
- IVO förstärker samverkan med andra myndigheter och nätverk i syfte att förhindra oseriösa aktörer.

Figur 18. Antal upplysningar om estetiska behandlingar per år.



Kommentar: IVO har sedan 2020 delat in upplysningarna efter om de framför allt är en fråga eller en synpunkt.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Kraftig ökning av signaler om allvarliga risker inom estetiska behandlingar

Redan innan den nya lagen trädde i kraft har IVO mottagit upplysningar som rör estetiska kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar. Sedan 1 juli 2021 då lagen trädde i kraft har upplysningarna till IVO ökat kraftigt. Ett stort antal tips handlar om personal som inte uppfyller de nya kompetenskraven och misstankar om att yrkesutövare använt sig av falska legitimationer. De kontakter som handlar om synpunkter på estetiska behandlingar har ökat med 560 procent mellan 2020 och 2021. Majoriteten av upplysningarna (71 procent) kommer från Stockholm, Västra Götaland och Skåne. Det är också i dessa län som de flesta registrerade verksamheterna finns (64 procent).

Patienter som har drabbats av vårdskador i samband med estetiska behandlingar kan anmäla ett klagomål till IVO enligt PSL. IVO har under 2021 fått 38 klagomål om estetiska behandlingar varav 70 procent avser kirurgisk verksamhet. Kirurgiska ingrepp utförs enbart av sex procent av de vårdgivare i vårdgivarregistret som ägnar sig åt estetiska behandlingar.

IVO har åtalsanmält behandlare utan rätt medicinsk kompetens

IVO har under den senare halvan av 2021 inlett 178 tillsyner av verksamheter som bedriver estetiska behandlingar. Tillsynerna har startats efter inkomna upplysningar och klagomål från patienter. Många av ärendena är fortfarande under utredning.

Under hösten 2021 har IVO åtalsanmält åtta personer som alla utom en utfört estetiska injektionsbehandlingar utan att inneha rätt medicinsk kompetens. IVO har även vid ett tillfälle sett mycket allvarliga brister vid en klinik som tagit bort hudförändringar. Verksamheten hade bland annat inte skickat hudförändringar på analys. Detta är en stor patientsäkerhetsrisk eftersom fördröjd eller utebliven diagnostisering kan göra att patienten inte får rätt behandling. Förutom att förbjuda verksamheten från att bedriva sådan verksamhet, gick IVO ut med en uppmaning²⁴ att de som blivit behandlade vid verksamheten bör uppsöka vårdcentral.

24. <https://www.ivo.se/publicerat-material/nyheter/2021/ivo-uppmannar-alla-som-har-tagit-bort-hudflackar-vid-laser--och-skonhetsklinik-i-norrkoping-att-uppsoka-varldcentral/>

Kunskapen är låg bland utförare om vilka regler som gäller och de krav som ställs på vårdgivare

Kunskapsnivån är låg hos många av de estetiska verksamheter som IVO har varit i kontakt med eller fått information om. Det gäller allt från krav på medicinsk kompetens till vad en vårdgivare är. Okunskapen om vilka krav som ställs på utövarna och på behandlingarna som ges är en riskfaktor i sig. Okunskap om hur lokaler ska vara utformade för att uppfylla krav på hygien och patientsäkerhet finns bland annat hos ambulerande verksamheter som inte har någon fast adress för de behandlingar som ges. De kan ge behandlingar i enskilda hem under så kallade home parties (hemmafester), hemma hos sig själva eller hyra in sig på salonger. Det kan innebära att behandlingarna ges i helt öppna miljöer såsom gallerior och frisörsalonger.

Osäkerheten om vad den nya lagstiftningen innebär märks bland annat genom att många verksamheter hör av sig till IVO:s upplysningstjänst för att ställa frågor kring sina arbetsområden, skyldigheten att anmäla verksamheten till vårdgivarregistret och vilka behandlingsmetoder som omfattas av lagen.

Stort antal verksamheter har inte anmält sig som vårdgivare

Sedan lagen trädde i kraft har 548 verksamheter anmält sig till IVO:s vårdgivarregister, som nu omfattar 1 448 utförare av estetiska behandlingar. Det finns fortfarande verksamheter som inte har anmält sig till vårdgivarregistret. Detta kan IVO se då ett stort antal av de verksamheter som myndigheten har tagit emot klagomål på inte finns registrerade. Många gånger har det varit svårt för myndigheten att få fram korrekt namn och kontaktuppgifter till den berörda verksamheten, när den inte finns registrerad vare sig i vårdgivarregistret eller hos Bolagsverket. Flera av de verksamheter som berörs av klagomål har IVO endast lyckats identifiera via sociala medier som till exempel Instagram, där vissa uppmanar kunder att skicka meddelanden. I dessa fall har utförarna av behandlingarna saknat rätt medicinsk kompetens.

Till riskbilden hör att det stora mörkertal av verksamheter som inte finns registrerade utgörs av de som generellt sett har mindre kunskap eller vilja att följa regelverket. Risken för komplikationer och hälsorisker är därmed större hos dem än hos de verksamheter som fullgjort sin anmälningsplikt och som återfinns

i vårdgivarregistret. De verksamheter där behovet av kontroll sannolikt är som störst finns alltså inte registrerade i dagsläget.

IVO förstärker samverkan med andra myndigheter och nätverk i syfte att förhindra oseriösa aktörer

Sedan införandet av den nya lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och behandlingar har IVO ställts inför nya frågeställningar och tvingats göra många nya ställningstaganden. Estetiska behandlingar är ett område som ständigt utvecklas. Nya behandlingsmetoder tillkommer i snabb takt och det innebär utmaningar (Konsumentverket, 2018). För att möta dessa, och för att diskutera gränsdragningar och ställningstaganden, träffar IVO regelbundet Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Konsumentverket.

IVO får signaler om att det finns oseriösa och kriminella aktörer som utför estetiska behandlingar. Det är därför angeläget att fortsätta och förstärka samarbetet med andra myndigheter för att förhindra oseriösa aktörer från att kunna verka inom området.



Referenser

- Arbetsmiljöverket. (2018). Projektrapport "Socialsekreterares arbetsmiljö". Stockholm: Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/rapporter/slutrapport-socialsekreterares-arbetsmiljo.pdf>
- Barnombudsmannen. (2019). Vem bryr sig? När samhället blir förälder. Barns röster om att växa upp i den sociala barnvården. Stockholm: Barnombudsmannen. <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument/publikationer/vem-bryr-sig-ar19-las.pdf>
- Bruhn, A., Baianstovu, R., Petersén, A., & Johansson, B. (2020). Att ta mark i professionen – nya socionomers yrkesval och karriärvägar: Rapport från en studie med särskilt fokus på socialtjänsten. Arbetsliv i omvandling 2020:2. Lund: Lunds universitet
- Coronakommissionen. (2020). Äldreomsorgen under pandemin – Delbetänkande 1. (SOU 2020:80). Stockholm: Statens offentliga utredningar. https://coronakommissionen.com/wp-content/uploads/2020/12/sou_2020_80_aldreomsorgen-under-pandemin_webb.pdf
- Folkhälsomyndigheten. (2022). Synen på psykisk ohälsa och suicid. En befolkningsundersökning om kunskaper och attityder (2134). <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/s/synen-pa-psykisk-ohalsa-och-suicid-/?pub=105538>
- Folkhälsomyndigheten. (20 december 2021). *Testa dig för covid-19*. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/smittskydd-beredskap/utbrott/aktuella-utbrott/covid-19/testning-och-smittsparning/testa-dig-for-covid-19/>
- Folkhälsomyndigheten. (2020). Psykisk hälsa och suicidprevention. Lägesrapport 2020 (20144). Folkhälsomyndigheten. <https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/cf25a8b4086943babo8fb53cd25113c1/psykisk-halsa-suicidprevention-lagesrapport-2020.pdf>
- Grefve, C. (2017). Barnets och ungdomens reform – Förslag för en hållbar framtid. Slutrapport från den nationella samordnaren för den sociala barn- och ungdomsvården. Stockholm: Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/4b007c/contentassets/37d51abb4e8c40928c289f4c3b423c37/barnet-och-ungdomens-reform-forslag-for-en-hallbar-framtid.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2022). Budgetunderlag 2023-2025 (IVO 2022-3). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021a). Bidra till lärande under coronapandemin – och inför framtida sjukdomsutbrott (IVO 2021-8). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/rapport-bidra-till-larande-under-coronapandemin-ivo-211201.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021b). Mot en mer förebyggande tillsyn – delrapport (IVO 2021-9). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/rapport-mot-en-mer-forebyggande-tillsyn-ivo-211201.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021c). Budgetunderlag 2022-2024 (IVO 2021-3). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/informationsmaterial/budgetunderlag/ivo-budgetunderlag-2022-2024.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021d). Vad har IVO sett 2020? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2020 (IVO 2021-2). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/ivo_vhis-2020.pdf
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021e). Uppföljning av LSS-boenden. Slutredovisning av regeringsuppdrag (IVO 2021-11). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/slutredovisning-regeringsuppdrag-s2020-09593-uppfoljning-lss-boenden.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021f). Smittsäkra besök. Redovisning av regeringsuppdrag att följa upp tillämpningen av Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin (IVO 2021-10). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/rapport-smittsakra-besok-ivo-211201.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021g). En sammanställning av erfarenheter och lärdomar av kommunernas arbete med socialtjänstinsatser under pandemin. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2021/sammanstallning-lardomar-tillsyn-socialtjanstinsatser-ivo.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021h). De tar inte hand om hela mig. Samordning av insatser för barn med psykisk ohälsa behöver förbättras (2021-6). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/dom-tar-inte-hand-om-hela-mig-210524.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021i). Uppdrag att inkomma med underlag inför en kommande nationell strategi inom området psykisk hälsa och suicidprevention. Individuell analys – inspektionen för vård och omsorg. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. Dnr 1.1.1-40375/2020.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2021j). Bättre förutsättningar behövs för att barnens röster ska göras hörda i hälso- och sjukvården. En analys av klagomål på hälso- och sjukvården för barn. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/iakttagelser-i-korthet/2021/battre-forutsattningar-behovs-for-att-barnens-roster-ska-goras-horda-i-halso-och-sjukvarden-ivo>

