



Myndigheten för
samhällsskydd
och beredskap

Hur tar kommunerna tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser?





**Mona
Pütsep**

MSBs kontaktpersoner:

Mona Pütsep tfn 0102-40 5679, Mats Junghage tfn 0102-40 5674

Publikationsnummer:

MSB393,

ISBN 978-91-7383-227-4

Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, 651 81 Karlstad

tfn 0771-240 240, www.msb.se



**Mats
Junghage**

Innehåll

1.	Problemet, uppdraget och metod.....	4
----	-------------------------------------	---

2.	Kommunal nivå.....	7
2.1	Inrapportering.....	7
2.2	Urval.....	10
2.3	Utredning.....	11
2.4	Spridning.....	12
2.5	Genomförande.....	14

3.	Analys och rekommendationer.....	16
3.1	Analys av kommunal erfarenhetsåterföring.....	16
3.2	Rekommendationer.....	18

Bilaga 1

Nationell och regional nivå.....	19
----------------------------------	----

Bilaga 2

Regionala samordnare för olycksundersökning....	22
---	----

1 Problemet, uppdraget och metod

Sverige är i de flesta avseenden ett av världens säkraste länder. Trots detta kan den skadebörda som följer av olyckor betecknas som ett betydande samhällsproblem och som en avsevärd brist i välfärden.

Varje vecka omkommer i genomsnitt drygt 50 personer i Sverige till följd av olyckor.

Under samma period skadas också ett par tusen personer så allvarligt på grund av olyckor att de måste läggas in på sjukhus, medan ytterligare drygt 30 000 personer tvingas uppsöka en akutmottagning eller primärvård på grund av skador de fått vid olyckor.

Varje vecka åker den kommunala räddningstjänsten i genomsnitt ut till omkring:

- **500 bränder,**
- **240 trafikolyckor,**
- **10 drunkningar eller drunkningstillbud**
- **40 utsläpp av farliga ämnen.**

Olyckor orsakar mycket mänskligt lidande och är också kostsamma för samhället, vare sig det är personer, egendom eller miljö som skadas. **Alla olyckor som sker under ett år kostar samhället 64 miljarder kronor.** Dyrast är sjukvårdsinsatser och egendomsskador som tillsammans står för 60 procent av samhällets kostnader. Många av de drygt 600 000 som skadas kan inte arbeta efter olyckan, produktionsbortfallet utgör 40 procent av kostnaderna.

” Förmågan i samhället att förebygga och hantera olyckor och kriser bör kontinuerligt förbättras genom lärande från inträffade händelser samt genom att erfarenheter och erhållna kunskaper från tillsyn, uppföljning och utvärdering tillvaratas och förmedlas. Arbete med att inhämta och förmedla kunskaper bör ske på ett systematiskt och strukturerat sätt och genomföras såväl områdesvis som på en övergripande samhällsnivå. ”

PROP. 2010/11:1 UTGIFTSOMRÅDE 6 Försvar och samhällets krisberedskap.



Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, fick 2011 i uppdrag av regeringen att "...följa upp och redovisa hur erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser tas tillvara på kommunal, regional och nationell nivå i syfte att öka lärandet från inträffade kriser och olyckor". Uppdraget redovisades till regeringen den 15 november 2011 och finns tillgängligt på Internet:

<https://www.msb.se/sv/Start1/Nyheter-fran-MSB/Nyheter/Aterrapportering-regleringsbrevsuppdrag-nr-10-2011/>

Uppdraget begränsades till att ge översiktliga bilder av hur statliga myndigheter hanterar detta inom ett antal samhällsområden samt hur hanteringen sker på regional och kommunal nivå. Analyserna handlar om förutsättningar för styrning av och systematik för att förbättra erfarenhetsåterföringen, inte om hur det bör ske för olika områden och av vilka aktörer. I denna delrapport redovisas resultatet och analysen av hur 30 kommuner följer upp och analyserar olyckor och allvarliga händelser. I bilaga 1 redovisas sammanfattning av hur man på regional och nationell nivå följer upp och analyserar.

Den arbetsmodell vi valt för att beskriva systematiken i erfarenhetsåterföring och som i rapporten kallas »kedjemodellen« utgår från att följande arbetssteg genomförs:

- Inrapportering** – Rapporteringsförfarandet är i allra högsta grad viktigt. Om inget rapporteras finns heller inga utsikter för att det ska ske något lärande. Att snegla på andra för att hämta inspiration och idéer om hur inrapporteringen kan bli bättre är ett enkelt och många gånger effektivt tillvägagångssätt.
- Urval** – I en organisation där olyckor är sällsynta men allvarliga bör alla olyckor utredas och förmodligen också inträffade tillbud. I organisationer där ett stort antal olyckor inträffar är det dock inte möjligt att utreda alla. Där behöver organisationerna göra något slags urval av vad som ska utredas.
- Utredning** – Själva utrednings- och utvärderingsfasen är mittpunkten i erfarenhetsåterföringsprocessen. Ett flertal metoder finns att tillgå för utrednings- och utvärderingsarbetet.
- Spridning** – För att det ska kunna ske ett lärande måste resultat, kunskap och erfarenheter spridas. Information måste komma rätt personer/processer till kännedom för att läroprocessen ska kunna starta.
- Genomförande** – För att nå ett resultat i det förebyggande och förberedande arbetet måste förbättringar genomföras utifrån utrednings- och utvärderingsresultat.

Samhällets säkerhetsarbete präglas av stark sektorisering. Det finns begrepp som barnsäkerhet, äldresäkerhet, arbetarskydd, trafiksäkerhet, flygsäkerhet, järnvägssäkerhet, sjösäkerhet, bostadssäkerhet, elsäkerhet, brandsäkerhet, produktsäkerhet, patientsäkerhet med flera.

Styrformerna varierar kraftigt mellan olika områden och för olika olyckstyper. För vissa områden finns ett tydligt ansvar reglerat i lagstiftning, till exempel arbetsmiljö. För andra områden finns ett så kallat samordningsansvar, till exempel barnsäkerhet. För ytterligare områden saknas helt ett uttalat ansvar, till exempel äldresäkerhet.

