



Vad har IVO sett 2025?

läktagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2025

Citera gärna ur IVO:s publikationer, men ange alltid källa. Kom ihåg att bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem. Rapporten finns publicerad på **www.ivo.se**

Foto: Johnér bildbyrå

Grafisk form och produktion: Typoform

Artikelnr: IVO 2026-08

Utgiven februari 2026

www.ivo.se

Förord

PATIENTER OCH BRUKARE ska känna sig trygga med att vården och omsorgen är säker, håller god kvalitet och ges på lika villkor. IVO:s uppdrag är att genom tillsyn och tillståndsprovning säkerställa att verksamheterna följer gällande lagar och föreskrifter. Det är mot denna bakgrund som IVO gör sina bedömningar och analyser.

Vad har IVO sett 2025 bygger på iakttagelser från IVO:s tillsyn och tillståndsprovning under det gångna året. Rapporten visar att det finns både väl fungerande delar och kvarstående brister i svensk vård och omsorg, och ger en övergripande bild av några av de utmaningar som påverkar kvalitet, trygghet och tillit.

Varje år fattar IVO omkring 30 000 tillsynsbeslut och nästan 2 000 tillståndsbeslut. Besluten grundar sig på inspektioner och granskningar som ger myndigheten kunskap om hur vården och omsorgen fungerar och var riskerna och bristerna är som störst.

IVO har även ett viktigt uppdrag att se till att de iakttagelser som görs genom tillsyn och tillståndsprovning tas tillvara och bidrar till lärande och utveckling i vården och omsorgen.

Under året har IVO fortsatt utveckla arbetet mot välfärdsbrottslighet. I årets rapport konstateras att kriminella och oseriösa aktörer fortsatt utgör ett problem i vården och omsorgen och att det ofta drabbar dem som redan befinner sig i en utsatt situation. Detta visar att arbetet med att förebygga, upptäcka och motverka välfärds kriminalitet behöver fortsätta utvecklas.

Rapporten visar även att samverkan och tillgänglighet inom hälso- och sjukvården brister, vilket i många fall påverkar patienter med omfattande vårdbehov och behov av samordnade insatser. En återkommande iakttagelse i IVO:s tillsyn är att det systematiska kvalitetsarbetet hos vård- och omsorgsgivare behöver stärkas.

Därför hoppas jag att *Vad har IVO sett 2025*, liksom myndighetens övriga rapporter och beslut, bidrar till lärande och utveckling hos verksamheter och huvudmän. Det stärker arbetet för en bättre och säkrare vård och omsorg för patienter och brukare.

Stockholm den 26 februari 2026

John Ahlberg
Generaldirektör

Sammanfattning

ENLIGT IVO:S INSTRUKTION ska myndigheten varje år lämna en särskild rapport till regeringen med de viktigaste iakttagelserna från tillsyn, tillståndsprövning och klagomålsprövning, samt de åtgärder som IVO har vidtagit.¹ IVO ska arbeta för att kunskap från tillsynen tas tillvara och återförs, så att verksamheter och huvudmän kan använda den i sin styrning, utveckling och förebyggande arbete. Myndighetens arbete ska också genomsyras av ett patient- och brukarperspektiv. Rapporten är inte avsedd att ge en heltäckande bild av läget i vården och omsorgen, utan syftar till att sammanfatta de brister och risker som IVO har identifierat under året.

Rapporten bygger huvudsakligen på IVO:s publikationer från 2025 och består av tre huvudkapitel

1. Hälso- och sjukvård samt tandvård
2. Socialtjänst och verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
3. Enskildas klagomål på vården.

I denna sammanfattning lyfter IVO de viktigaste övergripande iakttagelserna utifrån rapporten som helhet.

Övergripande iakttagelser

Fortsatta problem med oseriösa och kriminella aktörer inom vård och omsorg

Förekomsten av oseriösa och kriminella aktörer inom vård och omsorg riskerar fortsatt att få allvarliga konsekvenser för grupper som redan är särskilt utsatta. Under det senaste året har IVO återkallat tillstånd för verksamheter som antingen har drivits av företrädare som är olämpliga eller som haft stora brister i kvalitet och regelefterlevnad. En återkommande brist är att ansvariga inte har kontrollerat personalens bakgrund mot misstanke- och belastningsregister vilket innebär att barn och unga riskerar att exponeras för kriminalitet eller att inte få det skydd och stöd som de har rätt till. IVO:s tillståndsprövning visar att många som ansöker om att starta tillståndspliktig verksamhet inte har den insikt och lämplighet som krävs.

Huvudmännen inom vården och omsorgen har ett ansvar att kontrollera och följa upp offentligt finansierade verksamheter som drivs av privata utförare. Eftersom välfärdsbrottslighet är ett systemövergripande problem krävs samordnade insatser mellan kommuner, regioner och statliga myndigheter. IVO har en central roll i detta arbete genom tillståndsprövning, tillsyn och samverkan med andra myndigheter. IVO:s tillståndsprövning och tillsyn är viktiga verktyg för att identifiera och utestänga oseriösa aktörer inom vård och omsorg. I samband med att privata tandvårdsverksamheter har blivit tillståndspliktiga den 1 januari 2026 stärks myndighetens möjligheter att ytterligare motverka välfärdsbrottslighet och bidra till en trygg och säker tandvård.

1. Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.

Patienter med komplexa vårdbehov drabbas av bristande tillgänglighet och samverkan i hälso- och sjukvården

IVO konstaterar återkommande brister i tillgänglighet, kontinuitet och samverkan inom hälso- och sjukvården. Konsekvenserna blir särskilt allvarliga för personer som är beroende av insatser från flera aktörer, till exempel äldre, barn och personer med psykisk ohälsa eller beroendeproblematik, samt för deras närstående. Eftersom dessa patientgrupper ofta har begränsade möjligheter att samordna sin egen vård och göra sin röst hörd, riskerar de att inte få den vård eller omsorg som de har rätt till.

IVO:s tillsyn visar att brister inom tillgänglighet, kontinuitet och samverkan återkommer i flera centrala delar av vården. Inom barn- och ungdomspsykiatrien är väntetiderna fortsatt långa. I primärvården har myndigheten konstaterat brister när det gäller kontinuitet och samverkan med den psykiatriska specialistvården. Tidigare års tillsyner har visat att bristande läkartillgång vid särskilda boenden för äldre leder till otillräcklig vård för multisjuka patienter, och att bristen på vårdplatser i akutsjukvården medför för tidiga utskrivningar av patienter med komplexa vårdbehov.

Den samlade bilden är att hälso- och sjukvården ännu inte förmår erbjuda en god och nära vård med en väl fungerande primärvård som nav. Patienter med komplexa behov riskerar fortfarande att inte få samordnade, jämlika och tillgängliga insatser.

Kvalitetsarbetet i vården och omsorgen kräver långsiktighet och uthållighet

En återkommande iakttagelse i IVO:s tillsyn är att det systematiska kvalitetsarbetet i vården och omsorgen behöver stärkas. Många verksamheter vidtar åtgärder efter tillsyn, men åtgärderna leder inte alltid till ett långsiktigt och förebyggande lärande eller till bestående förbättringar. För att tillsynen ska få verklig effekt krävs att de som är ansvariga för verksamheterna aktivt använder resultaten i styrning, uppföljning och kompetensutveckling.

IVO betonar även vikten av att verksamheter kontinuerligt bedriver egenkontroll och utvecklar en kultur av lärande där risker identifieras och hanteras i ett tidigt skede. Detta är särskilt betydelsefullt i verksamheter som präglas av hög personalomsättning och bristande kompetensförsörjning. Ett fungerande kvalitetsarbete är i grunden ett ledningsansvar och en förutsättning för att verksamheter ska kunna identifiera och åtgärda brister i vården och omsorgen.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	4
1. Hälso- och sjukvård samt tandvård	7
1.1 Primärvården lever inte alltid upp till grunduppdraget	8
1.2 Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri får allvariga konsekvenser för barn och unga	11
1.3 Nationella riktlinjer för neuropsykiatriska utredningar följs inte fullt ut	14
1.4 Allvarliga brister förekommer inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård	18
1.5 Fortsatta problem med oseriösa och kriminella aktörer inom hälso- och sjukvården	20
1.6 Tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal stärker patientsäkerheten	23
2. Socialtjänst och verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	27
2.1 Arbetet fortsätter med att motverka oseriösa och kriminella aktörer inom omsorgen	28
2.2 Flera HVB och stödboenden har fått förbud eller återkallade tillstånd	31
2.3 Otillräckliga registerkontroller är fortsatt den vanligaste bristen inom LSS	33
2.4 Fortsatt allvarliga brister på särskilda ungdomshem som drivs av SiS	36
2.5 IVO:s tillsyn av skade- och dödsfallsärenden visar på systematiska brister i handläggning och samverkan	39
2.6 Lång väntan till särskilt boende för äldre	41
3. Enskildas klagomål på vården	43
Källor	49

KAPITEL 1

Hälso- och sjukvård samt tandvård

I DET HÄR kapitlet beskrivs iakttagelser och åtgärder som IVO har utfört och som gäller hälso- och sjukvård samt tandvård. IVO:s tillsyn visar att det finns brister som påverkar verksamheternas vård och kvalitet. Det finns även brister i verksamheter när det gäller välfärdsbrottslighet och förekomst av oseriösa aktörer.

IVO:s tillsyn inom hälso- och sjukvård ska bidra till att vården är säker, håller god kvalitet och följer lagar och föreskrifter. Tillsynen ska utgå från ett patient- och brukarperspektiv. I enlighet med patientsäkerhetslagen (2010:659), lämnar IVO råd och vägledning, kontrollerar att brister åtgärdas och för vidare kunskap från tillsynen.²

I punktlistan visas de viktigaste övergripande iakttagelserna som IVO har sett under året när det gäller området hälso- och sjukvård och tandvård. En fördjupad beskrivning av dessa kan läsas i respektive delkapitel.

- Primärvården lever inte alltid upp till grunduppdraget.
- Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri får allvarliga konsekvenser för barn och unga.
- Nationella riktlinjer för neuropsykiatriska utredningar följs inte fullt ut.
- Allvarliga brister förekommer inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.
- Fortsatta problem med oseriösa och kriminella aktörer inom hälso- och sjukvården.
- Tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal stärker patientsäkerheten.

2. 7 kap. Patientsäkerhetslag (2010:659), PSL.

1.1 Primärvården lever inte alltid upp till grunduppdraget

IVO har granskat den hälso- och sjukvård som utförs inom primärvården i en nationell tillsyn. Fokus har legat på vårdcentraler och den regionala styrningen av primärvården.³ Tillsynen av primärvården påbörjades inom ett regeringsuppdrag där IVO analyserade hur tillsynen kan främja en patientsäker omställning till en god och nära vård.⁴ IVO har granskat krav som berör primärvårdens grunduppdrag inom fem tillsynsområden: personcentrering, tillgänglighet, samverkan, kontinuitet och systematiskt kvalitetsarbete. Myndigheten har granskat privata och regionalt drivna vårdcentraler i samtliga regioner. De granskade områdena är direkt kopplade till den omställning mot god och nära vård som är tänkt att ske inom hälso- och sjukvården.

Resultaten av IVO:s tillsyn visar att primärvården inte alltid lever upp till grunduppdraget, och att hälso- och sjukvården ännu inte förmår erbjuda en god och nära vård. Detta går i linje med den bild som framkommer av IVO:s tidigare nationella tillsynsinsatser inom särskilt boende för äldre respektive akutsjukhus.⁵

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Majoriteten av de granskade vårdgivarna har brister i information om och erbjudande av fast vårdkontakt.
- Samverkan mellan primärvård och sjukhusvård har brister, i synnerhet den vuxenpsykiatriska specialistvården.
- Vårdgivare uppfyller inte vårdgarantin.
- Nästan samtliga granskade vårdgivare brister inom egenkontroll.
- Ledning och personal har olika syn på hur tydliga målen är för omställningen till en god och nära vård.

Majoriteten av de granskade vårdgivarna har brister i information om och erbjudande av fast vårdkontakt

Tillsynen visar att kontinuitet är ett av de vanligaste områdena som vårdgivarna har brister i, se figur 1. Till exempel har 40 av 43 vårdgivare (93 procent) brister i att informera om och erbjuda fast vårdkontakt. Det förekommer att personal inte känner till begreppet fast vårdkontakt eller inte vet hur rollen skiljer sig från fast läkarkontakt. IVO:s intervjuer med patienter visar att fast vårdkontakt inte alltid erbjuds dem som själva upplever att de har många kontakter med vården. Av de intervjuade patienter som ansåg sig vara stora konsumenter av vård uppgav endast 23 procent att de hade fått information om möjlighet till fast vårdkontakt.

Tillsynen visar också att 24 av 43 vårdgivare (56 procent) inte ger alla patienter möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Nästan en tredjedel av de patienter som IVO har intervjuat känner inte till om de har en fast läkarkontakt. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har genomfört enkätundersökningar där över hälften svarade att de upplever att de behöver en fast läkarkontakt inom primärvården, medan endast en tredjedel upplever att de har en fast läkare. Bestämmelsen om fast läkarkontakt tillämpas alltså inte fullt ut.⁶

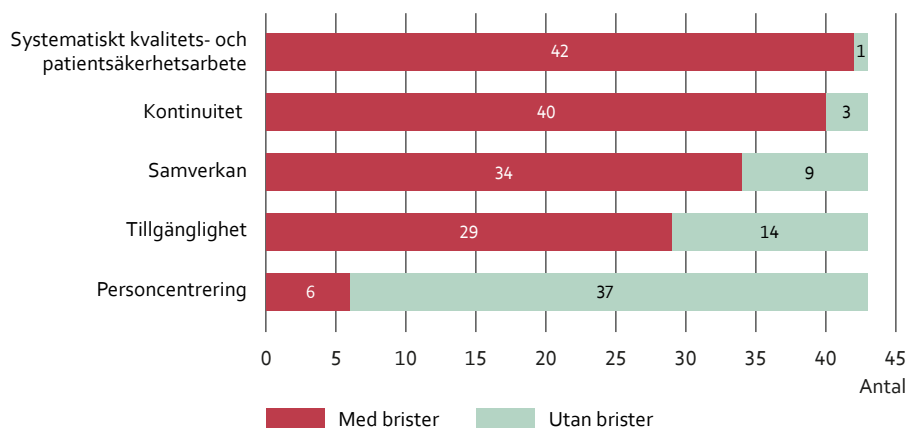
3. Inspektionen för vård och omsorg (2025a).

4. Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Inspektionen för vård och omsorg. Regeringsbeslut 20 december 2023, S2023/03257 (delvis).

5. Inspektionen för vård och omsorg (2025a).

6. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024).

Figur 1. Antal vårdgivare inom primärvården med eller utan brister per tillsynsområde (av totalt 43 granskade vårdgivare).



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025.

Samverkan mellan primärvård och sjukhusvård har brister, i synnerhet den vuxenpsykiatriska specialistvården

Tillsynen visar att 34 av 43 vårdgivare (79 procent) inte uppfyller kraven som gäller samverkan, se figur 1. Det gäller framför allt primärvårdens samverkan med sjukhusvården och i synnerhet med den vuxenpsykiatriska specialistvården. Flera vårdgivare beskriver att det finns oenighet mellan verksamheter och/eller mellan vårdgivare inom regionen om vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att specialistvården ska ta emot patienten. Oenigheten kan leda till att remisser avslås och att patienter skickas fram och tillbaka mellan vårdnivåer. Personalen uppger också att det inte finns förutsättningar att samverka på grund av tidsbrist, otillräckliga ekonomiska förutsättningar eller bristfälliga kontaktvägar för att få nödvändig information.

