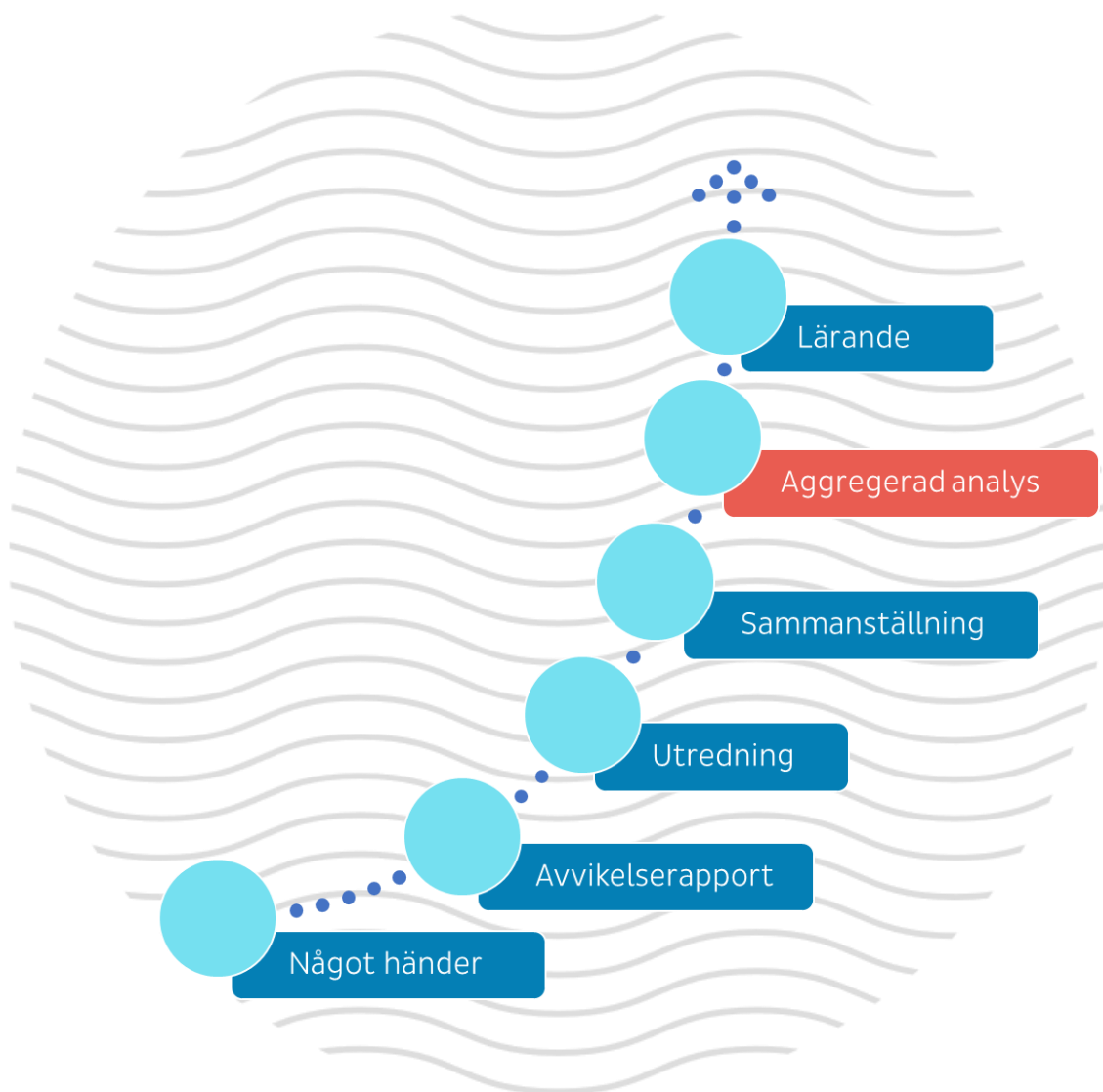




RIGGA FÖR

ANALYS AV AVVIKELSER PÅ AGGREGERAD NIVÅ

Nestor FoU-center ägs av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö, Värmdö, och Region Stockholm. Vi vill genom praktiska forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center

Marinens väg 30, 136 40 Handen

Hemsida: www.nestorfou.se

tel: 08-777 99 16

e-post: adm@nestorfou.se

Vägledningen kan laddas ner på www.nestorfou.se

Nestor FoU-center 2024

Författare: Åsa Skjutar

Titel: Rigga för analys av avvikelser på aggregerad nivå

ISBN: 978-91-85347-49-0

ISSN: 1652-4608

Nestor FoU-centers skriftserie nr. 5/2024

© Nestor FoU-center

Citera oss gärna, men ange källan.

Ett stöd på vägen

Denna vägledning är tänkt som ett stöd för att utveckla analys av avvikelser inom vård och omsorg och riktar sig till alla med ansvar för att hantera och analysera avvikelser, missförhållanden eller klagomål samt planera förbättringsåtgärder. Både de övergripande råden och de konkreta stegen är tänkta att kunna användas oavsett om du är enhetschef, verksamhetschef, verksamhetsutvecklare, MAS eller liknande. Vägledningen är skriven utifrån ett perspektiv på arbete med vård och omsorg av äldre men skulle också kunna tillämpas i andra verksamheter.

Vägledningen beskriver hur avvikelser kan kategoriseras och analyseras på en övergripande nivå för att därefter kunna planera in relevanta åtgärder. Idén är att vägledningen kan läsas som en helhet men också fungera som ett referensverk och stegvis förklaring när ni arbetar med att göra aggregerad analys. Känns det fortfarande svårt avslutar vi genom några tips på hur ni kan vidareutveckla era analysfärdigheter och fördjupa era kunskaper.

Arbetsprocessen som beskrivs är framtagen i ett projekt med verksamhetsutvecklare, i Nestors ägarkommuner. Resultatet blev flera goda råd att skicka med andra som också vill utveckla sitt arbete med avvikelser, och det är det som ni kan läsa vidare om här.

Vi på Nestor vill rikta ett stort tack till er, som med ert engagemang och värdefulla feedback bidragit till denna vägledning. Era råd har varit ovärderliga. Tack för att ni tog er tid att hjälpa till!

