

Tillsynsrapport 2012

Hälso- och sjukvård och socialtjänst

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

Artikelnr 2012-4-20

Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2012

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att redovisa 2011 års arbete med tillsynen av hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt stödet och servicen till vissa personer med funktionsnedsättning.

Tillsynsrapporten syftar i första hand till att ge regering och riksdag en bild av de brister i vården och omsorgen som har anmälts till eller granskats av Socialstyrelsen. Men verksamhetsansvariga och beslutsfattare på olika nivåer ska även kunna använda rapporten för att planera verksamheten och göra den säkrare och bättre.

I januari 2010 integrerades länsstyrelsernas tillsyn av socialtjänsten med tillsynen av hälso- och sjukvården, och 2011 lämnade Socialstyrelsen en första samlad tillsynsrapport av verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt stödet och servicen till vissa personer med funktionsnedsättning. I denna andra samlade rapport uppmärksammar vi några utvalda tillsynsområden och bifogar en statistikdel med alla tillsynsaktiviteterna under 2011. Rapporten tar inte upp tillsynen av område psykisk funktionshinder och inte heller tillsynen av vård och omsorg om äldre, med undantag av övergripande statistik på det sistnämnda. Detta eftersom separata rapporter på dessa verksamhetsområden kommer den 1, respektive 31, maj 2012.

Rapporten har utarbetats av Eshat Aydin, projektledare, med underlag från Gunilla Westerdahl, Kirsi Laitinen Kennebäck, Lena Barrbrink samt ytterligare ett antal medarbetare.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Inledning</i>	10
Uppdraget	10
Om Socialstyrelsens tillsyn	10
Avgränsning	10
Disposition	11
<i>Nyttillkomna tillsynsuppdrag</i>	12
Lex Sarah	12
Iakttagelser i sammanfattning	12
Förändringar i lex Sarah	12
Anmälningar enligt lex Sarah under 2011	13
Genomförd tillsyn	14
Slutsatser	14
Åtgärder	16
Anordnare av personlig assistans	16
Iakttagelser i sammanfattning	16
Krav på tillstånd för enskilda assistansanordnare	16
Genomförd tillsyn	17
Slutsatser	17
Åtgärder	18
Enskildas klagomål inom hälso- och sjukvård	18
Iakttagelser i sammanfattning	18
Inkomna klagomål under 2011	18
Socialstyrelsens handläggning av klagomålen under 2011	23
<i>Författningsreglerad frekvenstillsyn</i>	24
Vård och omsorg om barn och unga	24
Iakttagelser i sammanfattning	24
Nya bestämmelser för tillsyn	24
Samtal med barn	26
Hem för vård eller boende – HVB	27
Genomförd tillsyn	27
Resultat	28
Bostäder med särskild service för barn eller ungdomar	34
SiS Särskilda ungdomshem	39
Slutsatser – område vård och omsorg om barn och ungdomar	41
Socialstyrelsens åtgärder	42
SiS LVM-hem	44
Genomförd tillsyn	44
Slutsatser	45
Åtgärder	45
Blodcentraler och vävnadsinrättningar	46

Genomförd tillsyn	46
Slutsatser	47
Åtgärder	48
<i>Specifika tillsynsinsatser</i>	49
SOS Alarm	49
Genomförd tillsyn	49
Slutsatser	50
Åtgärder	51
Akutmottagningar	51
Genomförd tillsyn	52
Slutsatser	52
Åtgärder	52
Vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet	53
Iakttagelser i sammanfattning	53
Genomförd tillsyn	53
Slutsatser	55
Åtgärder	55
Informationssäkerhet på universitetssjukhus	56
Genomförd tillsyn	56
Slutsatser	56
Åtgärder	57
Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld	58
Iakttagelser i sammanfattning	58
Genomförd tillsyn	58
Slutsatser	58
Åtgärder	59
<i>Fakta om Socialstyrelsens tillsyn</i>	61
Tillsynens omfattning	61
Barn och unga	62
Äldre	63
Hälso- och sjukvård och tandvård	63
Tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal	64
Ej verkställda beslut enligt SoL och LSS	65
<i>Referenser</i>	67

Sammanfattning

Socialstyrelsens tillsynsuppdrag omfattar verksamheter som rör hälso- och sjukvård och andra medicinska verksamheter, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning, frågor om alkohol och missbruksmedel samt Statens institutionsstyrelses (SiS) institutioner.

Vård och omsorg om barn och unga

Socialstyrelsen noterar en positiv utveckling i sina granskningar och konstaterar att tillsynen har haft avsedd effekt. Nästan alla barn på Hem för vård eller boende (HVB) och i bostäder med särskild service har en plan för genomförandet av vård respektive insats, men dessa är av varierande kvalitet. Barnen är delaktiga i planering och uppföljning av sin vård och insats och uppger i samtal att de känner sig trygga, trivs i boendena och har förtroende för personalen. Detsamma gäller ungdomar på SiS-institutioner, vilka är positiva i samtalen med Socialstyrelsen och medvetna om sina rättigheter. Rättssäkerheten på SiS-institutionerna har förbättrats jämfört med tidigare tillsyn.

HVB för ensamkommande barn har fler brister än övriga. Där är det vanligare att ungdomar inte är delaktiga och att samverkan med socialnämnden inte fungerar tillfredsställande. Boenden som tar emot barn med föräldrar uppvisar däremot färre brister än övriga, medan HVB som drivs i kommunal regi har en högre andel åtgärdskrav än de enskilt drivna verksamheterna.

Enskildas klagomål på hälso- och sjukvården

I cirka 200 granskningar har Socialstyrelsen riktat kritik mot vårdgivaren och ställt krav på åtgärder. Under 2011 fick Socialstyrelsen in 6 689 klagomål som rörde hälso- och sjukvården, utöver de 2 312 ärenden från HSAN som övertogs den 1 januari 2011. Myndigheten fattade 3 250 beslut i inkomna ärenden.

Lex Sarah

Flest anmälningar under 2011 avser äldreomsorgen och funktionshinderområdet. Vanligaste missförhållanden som en anmälan bygger på är att beviljad insats inte blivit utförd eller utförts på felaktigt sätt, brister i bemötande och kränkningar, brister i kommunikation och information till eller mellan personal, kunskapsbrist hos personal, obefintliga alternativt okända rutiner och riktlinjer samt avsaknad av följsamhet till verksamhetens rutiner.

Socialstyrelsens krav på åtgärder har lett till att verksamheterna bland annat aktualiserat utbildningar kring etik, värderingar och förhållningssätt.

LVM-hem

Socialstyrelsens tillsyn vid landets elva boenden som bedriver tvångsvård visar flera brister som rör bland annat dokumentation och det självmordsförebyggande arbetet. Socialstyrelsen har även framfört krav på att läkemedelshantering, delegering och ordinationer ska ske enligt generella direktiv och att verksamheterna måste se till att ändamålsenliga lokaler finns så att vård i enskildhet kan bedrivas vid behov.

SOS Alarm

Socialstyrelsen konstaterar allvarliga brister hos SOS Alarm, avseende bland annat bedömning och prioritering av ambulansbehovet, personalens kompetens, samverkan mellan personalgrupper och mellan olika vårdgivare samt verksamhetens egenkontroll. Somliga klagomål rör brister som faktiskt resulterat i vårdskador, i vissa fall med dödlig utgång, och andra har handlat om risk för skador. Klagomålen har framför allt gällt långa väntetider eller utebliven ambulanstransport. Enligt verksamheten är orsaken till bristerna vanligtvis att larmoperatören eller sjuksköterskan inte har förstått graden av allvar i det inkomna samtalet.

Akutmottagningar

Oanmälda inspektioner vid 29 av sjuttioalet akutmottagningar i landet visade att lokalerna inte alltid var ändamålsenliga. På ungefär hälften av dem upptäcktes brister som rör personalens kompetens. Socialstyrelsen har framfört krav om att säkerställa att triagering, en metod för systematisk ”sortering” av patienterna utifrån hur lång väntetid deras tillstånd tillåter, endast utförs av legitimerad personal. Myndigheten har även krävt att det ska finnas planer för personalens kompetensutveckling och rutiner för hur resultatet av egenkontrollen ska dokumenteras och återföras till berörda.

Blodcentraler och vävnadsinrättningar

Socialstyrelsen anser att blodcentralerna har väl fungerande kvalitetssystem som bidrar till att potentiella risker upptäcks i tid och innan blodet lämnar blodcentralen. Blodcentralerna hade sedan föreskriften trädde i kraft året innan haft dispens från att följa denna fullt ut och skulle i dessa delar skicka in handlingsplaner som säkerställde rutiner för detta. Inga sådana kom dock in och Socialstyrelsen dispens löpte ut 31 december 2011.

För vävnadsinrättningar saknas rutiner för att rapportera avvikande händelser och biverkningar till Socialstyrelsen.

Informationssäkerhet vid universitetssjukhusen

Socialstyrelsens granskning visar allvarliga brister i hanteringen av patientuppgifter, otydliga krav på säkerhet och avsaknad av strukturerade riskanalyser.

Socialstyrelsen bedömer att informationshanteringen kan innebära en risk för att patientsäkerheten äventyras och har därför framfört specifika krav till vårdgivarna.

Inledning

Uppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att senast den 1 maj 2012 redovisa det arbete som myndigheten har genomfört inom ramen för tillsynen av hälso- och sjukvården, socialtjänsten och LSS under 2011. Socialstyrelsen ska bland annat redovisa de viktigaste iakttagelserna under året, de åtgärder som vidtagits med anledning av uppmärksammade brister samt resultat och slutsatser av tillsynen. Redovisningen ska där det är relevant, ske uppdelad på kön.

Tillsynsrapporten ska

- vara en informationskälla och ett beslutsunderlag för regering och riksdag
- kunna användas av verksamhetsansvariga och beslutsfattare på olika nivåer inom vård och omsorg för att öka säkerheten och kvaliteten i verksamheterna.

Rapporten ska dessutom bidra med underlag för Socialstyrelsens verksamhetsplanering samt länka samman de olika avdelningarnas arbete inom prioriterade områden.

Om Socialstyrelsens tillsyn

Socialstyrelsens tillsynsuppdrag omfattar verksamheter som rör hälso- och sjukvård och andra medicinska verksamheter, tandvård, hälsoskydd, smittskydd, socialtjänst, stöd och service till vissa personer med funktionsnedsättning, frågor om alkohol och missbruksmedel samt Statens institutionsstyrelses (SiS) institutioner [1].

I tillsynsarbetet ska Socialstyrelsen ha ett barnperspektiv och utveckla metoder för hur den tillsyn som rör barn och unga ska genomföras, men också ha ett jämställdhetsperspektiv genom att belysa, analysera och beakta kvinnors och mäns samt flickor och pojkars villkor [ibid].

Lagar, förordningar och föreskrifter ger grunden och ramarna för Socialstyrelsens tillsynsarbete. Avsikten är att upptäcka och påtala brister som kan påverka säkerheten för befolkningen och enskilda människor inom de nämnda verksamhetsområdena. Avsikten är också att kontrollera att verksamheterna uppfyller alla lagstadgade krav och upprätthåller en god kvalitet. Erfarenheter från tillsynen kan också användas för att utveckla och tolka regelverket. En viktig del i arbetet är därför att ta tillvara och sprida kunskap från tillsynen.

Avgränsning

Tillsynsrapport 2011 var den första samlade rapporten om både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens tillsyn. I rapporten redovisades i princip alla

verksamheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten samt stödet och servicen till vissa personer med funktionsnedsättning. Då uppmärksammades till exempel brister i samverkan och överbeläggningar.

I denna rapport läggs tyngdpunkten på några nytillkomna tillsynsuppdrag: lex Sarah, tillsyn av personliga assistansanordnare och enskildas klagomål inom hälso- och sjukvården. På motsvarande sätt som i den föregående rapporten finns en statistikdel som redovisar alla de tillsynsaktiviteter som genomfördes under 2011.

Rapporten tar inte upp tillsynen av område psykisk funktionshinder och inte heller tillsynen av vård och omsorg om äldre, med undantag av övergripande statistik på det sistnämnda. Detta eftersom separata rapporter på dessa verksamhetsområden kommer den 1, respektive 31, maj 2012.

Disposition

Inledningsvis redovisas de iakttagelser som Socialstyrelsen har gjort under 2011 inom de nytillkomna uppdragen avseende lex Sarah, anordnare av personlig assistans samt enskildas klagomål inom hälso- och sjukvårdsområdet. Därefter följer en redogörelse av den del av tillsynen som är *reglerad* i olika förordningar. Berörda områden är vård och omsorg om barn och ungdomar. I sammanhanget berörs dock även de så kallade LVM-hemmen för vård av missbrukare, även om tillsynen av dessa inte är reglerad i förordning. Rapporten innehåller även en redogörelse för tillsynsinsatserna avseende blodcentraler och vävnadsinrättningar.

De följande kapitlen innehåller resultaten från Socialstyrelsens tillsyn av SOS Alarm samt akutmottagningarna vid landets olika sjukhus, tillsynsinsatser avseende arbetet med ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården samt en beskrivning av den tillsyn som har rört universitetssjukhusens arbete med informationssäkerhet.

Sedan kommer en kort redogörelse för Socialstyrelsens särskilda och pågående insatser för att stärka tillsynsarbetet, och efter det avslutas rapporten med statistiska fakta om tillsynen under 2011.

Nyttillkomna tillsynsuppdrag

Detta kapitel beskriver de tillsynsuppdrag som var nya i årets regleringsbrev [2]: lex Sarah, anordnare av personlig assistans samt enskildas klagomål inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Lex Sarah

Lex Sarah är benämningen på de bestämmelser* i socialtjänstlagen (2001:453), SoL, och lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, som reglerar personalens skyldighet att rapportera missförhållanden och risker för missförhållanden. När rapporten är mottagen måste den som bedriver verksamheten utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja missförhållandet eller den aktuella risken. Om missförhållandena eller riskerna är allvarliga ska den som bedriver verksamheten snarast anmäla saken till Socialstyrelsen. Anmälan görs till den tillsynsregion som har tillsyn över den verksamhet där det allvarliga missförhållandet inträffade eller där risken fanns. Anmälaren ska bifoga den utredning som har gjorts. Skyldigheterna gäller i både kommunala och yrkesmässigt bedrivna enskilda verksamheter samt inom Statens institutionsstyrelse (SiS).

**Bestämmelserna om lex Sarah finns i 14 kap. 3–7 §§ och 7 kap. 6 § SoL samt i 24 a–24 g §§ och 23 e § LSS.*

lakttagelser i sammanfattning

- Flest anmälningar under 2011 avser äldreomsorgen och funktionshinderområdet.
- Missförhållanden som har anmälts är vanligtvis
 - att beviljad insats inte blivit utförd eller utförts på felaktigt sätt
 - brister i bemötande och kränkningar.
- Orsaker till missförhållandena har handlat om brister i
 - kommunikation och information till eller mellan personal,
 - kunskaper hos personal
 - rutiner eller riktlinjer
 - följsamhet till verksamhetens rutiner.

Förändringar i lex Sarah

Den 1 juli 2011 trädde en del förändringar i SoL och LSS i kraft, liksom Socialstyrelsens nya föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:5) om lex Sarah. Förändringarna innebar bland annat att lex Sarah-bestämmelserna nu gäller inom hela socialtjänsten, inklusive verksamheter vid SiS. Den 1 janu-

ari 2011 trädde socialförsäkringsbalken, SFB, i kraft och därmed omfattas även personlig assistans enligt 51 kap. SFB av bestämmelserna om lex Sarah i LSS.

I sin nya utformning påminner lex Sarah om bestämmelserna om personals rapporteringsskyldighet av vårdskador och vårdgivarens anmälningsskyldighet enligt lex Maria inom hälso- och sjukvården (patientsäkerhetslagen 2010:659). Lex Sarah har dock fått en tydligare koppling till god kvalitet och det systematiska kvalitetsarbete som kommuner och enskilda verksamheter ska bedriva. En stor förändring är även att alla allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden ska anmälas till Socialstyrelsen. Tidigare var det bara allvarliga missförhållanden som inte hade avhjälpits utan dröjsmål som skulle anmälas till tillsynsmyndigheten. Vidare har bestämmelserna om lex Sarah fått en nästan identisk utformning i SoL och LSS.

Syftet med bestämmelserna i lex Sarah är, enligt förarbetena (prop. 2009/10:131 s. 36) [3], att komma till rätta med brister i den egna verksamheten och förhindra att liknande missförhållanden uppkommer igen. Socialstyrelsen ska alltså få en anmälan om alla allvarliga missförhållanden och påtagliga risker för allvarliga missförhållanden och enligt förarbetena (prop. 2009/10:131 s. 41–42) är det ett viktigt komplement till kunskaper och erfarenheter från myndighetens samlade tillsynsuppdrag.

Anmälningar enligt lex Sarah under 2011

Tillsynsrapporten innehåller en första begränsad analys av lex Sarah-ärendena sedan de nya bestämmelserna trädde i kraft den 1 juli 2011.

Under det första halvåret 2011 kom det in sammanlagt 14 anmälningar enligt lex Sarah. Av dessa avser 13 ärenden missförhållanden som skulle ha handlagts enligt de bestämmelser som gällde till och med den 30 juni 2011 och som följaktligen inte skulle ha anmälts till Socialstyrelsen.

Under det andra halvåret 2011 kom 349 lex Sarah-anmälningar, och Socialstyrelsen har fattat beslut i cirka 30 procent av dem. Övriga inkomna anmälningar är under pågående granskning. Under året hanterade myndigheten även ett stort antal frågor kring hur de nya bestämmelserna ska tillämpas, framför allt i enskilda ärenden från anmälningsskyldiga verksamheter. Många frågor gäller utredningar, gränsdragningen mellan ett missförhållande och ett allvarligt sådant samt definitionen av ”snarast” när det gäller insändandet av anmälan i förhållande till utredningens färdigställande.

De berörda verksamheterna har inte alltid vetat att alla lex Sarah-anmälningar ska innehålla en utredning. Många har inte heller haft klart för sig vad utredningen ska innehålla (5 kap. SOSFS 2011:5), och de har ofta fått färdigställa utredningen i efterhand och komplettera vissa uppgifter. Det finns en risk för att verksamheten anmäler ett missförhållande som allvarligt innan utredningen är slutförd, och att utredningen senare kommer till en annan slutsats. Under sommaren 2012 kommer en handbok om lex Sarah [4] som tydliggör hur regelverket ska tillämpas på flera punkter.

De nya bestämmelserna skiljer sig väsentligt från tidigare bestämmelser och det är därför inte meningsfullt att göra jämförelser av antalet ärenden före den 1 juli 2011.

Genomförd tillsyn

Totalt kom 349 anmälningar in till de regionala tillsynsenheterna under det första halvåret med det nya regelverket. Av dessa avgjordes 102 med beslut under 2011.

Tabell 1. Lex Sarah-anmälningar och lex Sarah-beslut 1 juli – 31 december 2011

	2011
Anmälningar lex Sarah	349
Beslut lex Sarah	102

De flesta anmälningar gäller äldreomsorgen följt av funktionshinderområdet (LSS, personlig assistans och SoL). Få anmälningar rör individ- och familjeomsorg (barn- och familj, ekonomiskt bistånd, familjerätt och missbruk). Resultatet är förväntat eftersom det avspeglar verksamhetsområdenas volym (äldreomsorgen är det största verksamhetsområdet), och dessutom är lex Sarah nytt inom individ- och familjeomsorgsområdet.

*Tabell 2. Lex Sarah-beslut, antal per verksamhetsområde**

Verksamhetsområde	2011
Barn och familj	6
Ekonomiskt bistånd	-
Familjerätt	-
Missbruk	2
Äldreomsorg	56
Funktionsnedsättning LSS	36
Funktionsnedsättning SoL	3

* Ett beslut rör både missbruk och funktionsnedsättning LSS.

Följdriktigt fattades också de flesta besluten inom verksamhetsområdena äldreomsorg och funktionsnedsättning, vilket framgår av tabellen ovan. De allvarliga missförhållandena i dessa ärenden handlade framför allt om brister i bemötandet och om beviljade insatser som har blivit felaktigt utförda eller inte utförda alls.