Vårdgivare uppfyller inte vårdgarantin

Inom området tillgänglighet visar tillsynen att 29 av 43 vårdgivare (67 procent) har brister, se figur 1. 23 av 43 vårdgivare (53 procent) lever inte upp till tillgänglighetsgarantin och 18 av 43 vårdgivare (42 procent) har brister i bedömningsgarantin. Det finns exempel på att telefontiderna tar slut och att patienter hänvisas att söka vård vid en akutmottagning eller att ringa nästa dag. Det förekommer också att rätt medicinsk kompetens saknas och att patienter i stället bokas in till en annan yrkeskategori eller hänvisas till en annan vårdcentral. Bristande tillgänglighet och kompetens kan innebära fördröjd vård eller ett utdraget vårdförlopp då patienten inte får bedömning efter behov. Det innebär också ett ineffektivt nyttjande av vårdens resurser.

Nästan samtliga granskade vårdgivare brister inom egenkontroll

Tillsynen visar att 42 av 43 vårdgivare (98 procent) har brister när det gäller egenkontroll, se figur 1, vilket gör systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete till det vanligaste bristområdet. Den vanligaste bristen är att vårdgivarna inte utför egenkontroll av information och erbjudande om fast vårdkontakt till patienter. Det är också vanligt att vårdgivarna inte utför egenkontroll av samverkan med andra vårdgivare och verksamheter eller om individuell plan upprättas vid behov.

Ett systematiskt kvalitetsarbete är en förutsättning för god vård. En grundläggande del i patientsäkerhetsarbetet är att säkerställa att risker i verksamheten identifieras, analyseras och åtgärdas. Vårdgivaren behöver bedriva ett aktivt arbete för att identifiera tillstånd, aktiviteter eller omständigheter som skulle kunna leda till att patienter drabbas av vårdskada. Det är viktigt att vårdgivarna arbetar systematiskt och regelbundet med risker och inte bara använder sig av redan inträffade händelser för att vidta åtgärder för att höja kvalitet eller patientsäkerhet.^{7,8}

Ledning och personal har olika syn på hur tydliga målen är för omställningen till god och nära vård

Sedan 2018 pågår ett arbete med att omstrukturera hälso- och sjukvården med syftet att primärvården ska bli första linjen i hälso- och sjukvården med patientens behov tydligt i fokus.⁹ Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten ska vara delaktig i vården utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att vården ska uppnå en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser.¹⁰ För att undersöka hur omställningen till god och nära vård uppfattas i regionerna har IVO ställt riktade frågor till personal och verksamhetsledning vid vårdcentralerna och till samtliga regionledningar.

Vårdcentraler och regionledningar ger delvis olika svar. I nio regioner uppger minst en verksamhet att det inte finns några övergripande måldokument för omställningen.¹¹ Samtidigt svarade 19 av 21 regionledningar (90 procent) att det finns övergripande måldokument. Alla regioner har minst en verksamhet som uppger att det inte finns några framtagna handlingsplaner för att nå uppsatta mål.¹² I tillsynen finns också exempel på verksamheter som uppfattar att måldokumenterna är otydliga och att de inte är tillräckligt väl kommunicerade i verksamheterna. Dessutom saknas handlingsplaner eller så är de inte tillräckligt nedbrutna i konkreta mål och aktiviteter med tydligt innehåll och förankring.

7. 5 kap. SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

8. Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn, s 194–195.

9. Prop. 2017/18:8 Justering av den utvidgade fåmansföretagsdefinitionen, s 9 och 16.

10. Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, s 32.

11. 18 av 21 regioner råder det delade meningar, i en region uppger alla tillsynade verksamheter att det inte finns måldokument. Totalt uppger 52 av 63 verksamheter uppger att det finns måldokument för omställningen.

12. 13 av 21 regioner uppger alla tillsynade verksamheter att det inte finns några handlingsplaner och i övriga 18 har tillsynade verksamheter delade meningar. 26 av 63 verksamheter uppger att det finns handlingsplaner för att nå målen.

1.2 Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri får allvarliga konsekvenser för barn och unga

Allt fler barn och unga söker hjälp hos barn- och ungdomspsykiatri (BUP) för psykisk ohälsa. År 2024 var 8,2 procent av alla barn i åldrarna 0 till 17 år aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri.¹³ IVO har analyserat patientklagomål inom BUP som avslutats under perioden 2022–2024 som lett till beslut med kritik. IVO har också analyserat lex Maria-anmälningar från vårdgivare inom BUP.¹⁴ Resultaten visar att det förekommer flera brister inom verksamheterna samt att patienter och närstående ofta klagar på fördröjd eller utebliven behandling och otillräcklig återkoppling om planerade insatser. IVO har kritiserat vårdgivare inom BUP för att de inte uppfyller vårdgarantin inom barn- och ungdomspsykiatri. De brister som både IVO och vårdgivarna har identifierat omfattar bland annat otillräcklig kompetens inom suicidprevention, bristande dokumentation av bedömningar samt att rutiner saknas eller inte följs.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Långa väntetider ökar riskerna för psykisk ohälsa hos barn.
- Försenad eller utebliven behandling leder till allvarliga konsekvenser.
- Otillräcklig kompetens inom suicidriskbedömningar.
- Brister i dokumentationen riskerar patientsäkerheten.

IVO har analyserat 63 patientklagomål där myndigheten har fattat beslut med kritik samt 46 anmälningar enligt lex Maria från vårdgivare inom BUP under 2022–2024.¹⁵ Totalt utredde myndigheten 104 klagomål mot BUP under perioden, vilket innebär att andelen beslut med kritik är 61 procent.¹⁶

I de klagomål där IVO har riktat kritik mot BUP handlar bristerna framför allt om behandling, otillräckliga undersökningar eller bedömningar, långa väntetider, bristande dokumentation samt bristfälliga suicidriskbedömningar, se tabell 1. Klagomålen handlar främst om barn med ätstörningar, neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), svår ångest eller suicidbenägenhet. Även vårdgivarnas egna utredningar enligt lex Maria identifierar liknande brister, särskilt inom behandling, dokumentation och bedömning av suicidrisk.

Tabell 1. De vanligaste bristområdena i 63 klagomålsärenden där IVO har riktat kritik mot BUP 2022–2024.

Bristområde*	Antal	Andel (%)
Bristande behandling	26	41
Lång väntetid	19	30
Bristande dokumentation	14	22
Bristande suicidriskbedömningar	13	21

* Ett beslut med kritik kan innehålla mer än en brist. I de 63 besluten förekommer totalt 72 brister, därför överstiger andelarna 100 procent.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025.

13. Sveriges Kommuner och Regioner (2025).

14. Inspektionen för vård och omsorg (2025b).

15. Vårdgivare är skyldiga att själva utreda händelser som lett till en vårdskada, eller som hade kunnat leda till en vårdskada, och ska då anmäla detta till IVO enligt bestämmelserna i lex Maria.

16. Totalt antal klagomål som IVO utrett under perioden 2022–2024 är 4 251, varav 2 011 (47 procent) avslutades med kritik.

Långa väntetider ökar riskerna för psykisk ohälsa hos barn

I nästan en tredjedel av de klagomål där IVO har riktat kritik har barn fått vänta för länge på vård. Vårdgivarna har i dessa fall inte säkerställt att vårdgarantin följs. Enligt den förstärkta vårdgarantin ska barn och ungdomar få en första bedömning inom 30 dagar. Om behandling eller utredning behövs så ska den påbörjas inom ytterligare 30 dagar. I praktiken tvingas många barn vänta mycket längre innan de får den hjälp de behöver, ibland över ett år.

Långa väntetider inom BUP kan få allvarliga konsekvenser. Obehandlad psykisk ohälsa som depressioner och ångest kan förvärra självskadebeteenden och öka risken för självmord. I ett klagomål beskrivs hur ett barn försökte ta sitt liv under väntetiden. I ett annat fall fick ett barn vänta i fem månader efter ett suicidförsök innan behandlingen startade. Klagomålen visar att många patienter mår sämre av att vänta. Det gäller särskilt barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, NPF, där även anhöriga uppger att väntetiderna påverkar hela familjens vardag negativt. I flera fall har vårdnadshavare sökt privat vård för att deras barn ska få hjälp i tid. Vårdgivarna bekräftar i sina lex Maria-anmälningar att långa väntetider leder till fördröjd behandling och försämrat mående hos barnen. Tidiga insatser kan vara avgörande för att förhindra en negativ utveckling.

Försenad eller utebliven behandling leder till allvarliga konsekvenser

I 26 av 63 klagomål (drygt 40 procent) där IVO har riktat kritik mot vårdgivaren handlar det om försenad eller utebliven behandling, vilket har fått allvarliga konsekvenser för barn såsom hög skolfrånvaro, isolering och försämrat psykiskt mående. I de mest allvarliga fallen har barn skadat sig själva och försökt ta sitt liv eller i några fall tagit sitt liv.

Det har kommit flera klagomål till IVO om att barn och unga med psykisk ohälsa enbart fått läkemedel, utan att erbjudas samtalsstöd eller annan psykosocial behandling. Det gäller till exempel barn med suicidal tankar som endast fått medicin utskriven, eller patienter med ätstörningar som fått för lite terapeutiskt stöd. Detta strider mot Socialstyrelsens rekommendationer som säger att barn och unga ska få psykologiska insatser för att både förstå orsakerna till sitt mående och för att lindra eller ta bort symtomen.

Flera klagomål visar också att det finns brister i uppföljningen av läkemedelsbehandling. Det innebär att vården inte har följt upp hur patienten mår efter att medicineringen har påbörjats. Liknande brister tas upp i vårdgivarnas egna anmälningar enligt lex Maria. Det gäller både behandling som försenats och behandling som helt uteblivit. Vårdgivarna uppger att bristerna oftast beror på kompetensbrist och personalbrist.

Otillräcklig kompetens inom suicidriskbedömningar

Nästan hälften av de lex Maria-anmälningar som vårdgivare inom BUP gjorde mellan 2022 och 2024 handlade om suicid eller suicidförsök. En lex Maria-anmälan ska alltid göras till IVO om vården bedömer att ett suicid hade kunnat förhindras med rätt åtgärder.

En vanlig brist som vårdgivarna själva lyfter är brister i suicidriskbedömningar. Det handlar bland annat om att bedömningarna inte görs, görs för sällan, inte dokumenteras eller inte följs upp. Vårdgivarna uppger att problemen ofta beror på kompetensbrist och bristande rutiner. De beskriver även att bedömningsunderlagen kan vara ofullständiga och att vissa riskfaktorer saknas helt. Samma mönster syns även i IVO:s klagomålsärenden. I flera fall saknas

suicidriskbedömningar helt eller så görs de inte tillräckligt snabbt. IVO har riktat kritik mot bristfälliga suicidriskbedömningar i 13 av de klagomål som granskats (21 procent).

Brister i dokumentationen riskerar patientsäkerheten

Hälso- och sjukvården är enligt lag skyldig att dokumentera sina bedömningar och beslut om patientens vård och behandling.¹⁷ En korrekt och tydlig journalföring är avgörande för att ge en samlad bild av patientens tillstånd och för att säkerställa att vården är trygg och säker.

Både IVO och vårdgivare har identifierat brister i dokumentationen inom BUP. IVO har riktat kritik mot vårdgivaren i 14 klagomål som rör brister i dokumentation, vilket motsvarar en dryg femtedel av de granskade klagomålen. Även i vårdgivarnas anmälningar enligt lex Maria är detta ett återkommande problem. Nästan en tredjedel av anmälningarna, 13 stycken, handlar om bristande dokumentation.

De dokumentationsbrister som har identifierats rör bland annat avsaknad av suicidriskbedömningar, otillräcklig överföring av viktig information vid övergång från BUP till vuxenpsykiatri, samt att det i vissa fall helt saknas anteckningar om patientens psykiska status, huvudsakliga problematik eller skäl till att vårdkontakten avslutades. I flera fall saknas dessutom avvikelserapporter och uppgifter om suicidförsök. Det finns även exempel på brister i dokumentationen mellan BUP och socialtjänsten.

I vårdgivarnas anmälningar enligt lex Maria framkommer att bristande kompetens är en grundläggande orsak till den bristande dokumentationen. Hög arbetsbelastning och bristfälliga rutiner gör det svårare för vårdpersonalen att upprätthålla en tillförlitlig journalföring.

17. Enligt 3 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355), PDL, är hälso- och sjukvården skyldig att föra patientjournal. Journalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård, inklusive bedömningar och beslut om patientens vård och behandling.

1.3 Nationella riktlinjer för neuropsykiatriska utredningar följs inte fullt ut

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har genomfört en riktad tillsyn av privata vårdgivare som erbjuder privat finansierad neuropsykiatrisk vård till barn.¹⁸ IVO har genomfört tillsynen inom ramen för ett regeringsuppdrag och fokuserat på bedömningar, utredningar och behandlingar. Bakgrunden är den kraftiga ökningen av neuropsykiatriska diagnoser hos barn och en växande privat marknad för sådan vård.¹⁹

Tillsynen omfattade tio privata vårdgivare och genomfördes genom journalgranskning, intervjuer med vårdnadshavare samt inspektioner. Granskningen fokuserade på vårdens kvalitet och säkerhet, information och delaktighet, journalföring samt verksamheternas systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Vårdgivarna uppfyller inte fullt ut kraven på god vård.
- Diagnossättning sker inte alltid i enlighet med gällande kriterier och rekommendationer.
- Behandling med läkemedel mot adhd genomförs i vissa fall med brister i patientsäkerheten.
- Barnets rätt till information och delaktighet tillgodoses inte alltid.
- Brister förekommer i journalföring och egenkontroll.

Tillsynen visar att samtliga av de granskade verksamheterna har en eller flera brister som innebär att de inte uppfyller alla gällande krav och bestämmelser, se tabell 2. IVO har i beslut till vårdgivarna begärt att de ska redovisa hur de ska åtgärda de brister som framkommit.

Tabell 2. Antal verksamheter med brister per granskat område och respektive del av den neuropsykiatriska vården.

Granskat område	Antal verksamheter med brister*
God vård	10 av 10
Information och delaktighet	6 av 10
Dokumentation	7 av 10
Systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete	2 av 10
Del av den neuropsykiatriska vården	Antal verksamheter med brister*
Initial bedömning	5 av 10
Utredning	10 av 10
Behandling	5 av 5**

* En verksamhet kan ha brister inom ett eller flera områden samt flera delar av den neuropsykiatriska vården.

** 5 av 10 verksamheter hade inte behandlat barn under den granskade perioden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

18. Inspektionen för vård och omsorg (2026a).

19. Regeringsuppdrag S2025/00257 Tillsyn av privat finansierad neuropsykiatrisk vård.

Vårdgivarna uppfyller inte fullt ut kraven på god vård

IVO konstaterade i tillsynen att de granskade vårdgivarna har brister i flera aspekter av god vård, se tabell 3. Bristerna avser i första hand att nationella riktlinjer för adhd och autism samt det nationella vård- och insatsprogrammet för adhd inte följs konsekvent.^{20, 21} Detta innebär att vården inte alltid lever upp till kravet på god kvalitet och att den inte i alla avseenden ges i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tabell 3. Antal verksamheter med brister per aspekt av god vård.

Aspekter av god vård	Antal verksamheter med brister*
Insamling av information vid initial bedömning	5 av 10
Insamling av information vid utredning	10 av 10
Diagnossättning	6 av 10
Samverkan med förskola/skola	2 av 10
Kompetens	0 av 10
Behandling	5 av 5**
Uppföljning av behandling	3 av 5**

* En verksamhet kan ha brister inom en eller flera aspekter av god vård.

