



# Varför händer det igen?

Om patientsäkerhetsarbete i primärvården

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

**Artikelnummer** | IVO 2017-9

**Foto** | Mostphotos

**Utgiven** | Mars, 2017. [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

# Förord

---

Inspektionen för vård och omsorg har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och inom hälso- och sjukvården. I det uppdraget ingår att myndigheten regelbundet ska återföra sammanställda resultat och iakttagelser från sin tillsyn. Denna rapport är en del av den återföringen.

Grunden för rapporten är en nationell tillsyn av 30 vårdcentraler som IVO genomfört under 2016. Fokus för tillsynen var primärvårdens systematiska förbättringsarbete och i rapporten vill vi föra ett resonemang kring vad i det arbetet som skulle kunna utvecklas och hur förutsättningarna för det ser ut.

Rapporten är framtagen av utredaren Emma Stradalovs i samarbete med Marie Collberg som också varit projektledare för tillsynen. Ansvariga tillsynsledare har varit inspektörerna Eva Bergdahl, Gisela Flood, Helén Roos, Jan-Erik Ingwall och Lena Odeborg.

Gunilla Hult Backlund

Generaldirektör

Mars 2017

# Sammanfattning och slutsatser

---

Avvikelse och vårdskador inträffar och kommer att göra det även i framtiden. Men för att så långt som möjligt förebygga dessa och för att få kontroll över de risker som finns behöver en riskmedvetenhet och en lärandekultur vara ständigt närvarande i vården. Att upprätta ett ledningssystem och att arbeta med ständiga förbättringar, där patientsäkerhetsarbetet är en del, är alla vårdgivares skyldighet.

Vinsterna med att bedriva förbättringsarbete är många. Förutom att patienter och närstående slipper onödigt lidande kan de resurser som används för att ta hand om konsekvenserna av vårdskador istället användas för att öka kvaliteten och tillgängligheten inom vården. För att kunna ta reda på om de åtgärder som genomförs i vården leder till verkliga förbättringar för dem vården är till för, behöver vårdgivaren säkerställa att förbättringsarbetet har ett tydligt fokus på patienter och närstående.

Under 2016 genomförde IVO en nationell tillsyn av totalt 30 vårdcentraler med fokus på systematiskt förbättringsarbete. Vi har frågat verksamheterna hur förbättringsarbetet fungerar i praktiken och vilka förutsättningar de upplever att de behöver. Vi har fört en dialog där verksamheterna fått möjlighet att själva reflektera över sitt förbättringsarbete. I den här tillsynen tror vi att det varit ett bättre stöd i utvecklingen av deras förbättringsarbete, än en granskning av att granska dokumentation av ledningssystemets processer och rutiner.

## Vad behövs för att det inte ska hända igen?

IVO:s samlade bedömning är att vårdgivarna behöver ta ett större ansvar för utvecklingen av och förutsättningarna för det systematiska förbättringsarbetet.

### 🕒 **Vårdgivaren på central nivå behöver ta ett större ansvar**

På central nivå har vårdgivaren en unik möjlighet till överblick av det arbete som pågår i verksamheterna. Vårdgivaren kan samlat analysera uppgifter om avvikelser, klagomål och synpunkter från samtliga verksamheter i organisationen och därmed också få ett underlag för att prioritera och följa upp förbättringsåtgärder. Vårdgivaren bör i högre grad efterfråga resultat av verksamheternas förbättringsarbete. De bör också sprida erfarenheter och goda exempel inom organisationen. Utan en sådan spridning blir vårdcentralerna isolerade öar där verksamheternas samlade kompetens inte tas tillvara och kommer patienterna till gagn.

### ⊗ **Personalen behöver vara delaktig**

Hög personalomsättning ställer högre krav på systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det kräver mer riskförbyggande arbete och behovet av egenkontroll för att säkerställa att patienterna får god och säker vård ökar. Samtidigt måste personalen ha möjlighet att delta i det systematiska förbättringsarbetet. Det behöver vara tydligt uttalat att det ingår i även i tillfälligt anställd personals uppdrag att bidra i förbättringsarbetet.

### ⊗ **Patientsäkerhetskulturen behöver stärkas**

Rapporteringsbenägenheten hämmas i flera verksamheter av en känsla att peka eller pekats ut. Många uttrycker att de inte har tid till olika moment i förbättringsarbetet vilket kan tyda på att vårdgivarens ledning inte tydligt prioriterat detta eller att de inte lyckats förmedla syftet med förbättringsarbetet. Med stor personalbrist eller hög personalomsättning kan det vara svårt att etablera och upprätthålla en patientsäkerhetskultur. Samtidigt är det en förutsättning för att skapa en säker vård.

### ⊗ **Ökad kunskap och kompetens i patientsäkerhetsarbete, analysmetodik och förbättringskunskap behövs**

Förbättringskunskap är en egen kompetens. Den innebär kunskap och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik. Tillsammans med kunskap om patientsäkerhet, kompetens i analysmetodik och professionell kunskap, är detta grunden för ett välfungerande systematiskt förbättringsarbete.

### ⊗ **Patienternas erfarenheter behöver tas tillvara**

För att få en helhetssyn på hur verksamheten upplevs och fungerar, är det nödvändigt att fånga både personalens och patienters erfarenheter. Den patient som riskerat att bli skadad eller som har skadats i vården involveras vanligtvis i utredningen av händelsen. Men även andra patienter och närstående kan tillföra mycket genom sina kunskaper och erfarenheter och se sådant som personalen kanske inte uppmärksammar.