Michaela Thelander-Looström, Haninge kommun
Sofia Mäenpää, Salems kommun
Richard Damberg, Salems kommun
Caroline Tagg, Värmdö kommun
Tina Rehnman Larsson, Huddinge kommun
Helena Samuelsson, Botkyrka kommun
Elisabet Hedin Ribeiro, Botkyrka kommun

Innehåll

Några ord om avvikelser	5
Så här görs en analys av avvikelser på aggregerad nivå	
1 Organisationens styrkor och svagheter	7
2 Sammanställ avvikelserna	9
3 Ställ frågor till sammanställningarna	13
4 Att lära av det som hänt	16
5 Planera in åtgärder	17
6 Rapportera	21
Tips till fördjupning	22
Referenser	24
Bilagor	25

Några ord om avvikelser

Hur känns det att göra fel på jobbet? När du märker att du förväxlat två läkemedel eller när en person skadat sig i samband med en förflyttning som du hade ansvar för. Ja, det kan vara starkt förknippat med skam, frustration och ångest. Att göra fel är likafullt en del av den mänskliga erfarenheten och vi lär oss många gånger mer av våra misstag än av våra framgångar. Därmed kan fel, i det här fallet avvikelser i förlängningen ge oss möjligheten att växa, lära och förbättras.

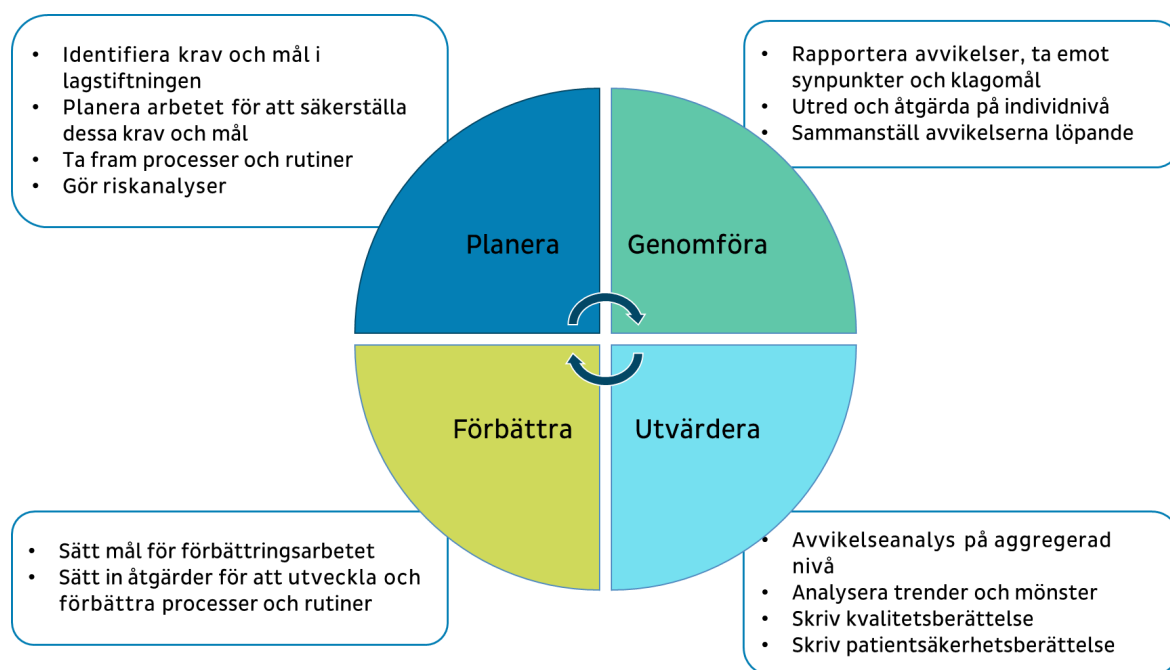
”Om vi inte lär oss av våra misstag, är vi dömda att upprepa dem.”

(Santayana, 1905)

Det här är en vägledning som handlar om hur analys av avvikelser på aggregerad nivå kan genomföras som en del av systematiskt kvalitetsarbete. I alla verksamheter finns det risker, brister och fel. Dessutom kan det förekomma att verksamheter mottar klagomål. Oavsett bakomliggande orsak och allvarlighetsgrad brukar detta samlat beskrivas som avvikelser – något som avviker från den normala rutinen och utgör en skillnad mellan förväntat och faktiskt resultat. Det är viktigt att få syn på dessa avvikande händelser för att kunna förbättra och förebygga att det händer igen. Inom vård och omsorg är man därför skyldig att inom ramen för sitt systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete uppmärksamma, rapportera, utreda och åtgärda avvikande händelser/situationer. Utöver att varje händelse ska utredas så behöver verksamheten sammanställa och få en bild av sina samlade avvikelser för att kunna se mönster och organisatoriska faktorer som kan behöva andra och mer samlade åtgärder. Den samlade bilden behövs på alla organisatoriska nivåer, allt från exempelvis en arbetsgrupp i hemtjänsten till högsta förvaltningsnivå i kommunen. Vi har valt att kalla det analys på aggregerad

nivå. Med analys på aggregerad nivå menas att lägga ihop och sammanställa en hel kategori av avvikelser, exempelvis fallolyckor och analysera dem tillsammans för att få en helhetsbild på gruppnivå; i motsats till händelseanalys som sker på individnivå. Begreppet avvikelse i den här texten omfattar så väl avvikelser som missförhållanden och klagomål. Exempelen använder olika typer av avvikelser för att illustrera olika områden.

Det finns mycket skrivet om systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2011), patientsäkerhet (Agera för säker vård, 2020), riskanalys (Utredning av risker, 2022) och händelseanalyser (Utredning av allvarliga vårdskador, 2021) men det saknas idag en konkret vägledning kring hur analys av avvikelser på aggregerad nivå kan göras rent praktiskt. Exempelvis finns det skrivet att ansvariga bör analysera för att söka mönster och trender, men sällan beskrivs det hur detta kan göras. De övergripande principer, analyssteg och metoder som presenteras i materialet är hämtade från flera håll; myndigheter, intresseorganisationen SKR (Sveriges Kommuner och Regioner) och lokala exempel från vitt spridda kommuner i landet. Dessa har vi inom Nestors projekt *Analys av avvikelser på aggregerad nivå* bearbetat och vidareutvecklat tillsammans med verksamhetsutvecklare inom Nestors ägarkommuner.



