”Tillsyn utan effekt dödar”

Vad ska ett samhälle ha en tillsynsmyndighet till om den regelmässigt lämnar lagbrott utan åtgärd? Sedan vi skrev boken *De omöjliga – från psykiatrireform till dyr och dålig vård*, har vi fått kännedom om än fler upprörande brister i vård och omsorg. Ivo reagerar ibland, men även om ett ”allvarligt missförhållande” konstateras i vård eller omsorg är sanktioner sällsynta. I ett system som ska vara självkorrigerande uteblir effekten.

”Det är ett kapitalt misslyckande från samhällets sida och det har kostat barnet livet.” Så kommenterade **Sofia Wallström,** generaldirektör för Inspektionen för vård och omsorg, Ivo, hur Norrköpings socialtjänst hanterat **”Lilla hjärtat”**, treåringen som dog när hennes biologiska föräldrar av kammarrätten gavs vårdnaden om sin två och ett halvt år gamla dotter.

När detta uppmärksammades i mitten av oktober var Ivo:s generaldirektör samtidigt en av huvudpersonerna i SVT:s Uppdrag granskning, som ställde berättigade frågor kring tillsynen av LSS-boenden. Två skakande livshistorier om **Robin** och **Dick**, båda med autismdiagnos, utgjorde exempel. Sådant är tyvärr vanligare än någon vill tro. Robin blev varje dag och natt inlåst av Gnosjö kommun*. ”Brukaren erbjuds insatser av god kvalitet”*, skrev Ivo efter inspektion. Man hade inte ens ställt frågan om olaglig inlåsning förekom. Det var inte nödvändigt: *”Eftersom LSS inte har den möjligheten”*, enligt avdelningschef **Daniel Lilja** på Ivo sydöst.

Sofia Wallström såg bedrövad ut i tv-nyheterna 14 oktober och bortförklarade inget när hon kommenterade Lilla hjärtat. Myndigheten har förelagt Norrköpings kommun att vidta åtgärder så att de allvarliga bristerna i socialtjänstens hantering inte ska kunna upprepas. Om det inte skett inom förelagd tid kan Ivo begära att domstol dömer kommunen att betala vite på en miljon kronor.

”Vi använder våra skarpaste verktyg”, sammanfattade Ivo. Så låter det inte i de återkommande fall där ungdomar tar sina liv medan de befinner sig i vård eller omsorg. När ska samhället börja betrakta dem med samma förkrossade utstrålning av skuld? Ett beslut från Ivo den 5/10 (2020-06-25 Dnr 8.2.1-2070312019) gäller en 157 sidor lång anmälan från en mamma, om uteblivna insatser för en allt mer deprimerad ung vuxen med autism. Efter två år av svikna löften och utlovad men utebliven psykologkontakt tog **Axel** sitt liv, 20 år gammal.

Anmälan omfattar ett stort antal personer. Att så många inblandade under ett par år kan misslyckas med en och samma patient är märkligt. Av de mer än tio personer inom psykiatrin i Lund som yttrar sig till Ivo kan ingen minnas omständigheterna. Hur gör vuxenpsykiatrin i ett sådant fall för att tillgodogöra sig kritiken? En lex Sarah-anmälan mot LSS-boendet fastställde så många brister att hela denna text skulle kunna gå åt till att beskriva dem.

Enligt Ivo ligger kvalitetsbristerna på systemnivå: *”Enheten har inte arbetat med att se över kompetens hos personal, arbetsmetoder eller metoder sedan händelsen inträffat”*. På 30 sidor går utredarna igenom exakt vem som i olika sammanhang har brustit i ansvar enligt exakt vilka lagar. Sjukvården har inte meddelat boendet när utskrivning från sjukhus skett, boendet har inte haft kompetent personal och socialförvaltningen har avfört brukaren som *”fel målgrupp”*. Slutsatsen blir att *”gällande lagar, föreskrifter och rutiner inte har följts”* och att *”händelsen är ett allvarligt missförhållande”.*

Vi läser vidare: ***”IVO bedömer att*** *tillräcklig kompetens avseende neuropsykiatriska funktionshinder saknades för att tillgodose patientens individuella behov av förhållnings- och arbetssätt inom både den öppna och slutna psykiatriska vården.”* Även **Region Skåne** och det privata psykiatriföretaget **Wemind** får kritik. Det vore på sin plats att även här tala om ett ”kapitalt misslyckande från samhällets sida”.

Vad som händer nu vet bara de berörda enheterna. När vi ställt frågan i mejl till Region Skånes ansvariga regionråd har vi fått svaret att regionen ska återkomma. Inget vite är utdömt, inget tillstånd indraget. Ansvariga för tillsynen väntar sig att enheterna ska lära av sina misstag.

Ivo tillkom 2013 på initiativ av socialminister **Göran Hägglund,** KD. Det skulle bli lättare för enskilda att anmäla missförhållanden. Misstag skulle utredas och kunskap återföras så att de inte upprepades. Det första som hände var att allmänhetens möjlighet att anmäla togs bort, eftersom den användes. Arbetsbelastningen blev för stor. Allmänheten ska i stället vända sig vårdgivaren (som begått misstaget) eller till patientnämnden.

Mångårig felbehandling är vanligt och kan fortsätta även när anhöriga försöker förhindra den. Fallet Axel är tyvärr bara ett exempel på systematiska brott mot hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. De som drabbas saknar förmåga att formulera sina erfarenheter. Inte heller deras anhöriga blir trodda.

375 inspektörer på Ivo ska utöva tillsyn över 50 000 verksamheter inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst. De är indelade i sex regioner som inte har något landsomfattande regelverk eller stödsystem. Deras register har stora brister och det går inte att göra korssökningar om en verksamhet byter namn. Uppdatering till bättre system pågår – sedan ett par år. Tillsynsärenden tar lång tid. Föreläggande om åtgärder kan följas av hot om vite, men då måste ärendet först behandlas i domstol. Om legitimerad personal gjort misstag som kan leda till att ärendet skickas vidare till HSAN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, för indragning av legitimationen, kan misstagen fortsätta under hela Ivo:s utredning, ibland ett par år. (Som med en läkare som skriver ut orimliga mängder narkotikaklassade läkemedel.)

Vad ska ett samhälle ha en tillsynsmyndighet till om den

regelmässigt påpekar lagbrott men därefter lämnar dem utan åtgärd? I det fall vi redovisar ovan har ännu en ung människa dött. Tillsynsmyndigheten har uttalat kritik. Den stora frågan är: På vilket sätt ska kritiken förbättra vården?

Anna Fredriksson
Åsa Moberg