## **Förbättringsarbetet behöver utvecklas, integreras och genomföras mer systematiskt**

Tillsynen visar att de flesta vårdgivarna behöver utveckla samtliga delar i det systematiska förbättringsarbetet. Framförallt ser vi att arbetet behöver ske mer planerat och systematiskt. Det behöver finnas en tydligare koppling mellan vårdgivarens ledningssystem och det systematiska förbättringsarbetet. Förbättringsarbetet behöver också vara bättre integrerat i vardagen än vad det är idag. Det är en förutsättning för att patienter inte ska behöva drabbas av skador som hade kunnat undvikas.

**Avvikelser utreds – men åtgärder följs inte upp.** Det är ofta en utmaning för vårdgivaren att hitta de bakomliggande faktorer som orsakat en händelse, vilket i sin tur gör det svårt att föreslå åtgärder som har effekt.

Vårdgivaren följer heller inte alltid upp vilken effekt åtgärderna har fått, och får därför inte svar på om de resulterade i en säkrare, bättre och mer effektiv vård för patienten.

Det finns också en underrapportering av risker i flera verksamheter. Detta medför att analyser inte blir fullständiga och att möjligheten att lära av händelser och ta tillvara iakttagelser blir begränsad, och nödvändiga förbättringar uteblir.

**Egenkontroll görs framförallt när resultat efterfrågas.** Den egenkontroll vi ser att vårdgivarna oftast gör är uppföljning av följsamhet till regler och rutiner där resultatet efterfrågas av en extern aktör. Till exempel antibiotikaförskrivning som följs av Folkhälsomyndigheten i samverkan med Stramagrupporna i landstingen/regionerna. Däremot ser vi få exempel på planerad och systematisk uppföljning av att andra rutiner följs och om de leder till god och säker vård.

**Risikanalys kan behövas även vid mindre förändringar.** Riskanalyser genomförs framförallt vid större förändringar, till exempel inför en omorganisation. Men det är inte vanligt att risker fortlöpande analyseras vid mindre förändringar och ändrade arbetssätt.

## Vad säger personal och ledning att de behöver?

I tillsynen har vi också frågat personal och ledning vilka förutsättningar de anser är avgörande för att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete.

**Tid** – Personalen hinner inte göra annat än det som måste ske här och nu i det dagliga arbetet på vårdcentralen.

**Kontinuitet** – Personalen hinner inte introducera ny personal och tillfälligt anställd personal har inte alltid en tydlig roll i förbättringsarbetet.

**Tillåtande klimat** – Personalen upplever att det kan vara svårt att rapportera om händelser där kollegor berörs.

**Återkoppling** – Personalen får inte alltid återkoppling efter att de rapporterat en risk eller en avvikelse för att få veta hur den tagits om hand och om det bidragit till en förbättring.

**Användarvänliga IT-system** – IT-system som finns för exempelvis avvikelserapportering är inte alltid användarvänliga.

# Innehåll

---

Förord .....	3
Sammanfattning och slutsatser .....	4
Vad behövs för att det inte ska hända igen? .....	4
Förbättringsarbetet behöver utvecklas, integreras och genomföras mer systematiskt.....	5
Vad säger personal och ledning att de behöver? .....	6
Att ständigt och systematiskt förbättra.....	8
Patienter kan skadas både i och av vården.....	8
Ledningssystemet – verktyget för att förebygga skador och uppnå kvalitet .....	8
Lära och förebygga... ..	9
... genom systematiskt förbättringsarbete .....	9
Patientsäkerhetsarbetet har följts upp .....	11
IVO:s tidigare iakttagelser .....	11
Nationell tillsyn med fokus på systematiskt förbättringsarbete.....	11
Utrymme för förbättringar.....	13
Avvikelse utreds – men åtgärder följs inte upp.....	13
Alla risker rapporteras inte.....	13
Egenkontroll görs framförallt när resultat efterfrågas.....	14
Tätare uppföljning ännu viktigare vid hög personalgenomströmning.....	14
Riskanalys kan behövas även vid mindre förändringar .....	14
Vad säger personal och ledning? .....	16
Det börjar med ledningen .....	18
Vårdgivarens ansvar.....	18
Det går inte utan personal .....	19
Att etablera och upprätthålla en patientsäkerhetskultur .....	19
Blir det verkligen bättre för patienten?.....	19
Förbättringskunskap är en egen kompetens .....	20
Förändring genom lärande kräver systematik .....	20
Bilaga 1: Så här har vi gått till väga .....	21
Urval av vårdcentraler .....	21
Tillsyn med fokus på hur förbättringsarbetet fungerar i praktiken.....	21
Bidrar tillsynen till utveckling i verksamheterna?.....	22

# Att ständigt och systematiskt förbättra

---

Primärvården har en nyckelroll i hälso- och sjukvården. Patientens första kontakt med vården sker ofta genom primärvården. Det ingår också i primärvårdens uppdrag att samverka med andra vårdnivåer och huvudmän för att samordna patientens vård och behandling. Under 2015 gjordes drygt 14,5 miljoner läkarbesök, nästan 27 miljoner besök hos andra personalkategorier som exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor och fysioterapeuter och närmare 670 000 hembesök inom ramen för primärvården.<sup>1</sup>

I Sverige finns idag drygt 1100 vårdcentraler<sup>2</sup>. Knappt 60 procent av dessa drivs med landstinget/regionen som vårdgivare medan övriga drivs i privat regi.<sup>3</sup> Privata vårdgivare kan vara alltifrån större bolag med många olika verksamheter till enskilda vårdcentraler som exempelvis drivs som personalkooperativ. Respektive landsting/region beslutar om vilka krav och villkor som ska ställas på utförare av primärvård och hur ersättningen till utförare ska utformas.