På kommunal nivå har uppdraget avgränsats till att omfatta kommunen som organisation och med geografiskt områdesansvar. För att få en bild av hur kommuner arbetar med erfarenhetsåterföring av olyckor och allvarliga händelser har intervjuer genomförts vid 30 kommuner. Dessa kommuner har valts ut genom att ett slumpvis urval dragits inom varje kommungrupp, enligt den indelning som tagits fram av Sveriges kommuner och landsting, SKL.

De funktioner som intervjuats har varierat mellan de olika kommunerna. Den första kontakten har oftast varit med kommunens säkerhetssamordnare, eller liknande funktion, som sedan varit behjälplig med att samla olika funktioner för en gruppintervju. I vissa kommuner har av rent praktiska skäl intervjuer fått genomföras vid flera tillfällen.

De som intervjuats har varit säkerhetssamordnare, räddningschefer, olycksutredare, folkhälsoplanerare, medicinskt ansvariga sjuksköterskor–MAS, socialchefer med flera. Totalt har 86 personer intervjuats. Intervjuer med företrädare för kommuner har genomförts med stöd av ett strukturerat och standardiserat frågeformulär. Framställningen av intervjuerna följer strukturen i kedjemodellen som beskrivs på föregående sida. Citat från intervjuerna är *kursiverade*.

2 Kommunal nivå

2.1 Inrapportering

Hos en stor del av kommunerna samlas samma sorts data in. Det är vanligt förekommande med incidentrapportering som riktar sig till det som sker internt i kommunens förvaltningar. I vissa kommuner har man det bara inom några få förvaltningar som skolan eller socialförvaltningen medan det i andra rapporteras allt från olyckor till inbrott. I många kommuner har respektive förvaltning egna rutiner för att samla in data om incidenter men det är få kommuner som har en samlad bild över alla förvaltningars och verksamhetens incidenter. Det finns dock exempel på kommuner där man har riskhanteringsgrupper med deltagare från alla förvaltningar som samlas regelbundet och går igenom aktuella incidenter.

”Vi har ett incidentrapporteringssystem. Och varje månad har vi en riskhanteringsgrupp. En handläggare för varje förvaltning. Från skolan sitter någon som kan påverka skolchefen, en som har mandat. Samma inom vård och omsorg, där sitter två utförare i riskhanteringsgruppen. Under riskhanteringsgruppen har varje handläggare ett antal säkerhetsombud. Det har vi haft sedan 1999. Det är inget nytt påfund. Har fungerat under hög- och lågkonjunktur. De är cirka 100 stycken.”

Hos alla kommuner skrivs en rapport från de insatser som räddningstjänsten gör. Ansvarig räddningsledare för insatsen lämnar uppgifter i en insatsrapport, bland annat om det inträffade och det arbete som genomförts. Kvaliteten på insatsrapporterna är varierande.

”För de som fyller i lägger inget krut på det, man förstår inte vad det ska vara bra för. Och skrivs de inte bra så kan man inte använda dem, så det blir en ond cirkel här. Min personliga uppfattning är att man är rädd för att se sig i spegeln och verkligen granska vad man har gjort.”

Vid en räddningstjänst har man ett system för att kvalitetssäkra insatsrapporterna.

”Vi har ett system med räddningschefen i beredskap på systemledningsnivå, att denne ska under sin beredskapsvecka granska samtliga insatsrapporter i hela förbundet, och det görs även en återkoppling nedåt. Sen skickas det ut via mejl så att alla blir informerade om vad de hade kunnat göra bättre. Detta sker löpande för att kvalitetssäkra rapporterna.”

I januari 2011 började MSB ta emot räddningstjänstens insatsrapporter i ett nytt och mer effektivt system. Det nya systemet ska göra det enklare för räddningstjänsten att skicka in insatsrapporter till MSB. Kvaliteten på uppgifterna förbättras samtidigt som det blir möjligt för MSB att ta fram och presentera aktuell statistik.

Det finns kommuner som samlar in information utöver det som rapporteras i insatsrapporter. En räddningstjänst har ett projekt »Lärande från bostadsbränder«.

”Vi måste ta ett bredare grepp här där vi gör en mer långsiktig analys av mekanismerna bakom det inträffade, och vi anammar ett MTO-perspektiv här. Här använder vi ytterligare ett rapporteringssystem, utöver insatsrapporteringen, som kallas ärenderapport som gör en djupare analys. Bakgrunden till detta projekt är att det är ett samhällsproblem med lite kunskap och vi försöker anlägga ett socialt perspektiv snarare än ett tekniskt.”

Vid alla dödsolyckor och alla olyckor som bedöms vara intressanta att granska djupare än den rutinmässiga insatsrapporten ska det göras en olycksundersökning av personal med relevant kompetens. Detta görs i de flesta kommuner där intervjuerna genomförts. I en kommun anger man dock att man inte gör några utredningar på grund av att det inte finns någon olycksutredare i organisationen och i en annan kommun gör man bara enklare utredningar.

Hos alla kommuner i studien har man avvikelserapportering inom den kommunala vården och omsorgen. Med avvikelser menas här negativa händelser och tillbud enligt »Säkrare vård och omsorg, handbok i grundläggande patientsäkerhetsarbete« (Sveriges Kommuner och Landsting 2011). En avvikelserapport kan också ligga till grund för en Lex Maria- eller Lex Sarah-anmälan. Avvikelse­rapportering sker oftast via blanketter, ibland datoriserat och ibland på papper. Det kan exempelvis vara läkemedels­händelser, händelser med medicinska produkter, fall och fallskador, uteblivna insatser, informationsöverföringsfel eller andra händelser som sker i samband med vård- och omsorgsinsatser.

”Alla avvikelser rapporteras, och det behöver därför inte nödvändigtvis vara en allvarlig händelse eller olycka. Vi har ju en blankett som man fyller i när man rapporterar, där händelseförloppet redogörs. Där finns också utrymme för vederbörande att utveckla en teori om hur det kunde hända, samt med eventuella förbättringsåtgärder.”