Figur 1. Förbättringshjulet med processen för avvikelser, dess analys samt förbättringsåtgärder. Se lästips på sidan 23 för vidare läsning. (SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2011)

Gör så här

1. Organisationens styrkor och svagheter

Om ni tänker er att ni ska påbörja avvikelseanalys på aggregerad nivå kan det vara bra att först stanna upp kort och göra en bedömning av ert startläge; en bedömning av er organisations styrkor och svagheter. Det här är det första steget mot en bra analys av avvikelser på aggregerad nivå. Fundera över hur ert ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete fungerar i stort och smått och kom ihåg att då beakta både det som fungerar bra och det som är era utmaningar. Se även tabell 1 på nästa sida. I vilken grad rapporteras avvikelser på er enhet? Hur verkar det vara med säkerhetskulturen över lag i er organisation; hela vägen från individnivå upp till kommunledningen? Finns det tillit mellan olika nivåer eller präglas arbetet av revirtänkande, överkontroller och passivitet?

Genom att reflektera en stund kan ni fatta mer informerade beslut kring vilken riktning ert arbete bör ta och vilka åtgärder som kan vara lämpliga att planera in. Det handlar om att vara realistisk och kreativ med det vi har tillgängligt. Fokus bör ligga på det som går att förändra. Det som ligger utanför vår påverkan bör vi i stället fundera över hur vi kan påverka och hantera. Om det här första steget att identifiera er startpunkt upplevs som svårt så kan det vara till stöd att vända sig till och diskutera med en sparringpartner; någon som helt eller delvis kan ert område men som inte är direkt knuten till er organisation eller att diskutera frågan i er ledningsgrupp.



Tabell1. Vanligt förekommande framgångsfaktorer och utmaningar i arbetet med avvikelserapportering, analys därav och planering av åtgärder.

	Vanligt förekommande framgångsfaktorer	Vanligt förekommande utmaningar
Ledning	Engagerad ledning på enheter, i verksamhetsledning och kommunledning, alla med en vision för en god säkerhetskultur.	Ledning som betraktar få inrapporterade avvikelser är ett tecken på hög kvalitet i verksamheten.
Poängen med systematiskt kvalitetsarbete	Förståelse för systemtänkande och att förändringar idag påverkar morgondagens omsorgstagare som en dag inkluderar oss själva.	Svårt för medarbetare att förstå själva poängen med avvikelserapportering.
Rapportering	Enkla system för rapportering eller goda möjligheter att få stöd av kollegor vid rapportering. God kännedom om allt som kan räknas som avvikelse.	Svåra system för att rapportera avvikelser vilket leder till få inrapporteringar och en skev bild av verksamhets situation. En eller ett par kategorier av avvikelser dominerar rapporteringen.
Lärande	Rapportering av avvikelser ses som ett tecken på engagemang i det systematiska kvalitetsarbetet och en möjlighet för lärande.	Avvikelser ses som ett tecken på dåligt utfört arbete, undermåliga medarbetare och något som helst bör döljas och glömmas.
Kultur	Tydlig värdegrund med beskrivning av vad som är kvalitet i verksamheten; både för omsorgstagare och personal.	En tystnadskultur där det förekommer bestraffning, förödmjukelser och revirtänkande.
Fokus	Händelseanalyser med ett fokus på vad som orsakat fel.	Händelseanalyser med ett fokus på vem som gjort fel.
Åtgärder	Övergripande åtgärder som är grundade i avvikelseanalys på aggregerad nivå.	Enkla och snabba åtgärder som inte har någon effekt planeras, exempelvis att ändra i en rutin eller diskutera avvikelser på ett möte.

Våra styrkor....

Våra utmaningar....

Gör så här

2. Sammanställ avvikelserna

Det andra steget i avvikelseanalys på aggregerad nivå är att ta fram en sammanställning som sorterar avvikelserna i olika kategorier samt beskriver dem med både siffror och ord. Målet är att få en överblick över exempelvis hur många nutritionsavvikelser som inkommit under ett kvartal för att sedan kunna analysera dem i jakt på mönster och förklaringar. Kanske använder ni redan något IT-system för inrapportering och analys av avvikelser och kan ur systemet få vissa kvantitativa data på exempelvis antalet avvikelser i olika kategorier över tid. Om ni inte har något bra IT-system eller upplever att systemet inte kan ge er någon användbar sammanställning kan ni göra på ert eget sätt och själva utforma en egen sammanställning, utifrån verksamhetens innehåll och behov. Se förslag i tabell 2.

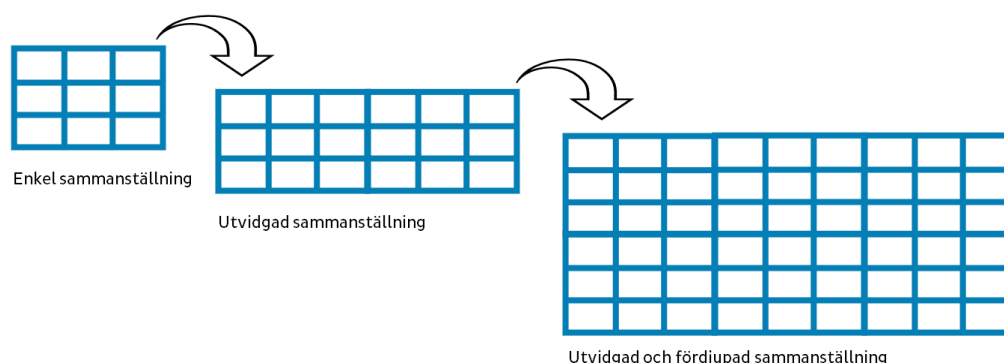
Tabell 2. Sammanställning med kategorier och tidsperiod.