Socialstyrelsen bedömer att de allra flesta ärenden har utretts tillräckligt av de berörda verksamheterna och att verksamheterna har vidtagit åtgärder. Socialstyrelsen har avslutat dessa ärenden utan några ytterligare åtgärder.

Bland de beslutade ärendena finns ett antal som avser missförhållanden som skulle ha handlagts enligt de bestämmelser som gällde till och med 30 juni 2011. De skulle följaktligen inte ha anmälts till Socialstyrelsen.

Slutsatser

Inom äldreomsorgens verksamhetsområde fattade Socialstyrelsen sammanlagt 56 beslut. I 48 fall är kommunen huvudman för verksamheten och i de

flesta fall uppstod det allvarliga missförhållandet i särskilda boenden och i hemtjänstverksamheter.

De vanligaste allvarliga missförhållandena handlar om att en beviljad insats inte har blivit utförd eller att den har utförts på ett felaktigt sätt. Flera gäller till exempel äldre personer som glömdes kvar på toaletten, vilket kan få allvarliga konsekvenser för individen. Andra handlar om att hjälpen uteblev när individen försökte få hjälp via ett trygghetslarm. Att hjälpen inte kommer när den behövs skapar en direkt riskfylld situation samt en stor osäkerhet och oro hos den äldre inför nya liknande situationer.

Bristande bemötande gäller äldre som till exempel inte har fått insatsen utförd när de själva har önskat det. När det gäller demensboenden beror de allvarliga missförhållandena i några fall på bristande tillsyn vid omvårdnad. Dessutom förekommer ekonomiska övergrepp i form av stölder, och då har verksamheterna vidtagit åtgärder vid sidan av polisanmälan.

Tabell 3. Vanligaste missförhållanden i lex Sarah-besluten inom verksamhetsområde äldreomsorg 2011

	Antal
Beviljad insats inte alls eller felaktigt utförd	20
Brister i bemötande	13
Ekonomiska övergrepp	7

Inom verksamhetsområdet funktionsnedsättning (LSS) fattade Socialstyrelsen 36 beslut, varav hälften rör verksamheter i kommunernas regi och den andra hälften enskilda verksamheter. De flesta av dessa 36 ärenden inträffade i gruppboenden, bostäder för särskild service för vuxna. 10 ärenden rör personlig assistansverksamhet, en tredjedel handlar om brister i bemötande, till exempel kränkningar.

Verksamheterna har gjort egna orsaksanalyser till de anmälda allvarliga missförhållandena. Bland de uppmärksammade orsakerna finns

- brister i kommunikation och information till eller mellan personalen
- kunskapsbrist hos personalen
- obefintliga alternativt okända rutiner eller riktlinjer
- avsaknad av följsamhet till verksamhetens rutiner.

I vissa fall är en bokomliggande orskat till missförhållandet, enligt verksamheterna, även på brister vid rekrytering av personal.

För att komma till rätta med de uppmärksammade missförhållandena har verksamheterna ordnat både utbildningar och diskussioner kring bland annat etik, värderingar och förhållningssätt. Verksamheterna har även informerat personalen om lex Sarah-regelverket.

När det gäller uteblivna eller felaktiga insatser har verksamheterna sett över sina rutiner men även tagit fram helt nya rutiner eller lyft fram gällande rutiner som kanske delvis var okända. En del har tagit fram checklistor för kritiska moment som till exempel ska motverka att personalen glömmer bort

insatsen eller delar av aktiviteterna kring den. Ökad bemanning är en annan åtgärd för att komma till rätta med denna typ av problematik.

Somliga allvarliga missförhållanden gäller bemötandeproblematik i form av kränkningar, hårda ord och olämpligt uppträdande gentemot berörda funktionshindrade. De har i vissa fall lett till arbetsrättsliga åtgärder så som skriftliga varningar, omplaceringar och uppsägningar. Personal har också slutat på egen begäran.

Åtgärder

Under 2011 fattade Socialstyrelsen tre beslut med åtgärdskrav på de berörda verksamheterna. Enligt kraven skulle verksamheterna ta fram rutiner för att hantera lex Sarah-bestämmelser samt redovisa sina åtgärder för att förhindra att liknande missförhållanden uppstår på nytt.

Anordnare av personlig assistans

Personlig assistans kan beviljas enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS eller i form av assistansersättning enligt 51 kap. socialförsäkringsbalken. Socialstyrelsen för statistik om den förra insatsen och Försäkringskassan om den senare.

Iakttagelser i sammanfattning

- Flest klagomål rör enskilda anordnare.
- Klagomål kommer vanligtvis från anhöriga, närstående eller den enskilde själv.
- De flesta klagomålen rör brister i omsorg, insatsens utförande eller säkerhet, liksom brister i bemötande och inflytande.

Krav på tillstånd för enskilda assistansanordnare

Den 1 januari 2011 trädde lagen (2010:480) om ändring i lagen (1993:480) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, i kraft. Enligt 23 § LSS gäller tillstånds- eller anmälningsplikt i vissa fall. Tillstånd krävs för en enskild person som yrkesmässigt bedriver sådan verksamhet med personlig assistans som avses i 9 § 2 LSS. Detta krav gäller alltså både för en fysisk person som driver verksamheten själv och för den som bedriver verksamheten genom ett aktiebolag eller någon annan juridisk person.

Vidare infördes en bestämmelse i LSS som innebär att när åtgärder rör barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Därutöver har en ny lag om registerkontroll av personal som utför vissa stöd- och serviceinsatser till barn med funktionsnedsättning trätt i kraft. Den som bedriver verksamhet enligt LSS och utför insatser åt barn får inte anställa någon i verksamheten om inte register, som förs enligt lagen (1998:620) om belastningsregister, har kontrollerats.

LSS medger möjligheter att utfärda föreläggande med vite för att avhjälpa sådana missförhållanden som har betydelse för den enskildes möjligheter att

få de insatser den har rätt till, samt möjligheter att återkalla ett tillstånd. I de fall då verksamheten inte är tillståndspliktig kan Socialstyrelsen förbjuda fortsatt verksamhet. Lagen tydliggör även att personlig assistans som utförs av någon som beviljats statlig assistansersättning omfattas av reglerna i LSS, så också tillsynsreglerna. Även assistansberättigade som är arbetsgivare till sina egna assistenter ska omfattas av tillsynen. Tillsynen förutsätts vara aktiv, tydlig och systematisk samt bedrivs på ett likvärdigt sätt över landet. En slutsats i propositionen [5] är att kombinationen anmälningsskyldighet och förtydligat tillsynsansvar bör ge goda förutsättningar för att kvaliteten i personlig assistans ska kunna säkerställas och utvecklas.

Efter förberedande arbete under våren tillsattes under hösten 2011 en samordnare på Socialstyrelsen för tillsynen av assistansanordnare. Syftet är att göra tillsynen lika över landet och att bedömningarna ska vara likvärdiga oavsett vem som har gjort inspektionen och var i landet den utförts.

Genomförd tillsyn

Under perioden från och med den 1 januari till och med den 31 december 2011 har det kommit in 86 klagomål rörande anordnare av personlig assistans till tillsynsregionerna, exklusive klagomål rörande myndighetsutövning. Flera av dessa anmälningar, från assistenter och gode män, anger nypningar och kränkningar som orsak. I en del av dessa fall har assistenten ifrågasatts upp eller valt att själv avsluta sin anställning.

Av de klagomål som har kommit in till Socialstyrelsen har 55 ärenden avgjorts med beslut, vilket i vissa fall har lett till krav på åtgärder.

Slutsatser

De flesta klagomål rör enskilda anordnare, medan endast några få rör kommunalt anordnande av assistans. I ett fåtal ärenden har anhöriga eller närstående varit antingen anordnare av assistans eller anställda som assistenter. De flesta klagomål har kommit från antingen anhöriga, närstående eller den enskilde själv. Kommunens tjänstemän, andra myndigheter såsom Försäkringskassan eller landstingen eller intresseorganisationer har också lämnat klagomål.

De klagomål som Socialstyrelsen har tagit emot har varit av varierande slag. De flesta har rört brister i omsorg eller insatsens utförande. I enstaka fall har vanvård påtalats. Även brister i arbetsledning och information till anställda och vikarier har påtalats, liksom brister i bemötande och inflytande. Brister i samverkan mellan landsting och kommun förekommer också i de anmälningar som har kommit in till Socialstyrelsen. Ekonomiska aspekter, avtal och arbetsmiljö är ytterligare exempel på anledningar som lett till klagomål.

Socialstyrelsen bedömer att det, utifrån det begränsade antalet ärenden, inte är möjligt att uttala sig om eventuella trender eller mönster. Däremot har myndigheten identifierat ett stort behov av att diskutera enskilda klagomål vilka i flera fall, utifrån skrivningarna i anmälan, har varit allvarliga och samtidigt komplexa till sin karaktär.

Åtgärder

Under 2011 har Socialstyrelsen slutfört ett fåtal tillsynsärenden med krav på åtgärd utifrån de anmälningar som har kommit in till myndigheten. Samtliga fall har handlat om brister i dokumentation. En del anmälningar har handlat om våld och stöld, medan andra har gällt assistenter som stulit från den assistansberättigade i vederbörandes hem. Den typen av anmälningar utreds inte av Socialstyrelsen utan ska polisanmälas.

Enskildas klagomål inom hälso- och sjukvård

Den 1 januari 2011 infördes en ny patientsäkerhetslag (2010:659) som ska göra vården säkrare och göra det enklare för patienter att anmäla felbehandlingar. I samband med detta tog Socialstyrelsen över Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnds (HSAN) hantering av patienters klagomål på vården (7 kap. 10–18 § PSL).

Tidigare var patienten i sin anmälan till HSAN tvungen att precisera vem som anmäls och specificera vilka fel den anmälde har gjort. Med den nya patientsäkerhetslagen kan patienten i stället anmäla en händelse till Socialstyrelsen som då ska göra en förutsättningslös utredning av det som skett.

lakttagelser i sammanfattning

- Det är stor spridning av vårdgivare, verksamheter och verksamhetsområden som är föremål för inkomna klagomål.
- Många ärenden avslutas utan att åtgärder vidtas, t.ex. när händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden.
- Många klagomål rör bemötandefrågor eller krav på ekonomisk ersättning och hänvisas till patientnämnderna eller patientförsäkringen.
- Socialstyrelsen har utifrån anmälningarna riktat kritik mot vårdgivare och ställt krav på åtgärder om att förbättra olika rutiner.

Inkomna klagomål under 2011

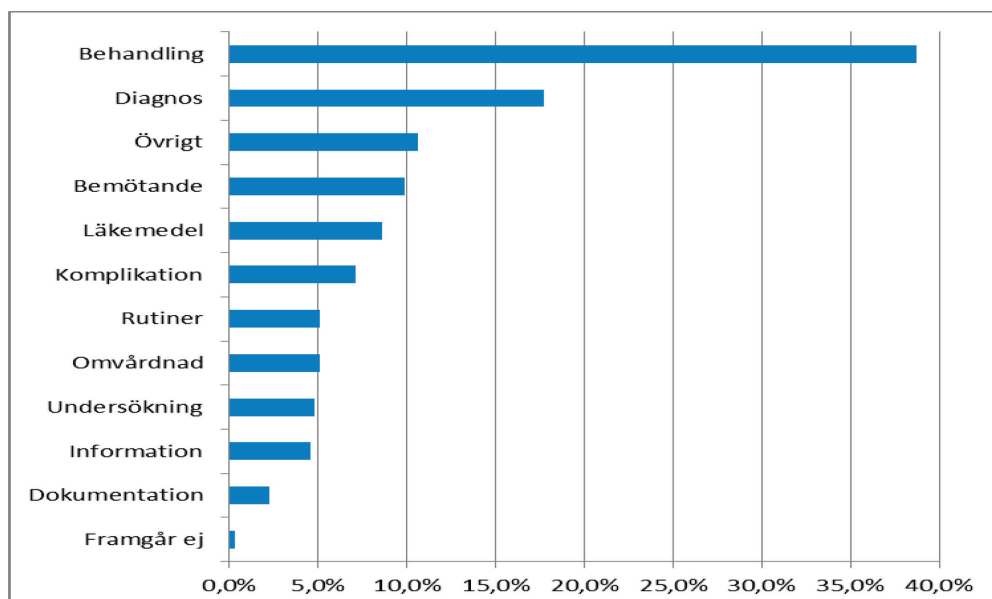
Under 2010 inkom cirka 4 500 patientklagomål till HSAN. I samband med omläggningen fick Socialstyrelsen ta över 2 312 öppna ärenden från HSAN. Under 2011 fick Socialstyrelsen in ytterligare 6 689 klagomål som rörde hälso- och sjukvården.

Tillströmningen av patientklagomål har varit större än förväntat i förhållande till de anmälningar som tidigare inkom till HSAN, och i slutet av 2011 gjorde Socialstyrelsen en urvalsundersökning för att närmare undersöka vad som kan ligga bakom denna ökning av klagomål. Syftet med undersökningen var i första hand att ta reda på vad klagomålen inom vården gäller och vilka det är som klagar. Granskningen gällde 395 av de totalt 6 228 nya klagomål som kom in under perioden 1 januari–30 november 2011 (cirka 6 procent).

En anmälan kan i sig avse flera problemområden och figur 1 nedan visar att de flesta patienter som klagade var missnöjda med behandling eller dia-

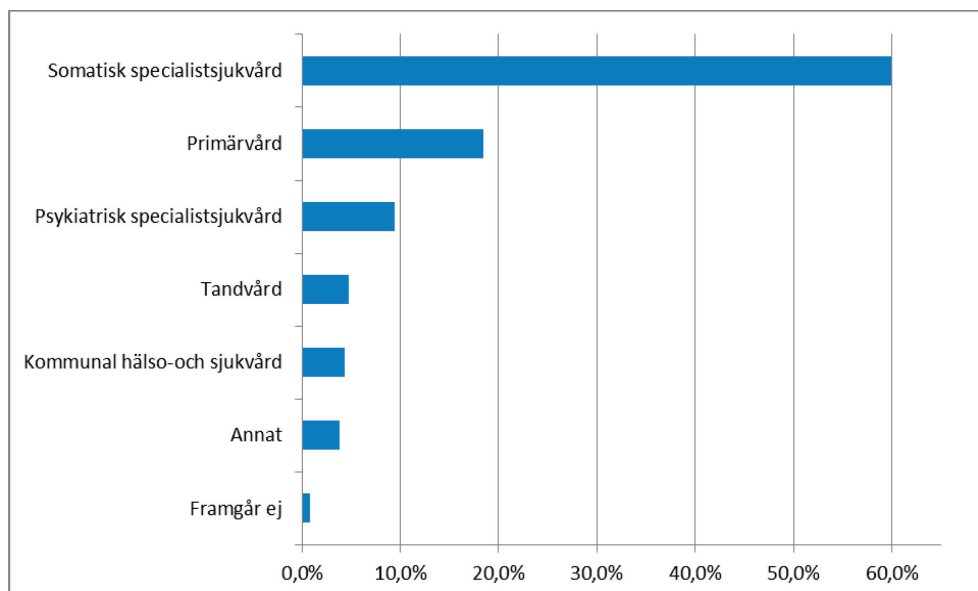
gnostik. Det kan handla om bristande, felaktig, fördröjd eller utebliven behandling eller diagnos.

Figur 1. Problemområde som klagomålet avser



Figur 2 gäller klagomål per verksamhetsområde och visar att somatisk specialistsjukvård utmärker sig med en andel på 60 procent av de inkomna klagomålen.

Figur 2. Verksamhetsområde som klagomålet avser

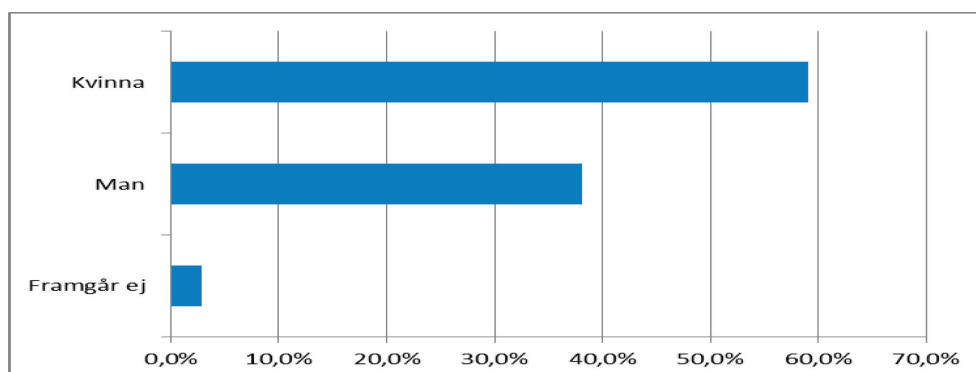


Bortsett från den kommunala hälso- och sjukvården överensstämmer dessa andelar förhållandevis väl med verksamhetsområdenas omfattning sett till hälso- och sjukvårdens nettokostnader. År 2010 stod den specialiserade somatiska vården för 53 procent av nettokostnaden, primärvården för 17 procent och den specialiserade psykiatriska vården för 9 procent. Det finns ingen motsvarande redovisning av vårdens kostnader för den kommunala häl-

so- och sjukvården, men kostnaderna torde ligga högre än drygt 4 procent. Detta innebär att klagomålen på den kommunala hälso- och sjukvården var färre än vad som kunde förväntas. Erfarenheter från landets patientnämnder visar också att den kommunala hälso- och sjukvården är underrepresenterad i nämndernas ärenden. Klagomålen inom den kommunala hälso- och sjukvården handlade framför allt om omvårdnad och i viss utsträckning om läkemedel.

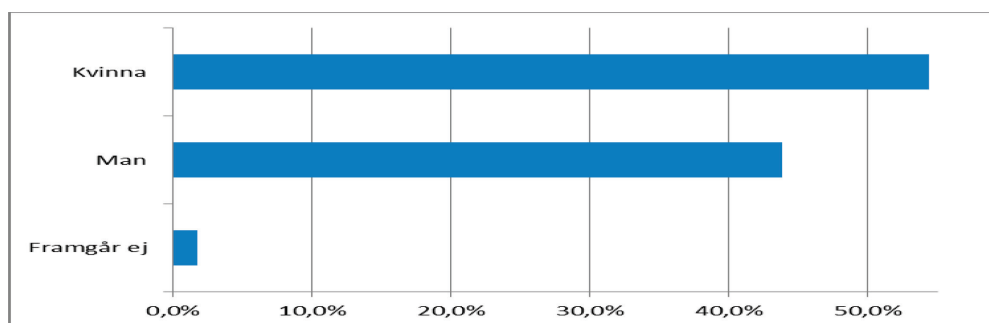
Det är i allmänhet fler kvinnor än män som klagar på vården, vilket framgår av figur 3. De inkomna klagomålen gäller inte alltid anmälaren utan det är relativt många som klagar för någon annans räkning, till exempel för äldre anhöriga eller för ett barns räkning.

Figur 3. Kön på den som klagar



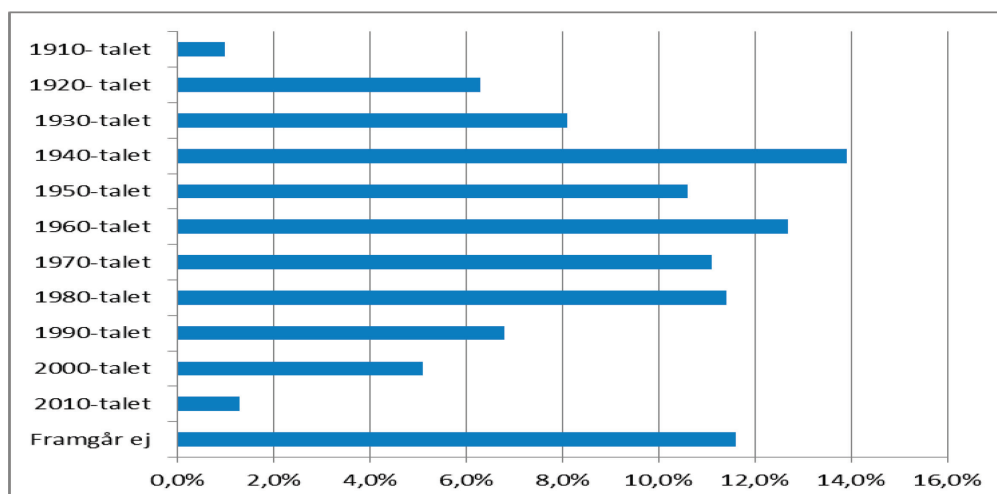
Socialstyrelsen har också granskat vem själva klagomålet handlade om, och figur 4 nedan visar en förhållandevis tydlig övervikt för kvinnor.

