



**LUND**  
UNIVERSITY

*Institutionen för psykologi*

## **En studie om ledarskap inom sjukvården**

*- vad bristfälligt ledarskap kan ha för konsekvenser för  
misstag inom vården*

Linnéa Enmark  
Johanna Rickle

Kandidatuppsats  
VT-17

Handledare: Bengt Brattgård  
Examinator: Birgitta Wanek

## Abstract

Misstag kan ske på alla arbetsplatser men ett misstag i vården kan innebära skillnaden mellan liv eller död. Vi ville därför undersöka hur misstag, som hämtats från Lex Maria-anmälningar, kan ha orsakats av bristande ledarskapsstrukturer och den svenska sjukvårdens organisationsstruktur. Data har samlats enligt en metodkombination av kvantitativa enkäter och kvalitativa intervjuer. Legitimerade och/ eller studerande läkare och sjuksköterskor deltog i enkäten för att undersöka deras uppfattning kring hur misstag kan gå till på arbetsplatsen och orsaker bakom dessa. Det genomfördes intervjuer med en överläkare och en enhetschef för att få djupare förståelse i deras sätt att arbeta och få en inblick i hur ledarskapet ser ut på en klinik i en storstad i Sverige. Våra resultat redovisade för den komplexa organisationen som sjukvården är och hur de ska jobba tillsammans för att ge patienter trygg och säker vård. Vi hoppas att vår uppsats ska ge mersmak och inspirera till fortsatt forskning och tillämpning inom området och som på sikt ska bidra till en säkrare miljö inom vården, både för patienter och personal.

*Keywords: ledarskapsstruktur, sjukvården, Lex Maria, vårdskada, ansvarsfördelning, organisationstruktur*

Mistakes can happen in any work places but a mistake in health care could be the difference between life and death. Therefore, we wanted to investigate how mistakes, gathered from Lex Maria registrations, may have been caused by leadership structures and organisational structures in the Swedish health care system. Data has been collected by a method combination, a merger of quantitative surveys and qualitative interviews. Licensed doctors and nurses as well as medical students participated in the survey in order to give us insight on how they perceive mistakes and reasons for them in their workplace. We conducted interviews with the head of medicine and head of unit from a clinic to get a deeper understanding of their way of working and to get an insight in how leadership structures work in a large clinic in Sweden. Our results supports the complex composition of different authorities and units that needs to cooperate in order to provide safe health care. We hope that our essay will inspire for further research and application of the subject and, additionally, provide a safer health care environment both for patients as well as staff.

*Keywords: leadership, health care, Lex Maria, health care errors, division of responsibilities, organizational structure*

## **Förord**

Vi skulle vilja börja med att tacka några, vars hjälp har varit ovärderlig för denna uppsats. Först och främst ett stort tack till handledare Bengt Brattgård som genom god kontakt och vägledning hjälpt oss hitta rätt formuleringar och sett till att vi hållit oss till ämnet när vi velat sväva iväg i detta djupt intressanta ämne. Stort tack till samtliga som svarade på vår enkät och tack till vänner som hjälpte oss att sprida enkäten för att ge oss så många deltagare som möjligt. Tack också till våra intervjudeltagare som tog sig tiden att svara på våra frågor, trots den stressiga naturen av deras yrke. Tack till vänner och familj som tålmodigt stöttat oss och hejat på och största möjliga tack till den svenska sjukvården som förser samhället med god vård och för att vi fått ta del av er verksamhet.

## Innehållsförteckning

<b>Introduktion</b>	5
Ledarskap	5
Sjukhusets sammansättning	7
Lex Maria	9
Sjukvårdsutveckling	12
<b>Syfte</b>	13
Frågeställning	13
Hypotes	13
<b>Metod</b>	14
Lex Maria	14
Design	15
Etiska riktlinjer	17
Deltagare	19
Material	20
Intervju	20
Enkät	20
Procedur	21
Intervju	21
Enkät	21
<b>Resultat</b>	22
Intervju	22
Enkät	25
Scenario 1	26
Scenario 2	28
Scenario 3	30
Scenario 4	32
Lex Maria	34
<b>Diskussion</b>	35
Hypoteser- vår förförståelse	40
Slutsats	42
<b>Referenser</b>	43
<b>Appendix</b>	44
Bilaga 1	45
Bilaga 2	45
Bilaga 3	46