- Inspektionen för vård och omsorg. (2021k). Årsredovisning 2020 (IVO 2021-1). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/informationsmaterial/arsredovisning/ivo_arsredovisning-2020.pdf
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020a). Delrapport. Regeringsuppdrag att bidra till lärande under utbrottet av covid-19 och inför framtida sjukdomsutbrott. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. Dnr 1.1.1-15087/2020.
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020b). Förslag till åtgärder gällande oseriösa assistansanordnare (IVO 2020-11). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/rapport-forslag-till-atgarder-gallande-oseriosa-assistansanordnare-2020-11-ivo-2020-10-262.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020c). Mot ett data-drivet arbetssätt. En analys av möjligheterna att för enkla ägar- och ledningsprövningen och tillgängliggöra omsorgsregistret (2020-12). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/mot-ett-datadrivet-arbetssatt-ny.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020d). Budgetunderlag 2021-2024 (IVO 2020-4). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/informationsmaterial/ivo-bu2021-2023.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020e). Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019 (IVO 2020-5). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/vad-har-ivo-sett-2019-20200316.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2020f). Sociala barn- och ungdomsvården. Slutredovisning av uppdrag att genomföra analyser av tillsynens resultat inom den sociala barn- och ungdomsvården S2019/01922/FST (IVO 2020-2). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2020/sociala-barn-och-ungdomsvarden-slutredovisning.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2019). Vad har IVO sett 2018? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018 (IVO 2019-6). Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2019/rapport-vad-har-ivo-sett-2018.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg. (2018). Innehållsanalys av ärenden gällande tillsyn av personal inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg. <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/nyheter/2018/innehallsanalys-hs-personal-ivo-20172.pdf>
- Konsumentverket. (2018). Konsumentrapporten 2018 – läget för Sveriges konsumenter (2018:1). <https://www.konsumentverket.se/globalassets/publikationer/varverksamhet/konsumentrapporten-2018-konsumentverket.pdf>
- Lumell Associates. (2020). *Gapanalys – kunskapsstöd för suicidprevention och stöd till efterlevande inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten*.
- Löf. (2021). Anmälningar till Löf – för hela Sverige. <https://lof.se/filer/Statistik-2020-Hela-Sverige.pdf>
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021a). I skuggan av covid-19 (2021:6). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [file://ivo.local/Users/Homes/sand01/Downloads/Rapport-2021-6-I-skuggan-av-covid-19%20\(1\).pdf](file://ivo.local/Users/Homes/sand01/Downloads/Rapport-2021-6-I-skuggan-av-covid-19%20(1).pdf)
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2021b). Vården ur befolkningens perspektiv 2020. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (2021:4). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <file://ivo.local/Users/Homes/sand01/Downloads/Rapport-2021-4-V%C3%A5rden-ur-befolkningens-perspektiv-2020.pdf>
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. (2018). Fatta läget. Om systematisk uppföljning av den sociala dygnsvården för barn och unga (2018:9). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. <file://ivo.local/Users/Homes/sand01/Downloads/Rapport-2018-09-Fatta-l%C3%A4get.pdf>
- Polismyndigheten. (2021). Myndighetsgemensam lägesbild. Organiserad brottslighet 2021. Stockholm: Polismyndigheten. file://ivo.local/Users/Homes/sand01/Downloads/BQ_POLO45_Rapport_Myndigheter-i-samverkan_TA_PF.pdf
- Samordnad utveckling för god och nära vård. (2021). God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa (SOU 2021:6). Stockholm. http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU_2021_6_webb.pdf
- Socialstyrelsen. (2021a). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård. Lägesrapport 2021 (2021-3-7307). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-3-6667.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021b). Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård - Nationella planeringsstödet 2021 (2021-2-7200). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-2-7200.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021c). Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2021 (2021-3-7311). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7311.pdf>

- Socialstyrelsen. (2021d). Kompetens i LSS-boenden (2021-3-7312). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7312.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021e). Insatser och stöd till personer med funktionsnedsättning. Lägesrapport 2021 (2021-3-7227). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-3-7327.pdf>
- Socialstyrelsen. (23 augusti 2021f). *Suicid*. <https://patient sakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-vardskador/vardskador/suicid/>
- Socialstyrelsen. (2021g). Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2020 (2021-8-7516). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-8-7516.pdf>
- Socialstyrelsen. (2020a). Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024 (2020-1-6564). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-1-6564.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019a). Psykiatrisk vård och behandling till barn och unga. Öppna jämförelser 2019 (2019-12-6475). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/oppna-jamforelser/2019-12-6475.pdf>
- Socialstyrelsen. (4 november 2019b). Registret över legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP) [Dataset]. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx
- Socialstyrelsen. (2018a). Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal – sysselsatta inom hälso- och sjukvård 2018 [Dataset]. https://sdb.socialstyrelsen.se/if_per/val.aspx
- Socialstyrelsen. (2018b). Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten (2018-2-15). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2018-2-15.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2017 (2017-2-2). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-2-2.pdf>
- Socialstyrelsen (2015). Vård och omsorg för personer med nedsatt beslutsförmåga. Slutrapport (2015-2-41). Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2015-2-41.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna. Socialstyrelsens meddelandeblad Nr 12/2013. Stockholm: Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/meddelandeblad/2013-12-34.pdf>
- SCB (2018). Hälsoräkenskaper [Dataset]. https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START__NR__NR0109/HC/
- Sveriges kommuner och regioner. (11 Februari 2022a). Vården i siffror [Dataset]. <https://vardenisiffror.se/>
- Sveriges kommuner och regioner. (11 Februari 2022). Vän-tetider i vården [Dataset]. <https://www.vantetider.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/specialiseradvard/overbelaggningsar.54399.html>
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2020). Markörbaserad journalgranskning. Skador i somatisk vård januari 2013 - december 2019, nationell nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner. <https://skr.se/download/18.5627773817e39e979ef5c2b4/1642490094549/7585-836-4.pdf>
- af Ugglas B. (2021). Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist? *SNS Analys 76, september 2021*. SNS Analys. <https://sns.se/cdn.triggerfish.cloud/uploads/2021/09/sns-analys-76-hur-paverkas-patientsakerheten-av-overbelastade-akutmottagningar-och-vardplatsbrist.pdf>
- Universitetskanslersämbetet. (2019). Framtidens behov av högskoleutbildade. Genomgång av 15 bristyrken inom offentlig sektor fram till 2035 (2019:23). Stockholm: Universitetskanslersämbetet. <https://www.uka.se/download/18.3fcfbadf6d6fa1b80b93f93/1572863119373/rapport-2019-11-05-framtidens-behov-av-h%C3%B6gskoleutbildade.pdf>

Lagar och författningar

- Brottsbalk (1962:700)
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- Lag (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga
- Lag (2018:1197) om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Lag (2016:774) om uppgiftsskyldighet vid viss organiserad brottslighet
- Patientdatalag (2008:355)
- Patientlag (2014:821)
- Patientskadelag (1996:799)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Socialtjänstlag (2011:453)
- Lag (2021:363) om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar

Föreskrifter

- Socialstyrelsens föreskrifter om besök i särskilda boendeformer för äldre under covid-19-pandemin (HSLF-FS 2020:46)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2005:28)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård (SOSFS 2008:18)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2017:37)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)

Propositioner

- Prop. 2020/21:57. Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar. https://www.regeringen.se/4ad901/contentassets/b1454209cb8540718df-3a1223c3c7ebo/prop.-2020_21_57.pdf

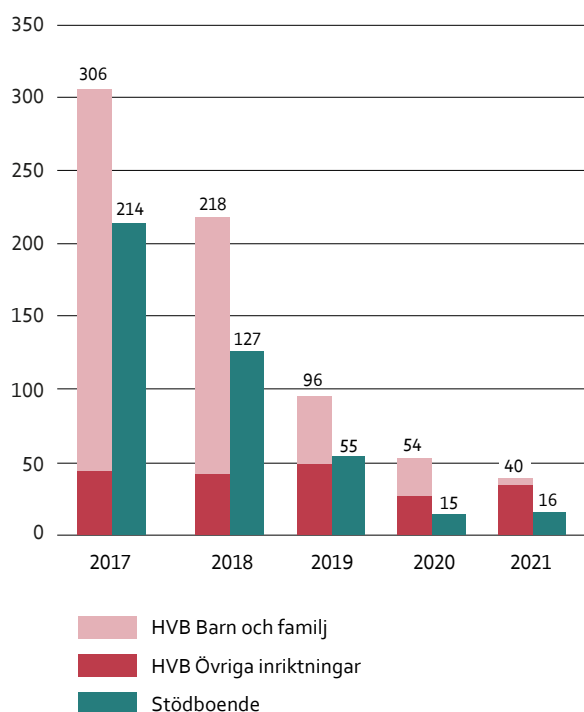


Bilaga 1. Statistik fördelat på verksamhets- eller tillsynsområde

Barn och familj

Det har skett en konstant minskning av antalet lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdet barn och familj sedan 2017. De senaste tre åren har antalet planat ut något. Antalet ärenden i kategorin anmälan till IVO har däremot ökat från 2017 fram till och med 2020 för att sedan minska under 2021. Den författningsreglerade tillsynen av hem för vård eller boende (HVB), stödboenden och bostäder med särskild service för barn och unga enligt LSS har minskat sedan 2018. Detsamma gäller IVO:s egeninitierade tillsyn, jämfört med 2020 har antalet egeninitierade tillsyner minskat med 54 procent. Skälet till den minskade tillsynen kan härledas till det minskade behovet av HVB-boenden för ensamkommande barn som genererat ett minskat antal HVB-boenden som omfattas av tillsyn. Det minskade behovet av HVB- och stödboenden är också orsaken till att antalet ansökningar om att bedriva HVB-boenden och stödboenden minskat stadigt sedan 2017, specifikt inom verksamhetsområdet barn och familj.