Figur 4. Kön på den som klagomålet avser



Klagomålen gäller i större utsträckning yngre än äldre personer, vilket figur 5 visar. Cirka 10 procent fler klagomål rör patienter födda under 1960-talet och framåt jämfört med de som är födda under 1950-talet och tidigare. Figuren visar också att de flesta klagomålen avser patienter födda på 1940- och 1960-talet, vilket stämmer med de stora årskullarna under dessa decennier.

Figur 5. Födelseår för den som klagomålet avser



Däremot överensstämmer inte bilden med sjukligheten i befolkningen. Det finns ingen statistik över den totala sjukvårdskonsumtionen i olika åldersgrupper, men antalet vårdtillfällen i slutenvård ökar kraftigt för dem som är 60 år eller äldre, se tabell 4 nedan.

Tabell 4. Antal vårdtillfällen i slutenvård, 2010

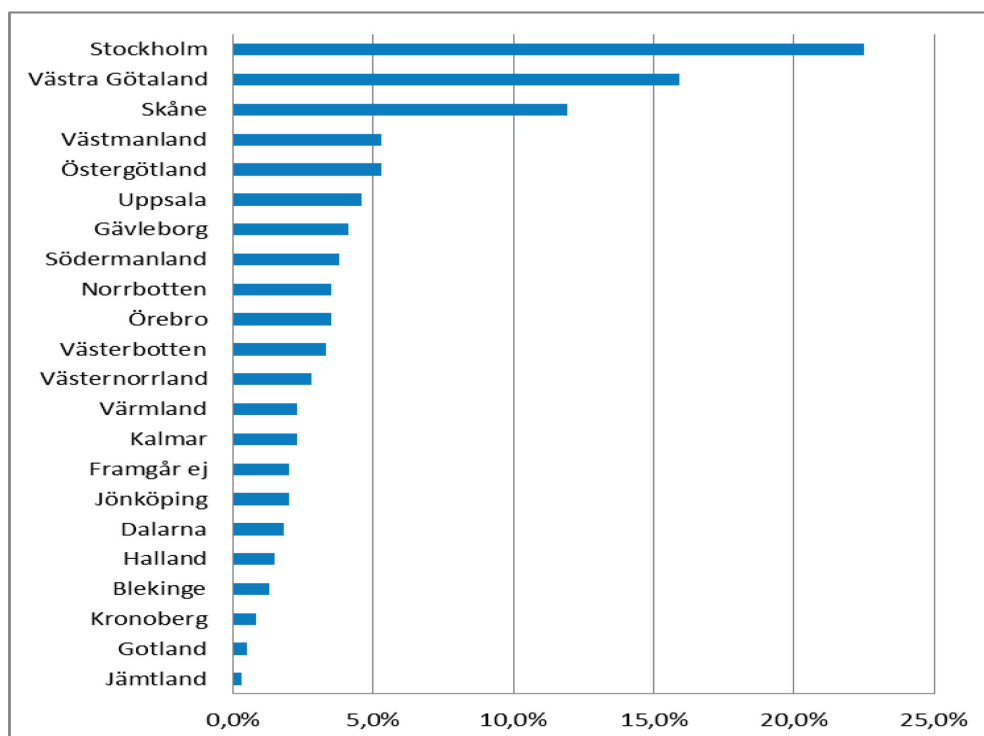
Ålder	Antal vårdtillfällen
0 – 9	81 746
10 – 19	58 784
20 – 29	128 195
30 – 39	146 784
40 – 49	121 155
50 – 59	152 307
60 – 69	242 194
70 – 79	253 485
80 – 85+	305 362

Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas 2012-01-10

Yngre klagar alltså oftare än äldre trots att de har färre vårdbesök. Detta kan vara ett uttryck för att yngre generationer är mer benägna att framföra sina synpunkter och kräva vad de anser sig ha rätt till. En möjlig förklaring är att yngre personer är mer medvetna om sina rättigheter och även bättre på att söka information och ta reda på var de ska klaga. Sammanställningen tyder också på att yngre är mer benägna att klaga även om de har råkat ut för saker som är mindre allvarliga ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Klagomål som rör bristande, felaktig eller utebliven information kommer i huvudsak från de yngre generationerna. Undersökningen är dock begränsad och har inte möjliggjort några omfattande korskorningar av de olika variablerna.

Även klagomålen fördelning per län har undersökts, vilket framgår av figur 6 nedan.

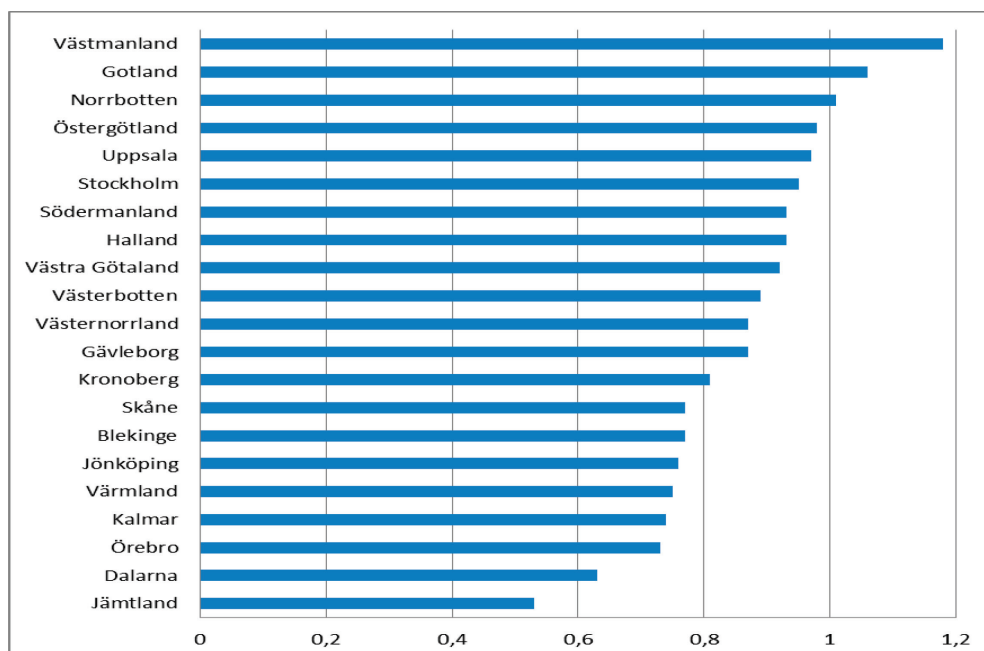
Figur 6. Andel klagomål per län



Storstadsregionerna dominerar också i fråga om antalet inkomna klagomål.

Bilden blir dock mer rättvisande när klagomålen relateras till befolkningsunderlaget i respektive län. Då blir det tydligt att människor är ungefär lika benägna att framföra klagomål över hela riket.

Figur 7. Antal klagomål per 1000 invånare



Socialstyrelsens handläggning av klagomålen under 2011

Under 2011 fattade Socialstyrelsen 3 250 beslut i klagomålsärenden som rörde hälso- och sjukvården (tabell 5).

Tabell 5. Antal inkomna klagomål och beslut inom hälso- och sjukvården 2011

	2011
Ärenden överförda från HSN	2 312
Inkomna klagomål hälso- och sjukvården	6 689
Beslut klagomål hälso- och sjukvården	3 250

Många ärenden avslutas utan att Socialstyrelsen vidtar några åtgärder, till exempel om händelsen ligger mer än två år tillbaka i tiden, om klagomålen inte bedöms röra patientsäkerhet utan bemötandefrågor eller om klagomål innehåller krav på ekonomisk ersättning. I dessa fall hänvisas patienterna ofta till patientnämnderna, privattandläkarnas förtroendenämnd eller till patientförsäkringen. Det finns också fall när Socialstyrelsens undersökning visar att det inte finns några skäl att kritisera vårdgivaren eller ställa krav på åtgärder.

Under 2011 beslutade Socialstyrelsen om cirka 3 300 klagomål. Av dem har vi gjort en närmare genomgång av cirka 200 av de klagomål som ledde till kritik mot vårdgivaren eller krav på åtgärder. De särskilt granskade ärendena har kategoriserats med avseende på

- region
- vårdgivare (landsting, kommun eller enskild vårdgivare)
- berörd verksamhet (sjukhus, vårdcentral, äldreboende etc.)
- eventuell klinik
- verksamhetsområde (primärvård, somatisk och psykiatrisk specialist-sjukvård för barn och vuxna, kommunal hälso- och sjukvård samt tandvård)
- kritiken eller kravet på åtgärder
- fritext med annan information.

Genomgången visar att det är svårt att dra några generella slutsatser eftersom det fortfarande finns få beslut med kritik eller krav på åtgärder. Alla regioner är representerade med en stor spridning när det gäller vårdgivare, verksamheter och verksamhetsområden. Socialstyrelsen riktar kritik mot vårdgivarna på olika områden, men kraven på åtgärder handlar oftast om att vårdgivaren måste förbättra olika rutiner. Med ett större antal beslut framöver ökar förutsättningarna att dra generella slutsatser, exempelvis se om det finns problem inom något specialistområde på olika håll i landet eller uppmärksamma nya företeelser.

Författningsreglerad frekvenstillsyn

Detta kapitel innehåller en redogörelse för den del av Socialstyrelsens tillsyn som är reglerad i olika förordningar som anger hur ofta verksamheterna ska tillsynas. Dessa förordningar gäller

- Hem för vård eller boende av barn och unga (HVB)
- bostäder med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS
- de särskilda ungdomshemmen i regi av SiS.

I sammanhanget berörs även de så kallade LVM-hemmen för vård av missbrukare vilka också drivs av SiS, även om det inte finns någon förordning som anger hur ofta de ska tillsynas. Kapitlet innehåller även en redogörelse för tillsynsinsatserna avseende blodcentraler och vävnadsinrättningar.

Vård och omsorg om barn och unga

lakttagelser i sammanfattning

- Nästan alla barn på HVB och i bostäder med särskild service har en plan för genomförandet av vård respektive insats, men av varierande kvalitet.
- Flertalet barn är delaktiga i planering och uppföljning av sin vård och insats.
- I samtal med Socialstyrelsen uppger barnen att de känner sig trygga, trivs i boendena och har förtroende för personalen.
- Rättssäkerheten på SiS-institutionerna har förbättrats jämfört med tidigare tillsyn.
- HVB för ensamkommande barn har fler brister än övriga.
- Boenden som tar emot barn och deras föräldrar har färre brister än övriga.
- Verksamheter med offentlig huvudman har en högre andel åtgärdskrav än de enskilt drivna verksamheterna.
- Socialstyrelsen noterar en positiv utveckling vid granskade institutioner och boenden och konstaterar att tillsynen har haft avsedd effekt.

Nya bestämmelser för tillsyn

Sedan den 1 januari 2010 gäller nya bestämmelser om tillsynen av HVB, inklusive de särskilda ungdomshemmen samt bostäder med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Bestämmelserna innebär att verksamheterna ska inspekteras minst två gånger per år, att minst en av inspektionerna ska vara oanmäld och att den som genomför inspektionen ska samtala med de barn och ungdomar som samtycker. Tillsynen har ett uttalat barnperspektiv och vid inspektionerna erbjuds alla barn enskilda samtal med inspektörerna.

Bestämmelserna ska stärka skyddet för barn och unga, och de har förts in i socialtjänstförordningen (2001:937) och förordningen (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Målet med Socialstyrelsens inspektioner är att verksamheterna ska uppfylla de krav och mål som finns i lagar, förordningar och föreskrifter. Socialstyrelsen ska också kräva att huvudmannen åtgärdar brister som uppmärksammas i tillsynen för att förbättra kvaliteten.

Föranmälda och oanmälda inspektioner

Under 2011 inspekterade Socialstyrelsen 549 HVB för barn och unga, 25 särskilda ungdomshem som har SiS som huvudman samt 196 bostäder med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. De totalt 1 641 inspektionerna var både föranmälda och oanmälda.

Föranmälda inspektioner genomförs inom detta område enligt en nationell tillsynsplan, och då ska inspektörerna intervjua föreståndare och personal, granska dokumentation och samtala med barn och ungdomar. Tillsynen 2010 visade att det fanns brister i dokumentationen av vårdens genomförande samt en del kvalitetsskillnader, exempelvis fler brister i boenden för ensamkommande barn. Därför beslutade Socialstyrelsen att inrikta granskningarna 2011 mot detta område. På HVB och i boenden enligt 9 § 8 LSS granskades därmed dokumentationen i genomförandet av vården respektive insatsen samt barnens delaktighet och verksamheternas samverkan med de berörda nämnderna. Inspektionerna av de särskilda ungdomshemmen gällde hur institutionerna följer bestämmelserna för sina särskilda befogenheter. SiS-institutionerna kan exempelvis avskilja ungdomar från de övriga och har även andra särskilda befogenheter som innebär allvarliga inskränkningar i de enskilda ungdomarnas fri- och rättigheter. Därför är det angeläget att granska hur ungdomarnas rättssäkerhet tillgodoses.

Den oanmälda tillsynen hade inget gemensamt nationellt tema utan Socialstyrelsen följde upp brister som tidigare hade konstaterats på de aktuella boendena och talat med barnen om bland annat trygghet och delaktighet. Det finns både för- och nackdelar med oanmälda inspektioner. Fördelen är att inspektionen ger en ögonblicksbild av hur verksamheten fungerar. Nackdelen är att de inskrivna barnen kanske inte är hemma eller att hela boendet är ute på någon aktivitet. I boenden för barn som har kommit till Sverige utan sina vårdnadshavare bor ungdomar med olika språk och det kan vara svårt att få tillgång till tolk med kort varsel. Barn med funktionsnedsättningar kan också bli oroad av oväntade besök, vilket kräver särskild hänsyn.

Socialstyrelsen uppmärksammade färre brister vid de oanmälda inspektionerna än i de föranmälda. Det var också färre barn och ungdomar som ville eller kunde tala med inspektörerna. Detta är inte förvånande eftersom det inte alltid är möjligt att oförberett intervjua personalgrupper och föreståndare eftersom de kan vara upptagna med andra aktiviteter, precis som ungdomarna. Vid de oanmälda inspektionerna får inspektörerna nöja sig med ”en ögonblicksbild” och med att få några frågor besvarade av tillgänglig personal, förutom samtalen med barn och ungdomar. Inspektionerna kan ändå ge relevant information.

En erfarenhet från den oanmälda tillsynen är att personal och ungdomar tar emot Socialstyrelsen med en positiv inställning.

Underlag för redovisningen

Resultaten från de genomförda inspektionerna redovisas dels i beslut som riktas till respektive huvudman, dels i särskilt framtagna formulär för det aggregerade nationella resultatet. Det nationella resultatet bygger både på de uppgifter som inspektörerna har inrapporterat i formulären och på de enskilda besluten.

I bedömningarna av HVB använder Socialstyrelsen nationellt framtagna bedömningskriterier.

Inspektioner

Under 2011 gjorde de sex tillsynsregionerna 1 641 inspektioner, ungefär lika många föranmälda som oanmälda. De föranmälda inspektionerna utförs med samma inriktning och planering i hela landet medan de oanmälda inspektionerna planeras i respektive region.

Tabell 6. Antal inspektioner

Verksamhetstyp	Antal objekt		Antal inspektioner
HVB	549	Föranmälda	563
		Oanmälda	572
		Summa	1135
SiS	25*	Föranmälda	62
		Oanmälda	52
		Summa	114
LSS	200	Föranmälda	196
		Oanmälda	196
		Summa	392
Totalt antal inspektioner			1641

*De 25 SiS-institutionerna har sammanlagt 97 avdelningar

Samtal med barn

Vid inspektionerna samtalar inspektörerna med alla barn och unga som vill och har möjlighet till det. Barnen erbjuds enskilda samtal, men om de själva önskar genomförs samtal med två eller flera barn samtidigt. Samtalen med de ensamkommande barnen sker med hjälp av tolk. Innan Socialstyrelsen kommer till ett HVB eller ett boende enligt 9 § 8 LSS för en inspektion, informeras barnen skriftligt om detta och om att de har möjlighet att tala med inspektören. Vid de oanmälda inspektionerna är barnen naturligtvis lika oförberedda som personalen.

Under 2011 talade Socialstyrelsen med cirka 2 600 barn och ungdomar, fler pojkar än flickor eftersom fler pojkar är inskrivna vid HVB [6]. Många av dem är ensamkommande flyktingar. Två tredjedelar av barnsamtalen genomfördes i samband med en föranmäld tillsyn. Då är de flesta barnen hemma och personalen har haft möjlighet att motivera och förbereda dem på besöket.

Tabell 7. Antal samtal med barn och unga i samband med inspektionerna 2011

Verksamhetstyp	Antal
HVB	
Flickor	547
Pojkar	1504
Totalt HVB	2031
LSS	
Flickor	130
Pojkar	183
Totalt LSS	313
SiS	
Flickor	82
Pojkar	185
Totalt SiS	267
Totalt samtliga	2600*

*Beräkningen grundas på 75 procent av genomförda inspektioner, det verkliga antalet är högre

Placerade pojkar och flickor har rätt att samtala med Socialstyrelsen inom ramen för barnkonventionen som ger barn rätten att få komma till tals, men också enligt skrivningarna i LSS och socialtjänstlagen. Under samtalen får barnen information om Socialstyrelsens tillsyn. Ett annat syfte är att samla barns och ungas synpunkter och erfarenheter som en del av tillsynen – barnen informerar Socialstyrelsen om hur verksamheten fungerar. Mötena utgår från de frågeställningar som tillsynen ska besvara, men det handlar ändå mer om att samtala än att intervjua och inspektörerna är lyhörda för vad barnen själva vill tala om.

Hem för vård eller boende – HVB

Fakta om HVB

Nästan 24 900 barn och unga hade en heldygnsinsats i familjehem eller på ett HVB någon gång under år 2010. De flesta var frivilligt placerade. Heldygnsinsatser är vanligast i åldersgruppen 13–17 år, och den 1 november 2010 var cirka 23 procent av flickorna och 43 procent av pojkarna i åldersgruppen placerade på HVB.

Antalet barn och unga i samhällsvård med stöd av socialtjänstlagen har ökat, vilket kan bero på att fler barn och unga, de flesta pojkar, kommer till Sverige utan sina vårdnadshavare [ibid.].

HVB kan bedrivas i enskild eller offentlig regi. För enskild verksamhet krävs tillstånd från Socialstyrelsen medan kommunerna har en skyldighet att anmäla till Socialstyrelsen när en verksamhet startar. Kraven på kvalitet är desamma oavsett driftsform.

Genomförd tillsyn

Tillsynen omfattar samtliga 549 HVB. Av dessa är 45 verksamheter för barn och föräldrar som placeras tillsammans och 146 är boenden för barn som kommer till Sverige utan vårdnadshavare.

Av de inspekterade HVB är 58 procent enskilda verksamheter och 36 procent är offentligt drivna, medan 7 procent drivs som entreprenader.

Verksamheter för ensamkommande barn utgör en ökande andel av det totala antalet HVB och de flesta drivs i kommunal regi (66 procent). Övriga HVB (när boenden för ensamkommande barn räknas bort) består till 80 procent av enskilt drivna verksamheter.

Barn och unga som vårdas på HVB ska ha en plan för genomförandet av de individuella stöd- och behandlingsinsatserna. Planen ger struktur och tydlighet så att alla berörda vet hur insatserna ska genomföras, vem som ansvarar för dem samt vilka mål som ska uppnås. Både socialnämnden och HVB är skyldiga att dokumentera planeringen av vårdens genomförande. I tillsynen granskade Socialstyrelsen hur HVB-verksamheterna uppfyller sin skyldighet (enligt SOSFS 2003:20) att upprätta en genomförandeplan (i föreskriften benämnd behandlingsplan), hur barnen är delaktiga i planeringar och uppföljningar och hur verksamheterna samverkar med de placerande nämnderna.