## Introduktion

### Ledarskap

Ledarskap är i dagens samhälle ett ämne som det diskuterats mycket och länge om och vårt intresse för ämnet verkar inte tyna någon gång snart. Redan under mitten av 1900-talet visar Rosengren (2014) att det talades om ledaregenskaper och ledarbeteenden som idéer för att uppnå produktiva arbetsorganisationer. Men med dess frekventa användning har definitionen för ledarskap blivit allt mer otydlig. Vad menas egentligen när vi hör begreppet "ledarskap"? Yukl (2013) definierar ledarskap som "The process of influencing others to understand and agree about what needs to be done and how to do it, and the process of facilitating individual and collective efforts to accomplish shared objects" (s. 23)

Ledarskap bör dock inte tillskrivas endast chefer. Yukl (2013) presenterar det som en dragkamp mellan "leaders and managers" (på svenska "ledare och chefer"). För visst kan en person vara en ledare utan att vara chef och en chef kan vara chef utan att faktiskt leda? Thylefors (1991) skiljer på chef och ledare och refererar till Lennerlöfs (1969) definition som trots dess många år på nacken ändå visar en tydlig distinktion för begreppen som är relevant än idag. En chef är någon som formellt utsetts till sin position. Som chef har hen ett tydligt syfte att utöva ledarskap på sin personal. En ledare i en grupp däremot är en individ som vid omfattande tidpunkter utövar mer inflytande än de övriga gruppmedlemmarna. Det för oss in på en annan terminologi som är nära besläktad; formellt och informellt ledarskap. Det formella ledarskapet förser den direkta påverkan en chef har på anställda. Detta kan ta sitt uttryck bland annat genom att hålla i möten, delegera arbetsuppgifter till anställda, delta på personalaktiviteter etc. Det indirekta ledarskapet riktar sig däremot till att påverka, *influence*, de anställda genom att på olika sätt höja moralen på arbetsplatsen, påverka motivationen och attityder på arbetsplatsen, utan att nödvändigtvis vara i en chefsposition. Rosengren (2014) lyfter även maktrelationer som en nära besläktad term till ledarskap. Organisatorisk makt, innebörden att ett yrke har företräde och besitter överlägsenhet gentemot andra yrken, blir här särskilt relevant. Yrket som läkare ofta tas upp som exempel för denna organisatoriska makt, då det är läkare som främst har sista ordet för vårdplanering. Så vad innebär makt, i vårdssituationer, egentligen? Enligt Thylefors (1991) handlar det främst om två olika varianter av makt, där det ena är den makt som personal och chefer utövar på varandra. Men det finns också den makt som personal utövar på patienter som innebär personalens förmåga att

påverka patienterna och med maktutövningen som verktyg leda dem mot ett ökat välbefinnande och ett friskare liv.

Det skulle te sig omöjligt att ha en diskussion om sjukvården utan att tala om det mest distinkta elementet för dess arbetsmiljö. Vi talar naturligtvis om de krissituationer som vården bär med sig. Krissituationer som vi hänvisar till innefattar mer än bara den kaotiska vardagen som infinner sig vid exempelvis en akutmottagning. Istället hänvisar vi, enligt Yukl (2013) till krissituationer som kan utgöra fara för samhället i stort och som bär med sig en tungt och unikt ansvar för chefer, som t.ex. en terrorattack, en allvarlig olycka med flera inblandade, naturkatastrofer etc. Detta sätter en enorm press på ledare inom organisationen som förväntas vara mer bestämda, beslutsamma och auktoritära (Mulder och Stemerding, 1963). Trots att forskningen kring ledarskap inom krissituationer är begränsad visar flera studier på att omständigheterna inom vården sätter särskilda krav på dess ledare och chefer, till skillnad från chefer inom andra branscher. Enligt Lundin & Sandström (2015) finns det synliga ledarskapskrav såsom budord, förebilder, språk, policys men även osynliga ledarskaps krav så som oskrivna regler, tabun, praxis och etiska normer. De osynliga normerna är olika på varje sjukhus medan synliga finns skriftligt att få tag på, allt för att göra så att verksamheten känns tryggare.