Det är få kommuner som fångar upp data om olyckor i hemmet. Där det sker är det oftast hos kommuner där landstingen har lokal skaderegistrering. Det är också få kommuner som samlar in information om suicid eller suicidförsök.

Allvarliga händelser som sker i kommunen rapporteras ibland muntligt från till exempel säkerhetssamordnare till kommunledning och ibland skrivs det rapporter om händelsen. Anmälan om händelser kommer ofta in via olika jurer som Tjänsteman i beredskap–TiB, vägjour, trafikjour med mera.

”Inom hälso- och sjukvårdsområdet hade vi ett stort influensautbrott bland de äldre för sex år sedan. Detta blev väldigt stort, allt dokumenterades. Detta blev till slut en smittskyddsrapport som vi har kunnat dra lärdom ifrån.”

De flesta kommunerna samlar in data eller information om olyckor och allvarliga händelser från källor utanför kommunen. Ofta använder man sig av nationell statistik för att man har för litet eget underlag.

I kommunerna använder man sig ofta av MSB:s informationssystem IDA och av SKL:s rapport »Öppna Jämförelser Trygghet och säkerhet«. Dessa används många gånger för att göra jämförelser mellan den egna och andra kommuner. Andra källor för informationshämtning är Transportstyrelsens informationssystem STRADA, Socialstyrelsens databaser, landstingens lokala skaderegistrering, andra kommuners olycksundersökningar, forskningsrapporter och konferenser. MSB:s integrerade beslutsstöd RIB används av någon kommun för att söka om det finns någon olycka internationellt inom något bestämt område och vad man lärt av det. Detta används sedan vid till exempel projektering av farliga anläggningar.

”Erfarenheter av allvarliga olyckor måste vi hämta internationellt då det är så få händelser.”

Inrapportering och insamling av data om olyckor och allvarliga händelser samlas ofta in stuprörsvis, det vill säga att det ofta är så att man har kunskap om vad som händer inom förvaltningens egna verksamhetsområden men inte andra förvaltningars. Det är få kommuner som har en samlad bild.

Vid intervjuerna frågade vi om det var någon statistik eller annan data som kommunerna saknade. Något som flera av de intervjuade från räddningstjänsten sade sig sakna var information från ambulansen. På grund av sekretessregler kan man inte få återrapportering om personer som skadats i olyckor och om räddningstjänstens insatser vid olycksplatsen varit tillräckliga.

”Skulle vara av intresse för vår del att få del av data om skadesituation för patienter. Har det vi gjort spelat roll för utgången? Det skulle vi kunna använda vid utbildningar och lära av. Vad hände sen och hur bland annat blev det/blev det inte?”

I en kommun tyckte man att:

”Inför ett nytt handlingsprogram har vi behov av mer statistik. MSB skulle kunna göra en kraftsamling inför att kommunerna ska göra nya handlingsprogram. Det är underlagen som är viktiga när man ska göra nya handlingsprogram.”

Vid flera intervjuer påtalades vikten av lokal skadestatistik:

”Det vore väldigt bra att lokalisera geografiskt var olyckorna sker, för då kan man förebygga bättre.”

Det mest vanliga svaret på frågan om man saknade några data var dock:

”Det vi skulle behöva är lokal skadestatistik. Annars är det inte mer statistik vi behöver utan stöd i hur vi ska tolka och använda oss av den som finns. Det vi däremot saknar är exempel på evidensbaserade åtgärder”.

2.2 Urval

Incidentrapporter hanteras på olika sätt i kommunerna. Allt från incidentrapporter enligt pappersmodellen som sparas i pärmar till elektroniska incidentrapporteringsystem. Ibland är det så att alla anställda och chefer är skyldiga att rapportera in det som händer i verksamheten och i andra kommuner har man inte formulerat det som att någon har rapporterings-skyldighet i kommunen. Det är ofta så att respektive förvaltning sköter sin egen rapportering. I en kommun berättas att man inte har någon urvalsprocess över vilka händelser eller olyckor som ska undersökas "...utan det är stort som smått".

Insatsrapporter från räddningstjänster lagras i olika datasystem. Samtliga rapporter sänds till MSB där de lagras i en databas för att sedan sammanställas till statistik. I några kommuner har man en erfarenhetsbank utöver insatsrapporterna där man till exempel redogör mer om händelserna och drabbade personer.

I de kommuner där man gör olycksundersökningar har man ofta kriterier som styr hur omfattande undersökningarna ska genomföras och av vem.

Vid en intervju beskrivs fyra kriterier för olycksundersökningar:

Det ska finnas en nytta, det vill säga att det finns något att lära av olyckan.

”

Vi ska kunna identifiera minst en eller flera mottagare för undersökningen, internt och/eller externt.

”

Den behöver inte baseras på en olycka, det kan vara flera händelser eller tillbud.

”

De resurser som vi nyttjar ska stå i proportion till det lärande vi eventuellt kan få ut av undersökningen.

”

Det kan också vara så att en eller några personer avgör vilka olyckor man ska göra olycksutredningar på. I en kommun berättas att man har ett bredare förhållningssätt än vad Lagen om skydd mot olyckor, LSO anger.

"Detta gäller exempelvis för suicidprojektet och även trafikolyckor där vi även undersöker, vilket kanske egentligen inte är vårt bord."

Avvikelse rapporter samlas ofta i digitala avvikelssystem men det finns också kommuner där rapporterna lagras i en pärm. Ibland har man ett digitalt system för avvikelser medan Lex Sarah-händelser hanteras manuellt. Flera kommuner använder sig av Socialstyrelsens riktlinjer när det gäller vilka avvikelser som ska undersökas närmare. Det är oftast kommunens MAS som gör bedömningar om avvikelser ska resultera i en Lex Maria. I en kommun utreds alla olyckor och incidenter som inträffar i kommunens boenden och handikappomsorg. Vid en intervju uttryckte sig en MAS:

"Det finns en helt annan vana att rapportera avvikelser inom vården. Det är starkt, det är stark text som ger mig mandat att kräva. Det är väldigt tydligt"

Rapporter om allvarliga händelser lagras oftast som diarieförda dokument. Ibland diskuteras några av händelserna informellt i en ledningsgrupp, ibland gör man enkla analyser och ibland utvärderingar. I en kommun görs utvärderingar och en analys av alla allvarliga händelser. Det finns inte något generellt mönster över hur allvarliga händelser hanteras, lagras eller väljs ut för vidare utredningar i kommunerna.