## Patienter kan skadas både i och av vården

Inom all hälso- och sjukvård finns alltid en risk att patienter inte får den vård de behöver eller att de till och med drabbas av skador eller sjukdomar i vården. En fjärdedel av de klagomål som IVO utredde under 2016 handlade om olika brister inom primärvården, framförallt om brister i vård och behandling eller felaktiga bedömningar som lett till att patienten fått fel eller försenad diagnos.<sup>4</sup> Antalet klagomål till patientnämnderna har totalt sett ökat under de senaste åren och ökningen är särskilt tydlig när det handlar om primärvården. Under 2015 handlade en fjärdedel av de klagomål som patientnämnderna tog emot om primärvården, vilket är en ökning med elva procent jämfört med året innan.<sup>5</sup>

## Ledningssystemet – verktyget för att förebygga skador och uppnå kvalitet

Varje verksamhet inom hälso- och sjukvården ska ha ett ledningssystem för att:

- ⊕ systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet
- ⊕ planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Alla vårdgivare är skyldiga att upprätta ett ledningssystem och att arbeta med ständiga förbättringar. Vinsterna med förbättringsarbetet är många. Framförallt att patienter får bästa möjliga vård och att patienter och närstående slipper onödigt lidande. Dessutom kan de resurser som används för att ta hand om konsekvenserna

---

<sup>1</sup> Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, SKL 2016, sid 22.

<sup>2</sup> I den här rapporten använder vi begreppet vårdcentraler. Andra benämningar på samma typ av verksamhet är exempelvis hälsocentral eller husläkarmottagning.

<sup>3</sup> Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, SKL 2016, sid 22.

<sup>4</sup> Enskildas klagomål enligt PSL. En delredovisning av Regeringsuppdraget (dnr S2015/08135/RS). IVO 2017.

<sup>5</sup> Sammanställning av klagomål som inkommit till patientnämnderna under verksamhetsåret 2015. IVO 2016.



av vårdskador<sup>6</sup> istället användas för att öka kvaliteten och tillgängligheten inom vården.

*”Hög kvalitet lönar sig. Många tror att det är dyrare med hög kvalitet men inom sjukvården är det precis tvärtom. Det som kostar är vårdskador, infektioner eller komplikationer” - Britta Wallgren, vd Capio S:t Görans sjukhus<sup>7</sup>*

---

Vårdgivarens ansvar för patientsäkerhet regleras i patientsäkerhetslagen (2010:659) som trädde i kraft den 1 januari 2011. Där framgår att vårdgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete tydliggör hur vårdgivaren ska arbeta med systematiskt förbättringsarbete. I den tillhörande handboken ges vårdgivaren stöd i arbetet att ta fram och använda ett ledningssystem som verktyg för att fortlöpande och systematiskt utveckla säkerhet och kvalitet i verksamheten. Det systematiska patientsäkerhetsarbetet är alltså en del av kvalitetsarbetet.

---

## Lära och förebygga...

Avvikelse och vårdskador inträffar och kommer att göra det även i framtiden. Men för att så långt som möjligt förebygga dessa och för att ha kontroll över de risker som finns måste en riskmedvetenhet och en lärandekultur vara ständigt närvarande i vården. Att ge god vård innebär, förutom att den ska vara säker för patienten, att den ska vara kunskapsbaserad, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.<sup>8</sup> För att möta dessa krav, som ständigt förändras, krävs en ständig utveckling av vårdens organisation och arbetssätt.

## ... genom systematiskt förbättringsarbete

Hantering av avvikelser, egenkontroll och riskanalys är centrala moment i arbetet att ständigt förbättra. Vårdgivaren ska fortlöpande hantera risker som uppkommer i verksamheten. För att kunna göra det behöver information samlas in om iakttagelser av risker, avvikelser och negativa händelser. Vårdgivaren ska även genomföra så kallad *egenkontroll* för att försäkra sig om att den verksamhet som bedrivs resulterar i att patienternas vård är säker och av god kvalitet. Den kunskapen kan inhämtas på olika sätt beroende på behov och kan infatta aggregerad analys av exempelvis klagomål, lex Maria-ärenden, avvikelser och uppgifter i kvalitetsregister. Genom egenkontrollen följer vårdgivaren även upp om nya arbetssätt och andra åtgärder har blivit implementerade och om de fått den effekt som varit avsedd. *Riskanalys* är ett verktyg för att förebygga oönskade

---

<sup>6</sup> Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid en patients kontakt med hälso- och sjukvården. Källa: SOSFS 2005:28.

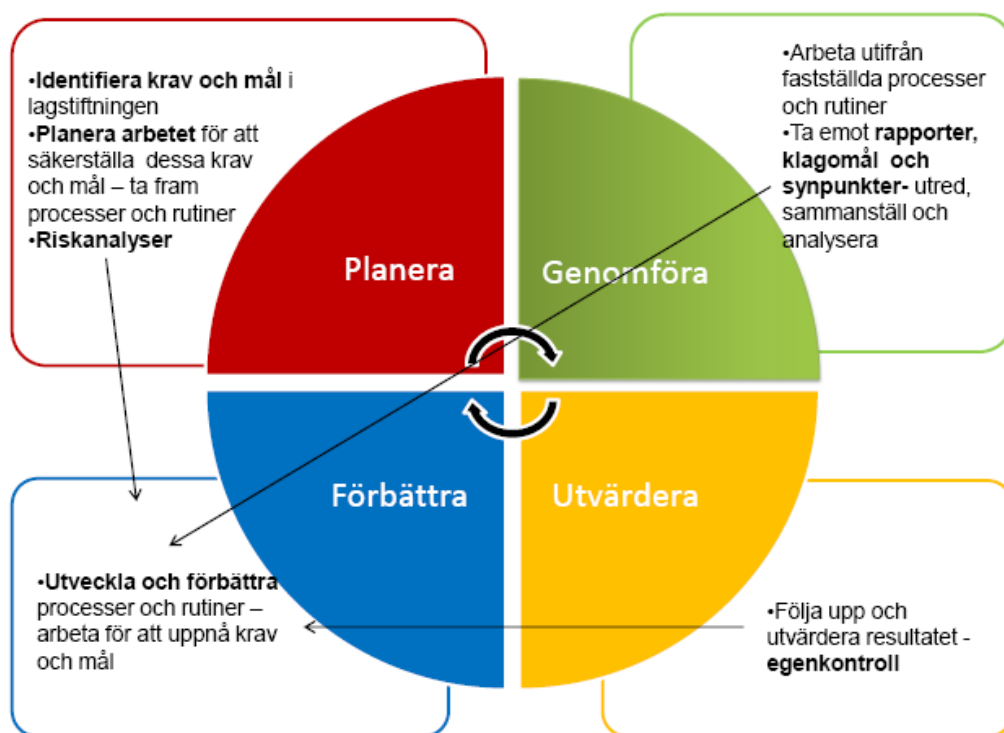
<sup>7</sup> Intervju i Svenskt näringsliv 22 april 2015.