Resultat

Utgångspunkten, i enlighet med gällande krav, för tillsynen år 2011 var att alla barn och unga ska ha en ändamålsenlig genomförandeplan/behandlingsplan som följs upp regelbundet samt att alla barn och unga ska känna till den och vara delaktiga i planeringen och uppföljningen av vården. För HVB som inte erbjuder någon behandling – så kallade utredningshem eller boenden för barn och ungdomar som kommer till Sverige utan vårdnadshavare – ställs inte krav på behandlingsplan. Verksamheterna ska dock ändå systematiskt planera för individuella hjälp- och stödinsatser och följa upp dem. Om det inte finns en särskild plan ska uppföljningen framgå av journalen. Alla barn och unga, oavsett boendeform, har rätt att få information och att vara delaktiga i hur vården och omsorgen planeras och följs upp.

Nästan alla barn har en genomförandeplan

Tillsynen omfattade 2 014 personakter för lika många barn och granskningen visade att de flesta barn och unga på HVB har en genomförandeplan. Alla planer följs dock inte upp och de är av varierande kvalitet. Det finns också skillnader mellan boendeformerna. I HVB som tar emot barn och unga för behandling hade 95 procent av barnen i granskningen en genomförandeplan. Motsvarande andel för de ensamkommande barnen var 84 procent, och där var det dessutom färre planer som följs upp (75 procent jämfört med 83 procent).

Genomförandeplanernas kvalitet bedömdes utifrån bestämmelserna i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS, och det visade sig att de generellt sett lever upp till kraven. HVB-verksamheterna känner till att genomförandeplaner (behandlingsplaner) är ett krav, men de använder inte alltid dokumentet som ett praktiskt verktyg i vården. Boenden för ensamkommande barn ska, på samma sätt som övriga HVB, planera för den unge och upprättar oftast ett sådant dokument. Det är vanligt att planerna för de ensamkommande barnen är utformade som ett standarddokument. Det kan bero på att ungdomarna vanligtvis placeras med mycket kort framförhållning och att det därför inte

finns tillräcklig kännedom om deras individuella behov. En sådan preliminär plan måste snarast möjligt revideras och utformas utifrån barnets individuella behov.

Socialstyrelsen tolkar lagstiftningen så att alla flickor och pojkar på HVB ska känna till sin egen genomförandeplan, veta vad den innehåller och förstå syftet med den. I de flesta verksamheter kände alla, eller så gott som alla, till sin genomförandeplan men det fanns HVB där bara ett fåtal eller ingen gjorde det. I 85 procent av boendena där barn och unga tas emot för behandling kände de flesta till sin plan. Motsvarande andel för boenden för ensamkommande var 60 procent.

Detta innebär att ungdomar i 40 procent av boendena för ensamkommande inte vet något om sin genomförandeplan. Det kan tolkas som att personalen inte informerar och engagerar dem i planeringen, men det kan också vara ett uttryck för svårigheter att kommunicera. Hur förklarar personalen vad en genomförandeplan är och hur ställer tolken frågan under samtalet med inspektören?

Alla barn ges inte förutsättningar att vara delaktiga

Barn och unga på HVB har rätt att vara delaktiga i hur vården planeras och följs upp men de behöver ofta stöd och uppmuntran för att vara med på uppföljningsmötena och för att ta del av sin plan. Personalens förhållningssätt har stor betydelse för hur aktiva barnen är i planeringen av sin vård och för vilket inflytande de får. Socialsekreteraren är också mycket viktig för den placerade pojken eller flickan. För att få information och ha inflytande behöver barnet ha regelbunden kontakt med sin socialsekreterare, och personalen vid HVB kan på olika sätt underlätta den kontakten.

Barn och unga får oftast möjlighet att ha kontakt med sin socialsekreterare. Andelen verksamheter som alltid ger sådana förutsättningar är 69 procent för de ensamkommande barnen och 82 procent för övriga HVB. Tillsynen visar också att verksamheterna tillgodoser de ensamkommande barnens behov av tolk.

I 75 procent av de inspekterade HVB-verksamheterna bedömdes barnen vara delaktiga i hur insatserna planeras och genomförs, men barn på HVB för behandling är delaktiga i högre grad än de ensamkommande barnen (80 procent jämfört med 63 procent). Barnen deltar i möten där deras vård och behandling planeras och följs upp och de får stöd av personalen att vara med. Det fanns dock skillnader även där. I 85 procent av boendena för ensamkommande barn var alla barn med på planeringsmöten, att jämföra med 96 procent av HVB för behandling. Barnen i de sistnämnda boendena fick även i högre utsträckning än de ensamkommande stöd av personalen för att delta.

Samverkan med nämnden fungerar inte alltid

Ett HVB ska (6 kap. 4 § SoL) bedriva verksamheten i samråd med den socialnämnd som har det sammanhållande ansvaret för att barnet får det stöd och den hjälp som han eller hon behöver. Det innebär bland annat att HVB-verksamheten ska se till att få relevant information om flickan eller pojken och samråda med socialsekreteraren när det gäller att planera och följa upp

vården. Det är oftast lämpligt att HVB upprättar genomförandeplanen tillsammans med nämnden, men det finns ingen sådan bestämmelse.

I de flesta fall hämtade verksamheterna information från nämnden när barnet placerades, till exempel i form av utredningen och nämndens vårdplan och genomförandeplan, men sedan samverkar de inte alltid med nämnden för att utforma den plan som visar vad som ska hända under placerings-tiden. 60 procent av verksamheterna hade genomgående en sådan samverkan, och 75 procent hade som rutin att hålla regelbundna uppföljningsmöten tillsammans med nämnden.

Även här finns det skillnader mellan boendeformerna. Bland HVB för ensamkommande barn är det en mindre andel som tar in underlag, upprättar genomförandeplaner tillsammans med nämnden eller har regelbundna uppföljningsmöten. Endast 49 procent av HVB-verksamheterna för ensamkommande barn inhämtar information inför placeringen, jämfört med 84 procent av de övriga. I upprättandet av genomförandeplanen samverkar 42 procent av boendena för ensamkommande barn alltid med den berörda nämnden, medan andelen bland de övriga är 68 procent. Vidare har 52 procent gemensamma uppföljningsmöten för ensamkommande barn, att jämföra med 86 procent av övriga HVB.

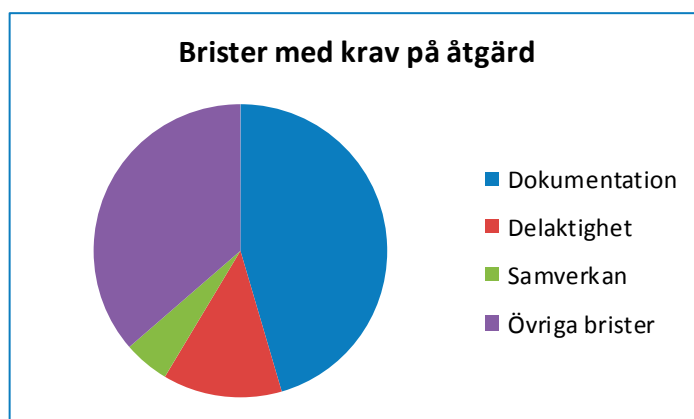
Det finns skäl att fundera över dessa skillnader eftersom de flesta boenden för ensamkommande är kommunala och samverkan borde vara lättare när socialsekreteraren och HVB-verksamheten har samma huvudman. En förklaring kan vara att de ensamkommande barnen ofta är okända för socialtjänsten när de placeras och att verksamheterna inte kan hämta något underlag eftersom det inte finns någon utredning att lämna till boendet. Då är det särskilt viktigt att samverkan fungerar i upprättandet av genomförandeplanen och att socialsekreteraren deltar i uppföljningsmötena tillsammans med HVB-verksamheten och den unge.

Socialstyrelsens krav på åtgärder

Tillsynen har resulterat i beslut med krav på åtgärder i 34 procent av de föranmälda inspektionerna och i 21 procent av de oanmälda. Det är också vanligare med brister i offentligt drivna verksamheter, och Socialstyrelsen har ställt krav på åtgärder i 42 procent av de offentliga och 30 procent av de enskilda verksamheterna. Färre brister har uppmärksammats i HVB som tar emot barn och föräldrar (22 procent) än i övriga. Boenden för ensamkommande barn har något fler brister som ledde till krav på någon åtgärd än boenden för behandling (37 respektive 34 procent).

Socialstyrelsen har konstaterat att genomförandeplaner saknas i vissa fall eller inte följs upp och att det finns brister i journalföringen. De flesta åtgärdskraven i de granskningsområden som omfattas av den föranmälda tillsynen rör dokumentationen. En mindre del av kraven har föranletts av brister som gällt barns och ungdomars möjlighet att vara delaktiga och samverka med nämnden. Men Socialstyrelsen har uppmärksammat brister också utanför de granskningsområden som varit tillsynens tema.

Diagram 1. Fördelning av brister med krav på åtgärder i beslut för den föränmälda tillsynen



Övriga brister, dvs. brister utanför tillsynens tema, som konstaterats är bland annat att verksamheter inte bedrivs i enlighet med de villkor som ställs upp i beslutet om tillstånd, att barn som inte ingår i målgruppen tas emot och att inskrivningsbeslut inte fattas och dokumenteras enligt gällande bestämmelser. Även bemanning och kompetens är områden där det funnits brister som föranlett Socialstyrelsen att ställa krav på åtgärder. Några HVB följer inte kravet att det ska finnas tillgänglig personal i verksamhetens lokaler dygnet runt.

Ett mindre antal verksamheter har ordningsregler och arbetssätt som innehåller otillåtna skydds- och begränsningsåtgärder, bland annat urinprovstagnning, avskiljning och generella förbud mot att ha mobiltelefoner. Det finns bestämmelser i lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga, LVU, som ger SiS-institutionerna möjlighet att vidta en rad tvångsåtgärder, exempelvis urinprov, vård i avskildhet och kroppsvisitation, men de gäller inte kommunalt eller enskilt drivna HVB. Det har Socialstyrelsen understrukit i vår kritik av dessa verksamheter.

Ett HVB måste visserligen ha ordningsregler för de ungdomar som vistas där, men reglerna får inte innebära inskränkningar i grundlagsskyddade fri- och rättigheter. Ibland godkänner ungdomar och deras vårdnadshavare exempelvis drogtester eller vistelser i avskildhet men ett samtycke kan inte gälla generellt utan måste prövas individuellt och för den särskilda situationen, och ungdomen måste informeras om sin rätt att avbryta åtgärden. Socialstyrelsen har krävt att de berörda verksamheterna säkerställer att otillåtna inskränkningar inte förekommer.

Integritetskränkande rutiner och ordningsregler utan lagstöd uppmärksammades även i tillsynen 2010. De verksamheter som då fick kritik har åtgärdat bristerna.

Ungdomarnas synpunkter

I samband med inspektionerna samtalade Socialstyrelsen med cirka 600 flickor och 1 500 pojkar. Pojkarna var fler eftersom fler pojkar är placerade på HVB, och många av dem är ensamkommande. Den bild som ungdomar-

na gav är i huvudsak positiv, men de uttryckte också missnöje med olika inslag i vården och bemötandet.

De ungdomar som var nöjda sa att personalen är bra och att de känner sig trygga samt upplever att de har inflytande och är delaktiga i sin egen vård och behandling. Personalen lyssnar på dem, visar dem respekt och finns tillhands dygnet runt. Enligt dem är det också lugnt och tryggt i boendet. Pojkarna och flickorna vet varför de är placerade, tycker att de får den hjälp de behöver och deltar i uppföljnings- och planeringsmöten. Ungdomarna berättade om sin vardag samt sa att de är nöjda med skola och fritidsaktiviteter och att de trivs på sitt HVB.

Ungdomarna gav generellt en nyanserad bild av hur de upplever vården. På ett boende för ensamkommande berättade barnen att de får vara med och bestämma om bland annat aktiviteter, och om de har idéer och förslag kan de ta upp det direkt med personalen eller på husmöten. På ett annat HVB uppgav pojkarna däremot att de inte kan påverka någonting och att de inte heller har deltagit i någon planering för sin egen vistelse. Där var ofta bråk i ungdomsgruppen och de kände sig otrygga och rädda. Samma ungdomar beskrev ledningen för HVB-verksamheten som auktoritär och upplevde att de blev dåligt bemötta. De uttryckte också att de hade långtråkigt. På ett annat boende tyckte ungdomarna att de flesta i personalen var lyhörda och visade att de bryr sig om ungdomarna, men att det också fanns personal som hellre umgicks med varandra. Många ungdomar i boenden för ensamkommande tog upp att de inte får tillräcklig tillgång till dator och internet. Det tycks vara ett stort vardagligt problem för dem.

Enligt en del ungdomar förekommer bråk i gruppen, men de tyckte oftast att personalen är uppmärksam och kan hantera de situationer som uppstår. Andra beskrev att gruppen är som en familj och att det aldrig är bråk eller slagsmål. Somliga tog upp att de finner vissa regler obegripliga eller inkonsekventa och att detta kan skapa osäkerhet och en känsla av orättvisa.

Många ungdomar som är missnöjda med sitt HVB sa att de inte känner till planeringen av sin vård och att de inte har fått läsa det som skrivits om dem. En del saknar förtroende för personalen och några anser att det är för lite personal, framför allt på kvällarna. De upplever ibland att det är oroligt i boendet och att de inte är trygga. De blir också missnöjda när de inte får gehör för sina synpunkter. Trots att det finns husmöten där alla ska få säga vad de tycker lyssnar inte personalen alltid.

Vissa ungdomar sa att det hade blivit bättre sedan tidigare inspektioner. En flicka sa: "Det är fet skillnad sedan ni var här sist."

Kartläggning av socialtjänstens samarbete med HVB

I samband med inspektionerna gjorde Socialstyrelsen en kartläggning av hur nämnderna bidrar till samverkan med HVB. Inspektörerna gjorde bedömningarna utifrån sina dokumentationsgranskningar och intervjuer med personalen och de ställde även frågor om socialtjänsten i samtalen med barnen och ungdomarna. Den sammantagna bedömningen är att majoriteten av de berörda nämnderna samarbetar med verksamheterna och att socialsekreterarna i allmänhet har kontakt med de placerade barnen.

Personalen var nöjd med samarbetet när socialsekreteraren deltog i möten och höll kontakten med barnet. En del kommuner har organiserat det så att samma socialsekreterare har ansvar för alla ungdomarna i ett HVB för ensamkommande barn. Den socialsekreteraren besöker boendet ofta, är känd av alla barnen och har enskilda samtal med dem.

Vissa verksamheter var missnöjda med att socialtjänsten inte lämnar information om barnen före placeringen och att de ”jobbar i egen fil”, det vill säga har kontakt med barnen men inte med personalen. Vidare var somliga kritiska till att socialsekreteraren inte kom på mötena och att det inte fungerade med stödet till barnen, till exempel inför utslussningen. De uttryckte också att den stora personalomsättningen inom socialtjänsten är ett problem för HVB-verksamheterna.

Samtalen med barn och ungdomar visade att de flesta känner sin socialsekreterare och har regelbunden kontakt med honom eller henne. Men en del ungdomar var besvikna på att socialsekreteraren är svår att nå och inte ringer upp när de försöker få kontakt.

Har ensamkommande barn det sämre än andra barn på HVB?

Antalet HVB för ensamkommande barn har ökat i takt med att fler, mestadels pojkar, kommer till Sverige. År 2011 anlände 2 657 barn och ungdomar utan sin vårdnadshavare och de flesta anvisades av Migrationsverket till en kommun med en överenskommelse om mottagande. I ”anvisningskommunen” tas de nyanlända barnen emot av socialtjänsten som i de flesta fall placerar dem på ett HVB i väntan på Migrationsverkets beslut om uppehållstillstånd. Anvisningskommunens socialtjänst ska sedan utreda barnets behov och fatta beslut om placering, på samma sätt som för andra barn som behöver bo utanför sitt eget hem. Dessutom är kraven på socialtjänsten desamma när det gäller att planera och följa vården för barn på HVB och i familjehem. Likaså ska ett boende som tar emot ensamkommande barn uppfylla de krav på HVB-verksamheter som framgår av lagar och föreskrifter.

Tillsynen 2010 visade att brister i rättssäkerhet och delaktighet oftare förekom i boenden för ensamkommande barn än i övriga HVB och att många verksamhetsansvariga inte visste att samma lagstiftning gäller för dem som för andra placerade barn. Det resultatet är inte helt jämförbart med vad som framkom i tillsynen 2011 eftersom granskningsområdena skiljer sig åt, men uppenbarligen finns det fortfarande kvalitetsskillnader. Skillnaderna är inte stora men genomgående. Bland annat har en mindre andel av de ensamkommande barnen genomförandeplaner som följs upp och de är i mindre grad delaktiga. För den gruppen har socialnämnden också något mindre samverkan med boendet och något sämre kontakt med den unge.

Socialstyrelsens inspektioner visar att kvaliteten varierar från boende till boende. Många HVB för ensamkommande barn uppfyller kraven i de delar som tillsynen omfattade och intrycket är att det generellt sett har blivit bättre. Kunskapen om bestämmelserna har ökat och brister som uppmärksammades i tidigare tillsyner har åtgärdats. I de flesta verksamheter ser personalen till att ensamkommande barn har en trygg tillvaro, ungdomarna blir väl bemötta och får hjälp och stöd och har struktur i sin vardag. Enligt Socialstyrelsen finns det dock fortfarande verksamheter som saknar kunskap om

vad som krävs av ett HVB, och som startade utan att de ansvariga eller personalen hade satt sig in i de gällande bestämmelserna. Socialstyrelsens inspektioner visar också att en del HVB saknar personal med tillräcklig kompetens för målgruppen. Det kan innebära att ungdomarna inte får komma till tals och vara delaktiga på det sätt de har rätt till samt att de inte får det stöd de behöver. En del erbjuds en sämre boendemiljö än andra barn på HVB. Vissa boenden för ensamkommande barn innehåller stora grupper och det kan finnas upp till 20 ungdomar i ett boende. En del tas också emot i lokaler som inte är ändamålsenliga. Det kan vara lokaler som har lämnats av andra verksamheter, före detta äldreboenden eller lägenheter som inte har gått att hyra ut på något annat sätt.

Bostäder med särskild service för barn eller ungdomar

Insats med särskild service enligt 9 § 8 LSS

Barn och ungdomar som ingår i personkretsen för lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) har rätt till insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS. Insatsen riktar sig till barn och ungdomar som trots olika stödåtgärder inte kan bo hos sina föräldrar. Insatsen kan utformas på flera sätt och omfatta barn och ungdomar med olika behov av omvårdnad.

Insatsen omfattar både familjehem och bostad med särskild service. Enligt den officiella statistiken var det 1 443 barn och ungdomar som hade en insats enligt 9 § 8 LSS den 1 oktober 2010. Av dessa bodde 99 i familjehem och 1 344 i en bostad med särskild service. Det finns en stor variation i boendenas utformning och i målgruppen för insatsen, men i huvudsak går det att utskilja tre grupper av barn och ungdomar som bor i bostad med särskild service:

- barn och ungdomar med omfattande behov av stöd och omvårdnadsinsatser under dygnets alla timmar
- barn och ungdomar med en funktionsnedsättning som leder till ett utagerande beteende
- barn och ungdomar som går i skolan på annan ort och därför behöver bo i en bostad med särskild service.

Genomförd tillsyn

Under 2011 inspekterade Socialstyrelsen 196 bostäder med särskild service för barn och ungdomar enligt 9 § 8 LSS. Av de granskade verksamheterna drevs 57 procent i offentlig regi och 43 procent var enskilda verksamheter. Socialstyrelsen gjorde både föranmälda och oanmälda inspektioner. 56 procent av de föranmälda resulterade i beslut med krav på att huvudmannen ska åtgärda brister, jämfört med 18 procent av de oanmälda tillsynsbesöken.