2.3 Utredning

Även när det gäller hur kommunerna analyserar, utreder och utvärderar incidenter hanteras det olika. Några kommuner gör inte några undersökningar vid incidenter. Det kan i stället vara så att man tittar på hur händelser gått till och hur man kan hantera det, men inte att detta dokumenteras. Hos andra kommuner gör man utredningar eller utvärderingar men har ingen systematik i arbetet. I en kommun där man har ett övergripande kommunalt incidentrapporteringsystem görs analyser med ett årsperspektiv för att se vilka grupper som skadas och var i kommunen olyckorna sker.

Det finns många kommuner där man har mallar för fördjupade olycksutredningar och där rapporterna till exempel kategoriseras utifrån bostäder, vård- och omsorg, skola samt hotell och restaurang. Där presenteras också mottagare och förbättringsförslag. I en kommun gör man inte några renodlade utredningar men man gör vissa analyser kring det som inträffat. Dessa analyser härrör ofta till insatsens genomförande men inte till någon orsaksutredning.

I en kommun har man en riskanalysgrupp där alla räddningstjänsthändelser diskuteras och alla extraordinära händelser analyseras enligt viss metodik. Det är inte ofta som kommunens olycksutredningar sammanställs på årsbasis, men hos några kommuner görs en årssammanställning som huvudsakligen består av statistik.

Utredningar av avvikelser inom den kommunala vården och omsorgen genomförs på olika sätt hos kommunerna. I en kommun har man inte någon fastställd struktur eller metodik för utredningsförfarandet medan man i en annan har en särskild metodik för utredningar och utgår från en mall.

”Vi börjar alltid med att vi samlar in fakta, vilket kan ta lång tid innan man påbörjar själva utredningen utifrån de fakta man fått in. Vi använder Socialstyrelsens mallar och riktlinjer. Vi försöker utgå från dessa så att samtliga utredningar som görs ska bli så lika som möjligt. När vi samlar in fakta från personalen så får de alltid skriva på fri hand. Vi har lärt oss att det blir lättast om de själva får uttrycka med egna ord vad som har inträffat, och därefter formaliserar vi detta utifrån de mallar som finns.”

Vid Lex Sarah gör ofta MAS en riskanalys och händelseanalys som handlar om att bland annat utreda bakomliggande orsaker till att den oönskade händelsen inträffat. Hos några kommuner sammanställs avvikelser halvårs- och helårsvis.

”Vi gör en form av uppföljning på avvikelserna och utredningarna löpande eftersom vi gör vissa händelseanalyser och som vi dessutom återför till enheterna och cheferna. Det blir ju en skriftlig rapport som går ut varje halvår.”

Vid allvarliga händelser berättas vid en intervju att man går ut med enkäter till berörda förvaltningar och sedan har, i vissa fall, resultatet från dessa använts till utvärderingar. I en annan kommun där alla allvarliga händelser utreds säger man att det sker genom samtal där staben diskuterar »Vad är våra erfarenheter och vilka lärdomar kan vi dra av det som hänt?«.

I en kommun där alla allvarliga händelser mynnar ut i en analys och en utvärdering säger man sig inte ha någon särskild metodik för de utvärderingar som görs, utan att det varierar från fall till fall. I en annan kommun har inte några allvarliga händelser utretts därför att man anser att de händelser som inträffat har varit hanterbara och därmed har det inte funnits några behov av någon utredning.

2.4 Spridning

Erfarenheter från händelser, analyser, utredningar och utvärderingar tillhandahålls och sprids på många olika sätt i kommunerna. Ibland sker det med systematik, ibland ad hoc. Det finns även kommuner där man säger att man inte sprider erfarenheter vidare alls.

”Det är nog det svåraste kan jag tycka. Vi kommunicerar inte erfarenheterna på ett bra sätt idag. Det formella vi gör inom detta område är det som vi tar upp i tertialrapporten, men det sker inte systematiskt att tidigare erfarenheter ska föras ut i verksamheten. Kunskapen når inte ut.”

Det finns ofta olika nätverk där man utbyter erfarenheter, diskuterar och lär av varandra både genom regelbundna möten och kommunikation via mejl.

”Räddningstjänsternas samverkan bygger på runda bordsprincipen. Det finns ingen prestige utan alla hjälper alla. Det gör att det blir ett starkt system för att samarbeta, utbyta erfarenheter och stötta de mindre kommunerna som inte har egen kompetens. Det finns en öppenhet till att diskutera och lära av varandra.”

”Vi pratar om allt som finns inom ramen för vår verksamhet. Vi är ju tolv kommuner som ingår i detta samarbetet med tretton MAS:ar. Det händer ju saker överallt, och detta är ett forum där vi tar upp allting. Vi har ju även privata aktörer här som tas in då det behövs.”

I ett av nätverken finns en tidning där man har stort fokus på att sprida erfarenheter från olycksutredningar. Vanliga redskap för att sprida erfarenheter är intranät, hemsidor, media, konferenser, sociala medier, nyhetsbrev, pensionärsråd eller vid utbildningar. Det är också vanligt att sammanställa och förmedla erfarenheter till kommunens politiker.

En kommun har som regel att alla olycksutredningar ska skickas till minst två externa mottagare. Olycksutredningar skickas också ofta till Länsstyrelsen och MSB. Det händer också att de skickas till företag som tillverkar produkter som kan utgöra en brandrisk.