Figur 19. Antal registrerade ansökningar om nytt tillstånd för HVB utifrån verksamhetens inriktning och antal registrerade ansökningar om nytt tillstånd för stödboende.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 2. Antal avslutade ärenden inom tillsyn av barn och familj 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

Verksamhetsområde barn och familj					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anmälan till IVO/klagomål	2 558	2 785	2 888	3 410	3 008
Frekvenstillsyn	1 991	2 170	1 412	1 260	1 143
Egeninitierad tillsyn	519	620	544	450	205
Lex Sarah	349	286	262	261	255

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Äldreomsorg

Antalet egeninitierade ärenden och anmälan till IVO ökade kraftigt under 2020, vilket kan härledas till pandemin. Under 2021 har både egeninitierade ärenden och anmälan till IVO minskat något, men är fortfarande höga i jämförelse med åren innan pandemin. Antalet klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, håller sig likvärdigt med tidigare år. Lex Maria-ärendena har ökat något medan lex Sarah-ärenden minskat, men till skillnad från anmälan till IVO och egeninitierade ärenden så följer de en liknande trend över tid.

Klagomål som rör personer över 65 år inom hemsjukvården har minskat kontinuerligt sedan 2018. Antalet lex Maria-anmälningar inom samma område följer inte samma nedåtgående trend, men har minskat sedan 2020.

Entreprenader enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL, blev tillståndspliktiga den 15 april 2017, vilket ledde till en ökning av antal tillståndsansökningar för särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre (SÄBO) under 2017 och 2018 jämfört med tidigare år. Antalet ansökningar om tillstånd att bedriva SÄBO under 2021 har minskat med cirka 49 procent sedan 2020.

År 2019 infördes även tillståndsplikt för att en privat aktör ska få bedriva hemtjänst. Då inkom 606 ansökningar om att bedriva sådan verksamhet. Sedan dess har 199 ytterligare ansökningar kommit in, fördelade relativt jämnt mellan 2020 och 2021. Från 2019 blev det även tillståndspliktigt att bedriva biståndsbedömda trygghetsboenden i privat regi.

Tabell 3. Antal avslutade ärenden inom äldreomsorg 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

Verksamhetsområde äldreomsorg					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anmälan till IVO/klagomål	562	703	886	1 615	1 028
Egeninitierad tillsyn	257	245	281	1 143	822
Klagomål enligt patientsäkerhetslagen	154	229	93	93	95
Lex Maria	287	238	217	207	246
Lex Sarah	513	444	404	421	361

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 4. Antal avslutade ärenden inom hemsjukvård 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

Verksamhetsområde hemsjukvård					
	2017	2018	2019	2020	2021
Klagomål PSL	58	90	34	31	19
Lex Maria	101	75	110	87	70

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 5. Antal registrerade ansökningar för särskild boendeform för service och omvårdnad för äldre enligt 7 kap. 1 § första stycket 2 SoL (boenden som motsvarar 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap 5§ tredje stycket och 5 kap 7 § tredje stycket) och 7 kap. 1 § första stycket 3 SoL samt 7 kap 1 § 6p SoL hemtjänst.

Säbo					
	2017	2018	2019	2020	2021
Särskild boendeform för äldre*	131	315	122	129	66
Hemtjänst	–	–	606	108	91

* Över tid har det varierat hur IVO har registrerat ansökningar gällande 7.1.2 och 7.1.3 SoL. Ibland söker samma verksamhet tillstånd för båda punkterna. Periodvis har tillstånd för 7.1.2 och 7.1.3 betraktats som en ansökan, i de fall verksamheten omfattas av båda tillståndspunkterna.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Funktionsnedsättning

Antalet anmälningar som rör insatser enligt lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, har ökat successivt mellan 2017-2020 för att sedan ligga på ungefär samma nivå under 2021. Antalet anmälningar från vård- och omsorgsgivare inom LSS har hållit sig på ungefär samma nivå från 2017. Under 2021 avslutade IVO totalt 356 lex Maria och lex Sarah-anmälningar inom LSS, vilket är en minskning på 12 procent sedan 2017. Inom SoL har antalet anmälningar från vård- och omsorgsgivare legat på ungefär samma nivå sedan 2017.

Antalet registrerade ansökningar²⁵ från privata aktörer att bedriva verksamhet med boende för vuxna med funktionsnedsättning enligt LSS har ökat med 43 procent sedan 2020 medan ansökningar för motsvarande hem för barn och ungdomar har minskat sedan 2020. Det lägre antalet ansökningar om att bedriva bostad med särskild service för vuxna under 2020 beror sannolikt på covid-19.

Antalet registrerade ansökningar om att bedriva daglig verksamhet och personlig assistans enligt LSS ligger på ungefär samma nivå som 2020 men har minskat sedan 2019. Antalet registrerade ansök-

Tabell 6. Antal avslutade ärenden inom funktionsnedsättning LSS 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

LSS					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anmälan till IVO/klagomål	756	872	994	1 188	1 190
Frekvenstillsyn	221	194	173	155	200
Egeninitierad tillsyn	410	390	338	338	180
Klagomål PSL	11	24	22	22	24
Lex Maria	40	35	26	26	42
Lex Sarah	364	336	323	313	314

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 7. Antal avslutade ärenden inom funktionsnedsättning SoL 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

SoL					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anmälan till IVO/klagomål	202	225	273	248	214
Egeninitierad tillsyn	28	39	39	45	41
Lex Maria	8	6	8	8	11
Lex Sarah	45	40	48	43	39

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 8. Registrerade ansökningar om att bedriva bostad med särskild service enligt LSS.

LSS					
	2017	2018	2019	2020	2021
Bostad med särskild service för barn eller ungdomar	15	11	16	24	5
Bostad med särskild service för vuxna	145	178	172	90	129

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

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

Tabell 9. Antalet ansökningar om att bedriva verksamhet enligt LSS, exklusive bostad med särskild service.

	2017	2018	2019	2020	2021
Daglig verksamhet	51	45	63	39	
Personlig assistans	105	106	87	67	
Ledsagarservice		2	118	9	
Biträde av kontaktperson		2	6		
Avlösarservice i hemmet		2	94	7	
Korttidsvistelse	11	8	12	6	
Korttidstillsyn	4	2	1	5	

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

ningar om att bedriva korttidsvistelse har minskat kontinuerligt sedan 2019 medan ansökningar om att bedriva korttidstillsyn har ökat sedan 2019. Ledsagarservice, avlösarservice och biträde av kontaktperson blev tillståndspliktigt 2019. Antalet ansökningar för de insatserna var betydligt lägre under 2020 och 2021 än året då tillståndsplikten infördes.

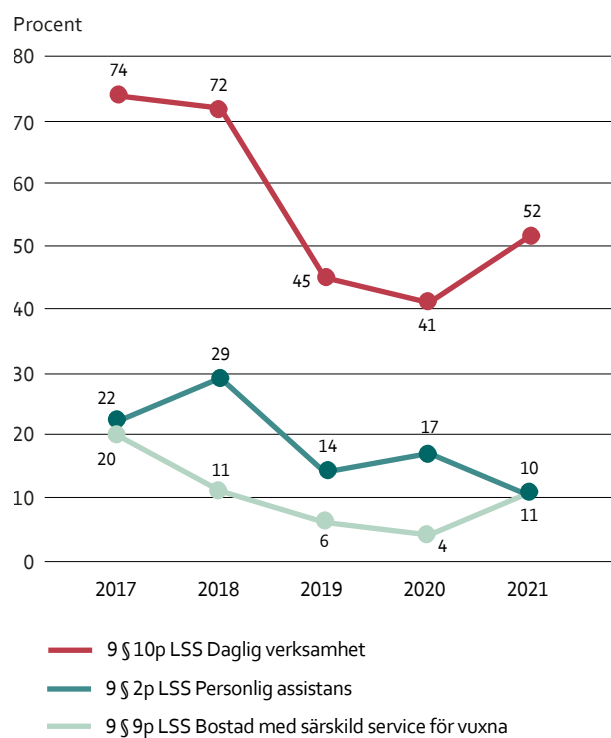
En nyansökan om att, exempelvis, bedriva bostad med särskild service för vuxna enligt LSS behöver inte betyda att antalet sådana verksamheter faktiskt ökar. Ansökan kan röra en befintlig verksamhet som bedrivs i kommunal regi och som nu läggs ut på entreprenad. Det är då den privata aktören som ansöker om tillstånd för ett redan etablerat boende. Även de verksamheter som sedan tidigare bedrivs på entreprenad behöver ansöka på nytt när avtalstiden löper ut. Aktören kommer alltså återkommande att ansöka om nytt tillstånd i takt med avtalstiderna.

Andelen avslag på tillståndsansökningar

Andelen avslag på ansökningar om att bedriva personlig assistans och bostad med särskild service för vuxna enligt LSS har ökat sedan 2019. Andelen avslag på ansökningar om att bedriva daglig verksamhet har dock minskat i jämförelse med 2020 och även i jämförelse med 2019.

IVO kan återkalla tillstånd och besluta om förbud mot verksamhet enligt SoL, LSS och PSL. IVO har under 2021 återkallat fler tillstånd jämfört med 2020 och 2019 (se kapitel 3 om barn och unga och kapitel 9 om oseriösa aktörer).

Figur 20. Andel avslag på ansökningar om att bedriva verksamheter enligt LSS 2017- 2021.



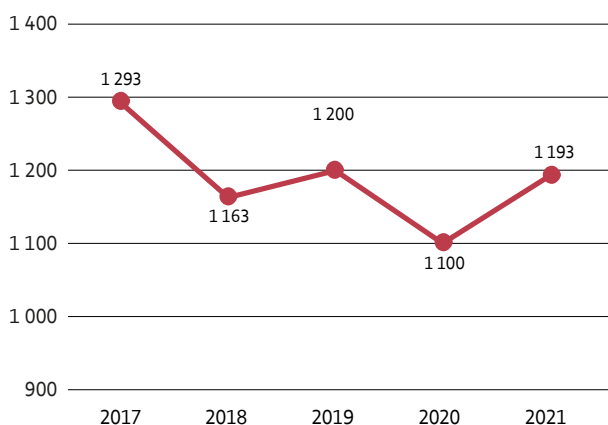
Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Utvecklingen av lex Sarah-anmälningar

År 2021 tog IVO emot 1 193 lex Sarah-anmälningar. Antalet lex Sarah-anmälningar till IVO har varit relativt stabilt under 2017–2021.