Huvudtema för den föranmälda tillsynen var under 2011 dokumentationen av genomförandet samt barnens och vårdnadshavarnas delaktighet. Granskningen gällde om det finns genomförandeplaner som följs upp och har ett innehåll som beskriver barnets behov av stöd, service och omvårdnad samt på vilket sätt detta ska genomföras. Vidare bedömde Socialstyrelsen om barn och vårdnadshavare är delaktiga i planeringen och genomförandet av insatsen och på vilket sätt barnen och ungdomarna görs delaktiga. I samband med inspektionen kunde vårdnadshavaren, eller en annan legal företrädare, besvara en enkät. Granskningen gäller till stor del dokumentationen men inspektörerna intervjuade även personal och samtalade med de barn som ville och hade möjlighet till det.

Den oanmälda tillsynen hade inget övergripande nationellt tema utan inspektörerna följde upp tidigare uppmärksammade brister och samtalade med de barn som ville och kunde. I vissa boenden var det svårt att få kontakt med barnen och ungdomarna vid oanmälda besök eftersom de blev oroad av att okända personer kom in i deras hem. Ibland ringer inspektörerna en kort stund innan inspektionen för att ge personalen en möjlighet att förbereda barnen. Det har också hänt att det inte alls varit lämpligt att göra ett oanmält besök. Trots dessa begränsningar ger inspektionerna en bild av hur barnen och ungdomarna har det.

Resultat

Planering i genomförandet dokumenteras för nästan alla barn

Socialstyrelsen uppmärksammade en del brister som ledde till krav på åtgärder, och de rör i huvudsak dokumentationen i genomförandet. Tillsynen omfattade en granskning av 624 akter med journaler, genomförandeplaner och annan dokumentation för lika många barn. Det visade sig att 95 procent av barnen i granskningen hade en genomförandeplan även om den inte alltid används som det är tänkt. Endast 72 procent av planerna följdes upp och det framgick inte alltid hur de beslutade insatserna skulle genomföras. De flesta planernas innehåll stämde helt eller delvis med de allmänna råden (SOSFS 2006:5), men cirka 10 procent bedömdes vara av sämre kvalitet.

Granskningen visade också brister i journalföringen i en mindre andel av boendena. Löpande journalanteckningar förs i de flesta boenden (88 procent), men inte alltid så att det går att se kopplingen mellan vad som skulle ske enligt genomförandeplanen och hur planerna förverkligades i barnets vardag. 12 procent av verksamheterna förde inte löpande journalanteckningar.

De flesta barn får vara delaktiga på det sätt som är möjligt för dem

Barn och ungdomar som bor i en bostad med särskild service har rätt att vara delaktiga i hur deras insats planeras och genomförs. De ska också få relevant information och möjlighet att framföra sina åsikter. I 54 procent av de granskade verksamheterna får barn och ungdomar alltid, eller i stort sett alltid, vara delaktiga i hur deras insats planeras och genomförs, och de får relevant information samt möjlighet att framföra sina åsikter. I 32 procent av fallen bedöms de vara delaktiga ibland, men i 14 procent av de granskade verksamheterna får barnen sällan eller aldrig denna rättighet tillgodosedd.

I vissa fall var det svårt för inspektörerna att bedöma hur barnen och ungdomarna själva upplever sin delaktighet, eftersom många barn och ungdomar saknar tal eller har en utvecklingsstörning som begränsar deras förmåga att förstå och att uttrycka sig. Ungdomar som har skolgång på en annan ort kan i de flesta fall framföra vad de tycker i ett samtal och får komma till tals. För barn med kommunikationssvårigheter sökte inspektörerna alternativa sätt att bedöma deras möjligheter att uttrycka sin vilja och påverka sin vardag. Inspektörerna försökte möta barnen utifrån deras individuella förutsättningar; exempelvis sitta med vid en måltid eller låta barnet visa upp sitt rum. De observerade också personalens samspel med barnen – hur barnen bemöts och hur personalen talar med dem – och den informationen kompletterades av vårdnadshavares eller gode mäns uppfattningar.

Den sammantagna bilden är att barnen i de flesta verksamheter får vara delaktiga på det sätt som är möjligt för dem, bland annat genom att personalen ”läser av” vad barnet vill. Ett exempel är ett barn som fick prova olika fritidsaktiviteter så att personalen genom att tolka barnets signaler skulle kunna avgöra vilken av aktiviteterna barnet uppskattade mest. Ett annat sätt är att kommunicera med barnet via bilder eller andra kommunikationsstöd. Många bostäder har tillgång till och kompetens för att använda olika metoder för kommunikation. Det finns dock verksamheter som saknar sådana hjälpmedel och som inte på samma sätt kan ge barnen förutsättningar att få information och komma till tals.

Barnens synpunkter

Inspektörerna anpassade samtalen med barnen efter deras förmåga och vad de ville tala om. Personalen och vårdnadshavarna bidrog också till bedömningen av hur barnen får uttrycka sin mening och påverka insatsens innehåll. Inom ramen för granskningen talade Socialstyrelsen med cirka 300 barn, något fler pojkar än flickor. De flesta av barnen bor i någon form av boende som är kopplat till en skola.

Barnen uttryckte generellt att de trivs bra och är nöjda med personal, skola, boende och fritidsaktiviteter. Personalen ger stöd och lyssnar. Ett av barnen sa att han är trygg i boendet och att trygg betyder ”... att kunna vara sig själv och vara avslappnad i kroppen”. En annan sa att trygg betyder ”... att ha någon att vända sig till”. Flera av barnen svarade med eftertryck att de trivs bra, att ”det finns inget bättre”. Många av barnen har flera olika fritidsaktiviteter och tillbringar som andra barn sin fritid i träningshallar eller träffar kompisar.

Det varierar dock i vilken grad barnen deltar i planeringen. Vissa känner inte till att det finns en planering för dem medan en del sa att de har pratat med sin kontaktperson om hur de vill ha det. Några berättade att de har varit med på planeringsmöten som rör dem själva och på husmöten. I vissa verksamheter hade inspektörerna inga barnsamtal men träffade ändå både barn och personal. De flesta verksamheter ger dock ett trivsamt intryck och barnen verkar vara trygga och tillfreds.

Vårdnadshavarna är nöjda

Socialstyrelsen skickade en enkät till alla vårdnadshavare med barn i de inspekterade boendena, och i förekommande fall till barnens gode män. Syftet var att komplettera bilden av barnens och ungdomarnas delaktighet. Svarsfrekvensen var hög i de flesta av de sex tillsynsregionerna och omdömena var övervägande positiva. Merparten av vårdnadshavarna uttryckte att de har förtroende för personalen och att deras barn får möjlighet att komma till tals och påverka sin vardag. De bjuds också in till planerings- och uppföljningsmöten i verksamheten och har därutöver kontakt med personalen via mejl och telefon.

De flesta som svarade på enkäten (86 procent) anser att verksamheten alltid eller ibland ger dem möjlighet att delta i planeringen och uppföljningen av barnets insatser.

Samverkan med nämnden brister i vissa verksamheter

Det är nämnden som beviljar barnet eller ungdomen insatser enligt 9 § 8 LSS och när barnet flyttar till en bostad med särskild service behöver verksamheten relevant information om flickan eller pojken. Inledningsvis är det viktigt att nämnden och boendet samverkar för att upprätta genomförandeplanen, och därefter är det angeläget att de har en kontinuerlig samverkan för att följa upp insatsen utifrån barnets behov. Det kan ske genom att verksamheten har uppföljningsmöten tillsammans med nämndens bistånds- eller LSS-handläggare.

Inspektionerna visar dock att det finns brister i samverkan, vilket bland annat kan leda till att barnet får insatser som inte stämmer med nämndens beslut. Samarbetet med handläggaren är betydelsefullt för både planeringen och uppföljningen av de individuella insatserna. Barn växer och behoven förändras, och nämnden måste följa varje barn för att kunna bedöma behov av nya insatser.

Tillsynen visade att 10 procent av verksamheterna inte hämtar in relevant information om de barn som flyttar in och att 16 procent inte har regelbundna uppföljningsmöten med nämndens representant. De flesta samverkar dock med nämnden i utformandet av genomförandeplanerna och har uppföljningsmöten med bistånds- eller LSS-handläggare.

Begränsningsåtgärder förekommer

Vissa verksamheter har andra kvalitetsbrister, bland annat när det gäller hur olika metoder används och om personalen har rätt kompetens för barnens behov. En del barn har svåra funktionsnedsättningar och en del har ett utagerande beteende som är svårt för omgivningen att hantera. Detta ställer stora krav på personalens kompetens och på flexibilitet och förmåga att reflektera över sitt sätt att arbeta.

Det förekommer att verksamheterna begränsar barns och ungdomars rörelsefrihet även om det inte är vanligt. Det kan handla om låsta dörrar eller grindar eller att ungdomar inte får tillgång till köket och andra gemensamma utrymmen. Ofta är förklaringen att barnen själva eller omgivningen behöver skyddas. Åtgärderna är dock inte alltid motiverade och dokumenteras inte i journalerna, och ibland finns åtgärden kvar trots att anledningen till den har

upphört. Alla verksamheter är heller inte medvetna om att en begränsning också drabbar de övriga i boendet – om köket är låst för att någon oavbrutet äter ur kylskåpet hindras även de andra från att på eget initiativ ta en smörgås. När Socialstyrelsen ifrågasätter sådana åtgärder har verksamheten oftast tänkt om och hittat nya lösningar. Inspektionerna har inte uppmärksammat några begränsningsåtgärder i form av så kallade nedläggningar eller ”time-out”.

Kvaliteten är överlag god, men det finns svaga punkter

De flesta boenden enligt 9 § 8 LSS ger barnen god omvårdnad, och tillsynen visar att barnen kan ha det bra även när det finns brister i dokumentationen. De flesta verksamheter har engagerad och kompetent personal samt en ledning som är lyhörd för Socialstyrelsens kritik och som genomför de förbättringar som krävs. Ett tecken på detta är att dokumentationen generellt sett har blivit bättre. Fortfarande finns enstaka verksamheter som inte har någon dokumentation alls eller otillräcklig sådan, men i allmänhet har verksamheterna tagit till sig tidigare påpekanden och kritik och utvecklat system för att hantera problemen. Socialstyrelsen har även noterat en spridningseffekt där boenden tar del av varandras kunskaper för att hitta former för en fungerande dokumentation.

Socialstyrelsen har också undersökt hur verksamheterna uppfyller lagens krav inom andra granskningsområden och ställt krav på att de ska åtgärda brister. Huvudmännen ska bland annat undvika frihetsinskränkningar och ha som rutin att göra registerkontroller. Därutöver ska de säkerställa att det finns tillräckligt med personal och att verksamheterna bedrivs inom ramen för det beviljade tillståndet. Tillsynen visar att en del boenden i anslutning till en skola (särskolegymnasium eller naturbruksgymnasium) inte är utformade enligt kraven i LSS när det gäller till exempel bemanning och lokaler. Sådana verksamheter, där barn bor endast under skolveckorna, känner inte alltid till att de ska följa samma bestämmelser som andra bostäder med särskild service för barn och ungdomar.

Det förekommer att barn bor i gruppboendestäder för vuxna, trots att det bryter mot bestämmelserna i LSS. Likaså finns barn med ett beslut enligt 9 § 8 LSS som bor långa tider i korttidsboenden trots att de är avsedda för tillfällig avlastning för föräldrar. I dessa boenden vistas de andra barnen i kortare perioder, vilket gör att barn som bor där stadigvarande inte får tillräcklig trygghet och kontinuitet. Tillsynen visar alltså att en insats enligt 9 § 8 LSS verkställs på varierande sätt och inte alltid i den form som lagen förskriver.

SiS Särskilda ungdomshem

Fakta om SiS och ungdomarna

Statens institutionsstyrelse (SiS) är en statlig myndighet som driver särskilda ungdomshem. Ungdomar placeras oftast enligt lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU). Kommunerna kan ansöka om plats på en SiS-institution för de ungdomar som de anser behöver särskild tillsyn och vård, ofta på grund av utagerande beteende, kriminalitet och missbruk. Ungdomar som är dömda enligt lagen (1998:603) om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) avtjänar denna påföljd på någon av SiS-institutionerna.

De särskilda ungdomshemmen har särskilda befogenheter som regleras i LVU. Det är bara SiS-institutioner som kan låsa in ungdomar och hålla dem kvar med tvång, och de kan även avskilja en inskriven ungdom som uppträder våldsamt eller är så påverkad att han eller hon inte kan hållas till ordningen. Avskiljning innebär att den unge placeras i ett särskilt rum, och det är en åtgärd som bara ska användas i undantagsfall. Om den intagnes speciella behov kräver det kan de särskilda ungdomshemmen även besluta om vård i enskildhet som får pågå i högst två månader. Andra särskilda befogenheter är kroppsvisitation, urinprov, telefoninskränkning och kontroll av brev och paket. Verksamheten ska motivera beslutet om de särskilda åtgärderna. Den unge ska få ta del av beslutet och har även rätt att överklaga en del av beslutet.

Genomförd tillsyn

Socialstyrelsen har inspekterat alla de 25 särskilda ungdomshemmen, mestadels flera avdelningar per institution. Tillsynen 2011 inriktades mot hanteringen av de särskilda befogenheterna, vilket var samma fokus som 2010. Socialstyrelsen granskade ett urval särskilda befogenheter per institution: beslut om placering på låsbar enhet, kroppsvisitation och ytlig kroppsbesiktning, provtagning, vård i enskildhet, avskiljning och granskning av brev och paket.

Resultat

Tillsynen omfattade granskning av dokumentation samt intervjuer med institutionsföreståndare och övrig personal. Därutöver samtalade inspektörerna även med sammanlagt cirka 270 ungdomar. Brister har konstaterades i 16 av sammanlagt 86 beslut och Socialstyrelsen har då krävt att institutionerna ska återrapportera vilka åtgärder de kommer att vidta.

Rättssäkerheten för unga har förbättrats

Avskiljning och vård i enskildhet är en allvarlig inskränkning i de enskilda ungdomarnas fri- och rättigheter och det finns därför lagregler som ska värna deras rättssäkerhet. Detsamma gäller beslut om vistelser på låsta enheter, visitationer och övriga befogenheter som SiS har. Socialstyrelsens tillsyn 2011 visar att SiS i huvudsak följer lagens bestämmelser, men att det finns

vissa brister som rör institutionernas sätt att dokumentera besluten och tillgodose ungdomarnas rättssäkerhet.

När det gäller beslut om vård vid en låsbar enhet, beslut om provtagning och andra inskränkningar i den unges fri- och rättigheter gäller förvaltningslagens regler [8]. Det innebär bland annat att beslutet ska motiveras och att den ungdom som är omhändertagen med stöd av LVU ska få veta vad som står i beslutet. Dessutom ska besluten fattas enligt en delegationsordning, av institutionschefen eller den som enligt arbetsordningen har beredskap. Beslutet ska signeras och den ungdom det gäller ska få information om det. Om beslutet går att överklaga ska han eller hon också informeras om sin rätt att göra det. Besluten och motiveringen ska dokumenteras i den unges personakt, och där ska det också stå att han eller hon har underrättats.

I en del verksamheter har besluten utformats och motiverats slentrianmässigt och innehåller inte en tydlig bedömning. Socialstyrelsen fann 14 beslut med brister i motivering och dokumentation, och har i 9 fall ställt krav på att SiS ska se till att den unge underrättas om beslutet. I vissa fall har SiS också vidtagit särskilda åtgärder utan lagstöd.

Socialstyrelsen har ställt krav på åtgärder i 19 procent av besluten, jämfört med 53 procent av besluten i 2010 års tillsyn som hade samma inriktning men byggde på färre inspektioner. Resultatet tyder på att SiS i större utsträckning tillgodoser barns och ungas rättigheter.

De särskilda ungdomshemmen är "särskilda" och olika

Ungdomar som bor på en institution har i stora delar förlorat kontrollen över sin vardag. Framför allt gäller det ungdomar på de särskilda ungdomshemmen, där miljön i många delar är just särskild och där de är extra utsatta på grund av de tvångsåtgärder och begränsningar som verksamheten kan använda. Deras vardag är styrd av rutiner och ramar och de har mycket begränsad egen kontroll. Att bemöta ungdomar i en sådan miljö ställer stora krav på personalen som måste anpassa sitt sätt att arbeta utifrån de förutsättningar som finns. Ungdomar på SiS-institutioner behöver i allmänhet mycket stöd och hjälp och många har ett beteende som ställer krav på personalens förmåga att bemöta och hantera dem. Det är viktigt att personalgruppen har ett förhållningssätt i arbetet som gör att de undviker frustrationer och aggressioner samt att de inte behöver ta till åtgärder som avskiljning. Därför har SiS utbildat personalen i metoder för att förebygga och hantera våld.

De 25 särskilda ungdomshemmen är olika eftersom ungdomarna som tas emot kan ha olika slags svårigheter som kräver specifika arbetssätt och särskild kompetens. Samtalen med ungdomarna visar att verksamheterna har kompetent personal som bemöter ungdomarna respektfullt och empatiskt, men att en del institutioner har brister i dessa avseenden.

Ungdomar på SiS-institutionerna är medvetna om sina rättigheter. De lämnar oftare enskilda klagomål till Socialstyrelsen än unga på andra HVB-verksamheter och ringer oftare till Socialstyrelsens barntelefon. Det är ett 020-nummer för placerade barn och unga där de kan nå en inspektör under dagtid, och övrig tid kan de mejla. Via barntelefonen kan de ställa frågor om sina rättigheter eller framföra klagomål om de upplever att de har blivit orätt behandlade.

Åtgärdade brister

SiS har åtgärdat de brister som Socialstyrelsen uppmärksammar. Ett exempel är Socialstyrelsens iakttagelse att institutionerna använde ”skyddsvisitering”, en form av kroppsvisitering, till exempel när ungdomar lämnade en verkstad för att se till att de inte tog med några verktyg. Sedan Socialstyrelsen påtalade detta har SiS ändrat sina riktlinjer och upphört med åtgärden.

I samband med 2010 års tillsyn kritiserades även ett par SiS-institutioner för att de använde metoden teckenekonomi på ett sätt som innebar bestraffningar av ungdomarna. Metoden går ut på att belöna och förstärka ett önskvärt beteende, och SiS har efter detta utarbetat riktlinjer för metoden.

Ungdomarnas synpunkter

På SiS-institutionerna är det generellt fler ungdomar som vill tala med inspektörerna än på övriga HVB. Många är positivt inställda till den institution där de är placerade. En del är mycket nöjda och uttrycker att det är bra stämning, bra personal och att de får hjälp med det de behöver. De känner sig också trygga, har förtroende för de vuxna och anser att de är delaktiga i den vård de får. Vidare har de forum för att föra fram sina åsikter och är nöjda med skola, fritidssysselsättningar och det stöd de kan få om de behöver sjukvård.

Det finns dock andra som är kritiska och missnöjda. En flicka uttryckte att hon inte kände förtroende för personalen och att personalen höll på med maktmissbruk med anledning av det belöningsystem (teckenekonomi) som används. Hon tyckte också att det kunde finnas mer personal. Det fanns också fler ungdomar som hade liknande synpunkter. I en verksamhet ansåg ungdomarna att personalen är ”kaxig” och hånfull och de kände sig inte trygga.

De flesta ungdomarna på de särskilda ungdomshemmen har blivit kroppsvisiterade och ytligt kroppsbesiktigade och de har också erfarenhet av drogtest, men det är få som har upplevt avskiljning. Samtalen visar inget genomgående missnöje med hur institutionerna hanterar sina särskilda befogenheter, utan ungdomarna uttrycker att personalen talar om vilka rättigheter de har och att befogenheterna bidrar till en säker miljö. Några uppgav dock att de inte fått veta att det hade fattats beslut om åtgärden och att kroppsvisitationen inte hade genomförts på ett respektfullt sätt. Inspektörerna frågade också om reglerna och ifall ungdomarna kan påverka dessa. En del anser att reglerna tillämpas olika av personalen och att de själva inte kan påverka dem.

Slutsatser – område vård och omsorg om barn och ungdomar

Socialstyrelsen har funnit brister i en fjärdedel av inspektionerna vid HVB-verksamheterna och i en tredjedel av boendena enligt 9 § 8 LSS, och ställt krav på att dessa brister ska åtgärdas.