<sup>8</sup> Se exempelvis Nationella indikatorer för God vård. Socialstyrelsen 2009.

händelser exempelvis vid förändringar i verksamheten och används tillsammans med egenkontrollen för att prioritera vilka förbättringar som behöver göras. Den viktigaste källan till kunskap om vad som inte fungerar och vad som behöver förbättras i en verksamhet är de personer som arbetar eller söker vård där. Händelser som lett till eller riskerat leda till att en patient drabbats av en vårdskada ska utredas så att vårdgivaren får veta vad som behöver åtgärdas för att en liknande händelse ska kunna undvikas.

En viktig del i det systematiska förbättringsarbetet är att de erfarenheter som görs genom avvikelshantering, egenkontroll och riskanalyser sprids i organisationen så att förbättringar verkligen genomförs. Om den återföringen inte fungerar blir lärandet mycket begränsat och därmed ökar risken för att patienter drabbas av skador som hade kunnat undvikas.

Eftersom kvaliteten ständigt behöver utvecklas och säkras blir ett ledningssystem aldrig färdigt och det systematiska förbättringsarbetet är därför ständigt pågående. I handboken för systematiskt kvalitetsarbete<sup>9</sup> illustreras detta med förbättringshjulet som visar hur de olika momenten i förbättringsarbetet förhåller sig till varandra.



<sup>9</sup> Handbok för tillämpningen av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen 2012. Sid 32.

## Patientsäkerhetsarbetet har följts upp

Många olika satsningar har genomförts inom patientsäkerhetsområdet under de senaste åren. En nollvision i frågan om vårdskador formulerades 2011 då en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting, SKL, tecknades för att driva arbetet framåt<sup>10</sup>. När satsningen utvärderades 2015 konstaterade SKL att Sverige är på väg mot en säkrare vård men att det finns en hel del kvar att göra.<sup>11</sup> Bland annat visade den patientsäkerhetskulturmätning som genomfördes 2012-2014 att många avvikelser inte rapporteras och att samarbetet mellan vårdenheter är bristfällig. Personalen i undersökningen uttryckte också missnöje med högsta ledningens stöd i patientsäkerhetsarbetet.<sup>12</sup> Riksrevisionen konstaterar i sin granskning från 2015<sup>13</sup> bland annat att vårdgivarnas spridning av lärdomar fungerar dåligt och att det sällan sker någon uppföljning av vidtagna åtgärder, vilket medför att det blir svårt att arbeta förebyggande. Riksrevisionen konstaterar också att patientsäkerhetskulturen behöver utvecklas.

### IVO:s tidigare iakttagelser

IVO har tidigare granskat olika delar av det systematiska förbättringsarbetet och då framförallt inom sjukhusvården. Vi har sett att det systematiska förbättringsarbetet inte alltid fungerar som det är tänkt. Vid uppföljningar av lex Maria-anmälningar inom sjukhusvården har IVO sett att vårdgivaren kan bli bättre på att följa upp genomförda åtgärder efter att en patient drabbats eller riskerat att drabbas av allvarlig vårdskada och att lära av dessa händelser.<sup>14, 15</sup> Vid tillsyn av patientsäkerheten vid några av landets akutmottagningar under 2015 såg IVO att avvikelser inte alltid rapporteras i tillräcklig omfattning och att avvikelserapporteringen saknar systematik och uppföljning.<sup>16</sup>

Även den tillsyn som IVO genomförde under 2015, med fokus på bemanningssituationen i primärvården i sju län, visade brister i det systematiska förbättringsarbetet. Bland annat gjorde inte vårdgivaren systematisk egenkontroll för att säkerställa att de särskilda risker som tillfälligt anställd personal kan medföra var under kontroll.<sup>17</sup>

### Nationell tillsyn med fokus på systematiskt förbättringsarbete

Mot bakgrund av att samma typer av brister återkommer i de klagomål som gäller primärvården och att såväl IVO som andra aktörer ser att olika delar i primärvårdens förbättringsarbete inte alltid fungerar, genomförde IVO under 2016 en nationell tillsyn av sammanlagt 30 vårdcentraler. Utgångspunkten för vår tillsyn

<sup>10</sup> Patientsäkerhetssatsning 2011 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om förbättrad patientsäkerhet.

<sup>11</sup> På väg mot en säkrare vård. Patientsäkerhetssatsningen 2011-2014. SKL.

<sup>12</sup> Sveriges kommuner och landsting. Patientsäkerhetskultur – sammanställning på nationell nivå av landstingens mätningar 2012-2014.

<sup>13</sup> Patientsäkerhet – har staten gett tillräckliga förutsättningar för en hög patientsäkerhet? RIR 2015:12.

<sup>14</sup> Gör lex Maria vården säkrare? En uppföljning av lex-Maria anmälningar från den somatiska specialistsjukvården i sydöstra Sverige. IVO 2015.