Kategori av avvikelse	År 2021	År 2022	År 2023
Läkemedel	196	231	135
Fallavvikelse Varav frakturer	754 5	694 7	702 4
Nutrition	6	17	13
Brister i utförande av insats	86	51	81
Bemötande	26	19	15
Övergrepp/våld	6	11	12
Samverkan	12	19	14
Klagomål	16	7	9
Totalt	1102	1049	981
Varav Lex Maria	4	4	0
Varav Lex Sarah	2	1	2

Tips

Ni väljer själv vilka kategorier som avvikelserna ska delas in. Det kan se olika ut beroende på om det är bedrivandet av socialtjänst eller vård som avses. Bestäm också vilken tidsperiod ni vill använda, förslagsvis vecka, månad, kvartal, halvår eller år.

En sammanställning är en bra utgångspunkt och den går sedan att utvidgas för att ta med fler tidsperioder eller andra faktorer som ni anser intressanta att analysera, se figur 2 och kommande avsnitt.



Figur 2. Sammanställningar i olika versioner

Som ett nästa steg kan sammanställningen nu utvidgas för en kategori av avvikelser i taget. Om ni gör sammanställningen i Excel kan ni använda det första kalkylbladet till sammanställningen som beskrevs i tabell 2. Ta därefter och dela upp avvikelserna och sammanställ varje kategori av avvikelse på varsitt ytterligare kalkylblad.

Att utvidga sammanställningen gör ni genom att lägga till fler rader, se förslag i tabell 3. Förslagsvis lägger ni till rader som talar om vilka konsekvenser avvikelserna fått och hur stor sannolikheten är att de inträffar igen (Utredning av allvarliga vårdskador, 2021; Utredning av risker, 2022). Andra förslag är att beskriva bakomliggande orsaker till en viss avvikelsetyp (se mer i avsnitt 3), dela upp avvikelserna per enhet eller räkna ut hur många olika individer det är som exempelvis fallit.

Att helt undvika en viss typ av avvikelser är mycket svårt men den här typen av utvidgad sammanställning kan visa på trender vilket ger möjlighet att sätta in tidiga åtgärder och följa utvecklingen över tid. Beroende på vilken kategori av avvikelser det gäller så kan ni välja att lägga till olika rader. Välj det som passar verksamheten och ta gärna inspiration av den Excel-fil som finns att ladda ner som ger förslag på vad ni kan analysera. Hur ni kan tänka och beskriva det tabellerna visar presenteras längre fram i vägledningen.

Tips

Ni kan välja att lägga till fler kolumner i stället för rader och vända på tabellen, beroende på vad som passar bäst. Att lägga till rader som i tabell 3 underlättar inklistring i Word när ni skriver en rapport, medan kolumner gör filtrering i Excel enklare.

Tabell 3. Utvidgad sammanställning. *Riskpoäng beräknas genom allvarlighetsgrad x sannolikhet (Utredning av risker, 2022).

Fall	År 2023	Här kan ni lägga till ytterligare tidsperioder om ni vill kunna jämföra utvecklingen över tid
Totalt	405	
Antal individer	84	
Enhet Violent Pionen Liljan	178 98 129	
Allvarlighetsgrad 1 = Mindre 2 = Måttlig 3 = Betydande 4 = Katastrofal	346 57 2 0	
Sannolikhet för upprepning 1 = Mycket liten 2 = Liten 3 = Stor 4 = Mycket stor	8 387 10 0	
Total Riskpoäng* ≤7 ≥8 Händelseanalys utförs	385 20	
Lex Maria	0	
Bakomliggande orsak Identifierad Inte identifierad	383 22	

För att förtydliga, om ni har kommit så här långt med er sammanställning så har ni kommit en bra bit på väg. Bra jobbat helt enkelt. Nu uppstår emellertid ett vägval, att stanna på den här analysnivån eller fortsätta att utvidga sammanställningen ytterligare och på så vis rigga för en djupare analys. Kanske är det någon eller några kategorier av avvikelserna som är värda att studera närmare? Ha i åtanke att alla kategorier inte måste analyseras på samma sätt. Bestämmer ni er för att stanna på den här nivån så är nästa steg att börja ställa frågor till sammanställningen vilket ni kan läsa mer om i nästa avsnitt.



Om ni bedömer att ni behöver vidareutveckla analysen ytterligare går det att således att lägga till ännu fler rader i sammanställningen enligt förslag i tabell 4. På den här nivån går det att göra en djuplodande och detaljerad sammanställning vilket passar bra om det är en kategori med många avvikelser i. Det är vanligt att fallolyckor och läkemedelsavvikelser dominerar vilket gör de lämpliga för den här typen av sammanställning. Observera att det dock inte finns något självändamål att på gruppnivå beskriva avvikelserna in i

minsta detalj. Den detaljrika analysen hör snarare hemma på individnivå i och med händelseanalysen. Se även den Excel-fil som finns att ladda ner från Nestors hemsida, där finns fler exempel på detaljerade sammanställningar. Se avsnittet *tips till fördjupning*.

Tabell 4. Utvidgad och fördjupad sammanställning som ger fler detaljer samt förändring över tid.

Läkemedelsavvikelser	År 2021	År 2022	År 2023
Ej signerat överlämnande	22	46	20
Felaktig administrering	7	11	15
Felaktig tidpunkt	8	16	11
Förväxling av läkemedel	9	3	1
Förväxling av patient	1	4	3
Mer än ordination	12	4	15
Mindre än ordination	14	9	13
Utebliven dos	86	126	113
Apodos	2	12	1
Dosett	6	5	4
Insulin	8	10	6
Infusion	0	0	2
Depotplåster	0	2	1
<i>Fyll på med egna underkategorier allt efter behov</i>			
Totalt	175	248	205

Det kanske känns krångligt och jobbigt att utforma en sammanställning men systematiskt kvalitetsarbete är en ständigt pågående process och för att inget ska tappas bort på vägen behövs systematik och visuell överblick. Det positiva är att när ni väl gjort er sammanställningsmall, eller laddat ner ett förslag från Nestors hemsida så kan den återanvändas år från år. I tillägg så har ni stor nytta av sammanställningen om och när ni ska skriva en kvalitets- och/eller patientsäkerhetsberättelse. Mer om hur ni kan skriva om och återanvända sammanställningen kommer längre fram i avsnittet *rapportera* och i *bilaga 1*.