SiS-institutionerna har fått krav på sig att åtgärda brister i en femtedel av besluten, men andelen inspektioner som visar brister var lägre än i 2010 års tillsyn för alla tre boendeformerna. Resultaten är dock inte helt jämförbara eftersom tillsynen 2011 hade ett annat fokus och de uppmärksammade bris-

terna avser olika granskningsområden, men det visar ändå på en positiv utveckling. Ungdomar har också sagt till inspektörerna att det har blivit bättre på det HVB där de bor.

Den kritiserade verksamheten har en viss tid på sig att redovisa hur bristerna har åtgärdats och Socialstyrelsen tar sedan ställning till om de vidtagna åtgärderna är tillräckliga. Om verksamheten inte rättar till en brist kan Socialstyrelsen besluta om att utfärda ett föreläggande.

I 2011 års tillsyn behövdes inga förelägganden, utan erfarenheterna från denna och tidigare tillsyner är att verksamheterna rättar till de brister som Socialstyrelsen uppmärksammar och använder tillsynsresultatet som ett bidrag till sin kvalitetsutveckling. Detta följer Socialstyrelsen upp genom de återkommande inspektionerna.

Socialstyrelsens åtgärder

Socialstyrelsen observerar att insatsen bostad med särskild service enligt 9 § 8 LSS omfattar ett stort spektrum av boendeformer som ska tillgodose olika behov hos barnen och ungdomarna men som ändå ska utformas enligt samma bestämmelser. Lagen beskriver hur insatsen ska utformas men insatsen används inte alltid som lagen avser. Socialstyrelsens tillsyn visar att det behövs en kartläggning av barn som har beslut om insatsen för att se var de får den verkställd.

Verksamheter som tar emot ensamkommande barn har genomgående sämre kvalitet än andra HVB i de granskade delarna. Mer än hälften (66 procent) av HVB-verksamheterna för ensamkommande barn drivs i kommunal regi och de har i större utsträckning brister än enskilda verksamheter. Frågan är om offentligt drivna verksamheter för ensamkommande barn har sämre kvalitet än enskilda verksamheter för samma målgrupp och vad detta i så fall beror på. Det kan finnas ett samband med de olika krav som ställs för att starta enskilda respektive offentliga verksamheter. Offentliga huvudmän kan till exempel påbörja verksamheten utan att först ansöka om tillstånd, men måste i stället anmäla verksamheten till Socialstyrelsen enligt 7 kap. 1 § SoL. De gör alltså ingen ansökan med följande prövning utifrån lagens kvalitetskrav, och därför är det först vid inspektionerna eller efter att en enskild gjort en anmälan om missförhållanden som Socialstyrelsen kan se vad som brister och kräva förbättringsåtgärder. Då har dock ungdomarna redan hunnit bo i verksamheten en tid.

År 2012 inriktar Socialstyrelsen tillsynen mot innehållet i vården och olika aspekter av kvalitet. Inspektionerna kommer att visa om de ensamkommande barnen har tillgång till fritidsaktiviteter, stöd i skolarbetet, ändamålsenliga lokaler, kompetent personal osv. i samma utsträckning som andra barn och unga på HVB, eller om det även i dessa avseenden finns kvalitetskillnader.

Liksom i tidigare granskningar är det en del verksamheter som inte kontrollerar alla nyanställda i belastnings- och misstankeregistret. Socialstyrelsen kommer också fortsättningsvis att följa hur HVB och boenden enligt 9 § 8 LSS uppfyller denna skyldighet som handlar om barns säkerhet och trygghet.

Ett annat område som Socialstyrelsen kommer att följa är hur boenden enligt 9 § 8 LSS och HVB tillgodoser barns och ungdomars behov av hälso- och sjukvårdsinsatser eftersom många barn med insatser enligt 9 § 8 LSS använder läkemedel och har stora sjukvårdsbehov. Tillsynen visar att både LSS- och HVB-verksamheter är osäkra på vilket ansvar de respektive hälso- och sjukvården har, och att de vill ha mer kunskap i detta. Kunskapsbrister hos boendepersonalen och inom hälso- och sjukvården kan få allvarliga konsekvenser, vilket har framgått i några enskilda klagomålsärenden. Barn har utsatts för skada eller risk för skada på grund av att bestämmelserna inte har följts. Socialstyrelsen överväger om det behövs ett meddelandeblad för rättsliga klargöranden om hälso- och sjukvårdsfrågor som rör barn i de olika boendena.

Barnperspektivet i tillsynen kommer till uttryck bland annat genom samtalerna med barn och ungdomar. Under 2011 talade inspektörerna med nästan 3 000 flickor och pojkar, och deras synpunkter är viktiga som bidrag till Socialstyrelsens bedömningar och till planeringen av kommande tillsyn. Det är också betydelsefullt att få en samlad bild av vad barn och ungdomar tycker om att bo på HVB respektive i en bostad enligt 9 § 8 LSS och vad de anser om tillsynen. Socialstyrelsen kommer att utveckla systemet för att ta tillvara barns och ungdomars röster på aggregerad nivå. Ett av Socialstyrelsens mål för 2012 är att förbättra systemet för att dokumentera och sammanställa synpunkter från de barn och unga som kommer till tals i tillsynen.

Sedan 2010 har Socialstyrelsen ett direktnummer för placerade barn och unga. Under 2011 ringde totalt 216 ungdomar, varav många ville ha hjälp med att komma i kontakt med socialtjänsten eller diskutera sina rättigheter. Dessa samtal hjälper också Socialstyrelsen att få en bild av hur barn och unga har det på HVB och ger kunskap som kan komma till nytta inför kommande tillsyn. Om samtalet visar att det finns missförhållanden på något HVB tas detta omhand vid en inspektion av verksamheten ifråga. Tyder samtalet på att en ungdom är utsatt på något sätt tar Socialstyrelsen genast kontakt med socialtjänsten, ibland som ett enskilt klagomålsärende.

Tillsynen har stort fokus på hur barns och ungas rättigheter tillgodoses, bland annat att de inte utsätts för någon form av kränkande behandling eftersom verksamheternas metoder kan ha sådana inslag. Vissa HVB, men även SiS-institutionerna, arbetar med teckenekonomi och tillsynen visar att metoden ibland används på ett sätt som innebär bestraffningar. Bland annat har ungdomar beskrivit det så i samtalerna med inspektörerna. Socialstyrelsen har påtalat sådana brister för de berörda verksamheterna och har även inlett ett projekt för att fördjupa kunskapen om metoden. Syftet är att visa hur teckenekonomi ska användas som en behandlingsinsats samt att klargöra det vetenskapliga belägget för metoden och de juridiska utgångspunkterna för hur den får användas på HVB.

SiS LVM-hem

SiS är huvudman för de elva LVM-hem som finns. De flesta som är inskrivna på LVM-hemmen vårdas enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Tvångsvårdens syfte är att motivera missbrukaren så att han eller hon kan ta emot fortsatt behandling eller stöd för att komma ifrån sitt missbruk.

Beslut om tvångsvård fattas enligt 4 § LVM eller, när det finns skäl för ett omedelbart omhändertagande, enligt 13 § LVM. Så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården ska SiS besluta att den intagne vårdas i andra former, en så kallad paragraf 27-placering.

Innan 2010 hade SiS själv ansvaret för att granska de egna verksamheterna och Socialstyrelsen hade tillsyn över den hälso- och sjukvård som bedrevs i SiS verksamhet. Den 1 januari 2010 tog dock Socialstyrelsen över ansvaret för tillsyn över socialtjänsten och fick då även ansvaret för tillsyn av SiS verksamheter i sin helhet. Samma år beslutade Socialstyrelsen att genomföra en nationell tillsyn av landets samtliga LVM-hem och att resultaten av granskningen skulle presenteras i en rapport.

Genomförd tillsyn

Enligt beslutet från 2010 genomförde Socialstyrelsen under 2011 tillsyn av landets samtliga LVM hem [9]. Granskningen omfattade

- LVM-behandlingens innehåll
- den medicinska vårdens innehåll
- särskilda befogenheter
- dokumentation
- delaktighet.

Tillsynen skulle ge svar på hur klientens behov av hälso- och sjukvård (inklusive tandvård) tillgodoses under placeringstiden. Dessutom ville myndigheten ha svar på huruvida behandlingsinnehållet är anpassat till klienternas individuella förutsättningar att tillgodogöra sig den, om de får vara delaktiga i utformningen av vården och behandlingen, om tvångsåtgärder används i enlighet med lagstiftningen samt i vilken omfattning vården följs upp i enlighet med lagarna.

Målet med tillsynsprojektet var att få en effektiv och ändamålsenlig tillsyn med en enhetlig granskning i hela landet. Resultatet skulle kunna utgöra en grund för framtida tillsyn som bidrar till säkrare vård.

Inspektionerna genomfördes av inspektörer med socialtjänst- respektive hälso- och sjukvårdskompetens. Vid inspektionen gjordes en gruppintervju med institutionschefen och personalrepresentanter från olika enheter på LVM-hemmet, fördelade utifrån olika yrkeskategorier. Akter och journaler granskades enligt en färdig granskningsmall och inspektörerna intervjuade också en del av de placerade. Inspektionen avslutades med en kort återföring av Socialstyrelsens iakttagelser.

Slutsatser

Socialstyrelsen identifierade flera brister i följande områden som SiS ska förbättra och utveckla:

- Dokumentation behöver bli bättre, både den sociala dokumentationen och hälso- och sjukvårdsdokumentationen.
- Det självmordsförebyggande arbetet behöver spridas så att satsningen når ut till hela verksamheten och arbetet utvecklas vidare.
- Läkemedelshanteringen, delegeringen och ordinationerna ska följa de generella direktiven.
- Det ska finnas ändamålsenliga lokaler så att den enskilde kan få vård i enskildhet om det behövs.

Samtidigt konstaterar Socialstyrelsen att LVM-vården gör många goda insatser. SiS har också ett kvalitets- och utvecklingsarbete och tillsynen visar flera exempel på en positiv utveckling. Bland annat har SiS utvecklat metoder och strategier för att förebygga hot och konfliktsituationer. Inom många områden har SiS utarbetat centrala rutiner, men de behöver förankras och följas upp för att få avsedd effekt.

Samtidigt har Socialstyrelsen också uppmärksammat brister på centrala områden såsom hälso- och sjukvårdsinsatser, självmordsprevention, sociala insatser (till exempel behandlingsplanering och samverkan med socialtjänsten) och rättsäkerhet (genom att inte informera de intagna om beslut enligt LVM-hemmens särskilda befogenheter).

Många människor som vårdas enligt LVM befinner sig i en utsatt situation, vilket ställer särskilda krav på att vård- och behandlingsarbetet håller hög kvalitet. Det faktum att LVM-vården är en tvångsvård innebär också att rättssäkerhetsfrågorna är framträdande och därför är det viktigt att förbättra arbetet med dem.

I granskningen har Socialstyrelsen även identifierat följande områden som kan vara aktuella för framtida tillsynsinsatser:

- samverkan med socialtjänsten, under vårdtid och i samband med § 27-placeringar
- effekten av SiS kompetenssatsning angående självmordförebyggande arbete
- vårdkedjan, till exempel den med LVM-hemmen, socialtjänsten, beroendeklinikerna och psykiatriska öppenvården
- dokumentationen avseende genomförda insatser
- besluten enligt särskilda befogenheter, genom att granska andra typer av beslut än de som ingick i tillsynen 2011 samt följa upp beslut angående vård i enskildhet.

Åtgärder

Socialstyrelsen har ställt krav på att verksamheter med brister ska vidta åtgärder. De uppmärksammade bristerna har redovisats till verksamheterna vid inspektionstillfällena och senare via beslut till LVM-hemmen. Resultatet har även redovisats till representanter för SiS på central nivå. Dessutom har Socialstyrelsen lämnat förslag på framtida tillsynsområden.

Socialstyrelsen har ställt krav på att verksamheterna ska

- upprätta rutiner för anmälan enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen
- säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournalen
- se till att verksamhetens beslut om särskilda befogenheter följer villkoren
- revidera läkemedelsordinationer enligt generella direktiv så att de överensstämmer med gällande föreskrifter.

De granskade LVM-hemmen har lämnat en redogörelse för vilka åtgärder som de har vidtagit. I de fall dessa åtgärder inte har bedömts vara tillräckliga, har Socialstyrelsen ställt ytterligare krav tills förväntade resultat har uppnåtts.

Blodcentraler och vävnadsinrättningar

Fakta

Kvalitets- och säkerhetsaspekter på hanteringen av blod regleras av Europaparlamentet och rådets direktiv 2002/98/EG om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för insamling, kontroll, framställning, förvaring och distribution av humanblod och blodkomponenter.

För vävnader och celler finns ett motsvarande direktiv, 2004/23/EG om fastställande av kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Alla medlemsstater inom EU har förbundit sig att följa dessa direktiv som ska bidra till att garantera samma kvalitet och säkerhet inom hela EU. Det europeiska samarbetet innebär möten fyra gånger per år i kommissionens regi, där deltagarna diskuterar gemensamma frågor kring blod- och vävnadshantering.

De verksamheter som i Sverige ska hantera blod respektive vävnader och celler måste ha tillstånd för detta av Socialstyrelsen. Tillståndet förlängs efter Socialstyrelsens inspektion som är författningsstyrd och ska genomföras minst vartannat år.

Blodhantering är en process som omfattar många moment från givaren till patienten. Säkerheten i processens alla delar måste vara hög eftersom varje fel kan få allvarliga konsekvenser för den patient som ska få blod. Blodverksamheten är också strikt reglerad för att garantera kvalitet och säkerhet i verksamheten (se faktaruta).

Socialstyrelsens tillsyn av blodverksamheter har pågått sedan 2007, och tillsynen av vävnadsinrättningar påbörjades 2010 med målet att alla vävnadsinrättningar skulle vara inspekterade vid årsskiftet 2011/2012.

Genomförd tillsyn

I dag finns 52 vävnadsinrättningar och 28 blodcentraler i Sverige. Flera enheter på olika orter kan ingå i en verksamhet, och under 2011 inspekterade Socialstyrelsen sammanlagt 48 enheter med vävnadsverksamhet (43 vävnadsinrättningar) och 21 blodcentraler (se tabell 8).

Tillsynen av blodcentraler har liksom föregående år inriktats på informationen till blodgivarna, för blodcentralerna ska förvissa sig om att blodgivarna förstår och tar ansvar för när det är olämpligt att ge blod.

Verksamheterna vid vävnadsinrättningar omfattar all hantering av mänskliga vävnader och celler som ska användas i medicinskt syfte på människor. Det handlar om flera olika typer av vävnader och celler (blodbildande stamceller, könsceller, hjärtklaffar, hornhinnor, hud och ben) och donatorerna är levande eller avlidna personer beroende på vävnad. Säkerheten i hela processen, från donation till användning av mänskliga vävnader, måste vara hög eftersom varje fel kan få allvarliga konsekvenser för den patient som är mottagare.

2011 års tillsyn av vävnadsinrättningar var den första, och den var inriktad på en övergripande tillsyn av kvalitetsledningssystem, kraven på egenkontroll och uppföljning, spårbarhet, avvikelshantering samt ansvarsfördelning.

Tabell 8. Antal verksamheter som inspekterats och antal beslut om förlängt tillstånd för verksamheten, år 2011

Verksamhet	Inspekterade	Beslut om förlängt tillstånd
Blodverksamhet	12	12
Vävnadsinrättning	43	33*

*Övriga inspekterade verksamheter har ännu tid på sig att åtgärda påpekade brister, innan tillståndet kan förlängas.

Under 2011 fattade Socialstyrelsen sammanlagt 45 beslut efter inspektioner, varav 12 rörde blodcentraler. Tillsynen visar därmed att blodcentralerna uppfyller kravet på full spårbarhet för varje blodkomponent. Ett fokusområde för tillsynen under andra halvåret 2011 var hur blodcentralerna hanterar överföring av resultat från de sållningstester som utförs av ett annat laboratorium. Detta arbete kommer att fortgå under delar av 2012.

Socialstyrelsens tillsyn av landets vävnadsinrättningar fortsatte under 2011 med totalt 33 fattade beslut. Myndigheten granskade särskilt vävnadsinrättningarnas ledningssystem.

Slutsatser

De flesta vävnadsinrättningar inom laboratorieverksamheten och de som hanterar könsceller (IVF-kliniker) har erfarenhet av kvalitetsledningssystem och är antingen certifierade eller ackrediterade med väl fungerande avvikelshantering och egenuppföljning. De brister som Socialstyrelsen har påpekat gäller i stället avsaknad av skriftliga avtal som gäller ansvarsförhållandet mellan vävnadsinrättningen och de verksamheter som utför delar av vävnadshanteringen.

Många av vävnadsinrättningarna hanterar ben som ska användas i samband med framför allt höftproteskirurgi. Dessa ortopedkliniker har lång erfarenhet av att använda allogen benvävnad men mindre erfarenhet av kraven på egenuppföljning och avvikelshantering samt de höjda kraven på spår-

barhet mellan donator och mottagare som ställs enligt direktivet och Socialstyrelsens föreskrifter.

Tillsynen omfattar även de avvikande händelser och eventuella biverkningar som rapporteras från verksamheterna. Slutsatsen av denna tillsyn är att blodcentralerna har väl fungerande kvalitetssystem som bidrar till att de upptäcker potentiella risker i tid och innan blodet lämnar blodcentralen. För vävnadsinrättningar är det fortfarande en nyhet att rapportera avvikande händelser och biverkningar till Socialstyrelsen även om dessa noteras i verksamhetens eget avvikelshanteringssystem.

Åtgärder

Vid inspektionerna påpekade Socialstyrelsen en del brister i informationen till blodgivarna, men samtliga blodcentraler har nu åtgärdat dessa brister. Socialstyrelsen har också krävt att blodcentralerna ställer uppföljningsfrågor till blodgivarna vid varje blodgivning, och vissa har därför anpassat lokalerna för att säkerställa bevarandet av givarnas integritet, så att inte väntande givare ska höra vad som diskuteras. Då blodverksamheterna medgivits dispens från att följa den del i föreskriften avseende 12 månaders karens för en man som haft sexuellt umgänge med en man, så blev denna del inte föremål för årets tillsyn utan man avvaktade den handlingsplan verksamheterna uppmanats skicka in.

Socialstyrelsen krävde en del åtgärder från vävnadsinrättningar, framför allt att de skulle teckna avtal eller överenskommelser för de situationer där vävnadsinrättningarna inte själva utför alla moment i hanteringen av vävnaden. Det kan till exempel gälla tillvaratagandet av vävnader från avlidna donatorer där en annan verksamhet ansvarar för donatorns lämplighet och ser till att donatorn har gett sitt medgivande. I andra situationer gäller det levande donatorer som behandlas med hormonstimulering före donation (ägg- och stamcellsdonatorer). Om detta utförs av en annan verksamhet har vi också krävt att inrättningen tar fram ett skriftligt avtal eller en överenskommelse som tydliggör ansvarsfördelningen.

En del vävnadsinrättningar hade brister i sin egenuppföljning, och kravet på dem är att redovisa minst en genomförd egen uppföljning samt en plan för regelbundna fortsatta uppföljningar.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att kraven på åtgärder har höjt kvaliteten hos samtliga vävnadsinrättningar, och de innebär också en ökad patientsäkerhet.

Specifika tillsynsinsatser

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen resultaten från 2011 års tillsyn som var riktad mot SOS Alarm samt akutmottagningarna vid landets olika sjukhus. Kapitlet innehåller också en beskrivning av myndighetens tillsynsinsatser när det gäller arbetet med ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet inom hälso- och sjukvården, och det avslutas med en beskrivning av den tillsyn som gällde universitetssjukhusens arbete med informationssäkerhet.

SOS Alarm

SOS Alarms huvuduppgift är att på uppdrag av staten ansvara för nödnumret 112. Varje år tar SOS Alarm emot cirka 20 miljoner larmsamtal, av vilka ungefär 1,7 miljoner är vårdsamtal och knappt en miljon resulterar i en ambulanstransport.

Utifrån det inkomna samtalet bedömer och analyserar SOS Alarm behovet av hjälp för att snabbt kunna utföra rätt åtgärd och samordna olika resurser. I detta syfte samarbetar SOS Alarm med räddningstjänst och ambulans men har även kontakt med polisen, fjäll- och sjöräddning och andra hjälpinstanser.