<sup>15</sup> Blev det någon verkstad? Bidrar lex Maria och lex Sarah till säkrare vård och omsorg? IVO 2016.

<sup>16</sup> Hur står det till med våra akutmottagningar? Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. IVO 2015.

<sup>17</sup> Hyrläkare – vårdens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården. IVO 2016.

har varit att det finns dokumentation av ledningssystemets processer och rutiner i verksamheterna. Fokus har varit att se hur de olika momenten avvikelsehantering, egenkontroll och riskanalys fungerar i syfte att utveckla och förbättra vården och hur dessa moment kopplas till varandra. Vi har också velat ta reda på vilka förutsättningar vårdcentralernas personal och ledning upplever att de behöver för att förbättringsarbetet ska fungera.

Rapporten är indelad i tre kapitel. I det första beskriver vi vilka utvecklingsområden vi identifierat. Det andra kapitlet redogör för hur personal och ledning ser på förutsättningar att bedriva systematiskt förbättringsarbete och i det tredje och sista kapitlet vill vi föra ett resonemang kring våra iakttagelser och hur vi ser på förutsättningarna för primärvården att arbeta systematiskt för att lära och förebygga så patienter får en god och säker vård. I rapportens bilaga finns en beskrivning av hur urvalet av vårdcentraler har gått till och hur tillsynen genomförts.

# Utrymme för förbättringar

---

IVO ser att det finns en stor variation i hur väl det systematiska förbättringsarbetet fungerar. Sammantaget finns utrymme för utveckling av samtliga delar av det systematiska förbättringsarbetet i många av verksamheterna. Framförallt behöver de olika momenten ske mer planerat och systematiskt och arbetet behöver vara bättre integrerat i det vardagliga arbetet än vad det är idag. De iakttagelser IVO gjort tyder på att det ofta saknas en tydlig koppling mellan vårdgivarens ledningssystem och det systematiska förbättringsarbetet.

## Avvikelse utreds – men åtgärder följs inte upp

När en avvikelse i verksamheten resulterat i att en patient blivit eller riskerat att bli skadad gör vårdgivaren en utredning. I såväl de utredningar som vi granskat i tillsynen som i många av de lex Maria-utredningar som IVO tagit emot ser vi att det ibland är svårt för vårdgivaren att hitta de bakomliggande faktorer som orsakat händelsen. Därmed är det också svårt för vårdgivaren att föreslå åtgärder som har effekt. Andra utvecklingsområden är att bedöma risken för att en liknande händelse ska inträffa igen och att följa upp de åtgärder som genomförts. Gör åtgärden att det blir säkrare, bättre och mer effektiv vård för patienterna?

*”Personalen är bra på att identifiera och åtgärda men glömmer att utvärdera och följa upp. Till exempel har man tankar om förbättring gällande jouren men det är oklart vem man lyfter detta till samt hur man utvärderar tidigare arbetsätt.”*  
– Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i norra Sverige.

## Alla risker rapporteras inte

Ledning och personal vid de flesta av de vårdcentraler som IVO inspekterat säger att de inte tror att alla risker för vårdskador rapporteras i verksamheten. Underrapporteringen medför att analyser inte kan bli fullständiga. En ofullständig rapportering begränsar även möjligheten att lära av händelser, ta tillvara iakttagelser och förbättringsidéer. Även patienter kan upptäcka brister som skulle kunna leda till vårdskador. Den informationen är därmed ett minst lika viktigt underlag för vårdgivaren att analysera och använda i förbättringsarbetet.

*”Man rättar till risker innan det lett till en vårdskada, rapporterar inte risken. Vi är dåliga på att rapportera avvikelser.”* – Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i södra Sverige.

*”Det finns en rädsla för att hänga ut någon, särskilt om det endast har varit en risk för vårdskada eller negativ händelse men där någon egentlig skada inte uppstått.”* – Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i norra Sverige.

## Egenkontroll görs framförallt när resultat efterfrågas

Den vanligaste egenkontrollen vi ser är att vårdgivaren följer upp att verksamheterna följer regler och rutiner där det finns en extern part som efterfrågar resultat. Ett exempel på det är förskrivning av antibiotika som följs av Folkhälsomyndigheten i samverkan med Stramagrupperna i landstingen/regionerna. Däremot ser vi inte lika ofta att vårdgivaren systematiskt följer upp att andra beslutade rutiner följs och leder till god och säker vård. Vi ser heller inte många exempel på att vårdgivaren systematiskt använder patientfokuserade resultat, som till exempel patientens upplevelse av den givna vården. Leder arbetssätten till en vård som även patienten upplever som god och säker? Genom att systematiskt genomföra sådan utvärdering får vårdgivaren en mer heltäckande bild av verksamhetens kvalitet.

*”Det förekommer egenkontroll men inte som en del i årlig planering. Inga systematiska, regelbundna kontroller, mer slumpmässiga. Resultat från enkäter (t.ex. NPE) presenteras, men analyseras inte och leder inte till aktivitet.” – Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i södra Sverige.*

*”Sista tiden har verksamheten jobbat mycket med förskrivning av narkotikaklassade läkemedel samt antibiotikaförskrivning (enl. STRAMA). Arbetet sker kontinuerligt. Medicinska rådgivare får hjälpa till med kontrollen av läkemedel”. – Ur sammanställning av intervju med ledning, vårdcentral i västra Sverige.*

## Tätare uppföljning ännu viktigare vid hög personalgenomströmning

Flera av de verksamheter som ingick i IVO:s tillsyn upplever stora problem med rekrytering av personal. I linje med tidigare tillsyn, av hyrläkarsituationen i primärvården<sup>18</sup>, ser IVO att det ofta saknas systematisk egenkontroll med fokus på de brister som kan uppkomma när personal ofta byts ut. Vårdgivarna behöver kontrollera att rutinerna verkligen fungerar och exempelvis säkerställa att prov- och remissvar följs upp.