Från socialtjänsten får IVO in flest lex Sarah-anmälningar inom verksamhetsområdena äldreomsorg, funktionsnedsättning och barn och familj.

Figur 21. Antal lex Sarah-anmälningar som kom in till IVO 2017–2021.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Ej verkställda beslut

Under pandemin har fler enskilda fått avbrott i befintliga insatser, flest avbrott skedde under första kvartalet 2020. Därefter mattas rapporteringen av och under 2021 närmar vi oss 2019 års siffror. I långsam takt har enskilda fått tillbaka sina insatser. Enligt rapporteringen från kommunerna är det flest individer med nedanstående insatser som påverkats av avbrott i befintlig verksamhet (se tabell 10).

Avbrott i verkställighet speglar sig i väntetiderna för de enskilda. I jämförelse med enskildas väntan på sina insatser under 2020 (Inspektionen för vård och omsorg, 2021k), framgår att antalet enskilda som väntar upp till nio månader har minskat under 2021, medan antalet som väntat 13 månader och längre har ökat. Ökningen har drabbat kvinnor och män ungefär lika.

Tabell 10. De tre insatstyperna inom respektive verksamhetsområde med flest avbrott i befintlig verksamhet.

Område	Verksamhet	Antal avbrott		
		2019	2020	2021
LSS OF	Daglig verksamhet	243	6 037	295
LSS OF	Korttidstillsyn	2	21	8
LSS OF	Korttidsvistelse	43	245	35
SoL IFO	Dagverksamhet	5	32	1
SoL IFO	Bostad	1	6	0
SoL IFO	Öppenvårdsverksamhet	20	41	4
SoL OF	Annat bistånd	3	151	45
SoL OF	Dagverksamhet	39	482	30
SoL OF	Boendestöd	11	97	35
SoL ÄO	Dagverksamhet	5	4 881	16
SoL ÄO	Korttidsboende	4	863	0
SoL ÄO	Annat bistånd	2	217	4

Kommentar: OF – omsorg om funktionshindrade, IFO – individ- och familjeomsorg, ÄO – äldreomsorg.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tabell 11. Tabellen visar hur länge och hur många som har väntat på sina insatser under 2021.

2021 Väntetid (månad)	SoL			LSS			Totalt
	Kvinna	Man	Tot SoL	Kvinna	Man	Tot LSS	
7–9	1 287	1 106	2 393	1 014	1 390	2 404	4 797
10–12	1 258	1 025	2 283	610	934	1 544	3 827
13–17	1 108	981	2 089	706	1 036	1 742	3 831
18+	785	829	1 614	918	1 391	2 309	3 923
Total	4 438	3 941	8 379	3 248	4 751	7 999	16 378

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Missbruk- och beroendevården

Inom missbruk- och beroendevården är det bara en liten andel klagomål som berör hälso- och sjukvården. Antalet lex Maria-anmälningar som IVO tagit beslut om har minskat med 77 procent sedan 2017.

De flesta klagomål som kommer in till IVO hanteras inom anmälan till IVO. Under 2021 har IVO hanterat 367 anmälan till IVO, vilket är en minskning jämfört med 2020, men en ökning i jämförelse med tidigare år.

Tabell 12. Antal avslutade ärenden inom missbruk- och beroendevården 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

Missbruk- och beroendevården					
	2017	2018	2019	2020	2021
Anmälan till IVO/klagomål	308	345	315	397	367
Frekvenstillsyn	1			3	
Egeninitierad tillsyn	136	134	124	97	47
Klagomål PSL	45	41	22	20	12
Lex Maria	48	27	19	15	11
Lex Sarah	28	41	68	43	57

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Primärvård

Antalet beslutade klagomål inom primärvården 2021 har minskat i jämförelse med tidigare år medan antalet lex Maria har ökat i jämförelse med 2020 och ligger nu på ungefär samma nivå som under 2019. Den stora minskningen av utredda klagomål mellan

2018 och 2019 beror på förändringar i lagstiftningen av klagomål som genomfördes mellan de åren.²⁶ Antalet egeninitierade ärenden har minskat med cirka 49 procent sedan 2020.

Tabell 13. Antal avslutade ärenden inom primärvården 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

Verksamhetsområde primärvård					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	60	105	85	148	76
Klagomål PSL	995	975	354	325	303
Lex Maria	444	331	373	334	372

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

26. Från och med 1 januari 2018 förändrades reglerna för IVO:s utredningsskyldighet. Förändringarna innebär att vårdgivarens ansvar för att ta emot och besvara klagomål har förtydligats. Klagomål som kommit in till IVO under 2018 har handlagts utifrån de nya reglerna i PSL och klagomål som kom in till och med sista december 2017 har handlagts utifrån då gällande bestämmelser i PSL.

Somatisk specialistsjukvård

Den somatiska specialistsjukvården är ett av de områden där IVO tar emot flest klagomål och lex Maria-anmälningar. Kirurgi och invärtesmedicin står för ett relativt sett stort antal anmälningar årligen. Antalet avslutade lex Maria-anmälningar som rör kirurgi

har ökat med cirka 12 procent sedan 2020 och ligger på ungefär samma nivå som 2017 och 2018. Antalet klagomål har dock minskat med cirka 23 procent sedan 2020.

Tabell 14. Antal avslutade ärenden somatisk specialistsjukvård 2017–2021. Uppdelat på område, ärendeslag och år.

Somatisk specialistsjukvård barnmedicin					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	7	10	12	4	2
Klagomål PSL	88	75	29	32	34
Lex Maria	54	58	44	59	49

Somatisk specialistsjukvård invärtesmedicin					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	18	34	40	22	19
Klagomål PSL	449	390	150	174	138
Lex Maria	297	236	246	254	287

Somatisk specialistsjukvård kirurgi					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	31	60	77	53	24
Klagomål PSL	1 263	1 102	404	483	373
Lex Maria	508	503	400	463	518

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Akutmottagning och prehospital vård

Antalet klagomål 2021 är likvärdigt med 2020, både för akutmottagning och prehospital vård. Antalen lex Maria-anmälningar har dock minskat något i jämförelse med 2020 för båda verksamhetsområdena.

Tabell 15. Antal avslutade ärenden inom akutmottagningar och prehospital vård 2017–2021. Uppdelat på område, ärendeslag och år.

Verksamhetsområde akutmottagning					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	78	32	27	19	8
Klagomål PSL	399	335	72	91	89
Lex Maria	127	150	166	153	142

Verksamhetsområde prehospital vård					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	9	8	5	6	7
Klagomål PSL	76	70	26	23	19
Lex Maria	50	34	45	49	37

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

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Tandvård

Antalet lex Maria-anmälningar som berör tandvård ligger på samma nivå som tidigare år medan antalet klagomål har minskat kontinuerligt sedan 2018. IVO har initierat färre tillsyner inom tandvården år 2021 jämfört med tidigare år.

Tabell 16. Antal avslutade ärenden inom tandvård 2017–2021. Uppdelat på ärendeslag och år.

Verksamhetsområde tandvård					
	2017	2018	2019	2020	2021
Egeninitierad tillsyn	19	57	30	31	15
Klagomål PSL	132	266	129	100	90
Lex Maria	80	65	45	57	53

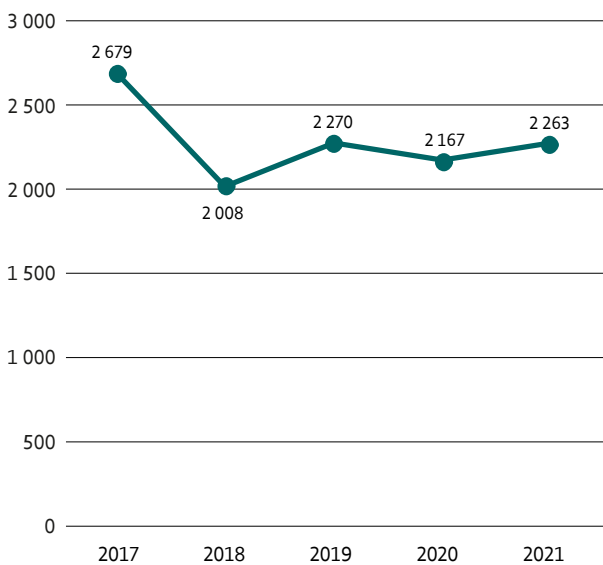
Kommentar: IVO:s ärenden kan röra flera verksamhetsområden. Här redovisar vi uppgifter för när det huvudsakliga verksamhetsområdet är tandvård.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Utvecklingen av lex Maria-anmälningar

År 2021 tog IVO emot 2 263 lex Maria-anmälningar. Antalet lex Maria-anmälningar har varierat över åren. Något fler lex Maria-anmälningar inkom under 2021 än under 2020. Sammantaget har antalet anmälningar legat stabilt sedan 2019. Vi får in flest lex Maria-anmälningar från verksamhetsområdena somatisk specialistsjukvård, primärvård, äldreomsorg och psykiatrisk specialistsjukvård.

Figur 22. Antal lex Maria-anmälningar som kom in till IVO 2017–2021.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.



Bilaga 2. Enskildas klagomål enligt patientsäkerhetslagen

Patienter och deras närstående kan klaga på vården. Först ska de vända sig till den verksamhet som har vårdat dem eller till patientnämnden. Om de inte får svar eller om de inte är nöjda med svaret kan de lämna ett klagomål till IVO och klaga på såväl verksamheten som personalen.

IVO bedömer utifrån patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, om myndigheten ska utreda klagomålet eller inte. IVO utreder som regel inte händelser som ligger mer än två år tillbaka i tiden. Myndigheten prövar inte heller begäran om skadestånd eller andra ekonomiska frågor.

IVO:s viktigaste iakttagelser och åtgärder

- Antalet klagomål som IVO tar emot fortsätter att öka.
- De flesta klagomålen gäller kirurgi, primärvård och psykiatri.
- Inkomna klagomål rör främst händelser som omfattar vård och behandling, bemötande eller diagnostisering.
- Flest klagomål rör personer över 18 år och i större utsträckning kvinnor än män.
- Stor variation mellan länen i antal klagomål till IVO.