Det är en 112-operatör som svarar på samtalet och avgör om det är ett vårdärende, och operatören kopplar sedan samtalet vidare till den som bedömer vårdbehovet och bestämmer prioriteringsgraden. Oftast är det en sjuksköterska inom SOS Alarm men inom vissa landsting är det en annan vårdgivare som prioriterar och dirigerar ambulanser, MedHelp.

I somliga landsting kopplas samtalen till högre medicinsk kompetens i form av en sjuksköterska på sjukvårdsrådgivningen 1177. Detta ställer stora krav på intern och extern samverkan, och den som ska avgöra allvarlighetsgraden måste vara lyhörd samt ha hög kompetens.

Genomförd tillsyn

Det generella syftet med Socialstyrelsens samlade tillsyn av SOS Alarm var att granska följande:

- Vårdgivaren ska, enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL, utreda händelser för att kartlägga händelseförloppen och vilka faktorer som har påverkat dessa samt göra en riskbedömning utifrån den samlade bilden av händelserna. Vårdgivaren ska också vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.
- Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete samt 5 kap. och 3 kap. PSL ska vårdgivaren själv ha kontroll över kvaliteten i de bedömningar

av vårdbehov som görs vid SOS Alarm samt säkerställa att personalen följer det medicinska beslutsstödet och har den kompetens som behövs.

- Socialstyrelsen ska få en nationell bild av de anmälningar som rör SOS Alarm.
- Socialstyrelsen ska lyfta fram ett problemområde från ett stort antal ärenden för att få större effekt av tillsynen samt förenkla handläggningen av enskilda ärenden.
- Budskapet och beslutet till SOS Alarm ska bli enhetligt från alla regioner och få genomslag på alla SOS-centraler.

Under perioden oktober 2010 till oktober 2011 fick Socialstyrelsen in 52 anmälningar från hela landet som rör SOS Alarm [10]. 45 anmälningar kom från enskilda personer och sju var lex Maria-anmälningar.

Eftersom anmälningarna är så många genomför Socialstyrelsen en övergripande nationell tillsyn av verksamheten. Fokus för tillsynen är bland annat hur vårdgivaren säkerställer att samtalen bedöms och prioriteras på ett patientsäkert sätt, hur vårdgivaren säkerställer personalens kompetens samt hur vårdgivaren sköter sin egenkontroll.

Syftet med den samlade tillsynen av SOS Alarm är även att granska att vårdgivaren utreder anmälda händelser och gör en riskbedömning utifrån den samlade bilden av händelserna. Vårdgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att patienter inte ska drabbas av vårdskador.

Den övergripande nationella tillsynen bidrar även till att Socialstyrelsen får en samlad bild av anmälningarna rörande SOS Alarm. Myndigheten har också möjlighet att lyfta fram ett problemområde från ett stort antal ärenden för att få större effekt av tillsynen samt för att förenkla handläggningen av enskilda ärenden. Dessutom blir budskapet till SOS Alarm enhetligt från alla regioner och får genomslag på alla SOS-centraler.

De enskilda besluten i varje ärende bygger på inkomna handlingar, inspektioner eller beslut i befintliga och tidigare ärenden som har betydelse för problemområdet och bedömningen.

Slutsatser

Socialstyrelsen har utrett flera klagomål riktade mot SOS Alarm. Klagomålen gäller framför allt långa väntetider på ambulans eller utebliven ambulanstransport. Socialstyrelsen kan konstatera att det finns allvarliga brister som bland annat handlar om bedömning och prioritering av ambulansbehovet, personalens kompetens, samverkan mellan personalgrupper och mellan olika vårdgivare samt verksamhetens egenkontroll.

Vissa av de aktuella händelserna som klagomålen bygger på har varit av sådan allvarlig karaktär att de har medfört livshotande vårdskador, i vissa fall med dödlig utgång, medan andra har bedömts medföra risk för vårdskada. Granskningen visar även att vissa av de anmälda händelserna inte medförde några risker eller brister i handläggningen.

Enligt vårdgivaren beror de flesta uppmärksammade bristerna på att larmoperatören eller sjuksköterskan inte förstod graden av allvar i det inkomna samtalet och att det i första hand rör sig om kommunikationsproblem

och intervjumetodik. I vissa fall har det dock handlat om att den berörda personalen inte kunde hitta adressen.

Åtgärder

Tillsynsinsatsen pågår fortfarande, men utifrån resultatet av den hittills genomförda granskningen, har Socialstyrelsen fokuserat på att SOS Alarm måste komma till rätta med de konstaterade bristerna.

Myndigheten kommer att genomföra nya inspektioner under 2012 för att kontrollera att de uppmärksammade bristerna verkligen åtgärdas samt att SOS Alarm fortsätter sitt systematiska patientsäkerhetsarbete och gör de uppföljningar som krävs.

Akutmottagningar

Akutmottagningen är en central och omfattande del av vården, som i princip tar hand om all oplanerad vård. På så sätt omfattar verksamheten också alla vårdområden som bedrivs vid sjukhuset.

Det finns ingen nationell sammanställning över akutsjukvårdens insatser, men Socialstyrelsen har gjort en översiktlig beräkning av det sammanlagda årliga antalet besök vid akutmottagningarna och uppskattar att det gäller cirka 1,8 miljoner besök [11].

En viktig del i akutsjukvårdens insatser handlar om bedömning/prioritering/triagering (b/p/t) och Socialstyrelsens tillsyn har haft ett tydligt fokus på ärenden som är relaterade till akutmottagningarnas användning av triageringssystem (se faktaruta nedan).

Fakta om triage

Triage innebär att patienter på en akutmottagning systematiskt delas in i kategorier utifrån medicinsk angelägenhetsgrad. Det vill säga en bedömning av hur snabbt patienten behöver tas om hand med hänsyn till sitt hälsotillstånd. Den vetenskapliga basen för olika triagesystem är dock bristfällig.

Källa: Statens beredning för medicinsk utvärdering. *Triage och flödesprocesser på akutmottagningen*. SBU-rapport nr 197. SBU 2010

I Tillsynsrapport 2011 konstaterade Socialstyrelsen att triagemetoderna för att kategorisera patienter inte alltid tillämpas på ett patientsäkert sätt utan de används snarare som styrinstrument än som stödrutiner. Personalen ser inte till helheten och patientens kliniska bild, utan litar mer på triage än på sin uppfattning av patienten. En sakkunnig och omsorgsfull vård innebär dock att personalen alltid ska lita på och gå vidare med den allvarligaste signalen i helhetsbedömningen. Socialstyrelsen påpekade även att det saknas en djupare analys som visar om resurserna och rutinerna är anpassade till verksamhetens behov.

Bland de åtgärder som Socialstyrelsen vidtog med anledning av uppmärksammade brister återfanns bland annat ett påpekande gällande behovet att följa upp systemet med triage.

Genomförd tillsyn

Under sommaren 2011 gjorde Socialstyrelsen en egeninitierad nationell tillsynsinsats i form av oanmälda inspektioner vid 29 av de cirka 70 akutmottagningar som finns i landet. Detta innebär att samtliga sex regionala tillsynsenheter deltog i inspektionerna runtom i landet och att tillsynsenheterna själva ansvarade för tillsynen inom sitt område. Granskningen berörde tre huvudsakliga områden: lokaler, kompetens och egenkontroll.

Frågeställningarna handlade om huruvida lokalerna medger att bedömning/prioritering/triagering kan utföras på ett patientsäkert sätt eller inte, hur och med vilken kompetens detta utförs samt om det finns en fungerande egenkontroll av verksamheten eller inte.

Slutsatser

Socialstyrelsen drar följande slutsatser från det som framkom vid inspektionerna:

- På flera mottagningar fanns brister i lokalerna, både när det gäller patienternas möjlighet till integritet och personalens möjlighet att hålla uppsikt över sina patienter.
- På ungefär hälften av de inspekterade akutmottagningarna upptäcktes brister som rör personalens kompetens. I huvudsak handlade det om att icke legitimerad personal utan nödvändig erfarenhet utförde bedömning, prioritering och triagering.
- På de flesta mottagningar fanns brister i egenkontroll av kvaliteten och/eller i återföring av egenkontrollens analys och slutsatser till den berörda personalen. Det handlade till exempel om arbetet med avvikelser och med att mäta och förbättra kvaliteten i verksamheten.

Åtgärder

De 29 akutmottagningarna som var föremål för de riktade inspektionerna har fått beslut från Socialstyrelsen, vilket i flera fall innebär konkreta krav på åtgärder. I specifika fall, till exempel i granskningen av de ärenden som berör tillsynsregion Öst/Stockholm, ska mottagningarna säkerställa att triagering utförs av legitimerad personal.

Därutöver har Socialstyrelsen framfört krav på att det ska finnas planer för personalens kompetensutveckling och att det finns rutiner för hur resultatet av egenkontrollen ska dokumenteras och återföras till de berörda personerna.

Vårdgivarna har en viss tid på sig att redovisa hur de konkret har hanterat bristerna samt hur de ska följa upp resultatet av dessa åtgärder.

Vårdgivarnas ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Socialstyrelsens vårdskademätning inom somatisk slutenvård 2007 [12] visade att 8,6 procent av de vårdade patienterna drabbades av vårdskador som hade kunnat undvikas. Dessa skador ledde till att patienterna vårdades i 630 000 extra vårddygn till en kostnad som motsvarade 10 procent av kostnaden för alla vårddygn.

Som en följd av vårdskademätningens resultat beslutade Socialstyrelsen 2008 att göra en nationell granskning av vårdgivarnas patientsäkerhetsarbete. Alla landsting samt Carema Sjukvård AB och Praktikertjänst AB berördes av inspektionerna som myndigheten genomförde under 2009 och 2010. Resultaten av granskningen redovisades 2011, vilket är anledningen till att de redovisas här. [13].

lakttagelser i sammanfattning

Socialstyrelsens granskning visar att:

- Det är ett glapp mellan vad vårdgivarna redovisar och hur verksamhetschefer och personal upplever hur styrning och ledning av patientsäkerhetsarbetet genomförs.
- Patientsäkerhetsarbete pågår i olika omfattning hos vårdgivarna men det måste styras och struktureras bättre och fler metoder kan användas.
- Systematisk uppföljning av patientsäkerhetsarbetet saknas hos de flesta vårdgivare och där det fanns återförs inte resultaten till alla nivåer inom vårdgivarens organisation.
- Patientsäkerhetskulturen måste utvecklas dvs. det måste finnas gemensamma förhållningssätt och attityder när det gäller varför arbetet med patientsäkerhet ska bedrivas och hur det ska genomföras.

Genomförd tillsyn

Den genomförda tillsynen av vårdgivarnas ledningssystem har skett utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Enligt föreskrifterna ska vårdgivarna

- fastställa övergripande mål för det systematiska kvalitetsarbetet och kontinuerligt följa upp och utvärdera målen
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet för varje verksamhet är ändamålsenligt med mål, organisation, rutiner, metoder och vårdprocesser som säkerställer kvaliteten
- ge direktiv och säkerställa att ledningssystemet inom ansvarsområdet är utformat så att vårdprocesserna fungerar verksamhetsöverskridande.

Det övergripande syftet med tillsynen var att tydliggöra vårdgivarnas ansvar för att minska antalet vårdskador med ett effektivt patientsäkerhetsarbete.

Med vårdgivare avses i detta sammanhang den nämnd eller styrelse som ansvarar för hälso- och sjukvården inom respektive landsting eller region. Inom enskild hälso- och sjukvård avses aktörer såsom Carema Sjukvård AB.

Tillsynsinsatsen ska bidra till att ytterligare stärka hälso- och sjukvårdens arbete med att förebygga vårdskador och eliminera risker genom att

- tydliggöra vårdgivarbegreppet
- granska uppbyggnaden av vårdgivarens patientsäkerhetssystem från vårdgivarnivån och nedåt i organisationen, både i teorin och i praktiken
- uppmärksamma vårdgivarna på deras ansvar för patientsäkerhetsarbetet och på eventuella brister
- ställa tydliga krav på vårdgivarna avseende de åtgärder som krävs för att ledningssystemet för kvalitet och patientsäkerhet ska fungera optimalt och i enlighet med föreskrifterna
- återföra resultaten på ett sådant sätt att det gynnar hela hälso- och sjukvården.

I oktober 2008 informerade Socialstyrelsen de berörda vårdgivarna (landstingsstyrelser, regionstyrelser och de privata vårdgivarnas styrelser) om vårdskademätningen och den planerade tillsynen, och i februari 2009 fick de svara på en enkät om sina ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Under 2009 och 2010 gjordes etappvis inspektioner hos en vårdgivare i taget. Vid dessa inspektioner genomfördes gruppintervjuer med verksamhetschefer och personalrepresentanter från somatisk och psykiatrisk specialistsjukvård och primärvård för att se vad de visste om ledningssystemet och hur patientsäkerhetsarbetet fungerade i praktiken.

När intervjuerna hade sammanställts fick vårdgivarna en muntlig återkoppling av tillsynsresultatet. Sedan fick de även ett skriftligt beslut som i vissa fall innehöll krav på åtgärder och återrapporering.

Enligt vårdgivarnas enkätsvar från februari 2009 bedömde 18 vårdgivare att de hade ett ledningssystem för patientsäkerhetsarbete, medan sex svarade nej och en vårdgivare svarade att de arbetade med saken. De patientsäkerhetsrisker som vårdgivarna nämnde i enkätsvaren var

- minskade ekonomiska resurser
- försämrad personalkontinuitet och problem med läkarbemanning
- överbeläggningar och utlokaliserade patienter
- vårdrelaterade infektioner
- läkemedelshantering och dokumentation av läkemedelsordinationer
- kommunikation och informationsöverföring
- samverkan internt och externt
- bristande följsamhet till rutiner
- bristande tillgänglighet.
- Även verksamhetschefer och personal angav dessa patientsäkerhetsrisker vid gruppsamtalen men de nämnde också flera andra, bland annat
- vårdgarantin som tränger undan ”kroniskt sjuka och patienter i behov av ”uppföljning”
- dålig organisation för multisjuka äldre

- kompetensbrister
- datajournalssystem, speciellt läkemedelsmoduler
- remiss- och provsvarshantering
- språk och kultur.

Framför allt personalen men även många verksamhetschefer var osäkra på vad begreppet vårdgivare stod för, vilket ansvar vårdgivaren har och vilka riktlinjer som finns för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet. Hur detta arbete i praktiken utfördes varierade mellan olika verksamheter hos samma vårdgivare, ofta beroende på intresset hos verksamhetschefer och personal.

Slutsatser

Tillsynsresultaten visar att i de fall vårdgivarna har ett ledningssystem för styrning och ledning av kvalitet och patientsäkerhet är detta inte strukturerat, uppdaterat, ändamålsenligt eller känt i delar av organisationen. Många vårdgivare har också överlåtit i princip all ansvar för patientsäkerhetsarbetet till tjänstemannanivån, men det är oklart vad som gäller om ansvarsfördelning och befogenheter.

Vidare saknas tydliga stödfunktioner för patientsäkerhetsarbetet, det finns brister i den interna och externa samverkan och rutinerna för att hantera avvikelser fungerar inte optimalt. Kunskapen om vårdskadornas omfattning och konsekvenser är också låg och få åtgärder vidtas utifrån de risker som redan har identifierats.

Slutligen visar tillsynen att det saknas en systematisk uppföljning av patientsäkerhetsarbetet, eller att uppföljningarna i huvudsak fokuserar på kvantitet. Dessutom finns brister i återkopplingen till personal på alla nivåer i organisationerna.

Åtgärder

Socialstyrelsen har krävt skriftlig redovisning från alla granskade vårdgivare, utom en, för att se vilka beslut de har fattat för att upprätta eller förbättra ett övergripande ledningssystem för att styra kvalitet och patientsäkerhet i enlighet med de gällande föreskrifterna. Socialstyrelsen har också ställt krav på åtgärder till samtliga vårdgivare. De flesta har först fått redovisa en plan för hur de konstaterade brister ska åtgärdas och därefter visa vilka delar i planen som har genomförts. Exempel på krav som har ställts är att

- ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet ska fastställas eller uppdateras
- ledningssystemet ska vara väl känt och lättillgängligt för verksamhetschefer och personal
- ledningssystemet ska fungera i hela verksamheten och på alla nivåer i linjeorganisationen
- verksamhetscheferna ska ges ett tydligare uppdrag och bättre stöd
- ansvarsfördelningen för patientsäkerhetsarbetet ska tydliggöras
- åtgärder ska vidtas för att samverkan och gränsöverskridande säkerhetsrisker ska kunna hanteras

- verksamhetschefer och personal ska ha den kompetens som krävs för att bedriva ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete
- metoder för patientsäkerhetsarbete ska utvecklas och implementeras i verksamheterna
- rutiner för anmälan av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som inte kan utöva sitt yrke på ett tillfredsställande sätt ska fastställas
- uppföljningen av patientsäkerhetsarbetet ska utvecklas och systematiseras.

Under åren 2009–2011 redovisade vårdgivarna successivt sina åtgärder. Cirka hälften av vårdgivarna rapporterade att de numera har ett fastställt ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och de övriga vårdgivarna arbetade med att ta fram ett sådant under 2011.

Informationssäkerhet på universitetssjukhus

Tillsynen av informationssäkerhet på universitetssjukhusen har som mål att sprida kunskap om eventuella brister i informationssäkerheten som kan innebära en fara för patienternas säkerhet. Tillsynen har genomförts med utgångspunkt i följande lagar och föreskrifter:

- Patientdatalagen (2008:355).
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, vilka den 1 januari 2012 ersattes av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
- Patientsäkerhetslagen (2010:659).

Genomförd tillsyn

Under våren 2011 genomförde Socialstyrelsen tillsyn vid sex universitetssjukhus [14]. Myndigheten ville granska sjukhusens arbete med informationssäkerhet för patientuppgifter, och tillsynsarbetet fokuserade därför på huruvida vårdgivarnas arbete följer kraven på patientsäkerhet i patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

Slutsatser

Enligt gällande regelverk ska vårdgivaren säkerställa att patientuppgifterna är tillgängliga, riktiga, integritetsskyddade och spårbara. Socialstyrelsens tillsyn visar att det finns allvarliga brister i hanteringen av patientuppgifter. Sammanfattningsvis verkar bristerna bero på att vårdgivarna är för dåliga på att styra och leda informationssäkerheten. I praktiken handlar dessa frågor om patienternas säkerhet, vilket vårdgivaren har ansvar för. Informationssäkerhet ska ingå som en del i vårdgivarens ledningssystem för kvalitet och

patientsäkerhet. Trots detta är det många vårdgivare som låter it-avdelningarna styra och ställa krav på informationssäkerheten.

Vårdgivarens informationssäkerhetspolicy är ett centralt styrdokument som ska vara verksamhetens gemensamma plattform för arbetet med informationssäkerhet. Informationssäkerhetspolicyn saknas helt hos vissa vårdgivare medan andra har en som dock inte används i verksamheten.

De flesta vårdgivare får ingen återrapportering från ansvarig för informationssäkerheten. Vårdgivaren vet därmed inget om resultatet av olika riskanalyser samt förbättringsåtgärder, granskningar och skyddsåtgärder. Detta medför att vårdgivaren inte har något underlag för att bestämma om framtida insatser och prioriteringar.

Vårdgivarnas journalsystem förändras löpande för att passa verksamheternas behov, och i processen med att utveckla och förändra ett informationssystem finns många risker för fel. Trots detta har flera vårdgivare varit otydliga med vilka krav på säkerhet som gäller vid förändringar.

Flera vårdgivare har heller inte gjort några strukturerade riskanalyser för att se hur verksamheten klarar störningar i journalsystemen. Därutöver har det även varit svårt att nå ut till personalen med viktig information om regler, reservplaner och systemändringar, vilket ökar risken för att personalen kommer att agera på ett sätt som äventyrar patienternas säkerhet.

Fem av sex vårdgivare saknar tillräckliga rutiner som styr behörigheterna till patientuppgifter i journalsystemet, eller har rutiner som verksamheten inte följer. Om personalens behörigheter är för snäva blir det svårt för dem att utföra sitt arbete på rätt sätt, och med alltför vida behörigheter finns en risk för att fel personer kommer åt patienternas uppgifter.