** 5 av 10 verksamheter hade inte behandlat barn under den granskade perioden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Diagnossättning sker inte alltid i enlighet med gällande kriterier och rekommendationer

Tillsynen visar att samtliga granskade verksamheter har brister i informationsinsamlingen vid neuropsykiatrisk utredning i ett eller flera fall. Bristerna avser framför allt ofullständig anamnes, där uppgifter om exempelvis graviditet och förlossning, tidig utveckling, sömn, kost, psykisk hälsa, skolgång och aktuell livssituation saknas eller är bristfälliga. Tillsynen har även visat att hälften av de granskade verksamheterna har brister i informationsinsamlingen vid den initiala bedömningen inför utredning. Det kan exempelvis handla om att informationen enbart samlas in via digitala formulär, eller att den initiala konsultationen ibland väljs bort. Det förekommer även brister i kartläggningen av andra möjliga orsaker till barnets svårigheter. I några verksamheter saknas fullständig somatisk undersökning, exempelvis av hjärt- och lungfunktion eller neurologisk status.

IVO:s tillsyn visar dessutom att sex av tio verksamheter (60 procent) har brister vid diagnossättningen i ett eller flera fall. Bristerna rör framför allt vårdgivarnas motivering till varför en diagnos ställs. Motiveringen kan vara bristfällig eller saknas helt. I flera fall framgår det inte hur barnets symptom motsvarar gällande diagnoskriterier eller hur olika bedömningar har vägts samman.

20. Socialstyrelsen (2024).

21. Nationellt vård och insatsprogram för adhd, Sveriges Kommuner och Regioner.

Behandling med läkemedel mot adhd genomförs i vissa fall utan tillräcklig anamnes eller uppföljning

Behandling med läkemedel mot adhd ska föregås av anamnes och somatisk undersökning. Vid insättning av läkemedel rekommenderas veckovisa kontroller i början samt efter varje dosökning. Därefter rekommenderas uppföljning minst halvårsvis eller oftare vid biverkningar eller försämring. Uppföljningen ska omfatta effekt, symptom, funktion, biverkningar samt puls, blodtryck, vikt och längd (för växande individer). Årlig uppföljning ska göras hos läkare för ställningstagande till fortsatt behandling.²²

Tillsynen visar att fyra av fem verksamheter (80 procent) i ett eller flera fall har satt in läkemedel mot adhd utan tillräcklig anamnes och somatisk undersökning, exempelvis saknas uppgifter om vikt, puls, blodtryck eller ärftlighet för hjärtsjukdom. Tre verksamheter har brister även i uppföljningen, där vitala parametrar, effekt och biverkningar som hjärklappning, sömn eller ångest inte följs upp. I ett fall anges ingen aptitpåverkan trots tydlig viktnedgång. I vissa fall sker uppföljning med mer än sex månaders mellanrum. Det förekommer även byte av läkemedelssubstans som lämnas okommenterat, eller att parallella recept på olika läkemedel skickas för ett barn. Vidare förekommer avsaknad av ordination, justering av dos eller plan för upptrappning eller nertrappning.

Tillsynen visar att alla de fem verksamheter som utfört behandling av barn under den granskade perioden i ett eller flera fall har satt in läkemedel mot adhd utan att erbjuda andra insatser eller utvärdera eventuella tidigare insatser. En verksamhet erbjuder endast läkemedel vid adhd och hänvisar i övrigt till andra instanser, men följer inte upp om vårdnadshavare fullföljer kontakten och brister därmed i ansvaret för att barnet får en fullgod behandling.

Barnets rätt till information och delaktighet tillgodoses inte alltid

IVO har i tillsynen konstaterat brister avseende barnets rätt till information och delaktighet. Bland annat visar tillsynen att fyra av de tio granskade verksamheterna (40 procent) i ett eller flera fall inte har träffat barnet vid den initiala bedömningen inför en utredning och inte heller motiverat skälen till detta i journalen. Verksamheterna har i flera fall inte heller återkopplat till barnet om varför de rekommenderar en utredning eller inte. Vidare visar granskningen att tre verksamheter i ett eller flera fall inte har återkopplat utredningens resultat till barnet och inte heller motiverat skälen till detta.

Briter förekommer i journalföring och egenkontroll

Vid tillsynen har IVO uppmärksammat brister i journalföringen hos sju verksamheter. Det framgår till exempel inte vilka som deltar vid vårdbesök, om besöken är fysiska eller digitala, personalens namn och yrkeskategori eller hur samverkan med förskola eller skola har sett ut. I ett fall har malltexter använts utan anpassning, vilket lett till felaktiga uppgifter om svårighetsgrad och symptom hos barnet.

Vidare förekommer dokumentation av barnets psykiska status trots att barnet inte har deltagit vid besöket, eller att diagnoskoder och uppgifter om psykisk status saknas i journaler som rör behandling. IVO har även sett att byte av läkemedel mot adhd inte har kommenterats i journal och att samverkan mellan sjuk-sköterska och läkare endast har dokumenterats via internmeddelanden som inte

22. Nationellt vård- och insatsprogram för adhd, Sveriges Kommuner och Regioner.

sparas i journalen. I flera fall saknas uppgift om varför barnet inte har deltagit vid den initiala bedömningen eller vid återkoppling av utredning.

Tillsynen visar även att två verksamheter inte bedriver systematisk egenkontroll av vårdens kvalitet, såsom personalens följsamhet till processer och rutiner som rör information och delaktighet, vårdens genomförande eller journalföring. I övrigt beskriver alla verksamheter att de bedriver ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Samtidigt har IVO sett vissa skillnader mellan vad vårdgivarna har uppgett om sin egenkontroll och de brister som IVO har identifierat. Det kan därmed finnas skäl även för dessa vårdgivare att se över vissa delar av sin egenkontroll.

IVO noterar också att flera av de granskade vårdgivarna har vårdupplägg och prissättningsmodeller för den privatfinansierade vården som riskerar att påverka vilka delar av vården som familjer tar del av. Det finns exempel på att vårdnadshavare avstår från väsentliga delar såsom initial konsultation, återföring av utredningsresultat till förskola eller skola samt vissa behandlingsinsatser. Vårdgivarna behöver säkerställa att barnen får hjälp utifrån individuella behov snarare än utifrån efterfrågan eller betalningsförmåga.

1.4 Allvarliga brister förekommer inom psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård

Under 2024 och 2025 har IVO genomfört en tillsyn av psykiatrisk tvångsvård och av rättspsykiatrisk vård för vuxna, med utgångspunkt i ett regeringsuppdrag.^{23, 24} Tillsynen omfattade 15 av totalt 97 verksamheter som bedriver den typen av vård i Sverige.²⁵

Psykiatrisk tvångsvård enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) är psykiatrisk vård som ges mot en persons vilja, oftast på grund av allvarlig psykisk sjukdom och ett akut behov av sluten vård. Rättspsykiatrisk vård enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV) ges till personer som dömts till vård efter ett brott och som bedöms utgöra en fara för sig själva eller andra.

I tillsynen ingick journalgranskning och intervjuer med personal, ledning och ett 30-tal patienter. IVO granskade patienternas inflytande och delaktighet, vårdens innehåll, tvångsåtgärder och systematiskt kvalitetsarbete. Myndigheten fann brister i 13 av 15 av de granskade verksamheterna (87 procent).²⁶ För elva av verksamheterna var bristerna så allvarliga att IVO begärde att vårdgivaren skulle redovisa hur de planerade att åtgärda bristerna.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Olagliga tvångsåtgärder riskerar patienternas rätt till säker vård.
- Brister i det systematiska kvalitetsarbetet har lett till felaktig vård.
- Verksamheterna har behov av att utveckla patienternas delaktighet.

Olagliga tvångsåtgärder riskerar patienternas rätt till säker vård

I tio av de granskade verksamheterna fanns brister i beslut om tvångsåtgärder, se tabell 4. Det har bland annat förekommit att verksamheter fattar beslut om tvångsåtgärd utan lagstöd. Vissa verksamheter inskränkte även patienters rätt till elektronisk kommunikation utan att det fanns ett överklagningsbart beslut. I vissa fall fattades beslut efter lagstadgad tidsfrist. I ett fall låg en patient fastspänd under lång tid i väntan på att läkare skulle undersöka patienten.

Patienternas erfarenheter av tvångsåtgärder skiljer sig åt. Några ansåg att personalen hade kunnat agera annorlunda för att undvika tvångsåtgärder, medan andra inte hade några synpunkter. Samtidigt uppgav vissa läkare att hög arbetsbelastning och tidspress kunde minska utrymmet för lågaffektivt bemötande och därmed öka risken för tvångsåtgärder.

Beslut om tvångsåtgärder förutsätter att det finns konkreta skäl och att dessa framgår i journalen. Trots detta har personal i en av verksamheterna upprepade gånger genomfört ytlig kroppsbesiktning utan att det funnits beslut om åtgärden. Ett sådant beslut kan inte fattas i förväg och åtgärden får inte vidtas rutinmässigt.²⁷ I några fall hade verksamheter inte heller underrättat IVO om pågående tvångsåtgärder.

23. Inspektionen för vård och omsorg (2025c).

24. Regeringsuppdrag S2021/04972 Tillsyn och uppföljning av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

25. Alla verksamheter som ger psykiatrisk tvångsvård (LPT) eller rättspsykiatrisk vård (LRV), liksom de som har enheter för rättspsykiatrisk undersökning, måste anmäla detta till IVO:s säkerhetsregister. 2026-02-05 fanns 97 aktiva verksamheter i säkerhetsregistret.

26. Inspektionen för vård och omsorg (2023a).

27. Av 23 § LPT, vilken enligt 8 § LRV, är tillämplig vid sluten rättspsykiatrisk vård, framgår att chefsöverläkaren får besluta om bland annat ytlig kroppsbesiktning under vissa förutsättningar. Av 2 a § LPT samt 2 a § LRV framgår att tvångsåtgärder vid rättspsykiatrisk vård endast får användas om de står i rimlig proportion till syftet med åtgärden.

Tabell 4. Antal brister per område hos 15 granskade verksamheter.

Område	Antal verksamheter med brister*
Tvångsåtgärder	10
Systematiskt kvalitetsarbete	5
Vårdens innehåll	4
Patientens inflytande och delaktighet	0

* En verksamhet kan ha flera brister.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025.

Brister i det systematiska kvalitetsarbetet har lett till felaktig vård

Det förekom brister i det systematiska kvalitetsarbetet i 5 av de 15 granskade verksamheterna (33 procent) inom allmän- och rättspsykiatri för vuxna. Bland annat fann IVO att personal inte dokumenterade synpunkter och klagomål från patienter eller anhöriga vid klagomåls- och avvikelsehantering.

I ett av fallen gjorde verksamheten inga riskbedömningar eller uppföljningar av tvångsåtgärder. Ibland berodde brister i dokumentationen på att vikarier saknade behörighet till journalsystemet. IVO kunde också konstatera att omvårdnadspersonalen inte kände till den rutin som ledningen beskrev kring uppföljningssamtal efter tvångsåtgärd.

I två fall användes väktare eller ordningsvakter i patientnära vård och behandling, vilket endast får ske i samband med nöd eller nödvärn. IVO har även konstaterat brister i säkerhetskontroller vid avdelningsbesök.

Verksamheterna har behov av att utveckla patienternas delaktighet

IVO:s tillsyn visade att patienters delaktighet i vården behöver utvecklas. Flera patienter uppgav att de inte fick tillräcklig möjlighet att prata med läkare eller att det tog lång tid innan de fick ett läkarsamtal. I en verksamhet uppgav flera patienter att de aldrig fick träffa läkare när de önskade.²⁸

En betydelsefull del i arbetet med patientens delaktighet är att den som har varit med om en tvångsåtgärd får uttrycka sin upplevelse av situationen. Tillsynen visade dock att patienter inte alltid erbjöds uppföljningssamtal. Uppföljningssamtal är en central del av verksamheternas kvalitetsarbete eftersom de kan bidra till att identifiera hur personalens agerande och vårdmiljön kan utvecklas för att undvika tvångsåtgärder. Flera verksamheter saknade strukturerade arbetssätt för att förebygga och minska förekomsten av tvångsåtgärder.

28. Av 5 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL, framgår att hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vidare framgår av bestämmelsen att vården ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och vara lätt tillgänglig; av 5 kap. 1 § patientlag (2014:821), PL, följer att hälso- och sjukvården så långt som möjligt ska utformas och genomföras i samråd med patienten.

1.5 Fortsatta problem med oseriösa och kriminella aktörer inom hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården ser IVO samma problem kring oseriösa och kriminella aktörer som föregående år.^{29, 30} Det handlar bland annat om att personal utan legitimation utför hälso- och sjukvård och att legitimerad personal begår bedrägerier och möjliggör andras välfärdsbrott. Problemen handlar också om att oseriösa och kriminella aktörer försvårar och håller sig undan IVO:s tillsyn. IVO ser att bristfälligt patientsäkerhetsarbete och dokumentation hos vårdgivare gör det svårare att upptäcka oseriös verksamhet. Oseriösa och kriminella aktörer använder också alltmer avancerade brottsupplägg som är svårare för IVO att upptäcka.

Sedan 2024 bedriver IVO en förstärkt tillsyn mot verksamheter där oseriösa eller kriminella aktörer kan förekomma. IVO har också sedan 2024 ett regeringsuppdrag om att förstärka tillsynen mot oseriösa och kriminella inom hälso- och sjukvården och tandvården.³¹ I takt med att myndighetens förmåga att identifiera oseriösa eller kriminella aktörer har ökat har den förstärkta tillsynsinsatsen vuxit och omfattar hittills ett 90-tal vårdgivare. Majoriteten av inspektionerna har skett oanmält.³² Estetiska verksamheter är fortfarande i fokus för myndigheten men flera tillsynsinsatser riktas också mot verksamheter som bedriver tandvård, primärvård eller erbjuder vaccinationer.³³

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Hälso- och sjukvården har återkommande brister i patientsäkerhetsarbete och grundläggande rutiner.
- Fortsatta problem med att personal utan legitimation utför injektionsbehandlingar.
- Yrkesutövare som saknar förmåga eller avsikt att bedriva god vård förekommer fortfarande.

Hälso- och sjukvården har återkommande brister i patientsäkerhetsarbete och grundläggande rutiner

IVO:s tillsyn under 2024 och 2025 har visat på så allvarliga brister att myndigheten har förbjudit 16 verksamheter som bedömts vara direkt farliga för patienter, se tabell 5. Majoriteten av de förbjudna verksamheterna erbjuder estetiska behandlingar.

Verksamheterna har drivits av vårdgivare som saknat förmåga eller avsikt att bedriva vård i enlighet med kraven på god och säker vård. IVO:s tillsyn visar återkommande allvarliga brister i patientsäkerhetsarbetet och i grundläggande rutiner för bland annat hygien, läkemedelshantering och journalföring.

29. Inspektionen för vård och omsorg (2025d).

30. Inspektionen för vård och omsorg (2026b).

31. Regeringsuppdrag S2024/00037 Uppdrag om förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården.

32. Oanmällda inspektioner minskar risken för att tillsynsobjektet ger en tillrättalagd bild av verksamheten. Det minskar möjligheten för vårdgivare att till exempel undanröja allvarliga patientsäkerhetsrisker eller på olika sätt manipulera eller efterkonstruera dokumentation.

33. IVO inledde en nationell tillsynsinsats av verksamheter som erbjuder estetiska injektionsbehandlingar och estetisk kirurgi 2022. Tillsynen visade att området har omfattande patientsäkerhetsrisker och i stor utsträckning präglas av oseriösa och kriminella aktörer. Se vidare Inspektionen för vård och omsorg (2023b).