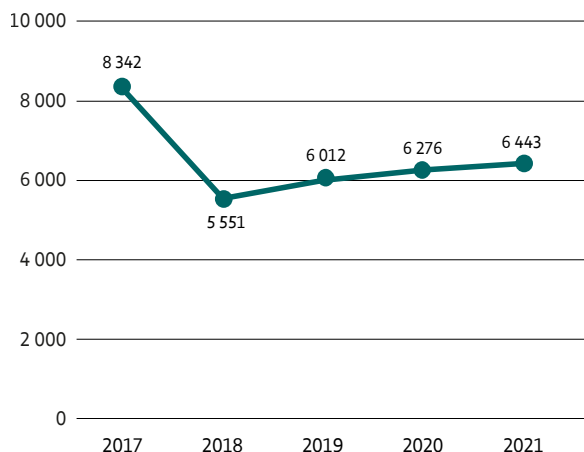
Antal klagomål som kommer in till IVO ökar

Antalet klagomål som kommer in till IVO ökar. Under 2021 kom det in 6 443 klagomål, vilket är en ökning med 167 klagomål jämfört med 2020.

Under 2021 utredde IVO 1 475 klagomålsärenden varav cirka hälften avslutades med kritik.

IVO avstod från att utreda 4 904 ärenden, vilket är drygt 500 fler ärenden än 2020. De vanligaste orsakerna till att myndigheten inte utreder ett klagomål är att ärendet inte omfattas av IVO:s utredningsskyldighet eller att anmälaren inte har kontaktat vårdgivaren eller patientnämnden innan klagomålet framförs till IVO.

Figur 23. Utvecklingen av enskildas klagomål till IVO åren 2017–2021.



Kommentar: Samtliga inkomna klagomål enligt PSL under det givna året. 2018 ändrades lagstiftningen till att vårdgivaren har första linjens ansvar att ta emot klagomål enligt PSL. Det påverkade inströmningen av klagomål till IVO.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg.

Tabell 17. Antal inkomna och beslutade klagomål 2021.

Inkomna	6 443
Beslutade	6 209
Utredda i sak	1 475
Varav kritikbeslut	783
Utan utredning	4 904

Tabell 18. Antal beslutade klagomål 2021 per anledning till att IVO inte utreder klagomålet i sak.

Anledning	Antal beslutade ärenden
Ej IVO:s utredningsskyldighet	2 397
Ej kontaktat vårdgivare/patientnämnd	1 999
Äldre än två år	350
Ej IVO:s tillsynsområde	99
Beaktas i annan tillsyn	24
Uppgift saknas	35

Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

De flesta utredda klagomål rör kirurgi, primärvård och psykiatrisk specialistsjukvård

Under 2021 utredde IVO framför allt klagomål inom kirurgi och primärvård. Tillsammans svarar de två verksamhetsområdena för nästan hälften av alla klagomål som IVO utredde i sak under året.

Vård och behandling ligger bakom flest klagomål

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

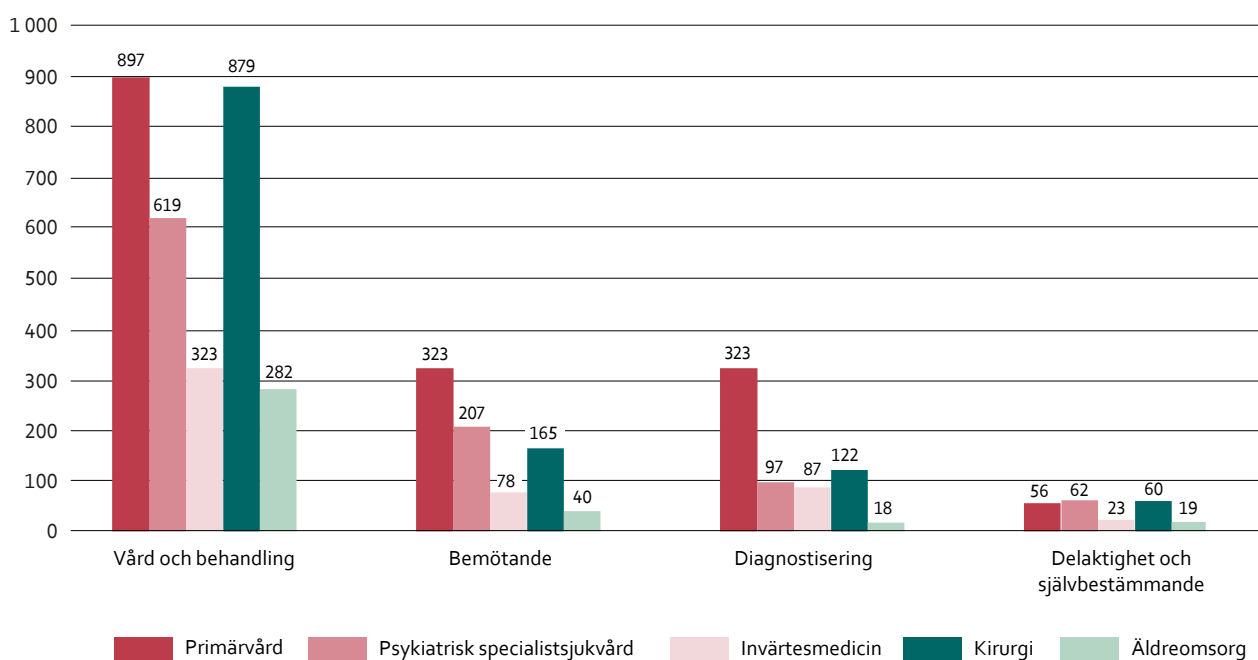
Tabell 19. Antal utredda klagomål 2021 samt antal och andel utredda klagomål som avslutats med kritikbeslut.

Verksamhetsområde	Antal utredda	Avslutas med kritik	Andel med kritik
Kirurgi	412	226	55 %
Primärvård	355	173	49 %
Psykiatrisk specialistsjukvård	220	116	53 %
Invärtesmedicin	178	94	53 %
Akutmottagning	118	67	57 %
Tandvård	91	56	62 %
Äldreomsorg	124	71	57 %
Total	1 703	915	54 %

Kommentar: Ett ärende kan räknas till flera kategorier.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Figur 24. De vanligaste händelsekategorierna inom de mest förekommande verksamhetsområdena i klagomålsärenden avslutade 2021, antal.



Kommentar: Antal avslutade klagomålsärenden under 2021. Uppdelat på de vanligaste händelsekategorierna. Verksamhetsområdena är de som förekommer mest inom klagomålsärenden. Ett ärende kan gälla flera händelsekategorier.

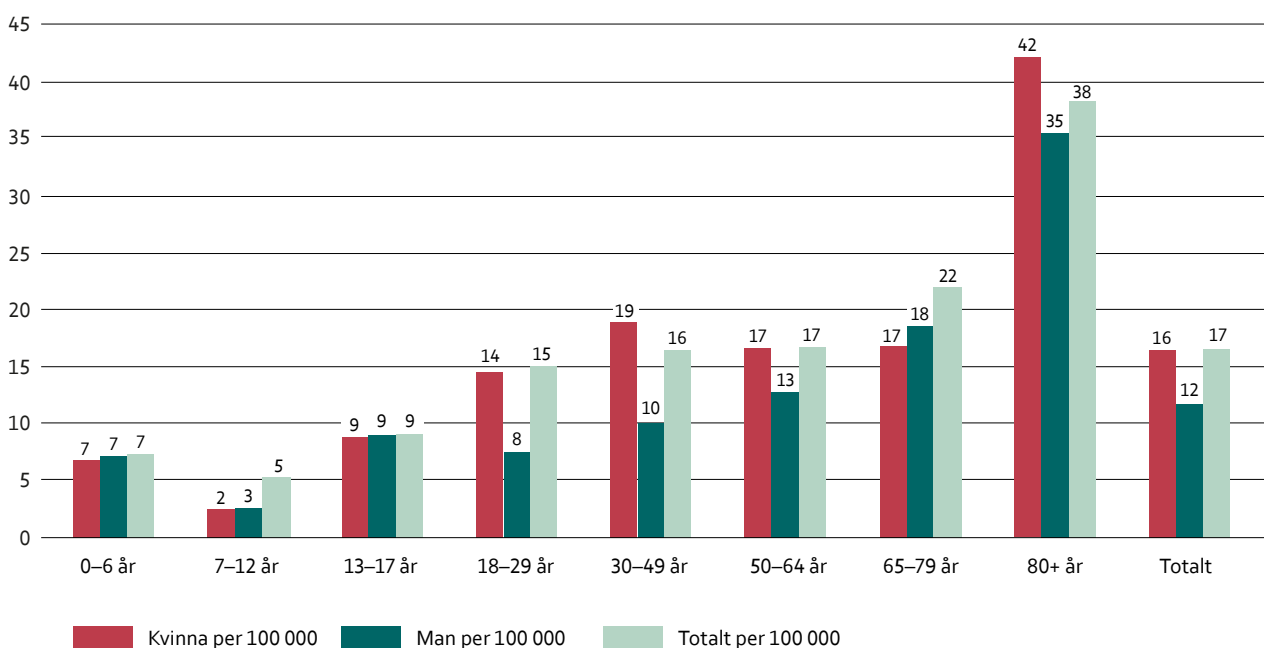
Källa: Inspektionen för vård och omsorg

Klagomålen rör främst personer över 18 år och kvinnor

Majoriteten av de klagomål som IVO utredde i sak under 2021 gäller personer som är 18 år eller äldre. Om man jämför antalet klagomål med antalet invånare per ålderskategori ser vi att störst andel klagomål rör personer som är 80 år eller äldre. Jämför vi dessutom antalet kvinnor och män i befolkningen ser vi

att relativt fler klagomål rör kvinnor. Störst könsskillnad finns i åldersgrupperna 18–29 år och 30–49 år. Det kan förklaras av att gynekologi och förlossningsvård ingår i verksamhetsområdet somatisk specialistsjukvård kirurgi. Det är ett av de områden där flest klagomål kommer in.