Slutligen har verksamhetschefen ett stort ansvar för patientsäkerheten. Detta till trots saknar två av sex vårdgivare en tydlig dokumentation som beskriver detta ansvar.

Åtgärder

Den genomförda tillsynen visar att vårdgivarnas informationshantering innebär en risk för patientsäkerheten och har resulterat i sex beslut med krav på åtgärder. Uppföljningen av vårdgivarnas slutredovisning sker under 2012.

De berörda sjukhusen ska åtgärda de upptäckta bristerna som rör informationssäkerheten, till exempel genom att ta fram en aktuell informationssäkerhetspolicy som är specifik för vårdgivaren. Samtidigt har Socialstyrelsen påpekat att verksamhetscheferna måste få ett dokumenterat och samlat uppdrag kring arbetet med informationssäkerhet.

Vårdgivarna ska även säkerställa att de får återrapporteringar från informationssäkerhetsansvariga personer enligt den gällande författningen på området. Därutöver ska de redovisa spårbarheten i sina utvecklingsprocesser, se till att det finns rutiner för regelbundna uppföljningar och kontroller av behörigheter samt säkerställa att överföringen av patientuppgifter via öppna nät följer patientdatalagen (2008:355).

Ytterligare krav på åtgärder berör kontinuitet och personalens utbildning. Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för utbildning av personalen, både för läkemedelsmodulen som för begäran av patientens samtycke

för att kunna ta del av en annan vårdgivares journalinnehåll. Med ”säkerställa” menar Socialstyrelsen att vårdgivaren ska ha en dokumenterad rutin som personalen känner till och använder samt som följs upp.

Socialstyrelsen har även krävt att vårdgivarna lämnar en tidsplan för när de ska åtgärda de identifierade bristerna. Om kraven inte uppfylls kan myndigheten utfärda ett föreläggande med eller utan vite.

Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld iakttagelser i sammanfattning

De granskade kommunerna

- uppmärksammar inte alltid våldsutsatta kvinnor
- utreder inte alltid våldsutsatta kvinnors ansökningar om stöd och hjälp
- brister i sina utredningar och dokumentation
- brister i uppföljningen av insatser och långsiktigt stöd
- uppmärksammar inte barn som bevittnat våld
- utreder inte alltid barnens situation och behov
- gör inte hot- och riskbedömningar i tillräcklig utsträckning.

Genomförd tillsyn

Utifrån klagomål från enskilda samt uppföljning av tidigare tillsyn har Socialstyrelsen under 2011 granskat 40 ärenden som rör våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Myndigheten har även uppmärksammat brister i samband med bland annat verksamhetstillsyn av kommuners arbete med ekonomiskt bistånd. Socialstyrelsen har under 2011 fattat beslut i 34 av de granskade ärendena som rör våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. 33 av dessa ärenden rör socialtjänstens verksamhetsområde, medan ett ärende är från hälso- och sjukvården. I cirka en tredjedel av de granskade ärendena har tillsynen kunnat visa på brister. I återstående sex ärenden pågår granskning fortfarande.

Slutsatser

I det följande redovisas de viktigaste iakttagelserna som under 2011 gjorts i tillsynen av främst socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Flera av bristerna har även uppmärksammats i tidigare tillsyn [15, 16].

Socialstyrelsen kritiserar ett fåtal kommuner för att de inte i tillräcklig utsträckning uppmärksammar våldsutsatta kvinnor och deras behov av stöd och hjälp. Myndigheten konstaterar till exempel att det förekommer att socialtjänsten inte har genomfört utredningar, alternativt att utförda utredningar har varit bristfälliga. Socialtjänsten har inte heller alltid erbjudit stöd och hjälp till våldsutsatta kvinnor, trots att de ansökt om stöd och socialtjänsten haft kännedom om deras utsatthet.

I några kommuner sker arbetet med våldsutsatta kvinnor som råd och stöd i verksamheter som arbetar med serviceinsatser utan biståndsbeslut. Det har

inneburit att våldsutsatta kvinnors ansökningar inte alltid utreds enligt lagens krav. Socialstyrelsen har framhållit att en våldsutsatt kvinna inte rutinmässigt får hänvisas till serviceinsatser. För att garantera den enskildas rättssäkerhet ska socialtjänsten alltid utreda ansökningar från enskilda och fatta beslut.

I tillsynen framkommer att kommuner försökt avsluta ärenden utan att utreda den våldsutsatta kvinnans eller hennes barns behov av stöd och hjälp på lång sikt, då den berörda kvinnan sökt stöd hos till exempel kvinnojour i annan kommun. Det förekommer även att bistånd till stöd ges akut men att socialtjänsten brister i uppföljning av behov av stöd på längre sikt.

I några ärenden har det konstaterats att socialtjänsten inte gjort hot- och riskbedömningar i ärenden där kvinnor varit utsatta för våld. Brister har också uppmärksammats inom hälso- och sjukvården när det gäller vårdplanering och upprättande av individuell plan.

Arbetet inom området våld i nära relationer har förbättrats i en del kommuner, regionala skillnader kvarstår dock i hur ärenden handläggs. Det finns också tydliga skillnader i personalens kompetens mellan olika kommuner. Mot bakgrund av regelverkets intention att en våldsutsatt kvinna ska kunna få nödvändigt stöd och hjälp, oavsett i vilken kommun hon är bosatt, innebär detta en bristande rättssäkerhet för den enskilda.

Tillsynen visar också att socialtjänsten i flera kommuner inte uppmärksammar barn som bevittnat våld i den omfattning som är nödvändigt. Kommunerna utreder inte barnens situation och behov i tillräcklig utsträckning, vilket innebär en risk att de berörda barnen inte får adekvat stöd, vare sig i den akuta situationen eller på längre sikt. Socialstyrelsens granskningar har visat på brister i dokumentationen i enskilda ärenden och i vissa fall har barnen inte fått möjlighet att framföra sina synpunkter eller över huvud taget ha enskilda samtal med socialsekreterare. Det finns även exempel där ärenden har avslutats utan insats trots att det har funnits behov.

Åtgärder

Socialstyrelsens har, efter den tillsyn som myndigheten har genomfört under 2011, särskilt påpekat behovet av fortsatt kompetensutveckling av den personal i kommunerna som arbetar med gruppen våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Behovet av utvecklingsinsatser avser både själva det praktiska arbetet avseende våld i nära relationer men också lagstiftning och normering på området.

Ett annat område som behöver åtgärdas är de uppmärksammade skillnaderna mellan olika kommuner där vissa kommuner i större omfattning är aktiva med stöd och hjälp än andra. En del kommuner har specialiserade verksamheter, särskilda rutiner och personal med kompetens inom området. Andra kommuner saknar både verksamheter och särskild kompetens och behöver därför skaffa sig dessa.

Under 2011 har Socialstyrelsen även kommit ut med en handbok som komplement till de allmänna råden (SOSFS 2009:22) om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Handboken syftar till att ge socialtjänsten vägledning inom området.

Samtidigt har Socialstyrelsen också presenterat ett utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med missbruks- eller beroendeproblem och ett utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionsnedsättning. Nya kompletterande utbildningsmaterial kommer att tas fram under 2012. Socialstyrelsen arbetar också aktivt med att utveckla och ta fram bedömningsinstrument för att stödja kommunerna i det aktuella arbetet.

I enlighet med ett pågående uppdrag ska Socialstyrelsen även genomföra en ny nationell tillsyn av området under 2012–2014 [17]. Tillsynen kommer, förutom kommunernas socialtjänst, även att omfatta hälso- och sjukvården och andra utförare av socialtjänst. I uppdraget ingår även att kontinuerligt redovisa enskilda tillsynsärenden inom området. Uppdragen ska slutrapporteras till regeringen den 1 februari 2014.

Fakta om Socialstyrelsens tillsyn

Tillsynens omfattning

Inspektioner är ett viktigt instrument för en aktiv tillsyn, och de genomförs såväl i egeninitierade ärenden och projekt som i anmälnings- och klagomålsärenden. Besöken skiljer sig från inspektioner genom att de inte involverar någon granskning, utan besöken görs till exempel för att återföra resultat från tidigare inspektioner.

Tabellen nedan visar det totala antalet inspektioner och besök under 2011, oavsett område.

Tabell 9. Antal inspektioner och besök 2011

	2011	2010
Inspektioner totalt	2 370	1 779
Egeninitierade ärenden	2 028	1 373
Övriga ärenden	342	406
Besök	139	377
Totalt inspektioner och besök	2 509	2 156

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Av de egeninitierade inspektionerna gällde 82 procent socialtjänstärenden, medan 18 procent rörde hälso- och sjukvård samt den integrerade tillsynen. Den integrerade delen av tillsynen omfattade både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tabell 10 nedan visar verksamhetstillsynen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Tabell 10. Verksamhetstillsyn, antal beslut 2011

	2011	2010
Verksamhetstillsyn	11 037	7 550
Egeninitierad	2 623	2 455
Klagomål/anmälan	6 145	3 325
Anmälnings- och underrättelseskyldighet	2 269	1 770

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Under 2011 fattade Socialstyrelsen beslut i 6 145 klagomålsärenden. Av dessa gällde 53 procent brister i hälso- och sjukvården som patienter och anhöriga hade anmält, och 44 procent gällde klagomål från enskilda personer rörande socialtjänsten. Tre procent gällde både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Den stora ökningen av antalet klagomål och anmälningar beror på att Socialstyrelsens tillsynsansvar har utökats sedan 2010 då myndighe-

ten övertog klagomålshanteringen inom hälso- och sjukvården från HSAN. Ansvaret har också ökat genom de nya bestämmelserna om anmälnings- och underrättelseskyldighet i lex Sarah.

Barn och unga

Antalet HVB och boenden för barn enligt LSS är inte konstant utan verksamheter tillkommer och läggs ner kontinuerligt. Antalet objekt i tabell 11 nedan avser den 1 november 2010, eftersom tillsynens mål och planering utgår från det antal objekt som fanns vid planeringstillfället. Antalet objekt 2010 och 2011 utgår från samma mättillfälle, eftersom uppgiften var ny för myndigheten 2010. Verksamheterna har hittills inspekterats två gånger, förutom de som startades eller lades ner under 2011.

Tabell 11. Antal boenden för barn och unga samt antal anmälda respektive oanmälda inspektioner 2011

Verksamhet	Antal objekt	Inspektioner	
		Anmälda	Oanmälda
HVB	549	563	572
LSS	200	196	196
SiS	25*	62	52
Totalt antal objekt och inspektioner	774	821	820

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen. *De 25 SiS-institutionerna har sammanlagt 97 avdelningar.

Tabellen ovan visar att HVB utgör merparten, 71 procent, av de berörda boendena, medan 26 procent är boenden för barn enligt LSS och endast 3 procent är särskilda ungdomshem.

Detta avspeglas också i de samtal som Socialstyrelsens inspektörer har fört med de barn och ungdomar som ville och kunde.

Tabell 12. Antal samtal med barn och unga i samband med inspektionerna 2011

Verksamhet	Antal samtal
HVB	
Flickor	527
Pojkar	1 504
Totalt	2 031
LSS	
Flickor	130
Pojkar	183
Totalt	313
SiS	
Flickor	82
Pojkar	185
Totalt	267

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Under 2011 fick 2 611 barn och unga komma till tals, enligt tabell 12. De flesta av dessa samtal, 78 procent, fördes med barn och ungdomar på HVB.

Äldre

Socialstyrelsen arbetar sedan 2010 med ett treårigt regeringsuppdrag om förstärkt tillsyn av vården och omsorgen om äldre. Under 2011 genomförde myndigheten en landsomfattande tillsyn inom ramen för regeringsuppdraget. Tillsynen skedde i form av oanmälda inspektioner vid korttidsboenden under sommaren och föranmälda inspektioner vid särskilda boenden under våren och hösten. Hälften av de granskade verksamheterna är så kallade demensboenden. Tillsynen omfattade frågor om omsorgens innehåll och om olika aspekter av patientsäkerhet, till exempel samverkan och läkemedels- hantering.

Tabell 13. Tillsyn av vård och omsorg om äldre, genomförd tillsyn och beslut med brister och krav på åtgärd

Typ av tillsyn och verksamhet	Genomförd tillsyn	Beslut med krav på åtgärd/brister
Oanmäld tillsyn – korttidsboenden	45	34
Föranmäld tillsyn– särskilda boenden	123	98
Totalt	168	132

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Under sommaren gjorde Socialstyrelsen oanmälda inspektioner, samordnat över hela landet, i 45 korttidsboenden. Dessutom genomförde myndigheten under våren och hösten föranmälda tillsyner vid 123 särskilda boenden.

Hälso- och sjukvård och tandvård

När en patient drabbas av en allvarlig skada eller utsätts för allvarliga risker i hälso- och sjukvården ska händelsen anmälas till Socialstyrelsen enligt 3 kap. 5 § PSL (lex Maria). Antalet lex Maria-anmälningar ökade under många år men har planat ut under de senast tre åren, vilket framgår av tabell 14.

Tabell 14. Antal lex Maria-anmälningar och antal beslut i lex Maria ärenden 2008–2011 och genomförda inspektioner 2011

	2011	2010	2009	2008
Anmälningar lex Maria	2 093	2 051	1 931	1 622
Beslut lex Maria	1 804	1 631	1 668	1 611
Inspektioner/besök lex Maria	145	202*	*	*

*Inspektioner/besök registrerades endast på en övergripande nivå åren 2008 och 2009 och därför finns inga jämförbara siffror.

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Utvecklingen av antalet beslut verkar däremot gå åt motsatt håll. De låg i stort sett på samma nivå fram till 2010, men ökningen 2011 innebär cirka 11

procent fler beslut jämfört med 2008. Vad denna ökning beror på är heller inte helt klarlagt. Alla lex Maria-anmälningar beslutas dock inte samma år som de kommer in, utan det finns en viss eftersläpning i siffrorna.

De flesta anmälningarna rör somatisk specialistsjukvård följt av psykiatrisk specialistvård, vilket framgår av tabell 15.

Tabell 15. Antal beslut i lex Maria-anmälningar per verksamhetsområde 2008–2011*

Verksamhetsområde	2011	2010	2009	2008
Apoteksverksamhet	42	20	45	24
Institutionsvård	22	30	10	11
Kommunal hälso- och sjukvård	268	209	253	319
Primärvård	333	274	270	254
Psykiatrisk specialistsjukvård	407	459	467	425
Somatisk specialistsjukvård	645	574	692	668
Tandvård	56	62	70	85
Övrigt	99	69	97	80

*En lex Maria-anmälan kan beröra flera verksamhetsområden.

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Under 2011 rörde 69 lex Maria-beslut användningen av medicintekniska produkter.

Tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal

Socialstyrelsens granskning av den hälso- och sjukvårdspersonal som innehar legitimation framgår av tabell 16 och 17.

Tabell 16. Antal beslut i tillsynen över hälso- och sjukvårdspersonal 2008–2011

	2011	2010	2009	2008
Tillsyn av hälso- och sjukvårdspersonal	449	675	749	768
Anmälan från enskild/vårdinrättning	242	370	449	378
Uppföljning av provotid	21	32	26	30
Yttrande om hälso- och sjukvårdspersonal	186	273	274	360

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Under 2011 rörde 27 av sammanlagt 449 beslut personal inom tandvården.

De ärenden som Socialstyrelsen överlämnade till HSAN 2008 och 2009 kan innehålla flera registrerade yrkanden, det vill säga att Socialstyrelsen yrkar en sak i första hand och något annat i andra hand. Siffrorna i tabell 16 är därmed inte fullt jämförbara mellan åren.

Den 1 januari 2011 trädde den nya patientsäkerhetslagen i kraft varvid möjligheten att utdela disciplinpåföljd till hälso- och sjukvårdspersonal utmönstrades ur lagstiftningen. I stället infördes utökade möjligheter att besluta om provotid för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Under 2011 gjordes färre ansökningar om provotid till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) än tidigare år vilket bl.a. berodde på att myndighetens hand-

läggningsstider förlängdes i samband med övertagandet av hanteringen av enskildas klagomål från HSAN. Myndigheten hade dock under året ett väsentligt större antal pågående utredningar om prøvotid än tidigare år, vilket under 2012 kommer att resultera i många fler ansökningar till HSAN om prøvotid än tidigare år.

Tabell 17. Antal yrkanden som lämnades till HSAN 2008–2011

Yrkande	2011	2010	2009*	2008*
Begränsning av förskrivningsrätt	3	5	3	7
Disciplinpåföljd	-	11	19	19
Läkarundersökning	1	4	-	-
Läkarundersökning och återkallelse av legitimation	1	2	-	-
Återkallelse av legitimation	14	22	34	28
Prövotid	7	42	41	21
Totalt antal	26	86	97	75

*Siffror för 2008 och 2009 är hämtade ur Socialstyrelsens årsredovisning för 2009.

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

Ej verkställda beslut enligt SoL och LSS

Kommunernas biståndsbeslut ska i princip verkställas omgående, och om det dröjer mer än tre månader ska saken rapporteras till Socialstyrelsen. Detta gäller beslut både enligt SoL och LSS. Om dröjsmålet anses vara oskäligt kan Socialstyrelsen ansöka hos förvaltningsrätten om att utdöma en särskild avgift.

De flesta beslut enligt SoL som inte verkställs finns inom gruppen särskilt boende, huvudsakligen inom äldreomsorgen. Dessutom är väntetiden lång för verkställande av insatserna kontaktperson och kontaktfamilj. I jämförelse med 2010 var det procentuellt sett fler ärenden som avsåg kontaktperson och kontaktfamilj och något färre som gällde särskilt boende.

Tabell 18. Beslut enligt SoL och LSS som av kommunerna rapporteras som ej verkställda inom tre månader, 2011*

Typ av insats	SoL	LSS
Totalt antal inrapporterade beslut	5 752	3 617
Fördelning på typ av insats i procent:		
Boende (vuxna)	59	38
Korttidsboende SoL/korttidsvistelse LSS	1	7
Boendestöd	1	-
Dagverksamhet	3	9
Kontaktperson	13	35
Kontaktfamilj	12	-
Ledsagare	1	7
Avlösning	-	2
Öppenvårdsverksamhet	4	-
Övriga insatser	6	2

Källa: Årsredovisning 2011, Socialstyrelsen.

* I tabellen ingår inte uppgifter för det fjärde kvartalet 2011

Siffrorna i tabellen avser både barn och vuxna, förutom insatsen boende som enbart avser vuxna. Inom LSS var det ungefär lika många som fick vänta alltför länge på ett boende för vuxna och på en kontaktperson. Jämfört med föregående år ökade andelen för boende med någon procentenhet, medan andelen som väntade på en kontaktperson minskade med någon procentenhet.

I tabellen ovan ingår inte uppgifter för det fjärde kvartalet 2011, på grund av vissa problem vid inrapporteringen. Problemen berodde dels på en eftersläpning med inrapporteringen från de kommuner som rapporterar manuellt, dels på problem med systemet för att ta emot elektroniska rapporter.

Referenser

1. Förordning (2009:1243) med instruktion för Socialstyrelsen.
2. Regleringsbrev för budgetåret 2012 avseende Socialstyrelsen.
3. Prop. 2009/10:131. Lex Sarah och socialtjänsten – förslag om vissa förändringar.
4. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2011november/samladinformationomledningssystemforkvalitet-lexsarahochlexmaria>
5. Prop. 2009/10:176. Personlig assistans och andra insatser - åtgärder för ökad kvalitet och trygghet.
6. Barn och unga - insatser år 2010. Socialstyrelsen; 2011.
7. Förvaltningslag (1986:223), 20 och 21 §§.
8. Nationell Verksamhetstillsyn SiS LVM-hem, Socialstyrelsen; 2012.
9. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/allvarligabristerhossos-alarm>
10. Förutsättningar att följa väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Delrapport december 2010. Socialstyrelsen; 2010.
11. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen; 2008.
12. Nationell tillsyn av vårdgivares ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet. 2008-2011. Socialstyrelsen; 2011
13. Erfarenheter från tillsyn av informationssäkerhet. Socialstyrelsen; 2012.
14. Tillsynsrapport 2011. Socialstyrelsen; 2011.
15. Alla kommuners ansvar – om våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Socialstyrelsen; 2009
16. Regleringsbrev för budgetåret 2011 avseende Socialstyrelsen.