Gör så här

3. Ställ frågor till sammanställningarna

I det här steget studerar ni sammanställningarna och börjar med ord beskriva vad avvikelseanalysen på aggregerad nivå visat. Det gör ni genom att ställa en rad frågor (se nästa sida) till en eller flera av sammanställningarna (tabell 2, 3 och 4). Ställ en fråga och skriv ner svaret på den. Gör ni det så har ni gjort avvikelseanalys på aggregerad nivå, ni har tittat på en hel kategori avvikelser och gjort en samlad analys. Precis som tidigare kan ni välja vilka frågor och delar som är relevanta för er verksamhet. Fortsätt att ställa frågor och skriva ner era svar tills dess att ni får en övergripande bild och förståelse för avvikelserna.

En risk när analysen görs är att fokusera på vem som gjort fel eller dra slutsatsen att avvikelserna är opåverkbara. Istället bör fokus vara på varför det blivit fel och identifiera bakomliggande orsaker på systemnivå (Utredning av allvarliga vårdskador, 2021). Det finns också en risk i att vi snabbt vill få problem ur vägen och att vi som en följd av det väljer enkla förklaringar till avvikelserna i stället för att fokusera på det vi egentligen behöver förändra. Därmed kan en bra analys vara svår att göra och precis som i det första avsnittet där ni uppmanades identifiera er startpunkt kan det även här vara bra att arbeta tillsammans med någon.

Att samarbeta med någon ger:

- Verbalt tänkande – vi blir lite bättre på att lösa problem när vi använder språket
- Kollektivt medvetande- ett gemensamt medvetande som är större än den enskildes $1+1=3$
- Perspektiv
- Kognitiv avlastning



Frågor att ställa till sammanställningarna

- Hur många avvikelser är registrerade på enheten för perioden?
 - Hur många av dessa var lex Sarah?
 - Hur många var lex Maria?
- Är det fler eller färre än förgående månad, kvartal, tertial, halvår, år?
 - Finns det något mönster över tid? Hur kommer det sig?
- Hur kommer det sig att antalet avvikelser ökat eller minskat?
- Vad är den vanligaste bakomliggande orsaken till avvikelserna? Se nästa sida.
 - Hur kommer det sig att det är dessa bakomliggande orsaker?
- Går det att se något samband, mönster eller trender mellan avvikelserna?
 - Vilka mönster ser ni?
 - I vilka situationer sker avvikelserna?
 - I vilka typer av aktiviteter?
 - På vissa platser?
 - På vissa tidpunkter?



Annan information som kan vara värdefull att beskriva

- Har arbetsgruppen gjort analysen tillsammans?
- Har alla inblandande involverats och fått återkoppling?
- Vad kan personalen och andra enheter lära av vår/enhetens analys?
- Har vidtagna åtgärder lett till önskat resultat?

Exempel på hur ni kan ställa en fråga och hur den kan besvaras

Fråga: Går det att se något samband mellan avvikelserna gällande nutrition?

Svar: Det går att se ett två samband mellan de 12 avvikelserna gällande nutrition. Det ena är att tidiga tecken på sviktande nutrition inte dokumenteras någonstans. Det andra är att regelbunden riskbedömning inte utförts på alla patienter, bland annat till följd av att taklyften som kan mäta kroppsvikt under en längre tid varit trasig.

Bakomliggande orsaker på systemnivå enligt SKR, följt av praktiska exempel

Kommunikation & information

Finns det brister i kommunikationen?

Omgivning & organisation

Brister i miljön? Utebliven fallrond?

Är ansvarsfördelningen klarlagd?

Hur har bemanningen sett ut?

Procedurer/rutiner & riktlinjer

Ej följt rutiner & riktlinjer?

Föribesett instruktioner och föreskrifter?

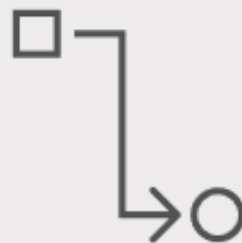
Teknik, utrustning & apparatur

Orsakat av tekniskt fel?

Utbildning & kompetens

Saknas kompetens? Vilken?

(Utredning av allvarliga vårdskador, 2021)



Gör så här

4. Att lära av det som hänt

När analysen så börjar bli färdig har ni säkert fått många insikter på vägen. Bilden klarnar och när vi förstår varför något gick fel och vilka faktorer som bidrog till avvikelserna kan vi förhindra att samma fel upprepas i framtiden. Det förutsätter dock att lärdomarna som dras sprids och återkopplas till verksamheten. Det finns flera sätt att sprida lärdomarna av analysen.

- Om det gäller en allvarlig händelse bör återkoppling först ske individuellt innan hela arbetsgruppen involveras. Personen som varit involverad kan behöva smälta informationen.
- Reflekterande möten eller övningar där arbetsgruppen kan få tid att tänka till kring en specifik situation.
- Systemfel kan ta sig uttryck i upprepade likartade avvikelser och därför kan det löna sig att fundera över om liknande brister framkommit i andra undersökningar som exempelvis brukar-/patientundersökningar, egenkontroller. Finns det generella brister som tex bristande information, kommunikation, bemanning, miljö eller teknik?
- Möten där chefer eller personal från olika enheter träffas. Berätta om ett lärande exempel, vad som hände och vad gruppen lärt sig.

Fira också de framsteg som görs tack vare lärdomar från misstag. Det stärker en positiv arbetskultur och motiverar medarbetare att fortsätta sträva efter förbättring. Att erkänna och fira små vinster kan ha en stor inverkan på moralen och engagemanget i arbetsgruppen.