Figur 25. Beslutade klagomål utredda i sak 2021, uppdelat på kön och ålder.



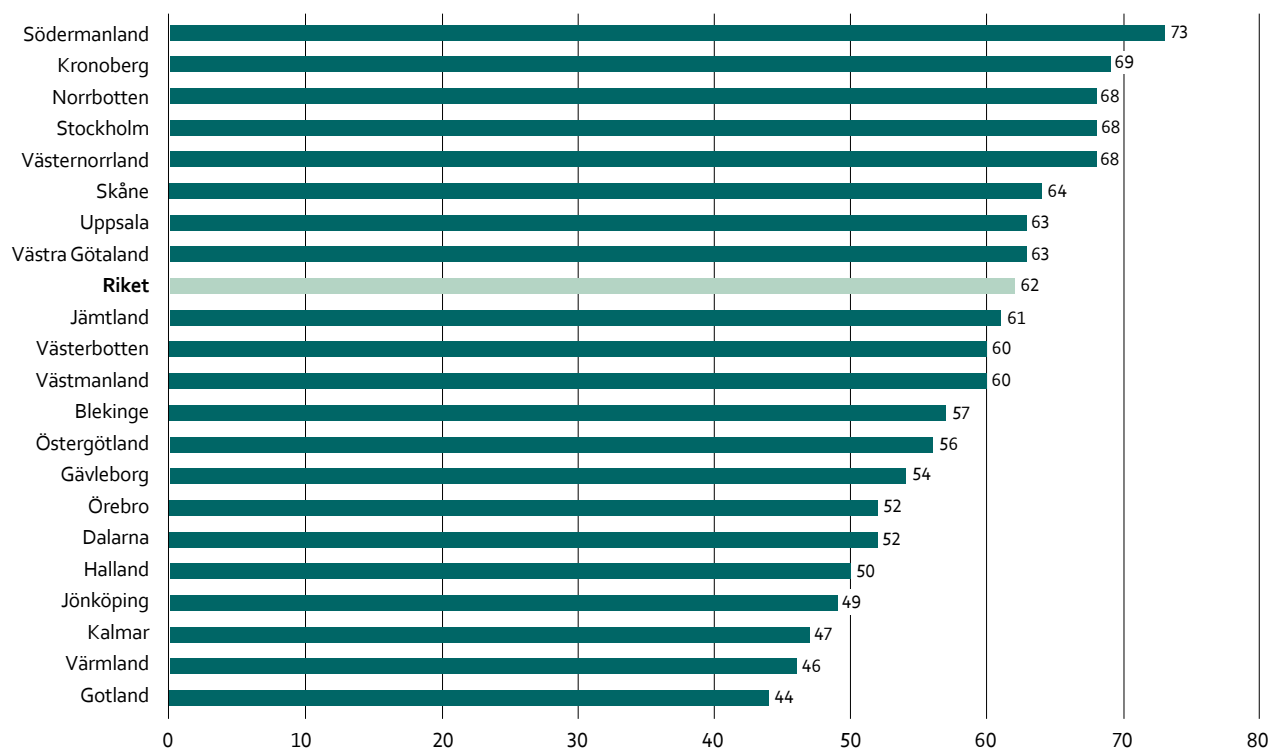
Källa: Klagomålsstatistik från Inspektionen för vård och omsorg. Befolkningsstatistik per 1 november 2021 från SCB.

Stor variation mellan länen

Det kom i genomsnitt in 62 klagomål per 100 000 invånare under 2021. Men spridningen mellan länen är stor. Södermanland och Kronoberg är de läns som har flest klagomål per invånare. Det har under året kommit in minst antal klagomål per 100 000 invånare från Gotland och Värmland (se figur 26).

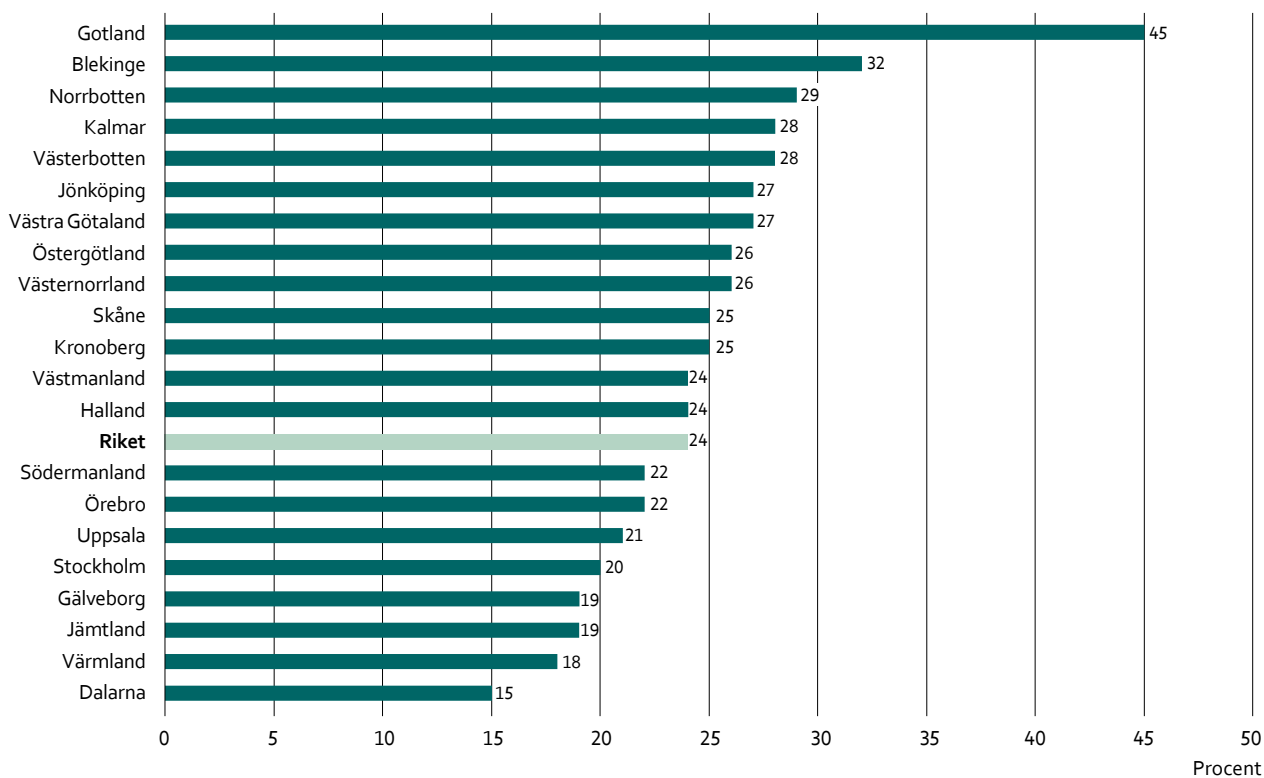
Stora skillnader mellan länen förekommer även i andel klagomål som utreds i sak. Av de klagomål som beslutades under 2021 utredde IVO 24 procent sett till hela riket (se figur 27). I Gotlands län utredde 45 procent av de beslutade klagomålen under 2021. Det län där minst andel ärenden utreddes under året är Dalarna, där 15 procent av de beslutade klagomålen utreddes.

Figur 26. Antal inkomna klagomål 2021 per län och 100 000 invånare.

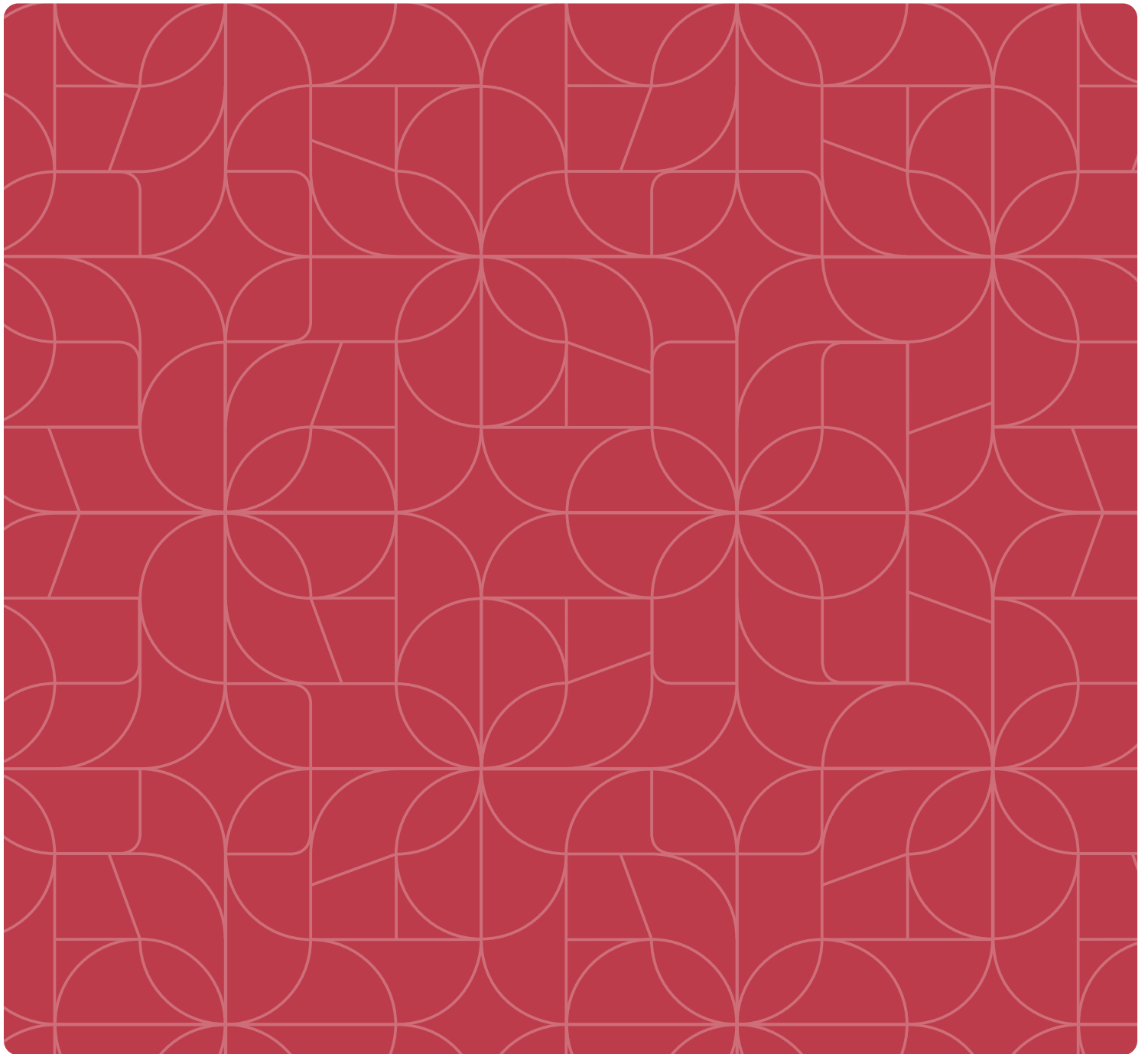


Källa: Klagomålsstatistik från Inspektionen för vård och omsorg.
Befolkningsstatistik per 1 november 2021 från SCB.