En annan kommun skickar en åtgärdsmatris till berörda instanser, oftast internt men även externt, innan en utredning är helt klar. Sedan ombeds de yttra sig och komma med synpunkter. Detta blir ett sorts åtgärdskapitel som bakas in i utredningen, för att de på detta sätt ska bli delaktiga i utredningen. I en av kommunerna finns en säkerhetsgrupp där förvaltningsansvariga ingår och som har ansvar för att, inom sin förvaltning, föra vidare erfarenheter från utredningar.

Räddningstjänsten i en kommun berättar att de har ett brett förhållningssätt och följer upp suicidhändelser och trafikolyckor.

”Sen hjälper vi till och informerar de primära aktörerna, så vi har breddat det och fått ett stort genomslag. Det känns som om de andra aktörerna lyssnar på oss, och det finns en välvilja. Det finns en dialog mellan oss. En av orsakerna till att det blivit såhär är att vi lägger fokus på lärande baserat på den händelsen som har inträffat.”

Det finns många som berättar om svårigheter att nå ut med information. Vid en intervju sägs att:

”Det är svårt att sprida erfarenheter lokalt. Ingen vill bli uthängd för att det hänt något på exempelvis en skola. Även inom kommunen är konkurrensen hård om eleverna. Vi försöker klä in erfarenheter i generella termer. Dessa sprider vi sedan via tillsyn, utbildningar och via ombud”.

En synpunkt angående spridning av erfarenheter är att det är svårt att nå ut med information till deltidsbrandkårens.

”Deltidare blir ett problem. Övning och utbildning en gång i månaden. Det kräver sin tid att lära nytt material och nya verktyg.”

Hos en kommun har olycksutredningar sammanställts men man har sedan upptäckt att många av dessa blivit hyllvärmare. Därför har man nu startat ett projekt med syfte att återföra den kunskap man fått fram i organisationen. Andra berättar att de inte kommunicerar erfarenheter på ett bra sätt så kunskapen når ut. Det är inte säkert, enligt intervjupersonen, att organisationen har förmåga att lära sig. Det kan också vara skillnad på lärande beroende på vem som är kunskapsbärare.

”Det vi har svårt för i verksamheten är att lära oss från de yngre. Vi har börjat släppa fram de yngre mer nu, så att vi kan lära oss från dem.”

2.5 Genomförande

Erfarenheter från olika analyser, utredningar och utvärderingar implementeras ofta i övningar och utbildningar. Det har också medfört ändrade metoder och arbetssätt samt förändrade målgrupper för förebyggande arbete.

”En kommun i länet hade tänkt lägga mer resurser på en skola i kommunen när man såg resultatet av hur de mådde i »Ungundersökningen«. Det visade sig att när man bröt ner resultaten på skolnivå var det en annan skola som behövde mer insatser.”

Arbetsätt har förändrats till följd av inträffade allvarliga händelser som till exempel stormen Gudrun, bussolyckor och vattenläckor. I en kommun var hanteringen av stormen Per betydligt bättre än vid Gudrun.

”Omsorgen såg svagheter i att enbart ha en mobiloperatör. Idag har man två olika operatörer för mobiler inom kommunen. Efter Gudrun har vi, kommunen och räddningstjänsten, sett vikten av att följa väder, el- och teleläget. Räddningstjänsten har fått något av en indirekt TIB-funktion vad gäller väderläget, SMHI, och teleläget. Även kopplingen till höga flöden från SMHI.”

I en annan kommun har det upprättats konkreta handlingsplaner som en följd av erfarenheter från översvämningar. Det berättas också att Rinkebybranden fått räddningstjänstpersonal mer engagerade i att gå ut och informera för att öka säkerheten i bostäder. Även krissamverkan har utvecklats som en effekt av erfarenheter från allvarliga händelser. Men det finns också kommuner där man inte kan dra sig till minnes något empiriskt exempel där man förändrat rutiner eller föreskrifter till följd av en allvarlig händelse.

Resultat från utredningar används i nya generationers handlingsprogram enligt LSO samt i kommunernas risk- och sårbarhetsanalyser. Det har också lett till organisationsförändringar, mer riktad tillsyn och nya riktlinjer.

Det finns olika syn inom kommunerna om arbetet leder till någon effekt. En synpunkt var att det tar några år innan det händer något, men att man i kommunen absolut ser resultat. I några kommuner säger man att det inte sker alls eller att det sker ibland. Andra anser att det fungerar väl och att man som exempel inom räddningstjänsten fått ner antalet radhusbränder i ett område och anlagda bränder i en kommun.

”Vi har fortsatt utvärdera vårt arbete mot brand i bostäder och för fyra år sen gjorde vi en studie som visade att vi har fått ner de allvarliga bränderna och att trenden är fortsatt nedåtgående. Detta är det enda område där vi kopplat på utvärdering, som har lett till ett förändrat arbetssätt. Men det kräver ett tidsperspektiv på 10-15 år.”

I kommunen måste man också väga kostnader mot nytta för "...ibland kan man inte genomföra vissa saker för att det kostar för mycket". I en mindre kommun säger man att det har skett mycket utveckling och att erfarenhetsåterföring nog är lättare i små kommuner. De har det bra på så sätt att de kan kontakta varandra på informell basis, informera och fråga om vissa saker. Därför händer saker snabbt.

Flera anser att implementering av förändringar till följd av olycksutredningar fungerar väl. En informant anser att om någon utrustning brister rent tekniskt åtgärdas det oftast direkt, men att den svåraste biten är förändringar i rutiner som ofta tar lång tid innan de används.

När det gäller avvikelserapportering finns det också olika syn på om det leder till förändringar. Vid en intervju sägs att händelser rapporteras och sedan händer det inte så mycket, förutom när det gäller de allvarligaste händelserna. Den vanligaste synen är dock att avvikelser som rapporteras leder till förbättringar generellt sett, som exempelvis ändrade riktlinjer, reviderade delegeringsrutiner och ändrade rutiner för läkemedelshantering. Det sägs vid en kommun att:

"Detta är ett Sisyfosarbete, man får hela tiden jobba med att implementera det som redan är känt. Det strömmar fortfarande in avvikelser. Nu är det den mänskliga faktorn, det är nästan aldrig beroende på teknik. Man har glömt. Det är den svåraste utmaningen".