Gör så här

5. Planera in åtgärder

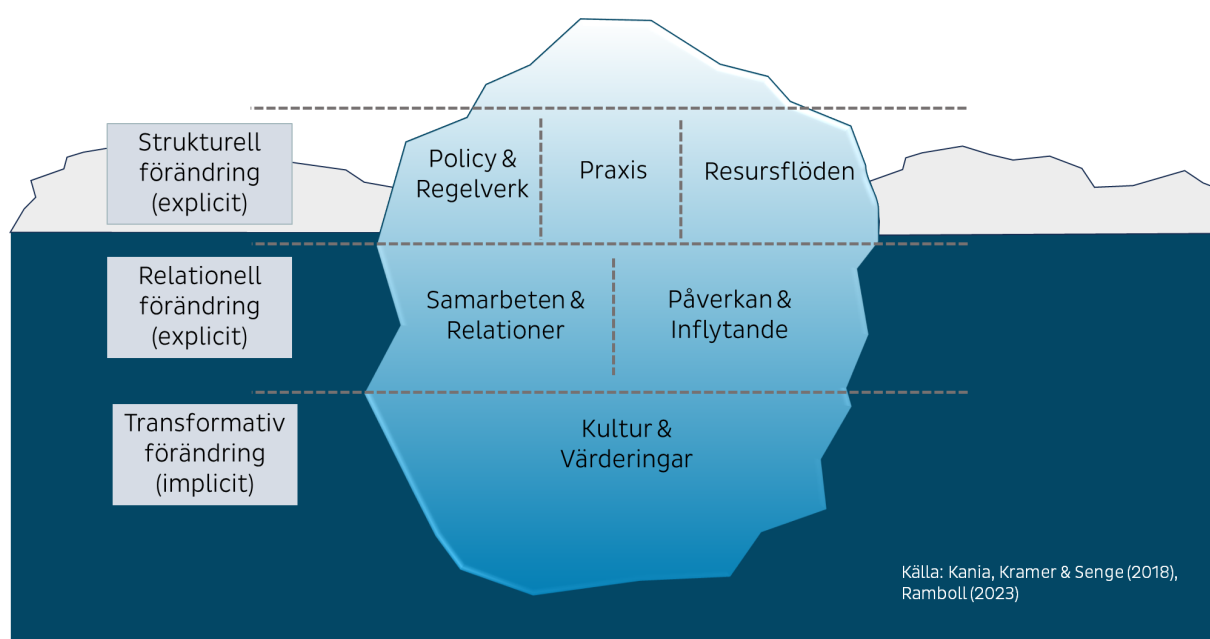
Generella principer

Med sammanställningar som visuellt ger översikt över alla avvikelser inom en tidsperiod och skriftliga beskrivningar av vad data (siffrorna i sammanställningarna) kan tänkas bero på är avvikelseanalysen på aggregerad nivå genomförd. Nästa steg är att använda analysen som ett underlag för att utveckla och planera verksamheten vidare. Beroende på hur avvikelseanalysen på aggregerad nivå gick kan planeringen ta olika inriktningar. Kanske funderar ni över: Hur ska vi kunna planera åtgärder när det var så få inrapporterade avvikelser att det inte gick att göra någon analys? Vilka åtgärder har evidens? Problemen verkar sitta i väggarna på enheten, hur gör vi för att förändra det? Mycket av det som är inrapporterat är inte avvikelser, hur kan vi ändra på det? Blicka också gärna tillbaka till din inledande reflektion och påminn er om ert startläge, vad som fungerar bra och vilka era utmaningar är.

Eftersom varje verksamhet skiljer sig åt går det inte att specifikt säga vilka åtgärder som ska sättas in. Emellertid finns det generella principer samt rangordnade åtgärder med olika grad av effektivitet. Utgångspunkten är att vård och omsorg kan ses som ett komplext system där olika komponenter och processer samverkar, med ett gemensamt mål att maximera effekten av befintliga resurser. Aktörer som tar sig an systemförändringar kan öka sina chanser att lyckas genom att fokusera på mindre tydliga men mer kraftfulla förutsättningar för förändring, samtidigt som de vänder perspektivet mot sin egen organisation, som de faktiskt har möjlighet att påverka (Kramer, M. R; Kania, J; Senge, P, 2018).



Den översta strukturella nivån är det vi omedelbart kan se på en arbetsplats (figur 3) och som vi ofta tänker på att förändra; rutiner, hur vi gör något och hur mycket personal vi har. Förändringar på den här nivån kan ha effekt, men blir sällan bestående om det också inte sker förändringar på andra nivåer i systemet. De två lägre nivåerna, relationell- och transformativ nivå är delvis eller helt osynliga. Som starka underliggande vattenströmmar påverkar dessa faktorer dock en enhet/verksamhet enormt. Bilden av isberget i figur 3 illustrerar att samarbete, relationer, påverkan, inflytande och framför allt kultur och värderingar påverkar verksamheten utan att den som befinner sig i den märker hur.



Figur 3. Liknelsen av ett isberg som illustrerar de ofta osynliga och djupa krafter som både kan vidmakthålla problem och driva förändringar på en arbetsplats eller i en organisation.

Som en stabil grund bör det i en verksamhet finnas ett värdebaserat ledarskap, en gemensam värdegrund, och det går att göra åtgärder kring det, bland annat genom att diskutera hur man vill ha det på en arbetsplats. Relationerna mellan alla de personer som utgör systemet, chefer, medarbetare och omsorgstagare spelar också en viktig roll för att kunna arbeta med avvikelser och en verksamhet i stort. Det måste finnas tillräcklig trygghet att våga berätta om misstag som inträffat och en tillit till att det inte får några negativa konsekvenser när jag gör det (Bringselius, 2023). Den sammantagna poängen är att det behövs åtgärder på alla nivåer. Fastna inte i pappersexercisen på den översta nivån utan planera åtgärder på alla tre nivåer, då blir förändringarna bestående.

Åtgärder vid få avvikelser

Om det är så att en enhet registrerar ytterst få avvikelser behövs troligen åtgärder för att öka inrapporteringen, förståelse för vad en avvikelse är och möjligheten att vara med och påverka. Personliga möten och diskussioner i små grupper där deltagarna aktiveras kan vara en bra inledning. När gruppen så kommer i gång med inrapporteringen så får ledaren på ett pedagogiskt sätt fira detta och vara glad, inte kritisera att någon skrivit på fel sak.