Figur 27. Andel beslutade klagomål som utretts i sak 2021 per län.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg.



Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
Box 45184, 104 30 Stockholm
Telefon: 010-788 50 00
registrator.vs@ivo.se
www.ivo.se



Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 21

Skadeanmälningar LÖF

För kännedom informerar handläggarna om inkomna rapporter från Regionernas ömsesidiga försäkringsbolag, LÖF.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1

SKADEANMÄLNINGARNA ÖKADE UNDER 2021

Löf tog emot strax över 18 600 skadeanmälningar under fjolåret, vilket är en ökning med 7.5 procent jämfört med 2020. Ortopedi, tandvård och distriktsvård utgör de främsta verksamheter som genererat både flest anmälda och ersatta skador.

- Vi ser en tydlig ökning av antalet skadeanmälningar under fjolåret, något vi bedömer vara en effekt av hur covid-19-pandemin utvecklats inom vården. Färre inställda operationer och återgång av annan vård har bidragit till att allt fler människor kunnat vårdas, vilket i sin tur lett till fler skadeanmälningar in till oss, säger Pelle Gustafson, chefläkare vid Löf.

Totalt tog Löf emot 18 687 anmälningar under fjolåret, vilket en ökning med 7.5 procent jämfört med 2020 (17 328). Bland dessa skadeanmälningar kan drygt 350 kopplas till covid-19, vilket kan jämföras med de närmare 100 anmälningarna under 2020. Skälen till att denna typ av anmälningar varierar enligt Löf.

- Exakt vad ökningen beror på är svårt att säga, men vi har bland annat noterat ett flertal fall där patienten blivit smittad av covid-19 i samband sin sjuk- eller tandvårdskontakt. Det har också handlat om andra typer av sjukdomsfall där patientens underliggande tillstånd förvärrats till följd av covid-19, säger Pelle Gustafson.

Storstadsregionerna stod för den största andelen skadeanmälningar under fjolåret. Flest anmälningar kom från patienter inom Stockholmsregionen (4 122), följt av patienter från regionerna Västra Götaland (3 093) och Skåne (2 153).

- Att flest skadeanmälningar kommer från våra tre storstadsregioner beror på att flest patienter bor i dessa regioner och söker vård där. Orsakerna till varför man kontaktar oss varierar i vanlig ordning, men vi ser att skador inom bland annat inom ortopedi, tandvård och distriktsvård tillhör några av de vanligast förekommande, säger Pelle Gustafson.

Under 2021 betalade Löf ut 601 miljoner kronor i ersättning till patienter och efterlevande.



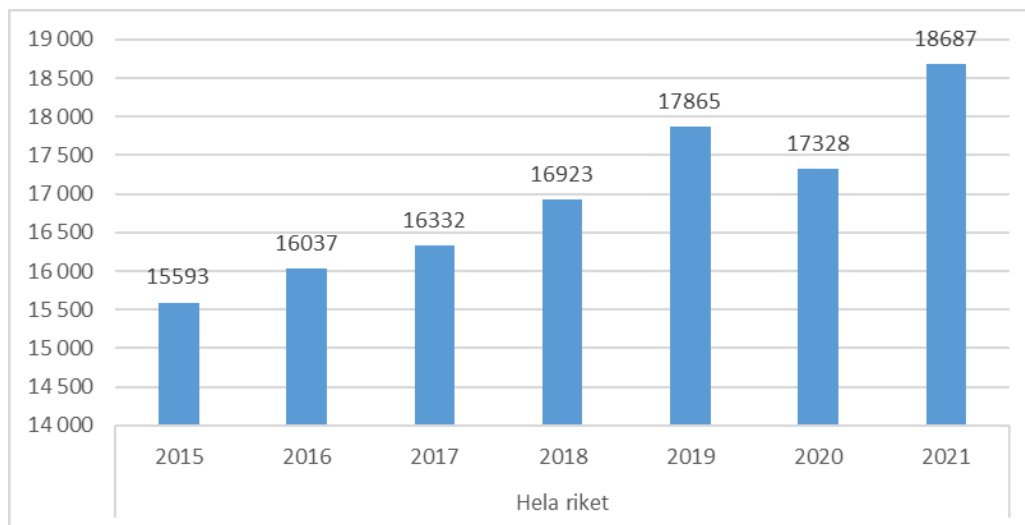
Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolag

Box 178 30
118 94 Stockholm

Växel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

Fakta - Antal anmälningar till Lof på nationell nivå mellan 2015-2021

**LÖF**

Källa: Löfs egen anmälningsstatistik för perioden 2021-01-01 till 2021-12-31.

Fakta - Störst antal skadeanmälningar per län under 2021 jämfört med 2020

1. Stockholm 4 122 (3 755)
2. Västra Götaland 3 093 (2 790)
3. Skåne 2 153 (1 964)
4. Östergötland 875 (914)
5. Uppsala 874 (796)
6. Jönköping 666 (635)
7. Västerbotten 651 (677)
8. Södermanland 611 (598)
9. Örebro 614 (587)
10. Gävleborg 589 (556)

Källa: Löfs egen anmälningsstatistik för perioden 2021-01-01 till 2021-12-31.
2020 års siffror inom parentes.

Fakta - Genomsnittligt antal skadeärenden per år fördelat efter
vårdspecialitet

1. Ortopedi (1 579)
2. Distriktsvård (895)
3. Tandvård (892)
4. Kirurgi (642)
5. Kvinnokliniker (592)

Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolagBox 178 30
118 94 StockholmVäxel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

Källa: Löfs egen anmälningsstatistik för perioden 2015-2021. Antalet genomsnittligt skadeärenden för kategorin "Övriga" uppgick till 2246 under samma period.

Om Löf:

Löf är ett ömsesidigt försäkringsbolag som ägs av sina försäkringstagare, regionerna. Verksamheten omsätter årligen cirka 1,5 miljarder kronor. Löfs uppdrag är att utreda anmälningar och ersätta patienter som drabbas av skador i vården. På Löf arbetar ca 190 medarbetare med försäkring, skadereglering och skadeförebyggande verksamhet. Förra året tog Löf emot cirka 17 000 anmälningar.



Mer information om Löf finns på www.lof.se

Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolag

Box 178 30
118 94 Stockholm

Växel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

En patientförsäkring för alla

ANMÄLNINGAR TILL LÖF 2021

–

FÖR HELA SVERIGE
OCH REGION
JÖNKÖPINGS LÄN

LöF

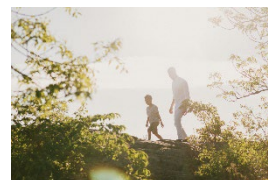
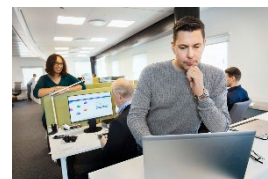
1 LÖF PÅ TRE MINUTER

Löf är ett rikstäckande försäkringsbolag med huvuduppgift att försäkra de vårdgivare som finansieras av landets 21 regioner. Våra slutkunder är de patienter som drabbats av en patientskada.

Vårt uppdrag är att utreda och lämna ersättning till patienter som skadas i hälso-, sjuk- och tandvården samt att bidra till att antalet skador i vården minskar.

För patienter som vårdas av regionerna eller av vårdgivare med regionavtal gäller patientförsäkring i Löf. Genom patientförsäkringen kan patienterna få ersättning om de skadas under vård.

Enligt patientskadelagen lämnas ersättning om skadan hade kunnat undvikas vid vård och behandling av en erfaren specialist. Man kan inte erhålla ersättning enbart för att behandlingen inte leder till önskat resultat. Utredning och bedömning av anmälningar som kommer in till Löf görs enligt aktuell lagstiftning och gällande försäkringsvillkor.



VERKSAMHETSIDÉ

Att utreda och lämna ersättning till patienter som drabbats av skador inom regionfinansierad vård samt att genom skadeförebyggande arbete verka för att minska antalet skador i vården.

18 700

ANMÄLNINGAR KOM IN TILL
OSS UNDER 2021

LÖFTE

En patientförsäkring för alla

Alla patienter, oavsett förutsättningar som behandlas inom regionfinansierad vård, har en försäkring som ger ersättning vid undvikbara skador som uppstår vid behandling

21

ÄGARE, DVS
ALLA
SVERIGES
REGIONER

1,6

MILJARDER
KRONOR I
OMSÄTTNING

Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolag

Box 178 30
118 94 Stockholm

Växel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

2 ANMÄLNINGAR TILL LÖF UNDER 2021

År 2021 tog Löf emot cirka 18 700 anmälningar. Det är en ökning med 7,5 % jämfört med 2020.

Löf bedömer att ökningen av antalet skadeanmälningar under 2021 jämfört med 2020 är en effekt av att covid-19-pandemin påverkade vården främst under 2020. Färre inställda operationer och återgången av övrig vård har bidragit till att fler människor fått vård, vilket i sin tur kan vara en anledning till att fler skickat in skadeanmälningar under 2021.