IVO förbjuder verksamheter där patientsäkerhetsriskerna är som störst, och som många gånger drivs av företrädare som framstår som olämpliga. Till skillnad från omsorgen saknar dock hälso- och sjukvården krav på tillstånd och därmed prövning av företrädarnas lämplighet. Det innebär att IVO har färre rättsliga grunder för att ingripa med myndighetens skarpaste verktyg i form av förbud. Inom omsorgen finns både tydligare kvalitetskrav och fler möjligheter att återkalla tillstånd.

Tabell 5. Verksamheter med förbud 2024–2025.

Verksamhetstyp	Antal verksamheter		
	2024	2025	Totalt
Estetiska behandlingar	8	4	12
Primärvård	1	-	1
Somatisk specialistsjukvård (kirurgi)	1	-	1
Tandvård	1	-	1
Assisterande hemförlossning	-	1	1
Totalt	11	5	16

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Fortsatta problem med att personal utan legitimation utför injektionsbehandlingar

IVO har konstaterat att personal i flera verksamheter har gått utöver sina befogenheter. I samtliga estetiska verksamheter som förbjudits av IVO har personal utan legitimation utfört injektionsbehandlingar, trots att sådan behandling endast får utföras av sjuksköterska, tandläkare eller läkare. I ett fall har obehörig personal utfört injektionsbehandling på ett barn, och i ett annat fall har verksamheten använt en otillåten produkt i injektionsbehandlingar.

Yrkesutövare som saknar förmåga eller avsikt att bedriva god vård förekommer fortfarande

Inom hälso- och sjukvården räcker det inte alltid att förbjuda enskilda verksamheter. Olämplig hälso- och sjukvårdspersonal kan byta arbetsgivare för att till exempel försvåra upptäckt. Legitimerade yrkesutövare behöver inte vara knutna till en vårdgivare eller en verksamhet för att använda de befogenheter som en legitimation ger. IVO:s tillsyn mot hälso- och sjukvårdens personal är därför ett centralt verktyg för att hindra oseriösa och kriminella yrkesutövare att verka inom hälso- och sjukvården. Särskilt läkare har en omfattande rätt att förskriva läkemedel eller utfärda intyg utan koppling till en vårdgivare eller verksamhet. Oseriösa läkare gör det möjligt för andra att begå exempelvis bidragsbrott genom att utfärda medicinska underlag, så kallade intyg, på felaktiga grunder. Andra läkare möjliggör för patienter att ta del av subventionerade läkemedel genom att förskriva läkemedel felaktigt inom högkostnadsskyddet.³⁴

Under 2024 och 2025 har IVO bedömt att över 400 legitimerade yrkesutövare agerat på sådant sätt att deras möjligheter att verka inom hälso- och sjukvården bör begränsas, se tabell 6. I nästan samtliga fall yrkar IVO på återkallelse av legitimation eller provotid. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har de senaste åren bifallit IVO:s yrkande i 94 procent av fallen.³⁵

34. Högkostnadsskyddet för läkemedel gäller för de flesta läkemedel på recept. Läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet är subventionerade. Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner och förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner reglerar vilka läkemedel som ska ingå i högkostnadsskyddet.

35. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (2025). Verksamhetsredogörelse 2024.

Tabell 6. Antal anmälningar till HSAN 2024–2025, uppdelade på typ av yrkande och år.

IVO:s yrkande i anmälan till HSAN	2024	2025
Återkallelse av legitimation	105	103
Prövotid	98	103
Interimistisk återkallelse av legitimation	5	5
Interimistisk eller permanent indragning eller begränsning av förskrivningsrätt	6	7
Totalt	214	218

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025.

Under samma period har IVO anmält över 200 individer till åtal efter att det framkommit misstankar i myndighetens tillsyn om att de begått brott i sin yrkesutövning som kan ge fängelse. De flesta åtalsanmälningarna rör legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, där sjuksköterskor och läkare utgör majoritet.

IVO:s tillsyn bekräftar tidigare iakttagelser om yrkesutövare som saknar förmåga eller avsikt att bedriva god vård, eller som medvetet utnyttjar sin yrkesroll till att begå eller möjliggöra för andra att begå välfärdsbrott.³⁶ IVO agerar när myndigheten upptäcker yrkesutövare som försöker hålla sig undan från tillsyn, som inte följer beslut om återkallad legitimation eller planer för prövotid och som är dömda för allvarliga brott. IVO:s tillsyn visar att individer använder de skyddade yrkestitlarna sjuksköterska, läkare och tandläkare utan legitimation. En del individer med legitimation överskrider sina befogenheter med risk för allvarliga och bestående skador hos patienterna och fördröjd nödvändig vård.

En fördjupad bild av IVO:s tillsyn mot hälso- och sjukvårdspersonal presenteras i delkapitel 1.6.

36. Inspektionen för vård och omsorg (2025d).

1.6 Tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal stärker patientsäkerheten

IVO har i uppdrag att bedriva tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har rätt att utöva sitt yrke i Sverige.³⁷ Tillsynsuppdraget omfattar omkring 292 000 yrkesverksamma utövare i 22 olika yrken.³⁸ Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för den kunskapsnivå, yrkeskompetens och lämplighet som krävs för att arbeta inom vården.^{39, 40} Genom tillsynen bidrar IVO till stärkt patientsäkerhet och att vårdskador förebyggs.

IVO har genomfört en fördjupad analys av 486 individer som IVO anmält till HSAN och där tillsynen har avslutats under 2023–2025.⁴¹ Syftet med analysen är att beskriva vilka som får de mest ingripande besluten. Resultatet visar bland annat att en individ kan vara föremål för en tillsyn flera gånger, både innan och efter en anmälan till HSAN, och att endast hälften av de individer som fått beslut om prøvotid fullföljer den utan åtgärd från IVO.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Hälften av utredningarna under 2025 visar på allvarliga brister.
- Läkare och män är vanligast i IVO:s anmälningar till HSAN.
- Orsak till HSAN-anmälan varierar mellan yrkesgrupperna.
- Endast hälften fullföljer sin prøvotid utan åtgärd från IVO.
- En individ kan bli föremål för tillsyn flera gånger.

Hälften av utredningarna under 2025 visar på allvarliga brister

Under 2025 har IVO fattat beslut i 812 tillsynsärenden avseende legitimerad personal. I drygt hälften av fallen (453 ärenden) har IVO funnit så allvarliga brister att utredningen resulterat i ett beslut med kritik (235 ärenden) eller beslut om att anmäla individen till HSAN (218 ärenden), se figur 2. IVO anmäler en individ till HSAN när det finns skäl för beslut om prøvotid, återkallelse av legitimation, återkallelse av annan behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården eller begränsning av förskrivningsrätt.⁴² HSAN beslutar sedan om en åtgärd. De senaste åren har HSAN beslutat i linje med IVO:s yrkanden i 94 procent av fallen.⁴³ I majoriteten av fallen har IVO yrkat på återkallelse av legitimation (47 procent) eller att individen ska genomgå en treårig prøvotid (47 procent). De främsta orsakerna till anmälningarna under 2025 var brott, oskicklighet och beroendeproblematik. Resultatet för typ av yrkande och orsak till anmälningarna för 2025 är i linje med tidigare år.

37. 7 kap. 1 § patientsäkerhetslag (2010:659), PSL.

38. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. [Hämtad 2026-01-14]. Data avser år 2023 då 2024 års data är preliminära vid tidpunkten för uttaget.

39. Prop. 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

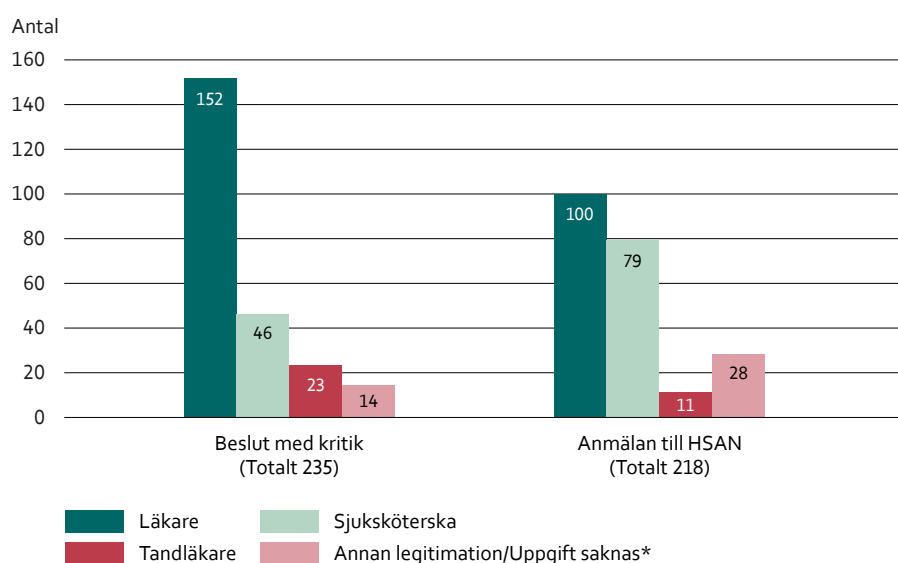
40. Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.

41. Inspektionen för vård och omsorg (2026c).

42. 7 kap. 30 § PSL.

43. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd. Verksamhetsredogörelse 2024.

Figur 2. Antal beslut med kritik eller beslut om anmälan till HSAN under 2025, uppdelat på typ av legitimation.



* Avser legitimationer utöver läkare, sjuksköterska och tandläkare samt ärenden där uppgiften inte är registrerad.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Läkare och män är vanligast i IVO:s anmälningar till HSAN

Bland de individer som ingår i den fördjupade analysen är det vanligaste yrket läkare (42 procent), följt av sjuksköterska (38 procent) och tandläkare (14 procent), se tabell 7. Detta kan jämföras med alla sysselsatta legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården i Sverige år 2023, där 17 procent var läkare, 46 procent sjuksköterskor och 3 procent tandläkare.⁴⁴ IVO ser alltså en högre andel läkare och tandläkare bland individerna i analysen jämfört med andelen yrkesverksamma läkare respektive tandläkare i Sverige.

Tabell 7. Antal individer som anmälts till HSAN där tillsyn avslutats 2023–2025, uppdelat på legitimationstyp och kön.

Legitimation	Kvinna	Man	Totalt
	Antal (%)*	Antal (%)*	Antal (%)**
Läkare	39 (19)	164 (81)	203 (42)
Sjuksköterska	139 (75)	46 (25)	185 (38)
Tandläkare	17 (26)	49 (74)	66 (14)
Annan legitimation	15 (47)	17 (53)	32 (7)
Totalt	210 (43)	276 (57)	486 (100)***

* Avser procentandel per kön inom respektive legitimation.

** Avser procentandel per legitimationstyp av samtliga individer.

*** På grund av avrundningsfel överstiger den totala andelen 100 %.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

44. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. [Hämtad 2026-01-14]. Data avser år 2023 då 2024 års data är preliminära vid tidpunkten för uttag.

Mer än hälften av de som anmälts till HSAN är män (57 procent). Män är i majoritet bland anmälningarna av läkare och tandläkare, medan kvinnor dominerar bland sjuksköterskor, se tabell 7. Trots att det förekom fler kvinnor än män inom samtliga yrkesgrupper (läkare, sjuksköterska och tandläkare) i Sverige år 2023, är det alltså en högre andel män som anmälts till HSAN bland läkare och tandläkare.⁴⁵

Orsak till HSAN-anmälan varierar mellan yrkesgrupperna

Bland individerna som har genomgått en provotid är beroendeproblematik den främsta orsaken till en anmälan (43 procent), följt av oskicklighet och brott (27 respektive 24 procent). För de individer där IVO har yrkat på återkallelse av legitimation är oskicklighet den vanligaste orsaken (32 procent) följt av brott och olämplighet (29 respektive 27 procent), se tabell 8.

Tabell 8. Orsaker för anmälan till HSAN där tillsyn avslutats 2023–2025, uppdelat på yrkande om provotid och återkallelse av legitimation.

Orsak*	Prövotid	Återkallelse av legitimation
	Antal (%)	Antal (%)
Beroendeproblematik	125 (43)	20 (10)
Brott	70 (24)	57 (29)
Förskrivning	31 (11)	29 (15)
Olämplighet	25 (9)	53 (27)
Oskicklighet	79 (27)	62 (32)
Sjukdom	32 (11)	20 (10)
Övrigt	13 (5)	14 (7)

* En anmälan till HSAN kan baseras på mer än en orsak, vilket gör att summan av antalet orsaker är fler än antalet anmälda individer. Därför överstiger summan av andelarna 100 procent.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

I många fall finns det fler än en orsak till anmälan. Ett eget beroende kan till exempel vara anledningen till att en individ stjälar läkemedel, vilket i sin tur kan utgöra ett brott inom yrkesutövningen.

Endast hälften fullföljer sin provotid utan åtgärd från IVO

IVO kan yrka på provotid när legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal misskött sig i sin yrkesutövning eller kan ifrågasättas ur förtroendesynpunkt, men där det inte finns tillräckliga skäl för en återkallelse av legitimationen. Ansvar för att provotidsplanen följs ligger helt på den legitimerade individen, oavsett om personen är verksam inom sitt yrke eller inte.

Av de individer i analysen som har genomgått en provotid är det drygt hälften (52 procent) som har fullföljt sin provotidsplan utan åtgärd från IVO. För 28 procent av individerna har IVO gjort en ny anmälan till HSAN under provotiden med yrkande om återkallelse av legitimation, exempelvis när personen inte har följt den fastställda provotidsplanen. I 14 procent av fallen har individen själv begärt att få sin legitimation återkallad hos HSAN.

45. Socialstyrelsen. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. [Hämtad 2026-01-14]. Data avser år 2023 då 2024 års data är preliminära vid tidpunkten för uttag.

En individ kan bli föremål för tillsyn flera gånger

Bland de individer som ingår i den fördjupade analysen har 18 procent av individerna utretts tidigare, varav drygt hälften har uppvisat så allvarliga brister att IVO kritiserat eller anmält dem till HSN. Majoriteten av de föregående anmälningarna är ett yrkande om provotid. IVO kan också konstatera att det finns individer som blivit föremål för ny tillsyn redan inom några år efter en fullföljd provotid. Det förekommer även individer som har ansökt om att få tillbaka sin legitimation eller förskrivningsrätt inom några år efter att den återkallats. I majoriteten av dessa fall har individen inte kunnat visa att den har kommit till rätta med de omständigheter som föranledde beslutet och därmed har HSN avslagit ansökan. Det finns även exempel på läkare och tandläkare som fortsatt utöva sitt yrke trots att de fått beslut om återkallelse av legitimationen. I dessa fall har IVO anmält individerna till åtal.

Socialtjänst och verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade

I DET HÄR kapitlet beskrivs iakttagelser och åtgärder som IVO har utfört och som gäller socialtjänst och verksamheter enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS. IVO:s tillsyn visar att det finns brister som påverkar brukarnas omsorg och verksamheternas kvalitet. Det finns även omfattande och allvarliga brister när det gäller välfärdsbrottslighet och förekomst av oseriösa aktörer.

IVO:s tillsyn inom socialtjänsten, inklusive verksamhet som bedrivs enligt LSS, ska bidra till att omsorgen är säker, håller god kvalitet och följer lagar och föreskrifter.^{46, 47} Tillsynen ska utgå från ett patient- och brukarperspektiv. IVO lämnar råd och vägledning, kontrollerar att brister åtgärdas och för vidare kunskap från tillsynen.

I punktlistan visas de viktigaste övergripande iakttagelserna som IVO har sett under året när det gäller socialtjänst och LSS. En fördjupad beskrivning av dessa kan läsas i respektive delkapitel.