I en kommun sägs att det är svårt att få ork med en lärande process. Det är också svårt med olycks- och haveriutredningar då de inte skapar en lärande process. För att det ska kunna ske måste lärdomar sammanfattas och kondenseras bättre. Man anser också att kommunen måste lära av tillbud då inträffade olyckor ofta är för få för att lära av. Oftast säger man att man inte har någon kunskap om huruvida rekommendationer till externa aktörer följs. Det är en brist i att fånga upp om åtgärder verkligen blir genomförda.

Förståelsen för behov av förändringar ökar efter allvarliga händelser. Då har man varit med om det på riktigt, är medveten om att det kan hända och inte bara är ett scenario. Om man i kommunen pekar på det som hänt är det lättare att få igenom en åtgärd.

3 Analys och rekommendationer

3.1 Analys av kommunal erfarenhetsåterföring

Studien visar att det inte går att ge någon generell bild av hur kommunerna arbetar med att ta tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser. Det finns kommuner där man inte har någon systematik i sitt arbete och inte heller någon samverkan mellan olika förvaltningar. Å andra sidan finns det kommuner som jobbar mycket systematiskt med alla delar i »kedjemodel-len«, har en klar bild över vilka olyckor och allvarliga händelser som inträffat i kommunen och har ett systematiskt lärande från dessa. Om man studerar intervjuresultaten utifrån SKL:s kommunindelning går det inte heller att se något mönster i hur kommunerna tar tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser.

I några kommuner har räddningstjänsten ett tydligt politiskt uppdrag att ta en samordnande roll inom trygghetsarbetet i kommunen. Där fungerar räddningstjänsten som ett nav för att samordna kommunens arbete med olyckor och allvarliga händelser. I några kommuner har man organiserat säkerhetsgrupper med representanter från olika förvaltningar. Det förekommer även att föreningar, bostadsbolag med flera deltar i arbetet. Gruppernas uppgifter och roller varierar från att ansvara för att ta fram beslutsunderlag för kommunens styrning av säkerhetsarbetet till ett forum för erfarenhetsåterföring.

Det är enbart i en kommun som en intervjuperson utanför räddningstjänsten diskuterar kommunens skyldighet att göra olycksundersökningar enligt LSO. Det mest vanliga är istället att detta enbart anses vara räddningstjänstens ansvar.

Det finns problem när erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser inte dokumenteras. Vid flera kommuner sker analyser och erfarenhetsåterföring muntligt eller via mejl. Det innebär att då personer slutar lämna dessa erfarenheter samtidigt organisationen.

I flera kommuner har man påpekat vikten att motverka syndabocksmentalitet och istället mer rikta in sig på organisation och problemlösning. Framför allt när det gäller avvikelserapportering säger kommuner att de har lyckats få bort syndabockstänket och fått fram förståelsen varför man har ett avvikelserapporteringssystem. Genom att avdramatisera det hela och fånga upp brister i kommunen och andra organisationer kan man arbeta med förbättringsåtgärder.

Om man ser till olika delar i kommunen finns det mest systematiserade arbetet när det gäller incidenter inom arbetsmiljön och avvikelshantering inom vård och omsorg. Det verkar fungera väl i de flesta kommuner där intervjuer genomförts. Vid en intervju uttrycktes att:

”När det gäller Lex Sarah och arbetsmiljöfrågor blir det effekt, för där finns det en systematik och det är lagstyrt. Andra områden är inte lika utvecklade.”

Det finns mycket som görs inom varje del i kedjemodellen:

Inrapportering – Urval – Utredning – Spridning – Genomförande

Många har processer för hur arbetet ska ske men ofta saknas det systematik. Ju längre bort man kommer i kedjans steg desto fler brister kan man se. Mycket data samlas in och lagras på olika sätt. Vissa händelser analyseras, utreds eller utvärderas men redan i det här steget börjar systematiken försvagas. Mycket av den information om erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser som ska spridas vidare läggs ut på intranät och Internet eller finns tillgänglig via diarieförda dokument. Men det är mer sällsynt att man aktivt ser till att målgrupperna verkligen tar emot informationen. Sista steget i kedjemodellen är den svagaste länken. Det är inte inom många områden eller hos många kommuner där erfarenheter leder till genomförande av förändringar på ett systematiskt sätt.

I en kommun, som ingår i studien och där kedjemodellen syns fungera bra, finns en riskhanteringsgrupp som samlas varje månad. I gruppen ingår handläggare från varje förvaltning där alla har mer eller mindre mandat att påverka i sin egen förvaltning. Varje handläggare i gruppen har ett antal säkerhetsombud till förfogande.

Risker, tillbud och skador inrapporteras i ett incidentrapporteringssystem som lagras i en server i kommunens egen regi. I systemet kan alla rapportera sina risker, skador och tillbud. Verksamhetsansvarig har sedan ansvaret att genomföra åtgärder. Om detta inte sker kommer det att synas i systemet.

Alla olyckor utreds av räddningstjänst, säkerhetssamordnare och ytterligare en person. Information återkopplas sedan till riskhanteringsgruppen. Enligt en intervjuperson har detta arbetssätt lett till effekter i kommunen. Enligt SKL:s »Öppna Jämförelser Trygghet och Säkerhet 2010« hör den här kommunen till de 25 procent kommuner med bäst värde för indikatorn »Antal sjukhusvårdade, inskrivna på sjukhus minst ett dygn, till följd av oavsiktliga skador/olyckor per 1 000 invånare«.

I en kommun, som ingår i studien och där kedjemodellen syns fungera bra, finns en riskhanteringsgrupp som samlas varje månad. I gruppen ingår handläggare från varje förvaltning där alla har mer eller mindre mandat att påverka i sin egen förvaltning. Varje handläggare i gruppen har ett antal säkerhetsombud till förfogande.