Löf har under 2021 tagit emot cirka 350 anmälningar som på något sätt är knutna till covid-19, vilket kan jämföras med de närmare 100 anmälningarna under 2020.

Skador inom ortopedi, tandvård, distriktsvård och kirurgi är fortsatt de som anmäls oftast till Löf. Vanligast är skador som inträffar i samband med operation eller behandling. En annan vanlig skadetyp är merskador på grund av försenad eller utebliven diagnos.

I cirka 43 % av de ärenden som beslutades under 2021 erhöll patienten ersättning.

Under 2021 betalades drygt 601 miljoner kronor ut i ersättning till patienter och efterlevande i hela landet.

3 ERSATTA SKADOR PER VERKSAMHET/SPECIALITET PÅ NATIONELL NIVÅ

Tabellen nedan visar ett årligt genomsnitt för ersatta anmälningar till Löf under 2015–2021.

Specialitet	Antal	Antal %	Kostnad % *
Ortopedi	1 580	23	24
Tandvård	893	13	2
Distriktsvård	896	13	11
Kirurgi	643	9	8
Kvinnokliniker	593	9	21
Övriga	2 247	33	33

* = skadekostnaderna baseras på anmälningar inkomna perioden 2014–2018

Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolag

Box 178 30
118 94 Stockholm

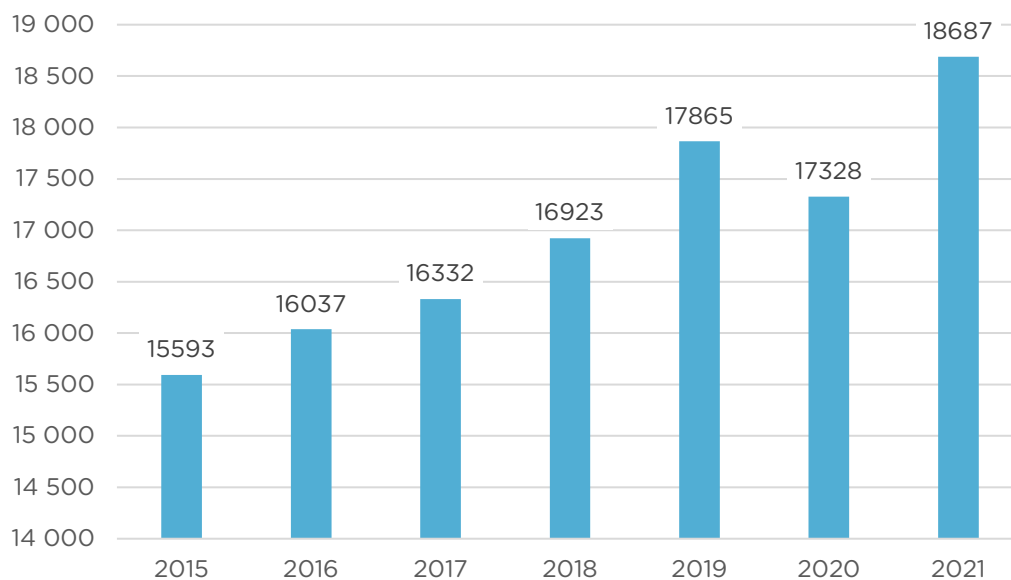
Växel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

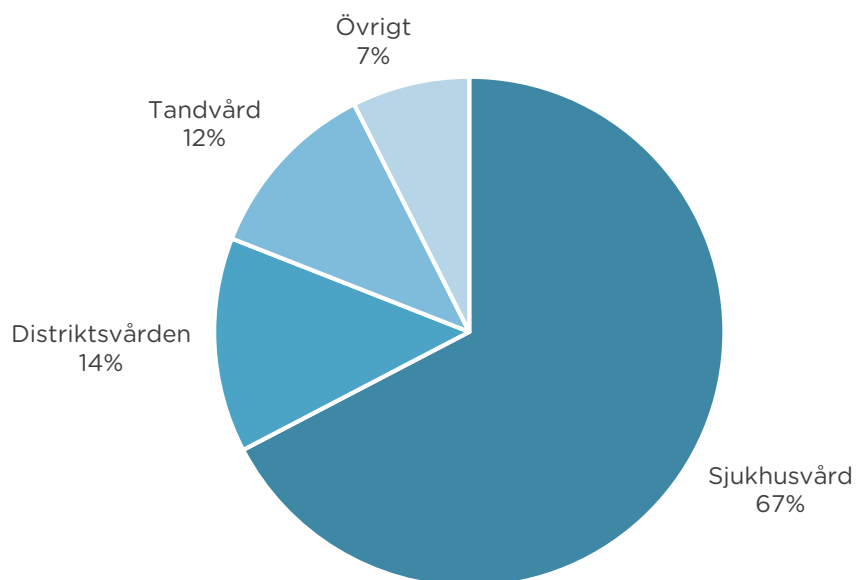
4 ANTAL ANMÄLNINGAR PÅ NATIONELL NIVÅ

Följande grafer visar anmälningar till Löf.

4.1 Antal anmälningar hos Löf 2015–2021



4.2 Anmälningar uppdelade efter verksamhetsområde 2015–2021



Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolag

Box 178 30
118 94 Stockholm

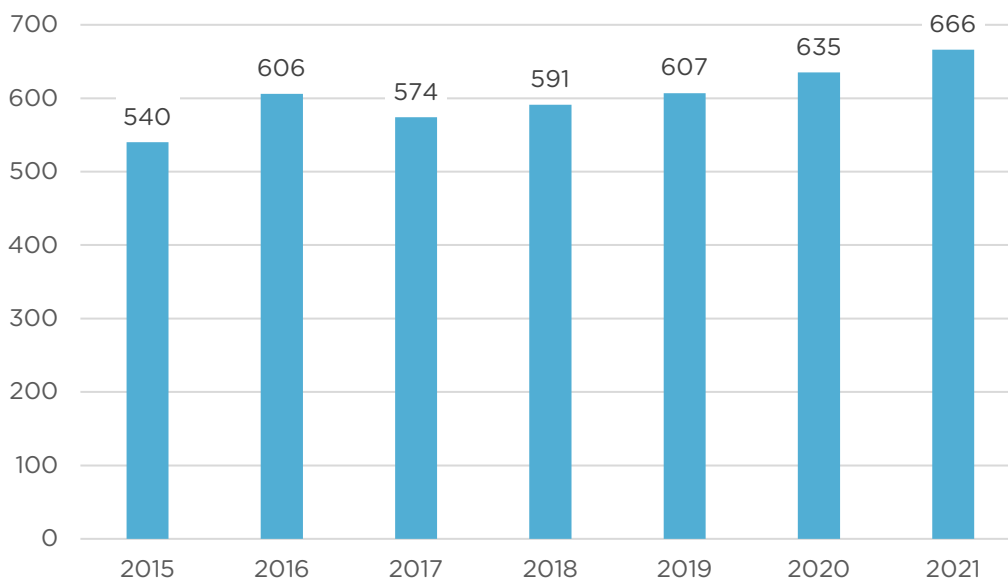
Växel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

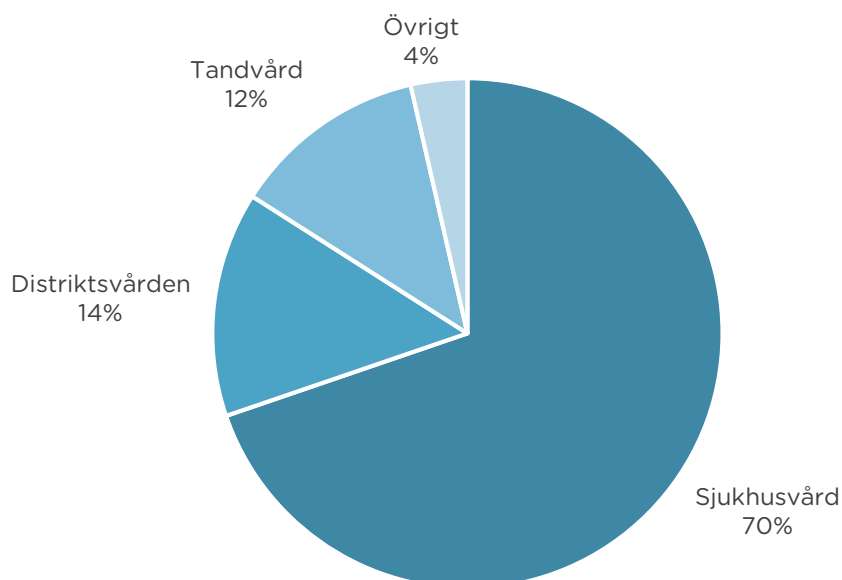
5 ANTAL ANMÄLNINGAR FÖR REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Följande grafer visar anmälningar till Löf för patienter som vårdats inom Region Jönköpings län.

5.1 Antal anmälningar hos Löf 2015–2021 för Region Jönköpings län



5.2 Anmälningar uppdelade efter verksamhetsområde 2015–2021 för Region Jönköpings län



Löf regionernas
ömsesidiga
försäkringsbolag

Box 178 30
118 94 Stockholm

Växel 08-551 010 00
www.lof.se

Org. nr 516401-8557

Presidium - Patientnämnd §§ 16-25

Tid: 2022-04-08 kl. 09:00

Plats: Regionens hus, FS grupprum

§ 24

Övrigt

- Synergi – användning i verksamheter diskuteras. Tas med på kommande dialogmöte med nämnd FS
- Underlag till dialogmöte – kallelsen går igenom
- Besök från Ortopedkliniken 16 juni
- Besök från Kvinnokliniken 19 september
- Besök från Barn- och ungdomspsykiatri föreslås genomföras under våren 2023
- Fokusområde 2022 – Diskussion kring område – Förslag Psykiatri
- Psykisk ohälsa hos barn och vuxna – rapport. – Förslag ska ske senast 31 mars 2023
- Träff med chefsöverläkare från psykiatri 1 gång/år. Förslagsvis i år den 27 oktober.

Beslutet skickas till

Patientnämnden

Beslutets antal sidor

1