Åtgärder med effekt

I SKRs handbok för händelseanalys (Utredning av allvarliga vårdskador, 2021) finns det med utgångspunkt i amerikanskt arbete kring patientsäkerhet rekommenderade förbättringsåtgärder prioriterade efter känd verkningsgrad. Åtgärderna har ett tydligt fokus mot att det ska vara lätt att göra rätt men också att

- ◆ Det måste finnas en engagerad ledning som
 - Tar del av enheternas patientsäkerhetsarbete
 - Stödjer händelseanalysprocesser
 - Införskaffar nödvändig utrustning
 - Ser till att bemanning och arbetsbörda är adekvat och rimlig
- ◆ Det ska vara enkla processer utan onödiga steg
- ◆ Utbildning blir som mest effektiv när deltagaren aktiveras och får uppleva i stället för att bara lyssna
- ◆ Att åstadkomma förbättring genom nya riktlinjer är mindre effektivt

Mycket effektiva åtgärder

- Tydligt engagemang från ledningen
- Fysiska förändringar av miljön
- Ny utrustning inklusive användbarhetstestning
- Teknisk styrning
- Förenkling av processer
- Standardisering av utrustning eller process

Effektiva åtgärder

- Redundans (övertydlighet)
- Utökning av personal eller minskning av arbetsbörda
- Förbättringar och ändringar av mjukvara
- Eliminera/reducera distraktioner
- Utbildning genom simulatorbaserade övningar med regelbundna repetitionstillfällen och utvärdering
- Praktisk övning
- Checklistor/kognitiva hjälpmedel
- Minska risken för förväxling av läkemedel med snarligt utseende eller namn
- Standardiserade kommunikationsredskap
- Förbättra dokumentation, kommunikation

Mindre effektiva åtgärder

- Dubbelkontroll
- Varningar
- Nytt förfarande/PM/riktlinje
- Utbildning genom demonstration

Figur 4. Förbättringsåtgärder prioriterade efter verkningsgrad. (Utredning av allvarliga vårdskador, 2021)

De äldres perspektiv på kvalitet

Eftersom äldreomsorgen finns till för att ge äldre personer omsorg och stöd behöver deras perspektiv på vad kvalitet är vara känt och uppmärksammat av all personal på enheter och i ledning. Det kan ske på olika sätt; brukarundersökningar, kundberättelser, paneler, rådgivande grupper eller strukturerat samskapande med både äldre och deras närstående. Precis som att personalens arbete förbättras genom goda relationer, inflytande och delaktighet (figur 3) så gör de äldres upplevelse också det. Genom att ta vara på de äldres synpunkter kan vårdgivare identifiera områden som de äldre finner angelägna att förbättra. Att inkludera de äldres perspektiv handlar också om att respektera deras rättigheter och värdighet. Det är en grundläggande mänsklig rättighet att få vara delaktig i beslut som påverkar ens egna livssituation. Vad sa den senaste brukarundersökningen? Vilka teman är återkommande i brukarrådet?



Förbättringshjulet

Analys av avvikelser på aggregerad nivå samt planeringen av åtgärder för att förbättra verksamheten är den sista delen av förbättringshjulet för systematiskt kvalitetsarbete. Därefter börjar processen om igen. Arbetet för kommande tidsperiod behöver på nytt planeras för att möta krav och mål och delar av det kan ta utgångspunkt i arbetet med avvikelseanalys på aggregerad nivå. I den nya planen för kommande arbetsår kan konkreta mål och mått skrivas in. Exempelvis kan det vara att i sitt årshjul planera in vilka månadsvisa utbildningar som ska genomföras eller hur värdegrunden kan arbetas fram tillsammans med medarbetarna. På sidan 23 hittar du ett tips till fördjupning kring förbättringshjulet.

Gör så här

6. Rapportera

Både den som bedriver socialtjänst eller är vårdgivare har en skyldighet att redovisa sitt systematiska kvalitetsarbete i en kvalitetsberättelse (SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2011) och/eller en patientsäkerhetsberättelse (SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag, 2010). Båda rapporterna, som ibland också kombineras ska beskriva hur kvalitetsarbetet genomförts, vilka åtgärder som genomförts och vilket resultat de mynnade ut i. För kvalitetsberättelser saknas en nationell mall men för patientsäkerhetsberättelser finns det en nationell mall som är tänkt som ett stöd för alla vårdgivare (Patientsäkerhetsberättelse, 2021). Oavsett vilken typ av rapport ni skriver kan och bör ni använda er av den analys ni tidigare gjort. Till exempel kan ni lägga till någon eller några av era tabeller, skriva om bakomliggande orsaker samt beskriva vilka åtgärder som planeras på övergripande nivå. Vill ni ha ytterligare stöd i hur det här kan formuleras så kan ni ta del av ett exempel i bilaga 1.



Tips till fördjupning

5 varför

Det finns specifika metoder som kan ge hjälp med att identifiera bakomliggande orsaker till avvikelserna. En sådan metod kallas *5 varför* och är en rotorsaksanalys (Ljungberg, 2012; Sörqvist, 2021). I metoden ställs frågan varför fem gånger i rad och som följdfråga till det föregående svaret. Metoden används både i enskild händelseanalys (Utredning av allvarliga vårdskador, 2021) och vid analys av avvikelser på aggregerad nivå (SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, 2011). Dessutom passar metoden bra att använda i grupp eftersom en grupp har en bredare kunskapsbas vilket kan leda till mer omfattande och noggranna analyser och därtill även kreativa och innovativa lösningar som kanske inte skulle ha framkommit genom enskilda ansträngningar.