## Risکانالys kan behövas även vid mindre förändringar

De flesta vårdgivare genomför riskanalyser, framförallt inför större organisatoriska förändringar, till exempel när en vårdcentral ska byta lokaler eller vid planering av bemanning under semesterperioder. Däremot analyseras inte risker fortlöpande vid mindre förändringar och förändrade arbetssätt. Om en verksamhet till exempel beslutar att ändra något i sin hantering av remisser behöver de fundera över vilka risker det nya arbetssättet skulle kunna medföra. För att identifiera dessa risker behöver vårdgivaren involvera medarbetare och samverkansaktörer och ha ett tydligt patient- och närståendeperspektiv.

---

<sup>18</sup> Hyrläkare – vårdens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården. IVO 2016.

*”Riskanalys gjordes när kommunen beslutade om delegeringsstopp från och med januari 2016. Vårdcentralen återtog de arbetsuppgifter som tidigare delegerats till hemtjänsten. Ny personal anställdes för att hinna med uppdraget.”*  
*– Ur sammanfattning av intervju med ledning, vårdcentral i östra Sverige*

## Vad säger personal och ledning?

---

I tillsynen har vi också frågat personalen och ledningen för verksamheterna varför olika delar av det systematiska förbättringsarbetet inte genomförs och vilka förutsättningar de anser är avgörande för att bedriva systematiskt förbättringsarbete.

- ⊗ **Det saknas tid.** Det är den vanligaste förklaringen till varför risker och avvikelser inte rapporteras eller varför andra delar av det systematiska förbättringsarbetet inte genomförs. Arbetsbelastningen upplevs vara allt för hög för att personalen ska hinna göra annat än det som måste ske här och nu i det dagliga arbetet på vårdcentralen. När det gäller avvikelserapporteringen säger personal i flera verksamheter att de rapporterar muntligt men sen hinner de inte eller kommer inte ihåg att registrera avvikelserna i systemet.

*”Vi har haft fullt upp att hålla näsan ovanför vattenytan, få dagen att hålla ihop så då skriver man inte avvikelser även fast det sker avvikelser, det hinns helt enkelt inte med. Om man skrivit avvikelse tröttnar man när den inte har omhändertagits, frustrerande om problemet kvarstår, fått svar från tidigare chef att det är utrett men ingen återkoppling för övrigt.” – Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i södra Sverige*

- ⊗ **Kontinuitet behövs.** I många verksamheter är personalomsättningen väldigt hög och i flera råder brist på personal. Flera verksamheter beskriver att tillfälligt anställd personal sällan har en tydlig roll i förbättringsarbetet. Dels hinner övrig personal inte med att introducera dem i det arbetet, dels har tillfälligt anställda inte alltid tillgång till de system där avvikelser med mera ska registreras.

*”Tillfällig personal känner inte samma ansvar. Marknadsmässiga skäl - arbetar som konsult - vårdgivaren har köpt en tjänst - påtalar då inte alltid avvikelser.” – Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i sydöstra Sverige*

- ⊗ **Syndabockstänkandet lever kvar.** Trots att majoriteten av personalen tycker att det generellt är ett tillåtande klimat i verksamheten för att rapportera avvikelser säger många att de har en känsla av att de hänger ut en kollega när de rapporterar om ett misstag som gjorts.
- ⊗ **Återkoppling till personal efter rapporterade brister saknas.** Personalen upplever i flera fall att det de rapporterar eller föreslår inte alltid tas omhand. De beskriver en känsla av att ingenting händer, att det inte leder någon vart. De saknar återkoppling och efterlyser en engagerad ledning.



- ④ **Systemen är inte användarvänliga.** Så gott som all personal lyfter att en av de viktigaste förutsättningarna för att de ska kunna arbeta med förbättringsarbete är att de IT-system som finns för exempelvis avvikelserapportering är användarvänliga och stödjande.

# Det börjar med ledningen

---

IVO ser att samma typer av brister återkommer i klagomål från patienter och anhöriga som rör primärvården. Majoriteten av de granskade verksamheterna bekräftar den bilden och konstaterar att de själva ser att samma brister återkommer i deras verksamhet. Vad är det då som gör att det som hänt och som inte skulle behöva hända ändå händer igen? I det här avsnittet vill vi föra ett resonemang om förutsättningar för primärvårdens förbättringsarbete med utgångspunkt i de iakttagelser som vi gjort och de förutsättningar som verksamheterna har lyft fram som viktiga.

## Vårdgivarens ansvar

Lagstiftningen är tydlig med att det är vårdgivarens ansvar att ha ett ledningssystem och att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) säkerställs och att vården är patientsäker<sup>19</sup>. Hur vårdgivaren ska organisera detta är upp till vårdgivaren att avgöra.

Vårdgivarna bedriver olika många verksamheter och dessa varierar också i komplexitet. Det är vårdgivarens ledning som har i uppgift att se helheten och skapa de förutsättningar som behövs för utveckling av organisationen och alla de verksamheter som ingår där. Det innebär exempelvis att bidra till förbättringsarbetets inriktning, se till att det finns kompetens för att bedriva förbättringsarbete, fråga efter resultat och se till att det finns system för att följa upp den utveckling som sker. Vid inspektionerna framkom att det är tydligt för vårdcentralerna att det ingår i deras uppdrag att arbeta med systematiskt förbättringsarbete. Däremot är det inte alltid tydligt vad i det arbetet som de ska rapportera till vårdgivaren.