3.2

Rekommendationer

Det går inte att ge någon generell bild av hur kommunerna arbetar med att ta tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser. Analysen visar på att förmågan att ta tillvara erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser är mycket beroende på hur den politiska styrningen sker samt om man har skapat organisation, arbetsformer och resurser för ett tvärsektoriellt arbete.



Politikerna bör

▶▶ ställa krav på att få svar på följande frågor:

- Vilka olyckor och allvarliga händelser har inträffat i kommunen?
- Var inträffade de?
- Varför inträffade de?
- Vilka skador ledde det till?



▶▶ se till att beslut fattas om organisation, arbetsformer och resurser för ett tvärsektoriellt arbete i syfte att ta tillvara erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser.

▶▶ ställa krav på att det i exempelvis årsredovisningen eller på annat sätt för respektive förvaltning översiktligt redovisas inträffade avvikelser, genomförda utredningar, erfarenheterna av dessa och vilka åtgärder som vidtagits.

Om man ser till olika delar i kommunen finns det mest systematiserade arbetet när det gäller incidenter inom arbetsmiljön samt avvikelshantering inom vård och omsorg. Inom andra områden brister det i systematik, framförallt i slutet av kedjan. Erfarenheter från händelser, analyser, utredningar och utvärderingar tillhandahålls och sprids på många olika sätt i kommunerna. Ibland sker det med systematik och ibland ad hoc. Det finns även kommuner där man säger att man inte alls sprider erfarenheter vidare.

▶▶ Ett gemensamt system för rapportering och hantering av avvikelser och incidenter bör införas för alla kommunala verksamheter.

▶▶ Samarbetet med landsting, Trafikverket, MSB, polisen, försäkringsbolag med flera bör utvecklas för att komma åt och analysera olycks- och skadedata för kommunen.

▶▶ Riktlinjer bör läggas fast för vilka händelser som ska utredas, vilka metoder som ska tillämpas samt hur resultaten ska tas tillvara. Stöd i detta arbete kan fås från de regionala samordnarna för olycksundersökning (se bilaga 2).

Nationell och regional nivå

Kartläggningen och analysen visar att insikten om vikten att ta till vara erfarenheter från inträffade händelser är etablerad inom flertalet områden. De resurser som sammantaget satsas på att samla in, analysera och sprida erfarenhetsbaserad data och kunskap inom det offentliga är betydande. Det kan dock konstateras att det finns mycket stora skillnader i mognad och resursavsättning när det gäller att ta tillvara erfarenheter mellan olika samhällsområden. Här tycks den styrmodell som tillämpas för respektive område vara den enskilt viktigaste förklaringen.

På den **nationella** nivån ger analysen fog för uppfattningen att förmågan att ta tillvara erfarenheter av olyckor och allvarliga händelser är mycket beroende på hur riksdagen och regeringen styr säkerhetsarbetet.

Målstyrning eller regelstyrning tillämpas för säkerhetsarbetet inom arbetslivet, transportområdet och patientsäkerhetsarbetet vilket lett till att stora resurser satsats på att följa upp, analysera, utreda och förmedla resultat på ett systematiskt sätt. Motsvarande systematik i erfarenhetsåterföringen har även utvecklats för områdena El/Elektronisk kommunikation/IT.

Områdena räddningstjänst och krisberedskap kan sägas utgöra blandformer av mål- och regelstyrning. Inom räddningstjänstområdet finns krav på kommunerna att undersöka olyckor som föranlett räddningsinsats. Lärandet från sådana kriser, som inte omfattas av den olycksrelaterade lagstiftningens undersökningskrav, sker för närvarande inte i någon generellt organiserad form. Det bör kunna övervägas om den nuvarande asymmetrin i lagstiftningen rörande undersökningsplikt av olyckor respektive kriser ska bestå.

För områdena barnsäkerhet, äldresäkerhet samt naturolyckor har regeringen ställt krav på berörda myndigheter att på olika sätt samverka. Studien visar att om samverkansmodellen för säkerhetsarbete ska fungera bättre när det gäller tillvaratagande av lärdomar och erfarenheter bör den kompletteras med tydligare krav på att:

- ▶▶ **följa upp, analysera, utvärdera och förmedla resultat av inträffade olyckor och allvarliga händelser och hur dessa har hanterats.**
- ▶▶ **tillräckliga resurser avsätts för arbetet.**
- ▶▶ **resultat avseende säkerhets- och olycksutveckling redovisas.**

Ingen tydlig styrning finns avseende säkerhetsarbetet inom områdena skola, hem och fritid. Inga myndigheter har här utpekats som ansvariga. Analysen visar att berörda myndigheter inom olika ämnesområden har mycket begränsade möjligheter att följa upp och analysera inträffade olyckor.

Systematiken i och metoderna för myndigheternas arbete med insamling, lagring, urval, utredning, analys och spridning av erfarenheter från inträffade händelser varierar stort. Samarbetet mellan berörda myndigheter bör utvecklas avseende erfarenhetsåterföring från olyckor och allvarliga händelser. Samarbetet bör syfta till att främja erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling inom området lärande från olyckor och allvarliga händelser.

På den **regionala** nivån lägger landstingen stora resurser på insamling, inrapportering, lagring och utredning. Begränsade resurser satsas på att tillhandahålla och sprida kunskapsunderlag avseende skadestatistik och erfarenheter från olyckor och allvarliga händelser.

Länsstyrelsen har fokus på att följa upp allvarliga händelser och stora olyckor. Hur detta sker och med vilken ambition varierar. För att bättre kunna ta tillvara på erfarenheter från allvarliga händelser och stora olyckor trycker flera länsstyrelser på behovet av en nationell databas samt utvecklade samverkansformer och utrednings- och analysmetoder för allvarliga händelser och stora olyckor. Vår studie av erfarenheter från fyra allvarliga händelser visar också på behovet av en databas där berörda myndigheter och andra aktörers dokumenterade erfarenheter från allvarliga händelser samlas.

Översiktlig redovisning av hur systematisk erfarenhetsåterföringen är inom olika samhällsområden kopplat till hur styrning sker och antal döda och skadade inom samhällsområdet.