I känsliga frågor måste alltid etik och moral tas i beaktning. Begreppen används synonymt med varandra men det finns en viktig distinktion mellan de två uttrycken. Berlin, Carlström och Sandberg (2009) definierar således moral som människors praktiska handlande och etik som den teoretiska reflektionen över handlingar och värderingar, samt motiven för dessa. Sjukhuspersonal, och egentligen all personal inom hälso- och sjukvård, har ett stort ansvar för etik och moral med etiska riktlinjer ständigt närvarande:

- *Att inte skada*- berör frågor gällande hur personal ska behandla, men också om personal ska behandla
- *Människans rätt att bestämma själv*- krav på att korrekt information ges till patienten
- *Att göra gott*- patientens intressen måste vägas mot framsteg inom medicinsk forskning och teknologi
- *Kravet på rättvisa*- lojalitet mot enskild patient i relation till lojalitet mot samhället

### **Sjukhusets sammansättning**

Det finns många faktorer som gör sjukvården till en unik arbetsplats och ledarskapet inom organisationen är inget undantag. Det är en komplex organisation som skiftar form beroende på perspektiv (Rönnerberg, 2013). Ansvar för ledarskapet är, inom sjukvården, formellt delat mellan två eller fler personer där man gör skillnad på det medicinska ansvaret och det administrativa (Thylefors, 1991). Det administrativa ansvaret innefattar försörjning av verksamhetens resurser; ekonomi, personal, lokaler samt en övergripande strukturering av verksamheten på ett allmänt plan är bara några av de ansvarsområden som faller under det administrativa paraplyet. Det medicinska däremot är helt befriat från något som helst administrativt eller personalansvar. Chefen med det medicinska ansvaret har istället fokus på att arbetet utövas utifrån vetenskap och tillförlitlig praxis, utan vare sig budget- eller personalansvar. Thylefors (1991) förklarar samarbetet mellan de två ansvarsområdena som "dubbelkommando" och menar på att fördelarna är tydliga när ett dubbelkommando fungerar. Ett icke-fungerande dubbelkommando kan föra med sig problem främst vad gäller gränsdragningen för vem som gör vad på det medicinska alternativt administrativa planet. Det är detta dubbelkommando och sammansättningen av chefer med olika ansvar som vi kommer fokusera mer på. Det medicinska ansvaret faller helt och hållet på läkare medan det är personalchefer, i största fall utbildade sjuksköterskor eller enhetschefer, som får bita i det administrativa äpplet. I praktiken är det ett delat ansvar som styr vården, vilket medför att delegeringen av arbete och ansvar måste vara praktiskt, alltså den fördelningen som ger bästa resultat, och så smidigt som möjligt för patienten är den ultimata, där var och en bidrar med sin kompetens och arbetet blir gjort så effektivt som möjligt (Sahlin & Gavelin, 1995).

Ett sjukhus består per definition av olika avdelningar, som alla måste jobba tillsammans och det krävs samarbete, god kommunikation och koordination för att upprätthålla ordning bland olika enheter. Rosengren (2014) identifierar sjukhus som matrisorganisationer, vilket innebär att en variation av vård- och omsorgsorganisationer belägrar sig under samma tak. Detta nära samarbete mellan avdelningar kan dock föra med sig en rad olika komplikationer. Rosengren (2014) beskriver vidare hur beslutsfunktionen kan bli särskilt lidande av detta komplexa samarbete. Beslutsprocessen går till så att flera beslutsfattare från olika avdelningar och enheter ska komma överens och enas om ett gemensamt beslut. Multipla beslutsfattare för med sig en otydlighet gällande vem som gör vad i beslutsprocessen, där mångfalden i antalet deltagare suddar ut gränser för vem som gör vad och det är denna otydlighet som kan komma att bli en allvarlig käpp i hjulet. Det är till och med reglerat i lagrum, där aktiebolagslagen (2005:551) säger att verkställande direktör, VD, endast får utgöras av en person och det är



därför inte möjligt med delat ledarskap på högst beslutande nivå. Så alldeles oavsett det delade ledarskapet måste det slutgiltiga, beslutsfattande ansvaret falla på endast en person. Blennberg & Brytting (2015) argumenterar för de positiva effekter som tillkommer när man inom omsorgskedjan delar upp ansvarsområden. Positiva effekter av att dela upp organisationen på det här sättet, istället för att alla måste kunna göra allt, gagnar erfarenhets byggnad och lärande. Sjukvården blir då en organisation bestående av samordnade specialister som tillsammans bildar omsorgskedjan.