*”Det står tydligt i uppdraget att vårdcentralen ska arbeta med systematiskt förbättringsarbete, men det är inte tydligt specificerat med vad utan det är mer valbart.” – Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i sydöstra Sverige.*

*”Uppvärdera patientsäkerheten - för stort fokus på ekonomin.”  
– Ur sammanställning av intervju med personal, vårdcentral i södra Sverige.*

Vårdgivarna styr sina verksamheter genom uppdrag och ekonomiska ersättningssystem. I en studie av hur vårdcentralernas chefer ser på förbättringsarbete konstaterar Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att ersättningssystem är en av de tre viktigaste drivkrafterna i förbättringsarbetet, efter

---

<sup>19</sup> 3 kap. 1§ Patientsäkerhetslag (2010:659).

medarbetarnas goda idéer och att det dagliga arbetet inte fungerar optimalt.<sup>20</sup> Det kan alltså finnas anledning att fundera över vilken styrning som har störst effekt på utvecklingen av det systematiska förbättringsarbetet.

### Det går inte utan personal

Hög personalomsättning och personalbrist får konsekvenser för patientsäkerheten på flera sätt. En stressig arbetssituation ökar risken för olika typer av misstag. Ny och tillfälligt anställd personal behöver tid att komma in i verksamhetens rutiner. Överlämningen av information kring olika patienters vård och behandling blir mer sårbar om personalen ofta byts ut. Personal- och kontinuitetsbrist ställer därför högre krav på systematiskt patientsäkerhetsarbete. Det kräver mer riskförbyggande arbete och behovet av egenkontroll för att säkerställa att patienterna får god och säker vård ökar. Samtidigt måste det finnas personal som ges möjlighet att delta i det systematiska förbättringsarbetet.

### *Tillfällig personal viktig resurs i förbättringsarbetet*

Vi ser, liksom i tidigare tillsyn<sup>21</sup>, att tillfälligt anställd personal av olika anledningar inte alltid är en del av det systematiska förbättringsarbetet. Samtidigt har personal som kommer ny till en verksamhet ofta andra möjligheter att upptäcka sådant som inte fungerar. De kan också ha idéer om förbättringar baserat på erfarenheter från andra verksamheter. För att ta tillvara detta behöver det vara tydligt uttalat att det ingår i tillfälligt anställd personals uppdrag att bidra i förbättringsarbetet och att det är uppskattat och önskvärt. De måste få tillräcklig introduktion och det behöver finnas en etablerad struktur och systematik som möjliggör att fånga upp deras iakttagelser, synpunkter och förslag.

### Att etablera och upprätthålla en patientsäkerhetskultur

I flera av verksamheterna behöver patientsäkerhetskulturen stärkas. Att personal och ledning beskriver att rapporteringsbenägenheten hämmas av en känsla att peka eller pekas ut är ett exempel på det. Att många uttrycker att de inte har tid till olika moment i förbättringsarbetet kan också tyda på att vårdgivarens ledning inte tydligt prioriterat detta eller att de inte lyckats förmedla syftet med förbättringsarbetet. I verksamheter med stor personalbrist eller hög personalomsättning kan det vara svårt att etablera och upprätthålla en patientsäkerhetskultur. Samtidigt är det en förutsättning för att skapa en säker vård.

### Blir det verkligen bättre för patienten?

För att få en helhetssyn på hur verksamheten upplevs och fungerar, är det nödvändigt att fånga både patienternas och personalens erfarenheter. Den patient som riskerat att bli skadad eller som har skadats i vården involveras vanligtvis i utredningen av den aktuella händelsen. Ett utvecklingsområde inom primärvården är att fånga upp klagomål och synpunkter även från andra patienter och närstående

<sup>20</sup> Chefers syn på förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2016.

<sup>21</sup> Hyrläkare – vårdens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården. IVO 2016.

och använda detta i förbättringsarbetet. De har mycket att tillföra genom sina kunskaper och erfarenheter och kan se sådant som personalen kanske inte uppmärksammar.

### Förbättringskunskap är en egen kompetens

Arbete med patientsäkerhet kräver kunskap om varför misstag sker och hur man kan undvika att de händer igen. Det kräver också kompetens i analysmetodik. Ledning och personal upplever i stor utsträckning att denna kompetens finns tillgänglig både på de enskilda vårdcentralerna och på övergripande nivå inom vårdgivarorganisationen. De avvikelseutredningar som IVO granskat i tillsynen visar dock att vårdgivaren ofta har svårt att hitta de bakomliggande orsakerna, göra riskbedömningar och att följa upp effekter av åtgärder.

Den professionella kunskapen och erfarenheten att ge vård behöver också kompletteras med kunskap om förbättringsarbete. Förbättringskunskap innebär kunskap och färdigheter i att arbeta med system, förstå variation, förändringspsykologi och pedagogik.<sup>22</sup> Denna kunskap, tillsammans med kunskap om patientsäkerhet, kompetens i analysmetodik och professionell kunskap, är grunden för ett välfungerande systematiskt förbättringsarbete och därmed en av förutsättningarna för att förhindra att brister återupprepas.

### Förändring genom lärande kräver systematik

Ett väl fungerande förbättringsarbete som bedrivs systematiskt och är väl integrerat i verksamhetens dagliga arbete är en förutsättning för att lära, förebygga och utveckla. Den kunskap och de erfarenheter som förbättringsarbetet genererar behöver systematiskt spridas i den egna organisationen men också till samverkansaktörer. På motsvarande sätt behöver verksamheten ta del och använda sig av erfarenheter som görs i andra verksamheter. Vi ser att personalen oftast känner till vilket förbättringsarbete som genomförs inom den egna verksamheten men de har sällan kännedom om vad som görs inom vårdgivarens organisation. Lärandet och utbytet av erfarenheter blir därmed begränsat.