- Arbetet fortsätter med att motverka oseriösa och kriminella aktörer inom omsorgen.
- Flera HVB och stödboenden har fått förbud eller återkallade tillstånd.
- Otillräckliga registerkontroller är fortsatt den vanligaste bristen inom LSS.
- Fortsatt allvarliga brister på särskilda ungdomshem som drivs av SiS.
- IVO:s tillsyn av skade- och dödsfallsärenden visar på systematiska brister i handläggning och samverkan.
- Lång väntan till särskilt boende för äldre.

46. Socialtjänstlag (2025:400), SoL.

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

2.1 Arbetet fortsätter med att motverka oseriösa och kriminella aktörer inom omsorgen

IVO:s tillståndsprövning och tillsyn visar på fortsatta och omfattande problem med oseriösa och kriminella aktörer inom omsorgen. När IVO prövar ansökningar om att starta ny tillståndspliktig verksamhet bedömer IVO att det ofta saknas förmåga eller avsikt att bedriva verksamhet som uppfyller de krav som ställs. Under 2025 avslog IVO i genomsnitt nära 40 procent av inkomna ansökningar om att starta ny tillståndspliktig verksamhet, varav en majoritet av avslagen beror på att ägare och ledning inte bedöms uppfylla kraven på insikt eller lämplighet.

Sedan 2024 bedriver IVO en förstärkt tillsyn mot verksamheter där oseriösa eller kriminella aktörer kan förekomma. IVO har också sedan 2024 ett regeringsuppdrag om att förstärka tillsynen mot oseriösa och kriminella inom omsorgen.⁴⁸ Arbetet bedrivs genom en förstärkt och nationellt samordnad tillsyn inom socialtjänsten och LSS, med särskilt fokus på boenden för barn och unga.⁴⁹ Tillsynen utökas löpande och omfattar hittills omkring 160 verksamheter och tillståndsinnehavare inom socialtjänsten och LSS. Arbetet bedrivs i nära samverkan med andra myndigheter och är en förutsättning för att effektivt motverka välfärdsbrottslighet.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Bristande kontroll av personal riskerar fortsatt barn och ungas säkerhet.
- Aktörer försvårar och undviker tillsyn och tillståndsprövning.
- Domstolarna fastställer IVO:s beslut i hög utsträckning.
- Kommunernas uppföljningsansvar är viktigt för att motverka välfärdsbrott.

Bristande kontroll av personal riskerar fortsatt barn och ungas säkerhet

IVO:s samlade tillsyn under 2024 och 2025 har visat på så allvarliga och utbredda brister att IVO beslutat att förbjuda eller återkalla tillstånden för 104 verksamheter inom socialtjänsten och LSS, se tabell 9.⁵⁰

Gemensamt för dessa verksamheter är att de har drivits utan att ansvariga har lämplighet, förmåga eller avsikt att bedriva omsorgsverksamhet enligt gällande krav. Det har gjorts att brukare i dessa verksamheter inte har fått de insatser som de har rätt till, eller att de har riskerat att gå miste om insatser och att få sina behov tillgodosedda.

Barn och unga har i flera fall riskerat att utsättas för fara för liv, hälsa eller personlig säkerhet, bland annat till följd av att personalens lämplighet inte har kontrollerats. Det rör sig om personer som är beroende av samhällets insatser, vilket gör dem extra sårbara och i behov av samhällets skydd.

48. Regeringsuppdrag S2024/00041 Uppdrag om förstärkt tillsyn av välfärdsbrottslighet inom omsorgen.

49. Inspektionen för vård och omsorg (2026d).

50. Under 2024 och 2025 fattade IVO också beslut om förbud mot två verksamheter som Statens institutionsstyrelse (SiS) är huvudman för.

Tabell 9. Antal återkallade tillstånd och förbjudna verksamheter 2024–2025.

Verksamhetstyp (SoL ⁵⁰ respektive LSS ⁵¹)	Antal verksamheter		
	2024	2025	Totalt
Hem för vård eller boende (0–20 år) (SoL)	17	16	33
Personlig assistans (LSS)	11	12	23
Bostad med särskild service för barn eller ungdomar (LSS)	5	7	12
Verksamhet som ger konsulentstöd (SoL)	3	7	10
Hemtjänst (SoL)	4	4	8
Stödboende (16–20 år) (SoL)	3	5	8
Avlösarservice (LSS)	1	2	3
Ledsagarservice (LSS)	1	2	3
Öppenvård och dagverksamhet (SoL)	0	2	2
Bostad med särskild service för vuxna (LSS)	1	0	1
Korttidsvistelse (LSS)	0	1	1
Totalt	46*	58**	104

* Verksamheter som IVO beslutat tillfälligt förbjuda och därefter återkallat tillstånden för återfinns under 2025 (två stycken).

** Varav IVO upphävt besluten för fem verksamheter på grund av ändrade sakförhållanden.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Det vanligaste skälet till att IVO förbjuder eller återkallar tillståndet för en verksamhet är att företrädare inte uppfyller krav på lämplighet eller att företrädare allvarligt brustit i att kontrollera personal mot misstanke- och belastningsregister inför anställning. I många fall finns så allvarliga missförhållanden i verksamheterna att brukarnas liv, hälsa eller personliga säkerhet är i fara.

Aktörer försvårar och undviker tillsyn och tillståndsprövning

IVO:s tillsyn visar att företrädare har återkommande brister i lämplighet, bland annat genom att lämna felaktiga eller vilseledande uppgifter, dölja verkliga företrädare eller på annat sätt kringgå gällande krav. Många gånger återkommer dessutom samma individer i myndighetens tillståndsprövning och tillsyn. Genom mer eller mindre komplicerade så kallade bulvanupplägg kan individer som bedömts vara olämpliga behålla kontrollen över verksamheter, starta nya verksamheter och fortsätta verka på området tills IVO eller andra myndigheter upptäcker det och kan agera.

IVO ser också indikationer på att aktörer som bedömts vara olämpliga söker sig till områden som inte har tillståndsplikt eller att de agerar i gråzonen mellan icke tillståndspliktig och tillståndspliktig verksamhet för att undvika IVO:s prövning. Det innebär att företrädare som inte har prövats eller där prövningen visat att de inte är lämpliga eller saknar förmåga att bedriva verksamhet ändå kan verka inom välfärden. Det kan handla om företrädare för personlig assistans som efter återkallat tillstånd fortsätter bedriva verksamhet, men i så kallade servicebolag.⁵³ Ett annat exempel är företrädare som bedömts vara olämpliga

51. 26 kap. SoL.

52. 9 kap. LSS.

53. Så kallade servicebolag omfattas inte av tillståndsplikt. IVO har dock i flera ärenden bedömt att typen eller omfattningen av tjänster som servicebolagen utfört för den assistansberättigade gör att det inte har varit fråga om assistans i egen regi. IVO bedömer i stället att det är fråga om assistans som utförs i en yrkesmässig enskild verksamhet och som därmed är tillståndspliktig.

och söker sig till området för konsulentstödd familjehemsverksamhet. För att både föreslå familjehem till kommuner och lämna stöd och handledning till familjehem krävs tillstånd, men inte för verksamhet som enbart erbjuder en av insatserna. Verksamheter utformas också så att de i praktiken utgör tillståndspliktig verksamhet men förkläs som en icke tillståndspliktig sådan. IVO har upptäckt familjehem som bedrivs yrkesmässigt och därmed snarare är att se som ett HVB eller LSS-boende. IVO har också sett så kallade stödboende för vuxna som bedrivs med sådant innehåll att det egentligen är fråga om ett tillståndspliktigt HVB. I delkapitlen 2.2 och 2.3 finns djupare beskrivningar av den förstärkta tillsynen av HVB och stödboende samt tillsynen av LSS.

Domstolarna fastställer IVO:s beslut i hög utsträckning

I takt med att oseriösa aktörer blir alltmer kapabla till avancerade brottsupplägg ställs högre krav på IVO:s utredningar. Beslut ska vara väl underbyggda och rättssäkra. En förstärkt rättstillämpning tillsammans med utvecklad praxis på flera områden och analys av utfall i domstolsprocesser stärker rättssäkerheten och myndighetens förutsättningar för att agera skyndsamt, enhetligt och med rätt typ av åtgärd.

IVO:s beslut om att förbjuda eller återkalla tillstånd för en verksamhet överklagas och prövas i regel av en eller flera instanser. Av de ärenden om återkallelse eller förbud som IVO har fattat under 2024 och 2025 och där domstolen kommit med ett slutligt avgörande har domstolen ändrat IVO:s beslut i 1 av 17 fall.⁵⁴ Utfallet av domstolsprövningarna bekräftar att IVO:s beslut är i linje med gällande rätt.

Kommunernas uppföljningsansvar är viktigt för att motverka välfärdsbrott

IVO:s tillståndsprövning och tillsyn bidrar till att verksamheter och företrädare uppfyller gällande krav, men det är ingen garanti för att omsorgen alltid håller tillräcklig kvalitet. Kommunerna ansvarar för att följa upp både enskilda placeringar och verksamheter som drivs av privata utförare. Med sitt uppföljningsansvar har kommunerna en central roll för att motverka att olämpliga aktörer kan bedriva verksamhet inom välfärden.

IVO har en pågående tillsynsinsats som bland annat omfattar kommunernas uppföljning och kontroll vid placering av barn och unga hos privata utförare. Genom att identifiera brister och utvecklingsbehov kan tillsynen vara ett stöd i kommunernas arbete. Utöver tillsynsinsatsen tillhandahåller IVO ett placeringsstöd som ska stärka kommunernas informationsunderlag vid placeringar. Tillsynens relevans bekräftas av att IVO har bedömt att 295 kommuner och stadsdelar har så allvarliga brister att de har behövt redovisa till IVO vilka åtgärder de vidtar för att förbättra arbetet.⁵⁵

54. 2026-01-16 hade 17 domstolsprövningar avslutats.

55. Tillsynsinsatsen omfattar landets samtliga 303 kommuner och stadsdelar.

2.2 Flera HVB och stödboenden har fått förbud eller återkallade tillstånd

Sedan hösten 2024 har IVO ett regeringsuppdrag om stärkt tillsyn av stödboende och HVB som tar emot barn och unga.^{56,57} Inom ramen för regeringsuppdraget och de senaste årens intensifiering av arbetet mot välfärdsbrott har IVO skärpt granskningen av HVB och stödboenden på olika sätt. Myndigheten har bland annat genomfört en särskild tillsynsinsats som hittills omfattar ett 70-tal verksamheter och deras företrädare, efter indikationer på oseriösa eller kriminella inslag. Tillsynsinsatsen har skett nästan uteslutande genom oanmälda inspektioner.⁵⁸ Det finns närmare 900 HVB och stödboenden för barn och unga, och ungefär 80 procent drivs av privata utförare som IVO har beviljat tillstånd.^{59,60} I myndighetens uppdrag ingår att granska samtliga HVB och stödboenden varje år genom den så kallade frekvenstillsynen. Arbetet görs nationellt utifrån gemensamma arbetssätt och har utvecklats under 2025 för att ytterligare bidra i arbetet mot oseriösa och kriminella aktörer. Bland annat har granskningen, som tidigare i första hand fokuserat på verksamhetens kvalitet, breddats till att också omfatta företrädarna för verksamheten. Granskningen av så kallade vilande verksamheter⁶¹ som tar emot barn och unga (HVB, stödboende och LSS-boende) har också skärpts som en del i arbetet mot välfärdsbrott.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- HVB har omfattande brister i registerkontroll av personal.
- IVO:s årliga tillsyn visar på brister i en tredjedel av alla HVB.
- Antalet företrädare som meddelat att verksamheten ska upphöra har ökat kraftigt.

HVB har omfattande brister i registerkontroll av personal

Under den särskilda tillsynsinsatsen har IVO förbjudit eller återkallat tillstånden för 30 HVB och 6 stödboenden för barn och unga.⁶² Det vanligaste skälet är att företrädare inte har uppfyllt krav på registerkontroll av personal innan de anställts. I många fall finns också brister i företrädares lämplighet eller så pass allvarliga missförhållanden på boendet att barnens liv, hälsa eller personliga säkerhet har varit i fara. Det kan exempelvis röra sig om företrädare som har misskött sig ekonomiskt eller inte följt de regler som gäller för företag. När ansvariga inte har kontrollerat personalens bakgrund mot misstanke- och belastningsregistret innebär detta en risk för att barn och unga exponeras för kriminalitet. De riskerar att utsättas för fara för liv, hälsa eller personlig säkerhet om de vårdas av anställda som är aktiva i kriminalitet, har en kriminell bakgrund eller på andra sätt har ett skadligt inflytande på barn och unga.

56. Regeringsuppdrag S2024/01643 Uppdrag att stärka tillsynen av stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga.

57. Inspektionen för vård och omsorg (2025e).

58. Oanmälda inspektioner minskar risken för att tillsynsobjektet ger en tillrättalagd bild av verksamheten, exempelvis genom att styra vilka bland personal och placerade som får tala med IVO.

59. 26 kap. 1 § 1 p. SoL.

60. Det finns 897 aktiva tillsynsobjekt i IVO:s omsorgsregister (alla åldrar inkluderade), varav 794 har barn och unga placerade. [Hämtad 2026-01-27].

61. Med vilande verksamhet avses verksamheter som har tillstånd men som har meddelat att de inte bedriver verksamhet med placerade barn och unga.

62. Uppgiften gäller per den 31 december 2025. För fem HVB har IVO upphävt beslutet efter ändrade omständigheter i verksamheterna.

IVO:s årliga tillsyn visar på brister i en tredjedel av alla HVB

I den årliga tillsynen av alla HVB, LSS och stödboenden har IVO under 2025 bedömt att 119 HVB, 52 LSS och 59 stödboenden (32, 27 respektive 24 procent) har brister inom ett eller flera områden, se tabell 10. Andelen verksamheter som bedömts ha så allvarliga brister att de behöver återredovisa genomförda eller planerade åtgärder till IVO uppgår till 26 procent för HVB, 15 procent för LSS och 20 procent för stödboenden.

Tabell 10. Antal och andel verksamheter med konstaterade brister i den årliga tillsynen för barn och unga 2025.

Typ av boende	Antal verksamheter med brister	Totalt antal verksamheter med beslut	Andel verksamheter med brister (%)
HVB	119	371	32
LSS	52	194	27
Stödboende	59	242	24
Totalt	230	807	29

Källa: Inspektion för vård och omsorg, 2026.

Antalet företrädare som meddelat att verksamheten ska upphöra har ökat kraftigt

Inom ramen för den årliga tillsynen av alla HVB, stödboenden och LSS-boenden granskar IVO även vilande verksamheter, det vill säga verksamheter som har tillstånd men som har meddelat att de inte bedriver verksamhet med placerade barn och unga. IVO har sett indikationer på att oseriösa och kriminella aktörer utnyttjar möjligheten till vilande tillstånd och att bolag som har vilande verksamheter är särskilt intressanta att ta över för oseriösa eller kriminella aktörer. Sedan 2024 har granskningen av vilande verksamheter skärpts och blivit mer enhetlig över hela landet. Det har lett till ett stort antal förelägganden med vite om att företrädare ska lämna uppgifter om den verksamhet som de driver. IVO bedömer att det är en förklaring till att fler tillståndsinnehavare än tidigare har anmält att verksamheten har lagts ner och att tillstånden därmed ska upphöra, se tabell 11. Färre vilande verksamheter minskar möjligheterna för oseriösa och kriminella aktörer att få tillgång till tillstånd som inte används som det är tänkt.

Tabell 11. Antal boenden för barn och unga som fått förelägganden med vite om att lämna uppgifter respektive meddelat att verksamheten lagts ned 2023–2025.

Resultat	2023	2024	2025
Föreläggande med vite	0	0	21
Anmälan om nedlagd verksamhet	55	64	75

Källa: Inspektion för vård och omsorg, 2025.