Förbättringstavla

Ett annat sätt att prova kan vara att skilja på avvikelser och störningar. Enligt det här arbetssättet ska avvikelse rapporter skrivas när det handlar om händelser av allvarligare karaktär och där patientsäkerheten påverkas mer direkt, och störningar som är mindre allvarlig typ föras upp på en visuell förbättringstavla. Genom att förbigå ibland krångliga digitala system för avvikelse rapportering kan en förbättringstavla bli ett snabbare sätt att uppmärksamma problem och ett bra sätt för chefer att hantera de lappar och samtal de annars får till sig men som rör hela gruppen. Vid en förbättringstavla som utvecklats tillsammans med den personal som ska använda den (Bringselius, 2024) sker ett så kallat tavelmöte. Hela arbetsgruppen samlas, följer upp hur arbetet går, tar del av eventuella uppkomna störningar och diskuterar hur arbetet ska planeras vidare. Genom att mötas fysiskt kan relationerna förbättras genom samtal, öppenhet och transparens kring det som hänt och pågår på arbetsplatsen. För den som vill prova, gör det i liten skala, det finns god evidens för att starta i små testbäddar.

Lästips

Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. (2020). Socialstyrelsen.

Bringselius, L. (2023). Psykologisk trygghet: Att välkomna den som utmanar. Volante.

Bringselius, L. (2024). Tillitsprincipen: Tolv vägval för kreativa och modiga organisationer (Första utgåvan). Natur & Kultur.

Lex Sarah: Handbok för tillämpningen av bestämmelserna om lex Sarah (2., rev. uppl.). (2014). Socialstyrelsen.

Utredning av allvarliga vårdskador: Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys (Fjärde reviderade upplagan). (2021). Sveriges kommuner och regioner.

Utredning av risker: Handbok för metoden riskanalys (Fjärde reviderade upplagan). (2022). Sveriges kommuner och regioner.

Länkar

Länk till Excelfil med sammanställningar, analysfrågor och bakomliggande orsaker: <https://www.nestor fou.se/assets/Analys-av-avvikelser-pa-aggregerad-niva-excel-1.xlsx>

Länk till förklaring av förbättringshjulet:
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/metoderochstodverksamhetsutveckling/verktygmetoder>.

Länk till mall för patientsäkerhetsberättelse:
<https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/patientsakerhet/patientsakerhetsberattelse>.

Referenser

Agera för säker vård: Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020-2024. (2020). Socialstyrelsen.

Bringselius, L. (2023). Psykologisk trygghet: Att välkomna den som utmanar. Volante.

Bringselius, L. (2024). Tillitsprincipen: Tolv vägval för kreativa och modiga organisationer (Första utgåvan). Natur & Kultur.

Kramer, M. R; Kania, J; Senge, P. (2018). The water of systems change. FSG.

Ljungberg, A. (2012). Processbaserad verksamhetsutveckling: Varför - vad - hur? (2., kraftigt omarb. och utök. uppl). Studentlitteratur.

Patientsäkerhetsberättelse. (2021). Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/patientsakerhet/patientsakerhetsberattelse>.

Santayana, George. (1905). The Life of Reason: Or the Phases of Human Progress. Vol. 1, Reason in Common Sense. New York: Charles Scribner's Sons.

SFS 2010:659 Patientsäkerhetslag. (2010). Socialdepartementet.

SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. (2011). Socialstyrelsen.

Sörqvist, L. (2021). Lean: Processutveckling med fokus på kundvärde och effektiva flöden (Andra upplagan). Studentlitteratur.

Utredning av allvarliga vårdskador: Vägledning vid utredning och handbok för metoden händelseanalys (Fjärde reviderade upplagan). (2021). Sveriges kommuner och regioner.

Utredning av risker: Handbok för metoden riskanalys (Fjärde reviderade upplagan). (2022). Sveriges kommuner och regioner.

Bilaga 1. Exempel på hur ett avsnitt kring avvikelse kan formuleras i en kvalitets- och/eller patientsäkerhetsberättelse.

Varje ny medarbetare introduceras i hur avvikelser rapporteras. I tillägg finns ett återkommande utbildningstillfälle varje år i april där arbetsgruppen går igenom vad en avvikelse är, hur avvikelser, klagomål och synpunkter ska rapporteras samt hur analysarbetet med dem sker. Analyser av avvikelserna sker både på individ- och aggregerad nivå tillsammans med medarbetare. Under året har totalt 988 avvikelser rapporterats, tabell 1. Ingen av dessa avvikelser var av typen Lex Maria.

Tabell 1. Avvikelser per kategori.

Kategori av avvikelse	År 2021	År 2022	År 2023
Läkemedel	296	331	235
Fallavvikelse Varav frakturer	754 10	694 7	702 4
Nutrition	6	17	13
Bemötande	26	19	15
Samverkan	12	19	14
Klagomål	16	7	9
Totalt	1110	1087	988
Lex Maria	4	4	0

Fall

Liksom tidigare år utgör en majoritet av avvikelserna fallolyckor. Analysen visar att 65 % av fallen sker i ordinärt boende, 25% på vård- och omsorgsboende samt 10% inom LSS. Av de 702 fall som rapporterats berör de 186 olika personer. För alla patienter görs en fallriskbedömning som också dokumenteras. Analysen visar att fallavvikelserna ökat något från föregående år. En förklaring till detta är att vårdtyngden inom verksamheten ökat. Det kan också noteras att gruppen patienter med kognitiv svikt som är ensamboende i ordinärt boende har ökat något vilket också kan vara en tänkbar förklaring till ökade fall då de upplever svårigheter att komma ihåg förflyttnings-tekniker samt hur de kan tillkalla hjälp. I flera händelseanalyser anger också flertalet äldre att de överskattat sin förmåga samt medvetet tagit risker i olika förflyttnings-situationer då de gärna velat klara sig själva och inte velat 'störa' personalen. Viktiga lärdomar har bland annat varit att fallriskbedömningen bör ske snarast efter inskrivning samt att utbildningstillfällena ska inkludera praktiska övningar.

Handlingsplanen för förebyggande arbete kommer att omfatta utbildningsinsatser för att öka kunskapsnivån om risker samt förebyggande arbete samt utformandet av en informationsbroschyr om fallförebyggande åtgärder.

Härefter fortsätter ni att skriva något om andra kategorier avvikelser.

Vill du veta mer?

Om du vill veta mer om Nestor, det här materialet eller är intresserad av utvecklingsfrågor inom äldreomsorg får du gärna titta in på vår hemsida eller höra av dig!



www.nestorfou.se



adm@nestorfou.se



08-777 99 16



Nestor