Vårdgivaren har på central nivå en unik möjlighet att ha en överblick och samlad bild av det arbete som pågår i verksamheterna. Vårdgivaren kan samlat analysera uppgifter om avvikelser, klagomål och synpunkter från samtliga verksamheter i organisationen och därmed också få ett underlag för att prioritera och följa upp förbättringsåtgärder. Vårdgivaren har också på central nivå möjlighet att sprida erfarenheter och goda exempel inom organisationen. Utan en sådan spridning blir vårdcentralerna isolerade öar där verksamheternas samlade kompetens inte tas tillvara och kommer patienterna till gagn.

---

<sup>22</sup> Chefers syn på förbättringsarbete i hälso- och sjukvården. PM 2016:3. Vårdanalys 2016, sid 22f.

# Bilaga 1: Så här har vi gått till väga

---

Den här rapporten är ett resultat av en nationell tillsyn med fokus på systematiskt förbättringsarbete inom primärvården. Projektet har bedrivits vid avdelningarna syd i Malmö, sydöst i Jönköping, sydväst i Göteborg, öst i Stockholm och nord i Umeå.<sup>23</sup> Inspektioner har genomförts vid totalt 30 vårdcentraler i elva landsting/regioner.

## Urval av vårdcentraler

Enligt förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska tillsynen planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Detta för att säkerställa att den egeninitierade tillsynen inriktas mot de verksamheter som är mest angelägna att granska. På så sätt används tillsynens resurser så effektivt som möjligt och bidrar till en bättre och säkrare vård och omsorg.

Inom ramen för denna nationella tillsyn genomfördes en granskning av sammanlagt 30 vårdcentraler. Dessa valdes utifrån en sammanvägd bedömning med följande uppgifter som grund:

- ⊕ Klagomål som inkommit till patientnämnderna
- ⊕ Patienters bedömningar i den nationella patientenkäten
- ⊕ Uppgifter om väntetider (Väntetidsdatabasen)
- ⊕ Indikatorer från Nationella diabetesregistret
- ⊕ Klagomål och lex Maria-utredningar som inkommit till IVO
- ⊕ Synpunkter som kommit in till IVO:s upplysningstjänst
- ⊕ Inspektörernas samlade erfarenhet och kunskap om verksamheterna

## Tillsyn med fokus på hur förbättringsarbetet fungerar i praktiken

Tillsynen inleddes med att vårdgivarna ombads skicka in de fem senaste interna utredningarna av avvikelser i de verksamheter som skulle tillsynas. Där patientsäkerhetsberättelsen inte fanns tillgänglig på vårdgivarens hemsida efterfrågade vi denna.

Vi gjorde sedan föranmälda inspektioner vid respektive vårdcentral där vi träffade representanter för ledning och personal.

---

<sup>23</sup> IVO:s tillsynsavdelning i Örebro genomförde en omfattande tillsyn av primärvården 2015 och deltog därför inte i detta tillsynsprojekt. Resultatet från avdelning mitts tillsyn finns presenterade i rapporten Hyrläkare – vårdens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården. IVO 2016.

Inspektionerna inleddes med att IVO informerade om vilka krav som ställs på verksamheten när det gäller systematiskt förbättringsarbete och syftet med dessa. IVO:s utgångsantagande vid inspektionerna var att verksamheterna har ett ledningsystem för systematiskt kvalitetsarbete med framtagna och implementerade processer och rutiner. De frågor som vi ställde till såväl personal som ledning, och de diskussioner som fördes, handlade därför framförallt om hur förbättringsarbetet genomförs i praktiken och vilka förutsättningar som behövs för att det ska fungera. För att verksamheterna skulle kunna förbereda sig och hinna reflektera över sitt förbättringsarbete skickade vi frågorna till verksamheterna i god tid före inspektionerna.

Efter genomförda inspektioner fattade IVO beslut i varje ärende. Fem inspektioner resulterade i att IVO öppnade nya ärenden för uppföljning av åtgärder som behöver vidtas av vårdgivaren. Ytterligare 14 av de 30 besluten innehåller förslag på förbättringar som uppmärksammas i tillsynen och där IVO ger vårdgivarna möjlighet att vidta åtgärder utan direkt uppföljning av IVO.

### Bidrar tillsynen till utveckling i verksamheterna?

För att ta reda på om verksamheterna upplever att tillsynen gett dem vägledning i sitt fortsatta arbete har vi gjort en utvärdering där samtliga personer som deltog vid inspektionerna fått möjlighet att besvara ett antal frågor. Drygt hälften av de som fick enkäten besvarade den.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att en övervägande majoritet av verksamheterna uppfattat att tillsynen bidragit till verksamhetens utveckling.

- ⊕ 100 % instämmer helt, till stor del eller till viss del i att de *haft en bra dialog med IVO under inspektionen*. 91 % instämmer helt.
- ⊕ 90 % instämmer helt, delvis eller till viss del i att *inspektionen gav förutsättningar för lärande och fortsatt utveckling i verksamheten*.
- ⊕ 99 % upplevde att *den tid och de resurser som inspektionen tog från det dagliga arbetet i verksamheten var rimlig*.
- ⊕ 89 % instämmer helt, delvis eller till viss del i att *IVO:s beslut kommer att vara till hjälp för den fortsatta verksamhetsutvecklingen*.

***”Vi fick kvitto på att vi är på rätt spår och kan jobba vidare i den riktningen.”***

***”Klart och tydligt vad vi ska arbeta vidare med. Verkligen ett bra sätt att fånga områden som kanske idag inte är så toppenbra.”***

***”I min roll som patientsäkerhetssamordnare har jag använt IVO:s frågor vid inspektionen vid de patientsäkerhetsdialoger som vi genomfört med våra åtta ledningsgrupper i divisionen. På så sätt får vi en heltäckande diskussion och som uppskattats mycket av våra ledningsgrupper.”***

Varför händer det igen?  
Om patientsäkerhetsarbete i primärvården  
Artikelnr: IVO 2017-9  
Utgiven [www.ivo.se](http://www.ivo.se), mars 2017

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