Även inom den särskilda tillsynsinsatsen av HVB och stödboenden har det förekommit att ansvariga har anmält att verksamheterna ska upphöra, efter att myndigheten har inlett en tillsyn eller kommunicerat underlag för beslut i slutet av handläggningen. Myndigheten kan inte utesluta att sådana anmälningar har använts som ett sätt att undvika ett beslut från IVO. Myndigheten konstaterar vikten av att eventuella brister i verksamheten eller bland företrädarna kan dokumenteras ifall samma företrädare ansöker på nytt om att starta en tillståndspliktig verksamhet. IVO ser också tecken på att aktörer vars tillstånd har återkallats söker sig till områden som inte är tillståndspliktiga. Det innebär en risk för att personer som har bedömts vara olämpliga eller sakna förmåga att bedriva en säker verksamhet med god kvalitet kan fortsätta att verka inom andra områden.

2.3 Otillräckliga registerkontroller är fortsatt den vanligaste bristen inom LSS

IVO bedriver årlig tillsyn av samtliga bostäder med särskild service för barn eller ungdomar (LSS-boenden för barn och unga) som behöver bo utanför föräldrahemmet. Det finns 226 LSS-boenden för barn och unga.⁶³ Av dessa drivs 108 av kommuner (48 procent), medan 118 drivs i privat regi och är tillståndspliktiga. (52 procent). Verksamheterna tar emot barn och unga som kan ha svårt att klara sig själva i det dagliga livet på grund av till exempel autism, intellektuell funktionsnedsättning eller olika sjukdomar.

Under 2025 publicerade IVO en rapport med resultatet från tillsyn av LSS-boenden för barn och unga.⁶⁴ IVO konstaterar att färre verksamheter har brister än tidigare år. Samtidigt visar tillsynen under 2025 att det fortfarande finns verksamheter som behöver utveckla och trygga boendemiljön, målgruppsanpassa verksamheten samt följa rutiner och regler för dokumentation, bemanning och avvikelshantering.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Färre verksamheter har brister jämfört med tidigare år.
- Brister i registerkontroll är en orsak till att verksamheter behöver stänga.
- Ett fåtal verksamheter följer inte rutiner för hot och våld.
- Boendemiljön är inte alltid trygg och säker.
- Verksamheter lämnar ibland felaktiga uppgifter för att undvika tillsyn.

Färre verksamheter har brister jämfört med tidigare år

I IVO:s årliga tillsyn 2025 fattades 172 beslut om LSS-boenden för barn och unga, se tabell 12. IVO konstaterade brister i 27 procent av verksamheterna, vilket innebär en kraftig minskning jämfört med år 2024 och 2023, då brister konstaterades hos 72 respektive 52 procent.

Otillräckliga eller uteblivna registerkontroller är fortfarande de vanligast förekommande bristerna i verksamheterna. Mer än hälften av de bristbeslut som IVO fattade under 2025 gäller otillräckliga eller uteblivna kontroller av registerutdrag vid nyanställning.

Tabell 12. Antal beslut efter beslutstyp* gällande LSS-boenden för barn och unga 2023–2025.

Beslut	2023	2024	2025
Förbud/återkallelse av tillstånd	2	5	7**
Brister och begäran om återredovisning	48	100	27
Brister	45	40	32
Utan brister	84	50	106
Totalt	179	195	172

* Förbudsbeslut och återkallelse av tillstånd avser året som beslutet fattats. Övriga beslutstyper avser året då ärendet öppnats.

** Exklusive en verksamhet som registrerats som familjehem men som i praktiken bedrevs som ett LSS-boende för barn och unga där IVO har gjort en polisanmälan.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

63. Enligt uppgift i IVO:s omsorgsregister den 31 december 2025.

64. Inspektionen för vård och omsorg (2025f).

Brister i registerkontroll är en orsak till att verksamheter behöver stänga

IVO har under tillsynen stängt sju verksamheter, se tabell 12. Besluten rör delvis oseriösa aktörer som försöker undvika tillståndsprövning och tillsyn. Det handlar bland annat om verksamheter som inte genomför registerkontroll av personal, som försöker undvika tillsyn och som saknar avsikt eller förmåga att ta hand om personer med funktionsnedsättning. Den här typen av verksamheter visar ofta brister inom flera områden, och för att de ska kunna stängas krävs i många fall omfattande utredningar och domstolsprocesser.

Barn och unga som får stöd enligt LSS kan ha svårt att föra sin egen talan, vilket innebär en ökad utsatthet för att utnyttjas av oseriösa eller kriminella aktörer. IVO identifierar och agerar kontinuerligt mot oseriösa och kriminella aktörer inom LSS. Samtidigt har kommunerna ett stort ansvar att följa upp och säkerställa att ingångna avtal inom LSS och socialtjänsten efterlevs.

IVO har stängt fyra verksamheter med hänvisning till allvarliga brister i kontroller av registerutdrag. Verksamheterna har till exempel inte inhämtat eller sparat registerutdrag för anställda och kontroller av registerutdrag har varit bristfälliga eller skett först efter att anställningen har påbörjats. Verksamheter som har återkommande brister i att kontrollera registerutdrag utsätter barn och unga för risker, eftersom olämplig personal riskerar att introduceras i verksamheten. När IVO stänger verksamheter på dessa grunder är syftet att skydda barn och unga med funktionsnedsättning och att förhindra övergrepp och andra missförhållanden.

IVO har även stängt en verksamhet till följd av allvarliga missförhållanden som inneburit fara för ett barns hälsa och säkerhet. IVO har också agerat mot en verksamhet som registrerat sig som ett familjehem för att undgå tillsyn, men som i praktiken bedrivit en yrkesmässig verksamhet motsvarande ett LSS-boende för barn och unga. Verksamheten hade flera anställda samt personal- och konferensrum. Det fanns även löne- och fakturauppgifter som tydde på att verksamheten bedrevs yrkesmässigt i form av ett LSS-boende för barn och unga, snarare än att verksamheten fungerat som ett vanligt hem. I detta fall saknade IVO möjlighet att stänga verksamheten eftersom det inte fanns något formellt tillstånd att återkalla. IVO fattade dock beslut om brister i verksamheten samt gjorde en polisanmälan.

Ett fåtal verksamheter följer inte rutiner för hot och våld

IVO:s tillsyn av LSS-boenden för barn och unga visar att de flesta verksamheter utreder uppgifter om hot och våld, drar lärdom av avvikelser och har ett förebyggande arbete. Samtidigt visar tillsynen att hot och våld fortfarande förekommer. Orsaker till detta är bland annat att ett fåtal verksamheter inte har tillräcklig bemanning, eller inte följer rutiner för hot och våld i tillräcklig utsträckning. Det finns verksamheter som inte utreder eller drar lärdom av avvikelser som skett. I vissa fall har dokumentationen skett på ett bristfälligt sätt.

I tillsynen har det framkommit uppgifter om hot och våld mot barn och unga från personal. Det har bland annat handlat om barn som blivit slagna eller sparkade samt om andra former av kränkningar. En verksamhet vidtog åtgärder efter olämpliga kommentarer från en anställd, men dokumenterade inte utredningen korrekt. I vissa verksamheter har det framkommit uppgifter om att barn och unga utsätter varandra för hot och våld, exempelvis slag eller verbala kränkningar. I en verksamhet förekom det uppgifter om upprepade övergrepp som ledde till att IVO gjorde en orosanmälan till socialtjänsten samt en polisanmälan. En annan

verksamhet säkerställde inte att personalen arbetade i enlighet med rutiner, checklistor och handlingsplaner, vilket ledde till flera avvikelser.

Resultaten från årets tillsyn tyder på att våld, hot och övergrepp förekommit i mindre utsträckning på LSS-boenden för barn och unga jämfört med andra verksamhetsformer, såsom HVB för barn och unga. Samtidigt är målgruppen särskilt utsatt, bland annat eftersom vissa barn kan ha svårigheter att kommunicera. Det motiverar ett fortsatt fokus från IVO på detta område.

Boendemiljön är inte alltid trygg och säker

Under tillsynen har IVO sett exempel på verksamheter som inte säkerställer en trygg och säker boendemiljö för barn och unga. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska verksamheter utformas så att varje barn och ungdom tillförsäkras en boendemiljö som är trygg och säker samt anpassad efter barnens och ungdomarnas behov.⁶⁵

En verksamhet hade placerat ett barn på en annan adress än den som angavs i tillståndet. Verksamheten uppgav att detta skett i samråd med vårdnadshavare och socialnämnd utifrån barnets situation. I en verksamhet förekom omfattande problem med renlighet, lokalerna var ostädade och det fanns trasiga vitvaror samt skåp. I en annan verksamhet var lokalerna så trånga och dåligt anpassade att personalen hade svårt att ge ett barn stöd i vardagen.

IVO har också sett exempel på lås på skåp, garderober, fönster och altandörrar utan att individuella bedömningar gjorts eller att samtycke inhämtats.

Verksamheter lämnar ibland felaktiga uppgifter för att undvika tillsyn

Vid tillsyn identifierar IVO även verksamheter som är registrerade som aktiva men som vid tillsynstillfället inte har några barn eller unga placerade i verksamheten. Det har hänt att verksamheter meddelar IVO att det inte bedrivs någon verksamhet i syfte att undvika tillsyn.

I IVO:s register hade 15 verksamheter status vilande⁶⁶, vilket innebär att de har tillstånd att driva verksamhet men har meddelat IVO att de under en kortare eller längre tid inte har några placerade barn och unga. Vilande verksamheter kan anses attraktiva för kriminella att ta över för att undvika tillståndsprövning, eftersom tillståndet följer med till den nya ägaren utan ny prövning vid överlåtelse av en verksamhet. Förändringar i ägar- eller ledningskretsen ska dock anmälas till IVO och kan granskas.

65. 4 § SOSFS Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.

66. Enligt uppgift i IVO:s omsorgsregister den 31 december 2025.

2.4 Fortsatt allvarliga brister på särskilda ungdomshem som drivs av SiS

IVO granskar årligen särskilda ungdomshem som drivs av Statens institutionsstyrelse (SiS). Verksamheterna omfattar individuellt anpassad tvångsvård, sluten ungdomsvård för unga som dömts för allvarliga brott samt viss frivillig vård. Många av de placerade ungdomarna har erfarenheter av våld, övergrepp eller psykisk ohälsa.⁶⁷ Ungdomshemmens verksamheter har under flera år haft återkommande och allvarliga brister som riskerar att barns och ungas rätt till trygg vård inte tillgodoses.

Under 2025 publicerade IVO en rapport med en fördjupad analys av resultatet från tillsynen av SiS 2024.^{68, 69} Vid tillfället för tillsynen fanns det 21 ungdomshem. I den aktuella tillsynen granskade IVO bland annat bemanning, systematiskt kvalitetsarbete och förebyggande arbete, men granskningsområdena skiljde sig åt mellan verksamheter. Inför tillsynen skickade IVO också ut en enkät till de barn och unga som var placerade på ungdomshemmen.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Otillräcklig nattbemanning leder till våld, övergrepp och allvarliga säkerhetsbrister.
- Ungdomar upplever våld och brister i bemötande från personal.
- Bristande rutiner för suicidprevention.
- De placerades behov av anpassade lokaler och utevistelse tillgodoses inte tillräckligt.
- Tillsynen visar på långsam eller bristfällig klagomålshantering.
- SiS behöver stärka sin egenkontroll för att säkerställa en trygg och säker vård.

För 17 av 21 särskilda ungdomshem (81 procent) konstaterar IVO så allvarliga brister att verksamheterna fick krav på att återredovisa åtgärder för att komma till rätta med problemen, se tabell 13.⁷⁰ IVO beslutade att tillfälligt stänga en verksamhet där bedömningen var att personal hade utsatt barn för våld som riskerade barnens liv och hälsa. Beslutet hävdes senare av IVO efter att verksamheten har vidtagit åtgärder.

Tabell 13. Antal beslut per beslutstyp gällande särskilda ungdomshem vid tillsynen 2024.

Beslut	Antal
Brister och begäran om återredovisning	17
Brister	1
Fortsatt tillsyn i nytt ärende	2
Utan brister	2
Totalt	22*

* 2024 fanns 21 verksamheter men en av verksamheterna är uppdelad i två separata enheter varför 22 beslut har fattats.
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025.

67. SiS (2024).

68 Inspektionen för vård och omsorg (2025g).

69 Motsvarande fördjupade analys har inte gjorts för tillsynen under 2025. Antalet beslut med brister som IVO riktat mot SiS är dock på liknande nivåer under 2025 som under 2024.

70 Avser brister i 16 ungdomshem, men 17 ungdomshem anges då ett ungdomshem har två enheter som har särskiljts i tillsynen på grund av dess olikheter rörande säkerhetsklass och målgrupp.

Under tillsynen har IVO granskat olika områden och följt upp brister från tidigare års tillsyn. Tabell 14 visar de vanligaste bristerna som identifierats under tillsynen av de särskilda ungdomshemmen.

Tabell 14. De vanligaste typerna av brister* som har identifierats under tillsynen.

Brister per granskningsområde	Antal**
Personal – bemanning	15
Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	14
Miljö – fysisk	6
Förebyggande arbete	2
Tillsyn/övervakning	2

* Tabellen redovisar brister per granskningsområde som förekommit i fler än en verksamhet.

** En verksamhet kan ha mer än en brist, därför överstiger det totala antalet brister antalet verksamheter.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2025.

Efter den genomförda tillsynen har IVO återfört iakttagelser från tillsynen till representanter från SiS ledning.

Otillräcklig nattbemanning leder till våld, övergrepp och allvarliga säkerhetsbrister

IVO har i tillsynen identifierat omfattande brister i nattbemanningen på flera ungdomshem. Bristen på personal har lett till att de placerade ungdomarna inte har kunnat hållas under uppsikt eller få den tillsyn de behöver. Detta har resulterat i flera fall av hot och våld mellan de placerade, suicidförsök, stölder och rymningar.

På flera verksamheter har de placerade tagit sig in till varandras boenderum nattetid vilket har lett till upprepade fall av fysiskt våld och misstänkta sexuella övergrepp. Vid ett ungdomshem har upprepade fall av allvarlig misshandel ägt rum. På tre ungdomshem har situationen varit så allvarlig att IVO beslutat om förelägganden för att verksamheterna omedelbart ska vidta åtgärder.

Otillräcklig bemanning av personal påverkar även nattligt stöd till ungdomar som mår dåligt. Brist på bemanning innebär att incidenter inte upptäcks i tid och att allvarliga situationer kan eskalera. Den låga bemanningen påverkar även uppsikt och tillsyn under dagtid, vilket har begränsat ungdomarnas möjligheter till aktiviteter och behandlingsinsatser samt försämrat rutinerna på enheterna där barnen och ungdomarna vistas.

Ungdomar upplever våld och brister i bemötande från personal

I en enkät som skickades ut inför tillsynen uppgav barn på 18 av 21 ungdomshem (86 procent) att de utsatts för fysiskt våld av personal, och på elva ungdomshem att de blivit utsatta för sexuellt ofredande av personal. När IVO under inspektionen haft samtal med barn och unga har det dessutom framkommit att personal ibland använder kränkande eller rasistiskt språk. Barn och unga har också upplevt hot om repressalier, eller att personalen inte tar tillräcklig hänsyn till deras funktionsnedsättningar.

Tidigare tillsyn har identifierat brister i personalens bemötande, och brister återfanns även vid denna tillsyn. Respekt för den enskildes personliga integritet och ett gott bemötande är grundläggande för en god kvalitet i vården.