NATIONELL NIVA											
	Arbetslivet	Transporter	Skola, hem o frilid	Sjukvård	Naturolyckor	El, Elektronisk kommunikation, IT	Kriser, haverier, räddningsinsats	Därrav Barn	Därrav Äldre	Regional nivå	Kommunal nivå
Fungerande kedjemodell?	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Nej	Nej	Mycket begränsad	Delvis
Styrkor	Systematik i insamling, lagring och spridning	Systematik i hela kedjan. Framför allt i analys och genomförande.	Alltverliga skador i skärmiljö rapporteras	Systematik i hela kedjan för patientsäkerhet. Relativt ny modell. SKL	Insamling påbörjad med systematik i vissa områden. Fungerande lagring.	Systematik för el och elektronisk kommunikation.	Systematik i hela kedjan vid haverier och delar av kedjan vid räddningsinsats.	Enstaka analyser genomförs.	Enstaka analyser genomförs.	Systematisk insamling i landstingets regi.	Systematik i hela kedjan i vissa kommuner.
Brister	Bristande data om vissa grupper, miljö och egendom. Begränsade analyser och genomförande.	Sjövärtsolyckor - rapportering	Systematik saknas	Analys och genomförande? Tillräckligt för att åstadkomma resultat? Organisationsiskt lärande?	Saknas systematik i analys och genomförande.	Frivillig rapportering inom IT-området	Saknas systematik i kedjemodellen för kriser.	Systematik saknas	Systematik saknas	Systematik saknas.	Systematik saknas helt i vissa kommuner.
Firms det av riksdagen antagna mätbara mål?	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej		
Är regeringens styrning tydlig?	Ja	Ja	Nej	Ja	Inom vissa områden (EU-direktiv)	Nej	Ja	Nej	Nej		
Firms det ett tydligt ansvar på nationell nivå?	Ja	Ja	Nej	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Nej		
Firms det etablerat samarbete mellan berörda myndigheter på nationell nivå?	Ja	Ja	Nej	Ja, endast en myndighet	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej		
Sker uppföljning och analys på nationell nivå?	Ja	Ja	Nej	Delvis	Nej, men på gång inom vissa områden	Delvis	Delvis	Ja	Nej		
Officiell statistik	Delvis, arbetsskador	Ja	Nej	Delvis, patient- och dödsorsaksstatistik	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej		
Antal döda/år	50	300	2 600	3 000**	1			70	1 900		
Antal skadade/år*	50 000	90 000	540 000	100 000***				190 000	110 000		
Trend	Minskande	Minskande	Ökande	Historiska data saknas	Ingen klar bild	Ingen klar bild	Oförändrat?	Oförändrat	Ökande		

* Skattat antal skadade personer som uppsöker ett akutsjukhus.

** Där vårdskadan kan ha varit en bidragande orsak.

*** Antal patienter som drabbas av en vårdskada per år.

Bilaga 2

Regionala samordnare för olycksundersökning

DALARNA + FAGERSTA, NORBERG, LJUSNARSBERG

Joel Péclard, mejl: joel.peclard@dalamitt.se, tel: 0243-488918

DEL AV VÄSTRA GÖTALAND INNEHÅLLANDE SAMTLIGA KOMMUNER I FÖRE DETTA GÖTEBORGS OCH BOHUS LÄN, ALLA KOMMUNER I FÖRE DETTA ÄLVSBORGS LÄN SOM TILLHÖR SÖDRA ÄLVSBORGS RÄDDNINGSTJÄNSTFÖRBUND ELLER RÄDDNINGSTJÄNSTEN STORGÖTEBORG SAMT ALE, ALINGSÅS, LILLA EDET, VÅRGÅRDA OCH KUNGSBACKA

Tove Nyth, mejl: tove.nyth@rsgbg.se, tel: 0705-596982

DEL AV VÄSTRA GÖTALAND INNEHÅLLANDE SAMTLIGA KOMMUNER I FÖRE DETTA SKARABORGS LÄN SAMT DE KOMMUNER I FÖRE DETTA ÄLVSBORGS LÄN SOM TILLHÖR DALSLAND SAMT HERRLJUNGA, TROLLHÄTTAN OCH VÄNERSBORG

Dan-Ola Sandén, mejl: dan-ola.sanden@falkoping.se, tel: 0706-600606

GÄVLEBORG + ÄLVKARLEBY

Per Ringqvist, mejl: per.ringqvist@gavle.se, tel: 0704-141051

JÄMTLAND, VÄSTERNORRLAND

Lars-Göran Nyhlén, mejl: lars.nyhlen@sundsvall.se, tel: 0701-916282

JÖNKÖPING, ÖSTERGÖTLAND

Gert Lönnqvist, mejl: gert.lonnqvist@varnamo.se, tel: 0703-008624

KALMAR, BLEKINGE

Anders Sporrong, mejl: anders.sporrong@oland.se, tel: 0702-490429

KRONOBERG OCH HALLAND UTOM KUNGSBACKA

Mattias Sjöström, mejl: mattias.sjostrom@halmstad.se, tel: 0703-792305

NORRBOTTEN

Peter Wikström, mejl: peter.wikstrom@kalix.se, tel: 0706-925454

SKÅNE

Anna Andersson Carlin, mejl: anna.carlin@rsyd.se, tel: 0703-068002

STOCKHOLM, GOTLAND, UPPLAND UTOM ÄLVKARLEBY

Anders From, mejl: anders.from@storstockholm.brand.se, tel: 0707-648841

SÖDERMANLAND, VÄSTMANLAND UTOM FAGERSTA OCH NORBERG

Tomas Gustafsson, mejl: tomas.gustafsson3@eskilstuna.se, tel: 0703-245378

VÄRMLAND, ÖREBRO UTOM LJUSNARSBERG

Anna Henningsson, mejl: anna.henningsson@nerikesbrandkar.se, tel: 0705-681609

VÄSTERBOTTEN

Christer Björkman, mejl: christer.bjorkman@umea.se, tel: 0703-102454