Barn och unga som är placerade på ungdomshem ska skyddas från hot och våld, både från personal och från andra placerade. Under aktuell tillsyn förbjöd IVO en verksamhet där uppgifter från barn och unga under flera år visat på

våld och våldsprovokationer från personal. Tidigare åtgärder från SiS hade inte löst situationen. Efter allvarliga uppgifter om fortsatt fysiskt och psykiskt våld bedömde IVO att det förelåg fara för barnens liv, hälsa eller personliga säkerhet. Förbudet hävdes efter att SiS redovisat åtgärder som bedömdes vara lämpliga för att komma till rätta med bristerna. Tidigare tillsyn har också visat brister i hur verksamheterna kontrollerar misstanke- och belastningsregister innan personal börjar arbeta på ett ungdomshem. Vid denna tillsyn kvarstod bristen på ett av de tio ungdomshem som följdes upp.

Bristande rutiner för suicidprevention

Tillsynen visar även att det förekommit brister i ungdomshemmens arbete och rutiner för suicidprevention. Det handlar om att risker och brister i boendemiljön inte kontrollerats enligt rutiner, inte åtgärdats skyndsamt eller att dokumentation för tillsyn av boende har varit otillräckliga. Det har ökat risken för suicidförsök och självsador. I ett fall framgick inte information från myndighetens gemensamma riktlinjer för självmordsprevention i ungdomshemmets lokala riktlinjer eller arbetssätt.

De placerades behov av anpassade lokaler och utevistelse tillgodoses inte tillräckligt

IVO:s tillsyn har identifierat brister i ungdomshemmens lokaler som bland annat gör det svårt för personal att snabbt ta sig in till ett barn eller en ungdom, eller för en placerad att kontakta personal.

I tillsynen har det också framkommit att utevistelse inte alltid kunnat säkerställas i verksamheterna, bland annat på grund av personalbrist eller att aktiviteter inte kunnat genomföras på ett säkert sätt. Barn och unga har rätt till minst en timmes utevistelse per dag och en meningsfull fritid.

Tillsynen visar långsam eller bristfällig klagomålshantering

IVO har granskat hur SiS tar emot och utreder klagomål, synpunkter och rapporter från bland annat barn, unga och personal om incidenter och allvarliga händelser som rör våld, hot, självskada och bemötande. IVO:s tillsyn visar att flera verksamheter har väntat för länge med att utreda klagomål, eller att de inte har rapporterat allvarliga händelser till huvudmannen. Det har också framkommit att personal inte alltid har kunskap om hur händelser ska handläggas och rapporteras till huvudmannen. Ungdomshemmen uppger också att det ofta tar tid att få återkoppling från central nivå efter att de har anmält händelser.

SiS behöver stärka sin egenkontroll för att säkerställa en trygg och säker vård

IVO riktar återkommande kritik mot SiS särskilda ungdomshem i samband med tillsyn, förelägganden och ibland förbud. Det tyder på att SiS systematiska förbättringsarbete inte har varit tillräckligt för att åtgärda bristerna. Ett exempel är de återkommande bristerna i personalens bemötande. SiS har känt till problemen och genomfört kompetenshöjande insatser, men bristerna kvarstår. Det visar att åtgärderna inte har haft tillräcklig effekt för att säkerställa de placerade barnens ungdomarnas trygghet. IVO konstaterar, liksom tidigare, att SiS behöver ha system som bättre möjliggör för myndighetens ledning att lära av tidigare händelser och att genom åtgärder förebygga att allvarliga missförhållanden upprepas.

2.5 IVO:s tillsyn av skade- och dödsfallsärenden visar på systematiska brister i handläggning och samverkan

IVO har under 2024–2025 haft i uppdrag av regeringen att utveckla arbetet med skade- och dödsfallsutredningar, enligt lagen (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall, LUD.⁷¹

Socialstyrelsen är utsedd utredningsmyndighet. För att göra utredningsverksamheten mer effektiv och ändamålsenlig tillfördes bland annat en ny bestämmelse 2019 om att vissa statliga förvaltningsmyndigheter, däribland IVO, bör genomföra tillsyn av verksamhet som berörs av en utredning enligt LUD. Bestämmelsen innebär att Socialstyrelsen ska informera IVO om att ett ärende har inletts. När IVO har genomfört tillsyn eller inleder tillsyn med anledning av sådan information ska IVO också underrätta Socialstyrelsen om resultat och åtgärder utifrån tillsynen.

IVO har ett pågående utvecklingsarbete för att kunna bidra med bättre underlag till Socialstyrelsens förväntade skade- och dödsfallsutredningar. Det innebär att IVO genomför egeninitierad riskbaserad tillsyn innan Socialstyrelsen informerar IVO om inledda ärenden. Under perioden 2019–2025 har IVO genomfört och fattat beslut i 18 tillsyner av verksamheter som har berörts, eller bedöms kommer beröras, av en utredning enligt LUD.⁷²

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Allvarliga brister i socialnämndernas handläggning.
- Samverkan och systematiskt kvalitetsarbete är återkommande bristområden.

Tillsynerna har rört 15 socialtjänstverksamheter och 3 hälso- och sjukvårdsverksamheter. Vid slutrapportering av detta regeringsuppdrag har 15 av de 18 tillsynerna (83 procent) kunnat kopplas till information från Socialstyrelsen. För de tre återstående tillsynerna bevakar IVO inkommande information från Socialstyrelsen.

I 15 av de 18 tillsynerna (83 procent) har IVO funnit så allvarliga brister i verksamheten att myndigheten har begärt att kommunen eller vårdgivaren ska redovisa åtgärder för att komma till rätta med bristerna. I 1 av de 15 tillsynerna av socialtjänst (7 procent) har IVO även fattat ett uppföljande beslut om att förelägga verksamheten med vite för att åtgärderna inte har varit tillräckliga. Se tabell 15.

Tabell 15. Antal beslut per beslutstyp enligt LUD 2019–2025.

Beslut	Antal
Föreläggande med vite	1
Brister och begäran om återredovisning	15
Brister	2
Utan brister	1
Totalt	19*

* 18 tillsyner har genomförts. I en av tillsynerna har det fattats två beslut: ett beslut med brister och begäran om återredovisning och ett beslut om föreläggande med vite.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg 2025.

71. Regeringsuppdrag S2023/03257 Utveckling av arbetet med skade- och dödsfallsutredningar.

72. Inspektionen för vård och omsorg (2025h).

IVO:s bedömningar i de 18 tillsynerna visar samma typ av brister som myndigheten tidigare har identifierat i sin tillsyn, särskilt i en riktad tillsynsinsats 2021–2023 av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.

Allvarliga brister i socialnämndernas handläggning

Samtliga granskade socialnämnder hade allvarliga brister i handläggningen.

I 14 av 15 kommuner (93 procent) hade socialnämnderna omfattande brister i hanteringen av orosanmälningar. Det handlar till exempel om att nämnderna inte har inlett utredning alls eller inlett utredning för sent efter en mottagen orosanmälan för barn. I flera fall hade nämnderna inte heller genomfört utredningen skyndsamt och inom lagstadgad tid.

Socialnämnderna i 13 av 15 kommuner (87 procent) hade även brister i handläggningen av ärenden som gäller barns behov av skydd och stöd. Det handlar till exempel om att nämnderna inte har utrett barns behov av skydd och stöd eller inte haft ett tillräckligt underlag för att kunna göra en bedömning om det fanns ett omedelbart behov av skydd för barn.

Hälften av de granskade socialnämnderna, 7 av 15 (47 procent), hade ett otillräckligt barnrättsperspektiv i handläggningen. Till exempel framkom det i tillsynerna att barnutredningar inte har kartlagt barnens situation tillräckligt, att barn inte har gjorts tillräckligt delaktiga i utredningsprocessen och att nämnderna inte har pratat med de berörda barnen.

IVO bedömer att socialnämndernas utredningar inte fångar hela problemet eller identifierar samtliga bakomliggande orsaker. Det innebär att brister kvarstår i flera fall, att arbetssätten inte förbättras och att nämndernas insatser riskerar att bli irrelevanta, missriktade eller otillräckliga.

Samverkan och systematiskt kvalitetsarbete är återkommande bristområden

IVO konstaterar att ett återkommande bristområde i både kommuner och regioner är samverkan, både internt och mellan huvudmän och vårdgivare. IVO har också konstaterat återkommande brister i huvudmännens och vårdgivarnas systematiska kvalitetsarbete, till exempel i arbetet med lex Sarah, lex Maria och egenkontroll. Bristerna medförde att varken kommuner eller regioner identifierade sina brister och utvecklingsområden i tillräckligt hög grad.

2.6 Lång väntan till särskilt boende för äldre

Kommuner är enligt lag skyldiga att verkställa beviljade insatser utan dröjsmål.⁷³ Trots detta visar en analys gjord av IVO att tusentals äldre personer har fått vänta oskäligt länge på stöd de bedömts ha rätt till.⁷⁴ Under 2025 rapporterade kommunerna in 17 121 beslut till IVO som inte hade verkställts inom tre månader. Av dessa gällde 7 100 beslut (41 procent) personer inom äldreomsorgen. Äldreomsorgen har under en längre tid varit det område där flest beslut om insatser inom socialtjänsten inte verkställs inom tre månader.

Närmare tre fjärdedelar av alla beslut inom äldreomsorgen som kommunerna inte verkställt avser särskilt boende. Det är främst personer över 80 år som berörs. Även i åldersgruppen 65–79 år är särskilt boende den vanligaste insatsen där verkställigheten dröjer. Bristerna i verkställighet av beslut visar på ett behov av bättre planering, ökad kapacitet och långsiktig framförhållning i kommunerna, särskilt mot bakgrund av den demografiska utvecklingen och den nya socialtjänstlagens ökade fokus på tillgänglighet och förebyggande arbete.

IVO:s viktigaste iakttagelser

- Långa väntetider till särskilt boende för äldre.
- Konsekvenser för äldre när insatser dröjer.
- Platsbrist är främsta orsaken till att beslut inte verkställs i de fall där IVO ansöker om särskild avgift.

IVO har möjlighet att ansöka hos förvaltningsrätten om att kommuner ska betala en särskild avgift när dröjsmålet bedöms som oskäligt. Under 2025 ansökte IVO om särskild avgift i 736 fall, varav 236 (32 procent) gällde personer över 65 år. Av dessa 236 rörde 157 beslut (66 procent) personer över 80 år.

Antalet ansökningar har ökat kraftigt de senaste åren, delvis till följd av förbättrade digitala arbetssätt hos IVO som har möjliggjort effektivare handläggning.

Långa väntetider till särskilt boende för äldre

Väntetiderna till särskilt boende är ofta långa, se tabell 16. Under 2025 fick 5 153 personer vänta mer än tre månader på att få sin plats verkställd eller sitt beslut avslutat av annan anledning. Medianväntetiden var sex månader och en stor andel väntade betydligt längre än så. Nästan en femtedel väntade minst nio månader och över tio procent fick vänta mer än ett år. Vid årets slut fanns dessutom 597 personer som fortfarande stod i kö till särskilt boende, med en medianväntetid på 12,8 månader.

73. 35 kap 5 § SoL.

74. Inspektionen för vård och omsorg (2026e).

Tabell 16. Genomsnittliga väntetider under 2025 för personer över 65 år innan beslut om plats på särskilt boende verkställs eller avslutas.

Väntetid	Antal	Andel*
3–6 månader	2 900	56 %
6–9 månader	1 228	24 %
9–12 månader	439	8 %
12–18 månader	348	7 %
18+ månader	238	5 %
Totalt	5 153	100 %

* På grund av avrundningsfel överstiger den totala andelen 100 %.
 Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Konsekvenser för äldre när insatser dröjer

Väntan på att flytta till särskilt boende är lång för äldre i förhållande till deras behov och återstående livslängd. Äldre personer som väntar på särskilt boende har ofta en sviktande hälsa och hög ålder. Medelåldern vid inflyttning till ett särskilt boende är cirka 86 år. Medianvistelsetiden på särskilt boende är ungefär två år och cirka en tredjedel av de som flyttar in på särskilt boende avlider inom ett år.⁷⁵

När beslut om socialtjänstinsatser för äldre inte verkställs i tid kan det få allvarliga konsekvenser. IVO har tidigare sett i sin tillsyn att äldre ibland avlider innan de får plats på ett särskilt boende. Det påverkar även anhöriga som ofta får ta ett större ansvar, vilket kan leda till stress och utmattning.

Platsbrist är främsta orsaken till att beslut inte verkställs i de fall där IVO ansöker om särskild avgift

I de flesta fall där särskild avgift aktualiserats har orsaken till dröjsmålet varit platsbrist hos kommunen.

Platsbrist på särskilda boenden är ett strukturellt problem. Över 100 kommuner bedömer att de har underskott på särskilda boendeformer för äldre och byggtakten har inte hållit jämna steg med den snabbt växande äldre befolkningen. Samtidigt står många befintliga boenden inför omfattande renoveringsbehov.⁷⁶

75. Socialstyrelsen (2025).
 76. Boverket, Bostadsmarknadsenkät 2025.

Enskildas klagomål på vården

IVO TAR EMOT, bedömer och utreder enskildas klagomål i enlighet med patient-säkerhetslagen (2010:659). Syftet är att identifiera allvarliga risker, brister eller återkommande mönster som kräver tillsyn. Genom att utreda klagomål bidrar IVO till att förebygga skador, minska risker och säkerställa att lagar och föreskrifter följs. Klagomålen utgör även underlag till IVO:s riskbaserade tillsyn. Sammantaget bidrar detta till att öka kvaliteten och säkerheten i vården och omsorgen.

Den som vill klaga på vård ska i första hand vända sig till den verksamhet som ansvarar för vården eller till patientnämnden i regionen. Om den som klagar inte får tillfredsställande svar, eller är missnöjd med återkopplingen, kan ett klagomål lämnas in till IVO.

Under året har antalet inkomna klagomål ökat, samtidigt som andelen klagomål som uppfyller IVO:s utredningskriterier har minskat. IVO bedömer utredningskriterierna som uppfyllda när klagomål rör allvarlig vårdskada, tvångsvård eller händelser som allvarligt påverkar patientens självbestämmande eller integritet.

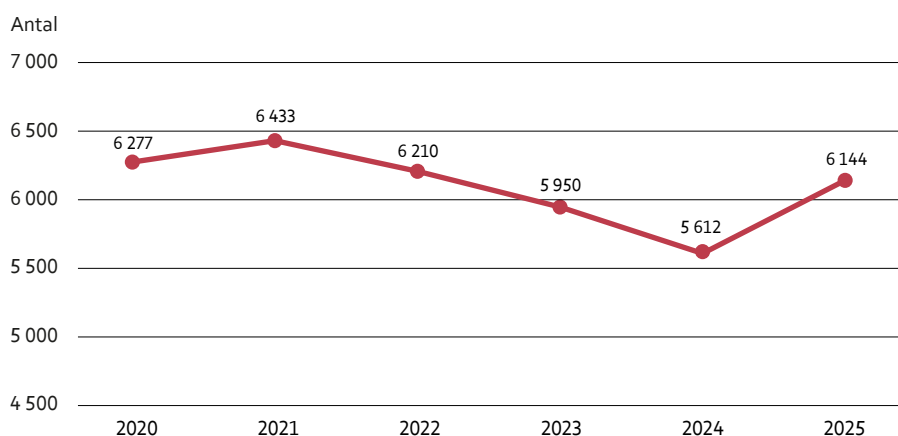
IVO:s viktigaste iakttagelser

- Antalet klagomål till IVO ökade under 2025 efter att ha minskat mellan 2021 och 2024.
- Flest klagomål rör primärvård, psykiatrisk specialistsjukvård och kirurgi.
- Patienter klagar oftast på vård och behandling, följt av diagnosticering och bemötande.
- Färre klagomål leder till utredning.
- De klagomål som leder till beslut med kritik rör oftast vårdskador.

Antalet klagomål till IVO ökade under 2025, efter att ha minskat mellan 2021 och 2024

Mellan 2021 och 2024 minskade antalet klagomål till IVO årligen. Under 2025 har däremot antalet inkomna klagomål ökat, från 5 612 under 2024 till 6 144 klagomål år 2025, se figur 3. Det är en ökning med nio procent.

Figur 3. Antal inkomna klagomål under 2020–2025.



Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Flest klagomål rör primärvård, psykiatrisk specialistsjukvård och kirurgi

Precis som förra året rörde de flesta klagomål som kom in till IVO primärvården. Det näst vanligaste området var psykiatrisk specialistsjukvård, följt av kirurgi.⁷⁷ Tillsammans stod dessa tre områden för cirka hälften av både klagomålsanmälningar och IVO:s utredningar.

Majoriteten av alla vårdbesök sker dock utan klagomål. Till exempel hade primärvården över 23 miljoner besök under 2025⁷⁸, varav endast en liten andel ledde till klagomål från patienter.

Andelen klagomålsärenden som leder till en utredning hos IVO varierar mellan de olika specialiteterna. Under 2025 utreddes till exempel 28 procent av klagomålen inom kirurgi, medan 11 procent utreddes inom psykiatrisk specialistsjukvård, se tabell 17. Totalt sett avslutade IVO 5 760 klagomålsärenden under 2025, varav 1 045 utreddes i sak, vilket motsvarar 18 procent. Det finns även skillnader i andelen beslut med kritik mellan verksamhetsområdena. Andelen beslut med kritik är som högst inom äldreomsorgen, 56 procent, och lägst inom tandvården, 37 procent. Knappt hälften av IVO:s utredningar resulterar i ett beslut med kritik, 47 procent, sett över samtliga verksamhetsområden.

77. Inom kirurgi ryms flera olika opererande specialiteter som exempelvis handkirurgi, ortopedi och gynekologi.

78. Väntetidsdatabasen, Sveriges Kommuner och Regioner, 2025 (samtliga besöksformer inkluderade).

Tabell 17. Totalt antal avslutade ärenden, avslutade klagomål som utretts i sak*, antal beslut med kritik** för 2025 samt andel utredda klagomål och andel beslut med kritik.

Verksamhetsområde	Totalt antal avslutade ärenden	Antal beslutade ärenden utredda i sak	Varav antal beslut med kritik	Andel utredda per område	Andel med kritik
Primärvård	1 366	213	94	16 %	44 %
Psykiatrisk specialistsjukvård	1 007	107	57	11 %	53 %
Kirurgi	960	269	118	28 %	44 %
Invärtesmedicin	461	122	59	26 %	48 %
Akutmottagning	381	100	52	26 %	52 %
Tandvård	324	59	22	18 %	37 %
Äldreomsorg	292	75	42	26 %	56 %
Övrigt***	969	100	42	10 %	42 %
Totalt	5 760	1 045	486	18 %	47 %

* Med utrett i sak avses att ärendet har utretts och avslutats.

** Ett kritikbeslut är ett beslut efter utredning där IVO påtalar brister hos vårdgivare och/eller hos hälso- och sjukvårdspersonal.

*** Övrigt är en sammanslagning av verksamhetsområden vars inkomna klagomål är färre än i de områden som listats separat.

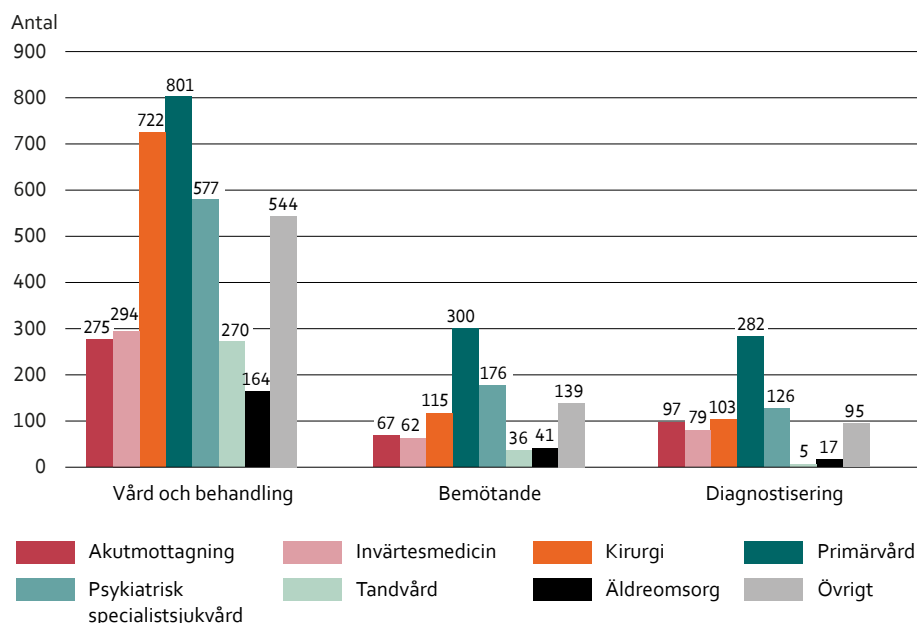
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

IVO tog emot något fler klagomål som rörde kvinnors vård än mäns vård. Ärenden som rörde kvinnor utgjorde 55 procent. IVO har däremot inte funnit någon betydande skillnad mellan könen i andelen klagomål som utreds eller som leder till beslut med kritik.

Patienter klagar oftast på vård och behandling, följt av diagnosticering och bemötande

De klagomål som patienter eller anhöriga lämnat till IVO och som avslutades under 2025 handlade oftast om vård och behandling, se figur 4. Klagomål inom vård och behandling kan till exempel gälla brister i undersökningar eller felaktiga bedömningar från vårdpersonal. Efter vård och behandling rörde flest klagomålsärenden bemötande och därefter diagnosticering. Klagomål inom diagnosticering handlar till exempel om försenad, felaktig eller utebliven diagnos. En patient eller anhörig kan klaga på flera olika händelser i ett och samma klagomålsärende.

Figur 4. Antal klagomål som avslutats under 2025, fördelade på de vanligaste händelsekategorierna* inom de mest förekommande verksamhetsområdena.



* Ett ärende kan kategoriseras inom flera händelsekategorier.

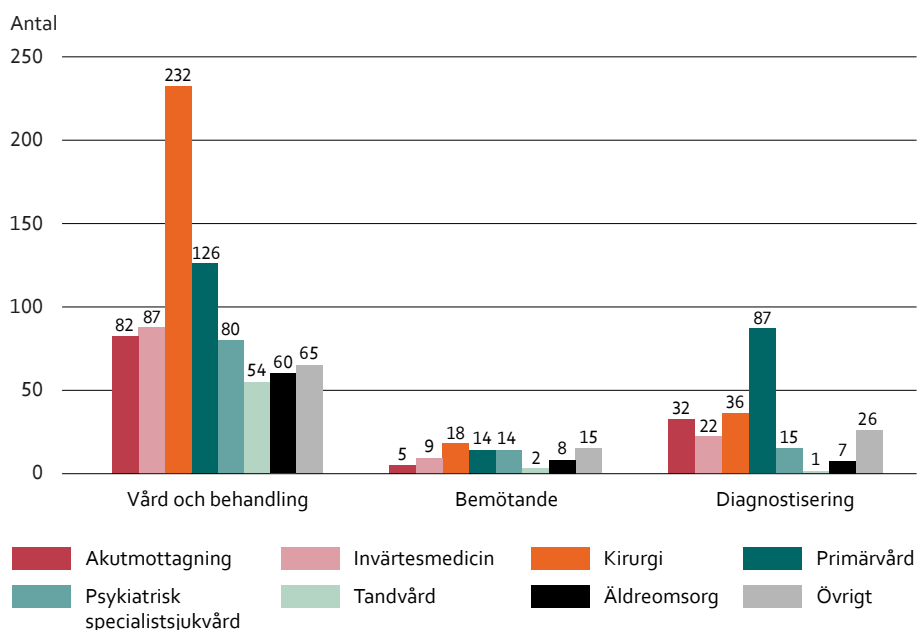
Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Färre klagomål leder till utredning

IVO utreder klagomål från patienter och närstående som gäller allvarligare händelser inom vården. Det kan vara händelser där en patient har fått en bestående skada, ett väsentligt ökat behov av vård eller att någon har avlidit. Antalet utredda klagomål har minskat jämfört med föregående år, från 1 443 till 1 045. Det innebär en minskning från 2024, då andelen utredda klagomål var 26 procent, till 2025 då andelen utredda klagomål var 18 procent. Detta beror delvis på att IVO har fått in fler klagomål som faller utanför myndighetens utredningsskyldighet än tidigare.

Klagomålsärenden som utretts i sak handlar oftast om vård och behandling, se figur 5. Däremot handlade en större andel av de utredda klagomålen om diagnostisering och färre om bemötande, jämfört med avslutade klagomålsärenden i stort. Detta beror på att klagomål som enbart rör bemötande inte ingår i IVO:s utredningsskyldighet.

Figur 5. Antal klagomål som utretts i sak 2025 fördelade på de vanligaste händelsekategorierna* inom de mest förekommande verskamhetsområdena.



* Ett ärende kan kategoriseras inom flera händelsekategorier, därför överstiger summan det totala antalet avslutade ärenden, 1 045 st.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Av de 5 760 klagomålsärenden som IVO avslutade under 2025 var det totalt sett 4 715 som inte ledde till någon utredning (82 procent). Den vanligaste orsaken till att IVO inte inleder en utredning är att ärendet inte omfattas av IVO:s utredningsskyldighet, se tabell 18. Andra vanliga orsaker till att IVO inte utreder ett klagomål är att anmälaren inte först har vänt sig till sin vårdgivare eller patientnämnd, eller att det har gått mer än två år sedan händelsen inträffade.

En ytterligare förklaring till att färre klagomål leder till utredning är att IVO har arbetat fram nationella, enhetliga arbetssätt och bedömningar.

Tabell 18. Skäl till att klagomål inte utreddes i sak under 2025.

Anledning*	Antal avslutade klagomål som inte utretts i sak
Ej IVO:s utredningsskyldighet	3 477
Ej kontaktat vårdgivare/patientnämnd	794
Äldre än två år	427
Ej IVO:s tillsynsområde	107
Beaktas i annan tillsyn	7
Totalt	4 812

* Det kan finnas flera orsaker till att ett klagomål inte utreds, därför överstiger totalen av antalet anledningar det totala antalet klagomål som inte utretts i sak, 4 715 stycken.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

De klagomål som leder till beslut med kritik rör oftast vårdskador

När IVO utreder ett klagomål leder utredningen till ett beslut med eller utan kritik. Ett kritikbeslut är ett beslut efter utredning där IVO påtalar brister hos vårdgivare och/eller hos hälso- och sjukvårdspersonal.

År 2025 fattade IVO beslut i 5 760 ärenden. Av dessa utredde IVO 1 045 ärenden och i 486 fall (47 procent) fattade IVO ett beslut med kritik. Andelen ärenden som avslutades med kritik ligger på samma nivå som 2024. Då utredde IVO totalt 1 443 klagomål där 46 procent avslutades med kritik. De flesta klagomål som avslutas med kritik handlar om klagomål som rör skador i vården.

Tabell 19. Vad klagomålen som avslutats med kritik i huvudsak* handlar om.

Klagomål i huvudsak	Antal
Skada i vården	395
Individuell planering	41
Begäran om ny medicinsk bedömning	15
Övrigt**	35
Totalt	486

* Med huvudsak avses vad klagomålet framför allt handlar om.

** Inom övrigt ryms klagomål som exempelvis gäller hantering av personuppgifter, information och samtycke.

Källa: Inspektionen för vård och omsorg, 2026.

Källor

- Boverket, *Bostadsmarknadsenkät 2025*.
- Förordning (1993:1090) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.
- Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (2025). Verksamhetsredogörelse 2024.
- Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80).
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30).
- Inspektionen för vård och omsorg (2023a) *Bristar i psykiatrisk tvångsvård av barn. Iakttagelser i korthet*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2023b). *Tillsyn av verksamheter som utför estetiska ingrepp och behandlingar*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025a), *Tillsyn som bidrar i omställningen till en god och nära vård. Med särskilt fokus på vårdcentraler och den regionala styrningen av primärvården*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025b), *Långa väntetider inom barn- och ungdomspsykiatri riskerar patientsäkerheten*. Iakttagelser i korthet.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025c), *Tillsyn och uppföljning av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård*. Slutredovisning av regeringsuppdrag.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025d), *Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården*. Delredovisning I (S2024/00037).
- Inspektionen för vård och omsorg (2025e), *Stärkt tillsyn av stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga*. Delredovisning II av regeringsuppdrag (S2024/01643).
- Inspektionen för vård och omsorg (2025f), *Iakttagelser från tillsyn av LSS-boenden för barn och unga*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025g), *Tillsyn av SiS. Bristar, åtgärder och systematiskt förbättringsarbete*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2025h), *Utveckling av arbetet med skade- och dödsfallsutredningar*. Redovisning av regeringsuppdrag S2023/03257.
- Inspektionen för vård och omsorg (2026a), *Tillsyn av privat finansierad neuropsykiatrisk vård*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2026b), *Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården*. Delredovisning II (S2024/00037).
- Inspektionen för vård och omsorg (2026c), *Tillsyn av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal*. Iakttagelser i korthet.
- Inspektionen för vård och omsorg (2026d), *Förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom omsorgen*. Delredovisning II (S2024/00041).
- Inspektionen för vård och omsorg (2026e), *Lång väntan på beviljade insatser inom äldreomsorgen*. Iakttagelser i korthet.
- Lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.
- Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.
- Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.
- Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Lag (2007:606) om utredningar för att förebygga vissa skador och dödsfall.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024) *Fast läkarkontakt i primärvården 2024. Behov och tillgång ur befolkningens perspektiv*. PM 2024:5.
- Patientlag (2014:821).
- Patientdatalag (2008:355).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).

Prop. 1983/84:179 om lag om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.

Prop. 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform.

Prop. 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn.

Prop. 2009/10:67 Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning.

Prop. 2017/18:8 Justering av den utvidgade fåmansföretagsdefinitionen.

Regleringsbrev för budgetåret 2024 avseende Inspektionen för vård och omsorg.
 Regeringsbeslut 20 december 2023, S2023/03257 (delvis).

Regeringsuppdrag S2025/00257, Tillsyn av privat finansierad neuropsykiatrisk vård.

Regeringsuppdrag S2021/04972, Tillsyn och uppföljning av psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård.

Regeringsuppdrag S2024/00037, Uppdrag om förstärkt tillsyn mot välfärdsbrottslighet inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Regeringsuppdrag S2024/00041, Uppdrag om förstärkt tillsyn av välfärdsbrottslighet inom omsorgen.

Regeringsuppdrag S2024/01643, Uppdrag att stärka tillsynen av stödboende och hem för vård eller boende som tar emot barn och unga.

Regeringsuppdrag S2023/03257, Utveckling av arbetet med skade- och dödsfallsutredningar.

SiS (2024). Vård och behandling inom SiS – en översikt, Statens institutionsstyrelse.

Socialstyrelsen (2024), Nationella riktlinjer 2024: adhd och autism.

Socialstyrelsen (2025), Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport – 2025.

Socialstyrelsen. Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal. [Hämtad 2026-01-14]

Socialtjänstlag (2025:400).

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

SOSFS 2012:6 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om bostad med särskild service för barn eller ungdomar enligt LSS.

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, Nationellt vård- och insatsprogram för adhd.

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2025), Psykiatri i siffror – barn- och ungdomspsykiatri, Kartläggning 2024.

Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, Väntetidsdatabasen.