Misstag och risktagande inom sjukvården kan innebära allvarliga konsekvenser, med patienters liv som insats. Men misstag kan ske på vilket jobb som helst och så länge ett arbete kräver människokraft kan den mänskliga faktorn aldrig helt elimineras. Thylefors (1991) menar att vår mänskliga rädsla för misstag i dessa situationer innebär en djupare rädsla för det personliga ansvaret som ett misstag medför. Vi är mer rädda för att göra fel genom oåterkalleliga misstag än att bära skulden för vårt faktiska agerande och de negativa reaktionerna som många gånger medföljer. För att lindra ångesten för att begå misstag blir organisationens roll blir här att agera hackkyckling; ett försvar och något för de anställda att skydda sig bakom samt möjligheten att förskjuta sitt personliga ansvar på hierarkin istället (Menzies, 1960). Menzies beskriver vidare att en social försvarssköld är nödvändig på grund av sjukvårdens natur; människor lider och har ont, man ser patienter som råkat ut för alla möjliga olyckor och skador och inte sällan måste man, som läkare eller sjuksköterska, svara på frågor och funderingar från såväl patienten själv som familj och vänner. På många sätt är denna sociala sköld, som Menzies refererar till det som, en fördel för sjukhusets anställda men skölden är inte helt oproblematiske. Själva syftet med organisationens roll som hackkyckling var att agera skydd för sjukhusanställda och ett sätt att förskjuta ansvaret från individnivå till organisationsnivå. Men med tiden visar Menzies (1960) att det är ett tveeggat svärd. Många sjuksköterskor började istället beskriva hur de förlorade sin autonomi, sin självständighet och sin mognad att kunna prestera på sitt arbete. Försvarssystemet som utvecklats för att lindra ångest bland sjuksköterskor, blev ångestframkallande i andra aspekter, där sjuksköterskor beskrev sig vara på en lägre nivå rent mognadsmässigt och autonomiskt i deras roll som sjuksköterska än tidigare i deras anställning. Försvaret har utvecklats för att skydda individerna från ångest till att nu i sin egenhet framkalla en ångest i form av upplevd tappad kontroll och mognad i ansvarsroller. Att vara chef inom vård och omsorg kräver ett dubbelt represantörskap, det vill säga att hålla sina kollegor om ryggen men samtidigt kunna vara rakryggad och tydligt markera när fel har begåtts (Lundin &

Sandström 2015). Detta får i sig ytterligare nivåer när man lägger till etiska aspekter när det kommer till vårdskador som vi tar upp i nästa avsnitt.

### **Lex Maria**

Lex Maria är en del av Sveriges patientsäkerhetslag. En Lex Maria anmälning sker när vårdgivare anmäler sig själva för vårdskada, oftast när en patient har blivit skadad i vården. Lagen uppkom och fick sitt namn efter en incident 1936 på Maria Sjukhus i Sverige, då fyra patienter avled efter att felaktigt blivit injicerade med desinfektionsmedel istället för bedövningsmedel (Rönnerberg, 2013) Det gick inte att urskilja hur denna förväxling hade skett men däremot upptäcktes det att sjukhusets rutiner för läkemedelshandling varit undermålig. Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) så är vårdinrättningar skyldiga att verkställa en Lex Maria anmälning mot sig själva om vårdskada skulle kunna ske eller har uppkommit. Dessutom ska vårdgivaren utreda händelser som kan ha bidragit till vårdskadan och vidta åtgärder för att förhindra att samma vårdfel begås igen, beskriver Rönnerberg (2013). Lex Maria- anmälningar skall undersökas genom en oberoende granskning och anskaffa sig kunskap om en händelse så att sjukvården kan förebygga att denna vårdskada upprepar sig. Med vårdskada menas psykisk eller fysisk skada eller sjukdom, men även lidande klassas som vårdskada (Axelsson, 2013). Anhöriga har dessutom, enligt Rönnerberg (2013), rätt att få vetskap om vad som egentligen hände och varför vårdskadan skett. Patienter kan inte anmäla vårdskada utan får vända sig till patientnämnder som landstinget har skapat. (Sahlin & Gavelin, 1995) Alla ska ha samma rätt till sjukvård, även om den utnyttjas olika av olika människor beroende på att vi alla är olika. Sahlin och Gavelin (1995) berättar om hur faktorer som kön, ålder och social status påverkar hur vi använder oss av vård och omsorg. En vårdskada i juridiska termer benämns i 1:5 patientsäkerhetslagen som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso-och sjukvården" (Rönnerberg, 2013 s 210). Däremot inom sjukvården så ingår det kalkylerade risker när man utför en behandling av en enskild individ. Dessa går inte att undvika och behöver inte anmälas enligt Lex Maria. (Rönnerberg 2013).

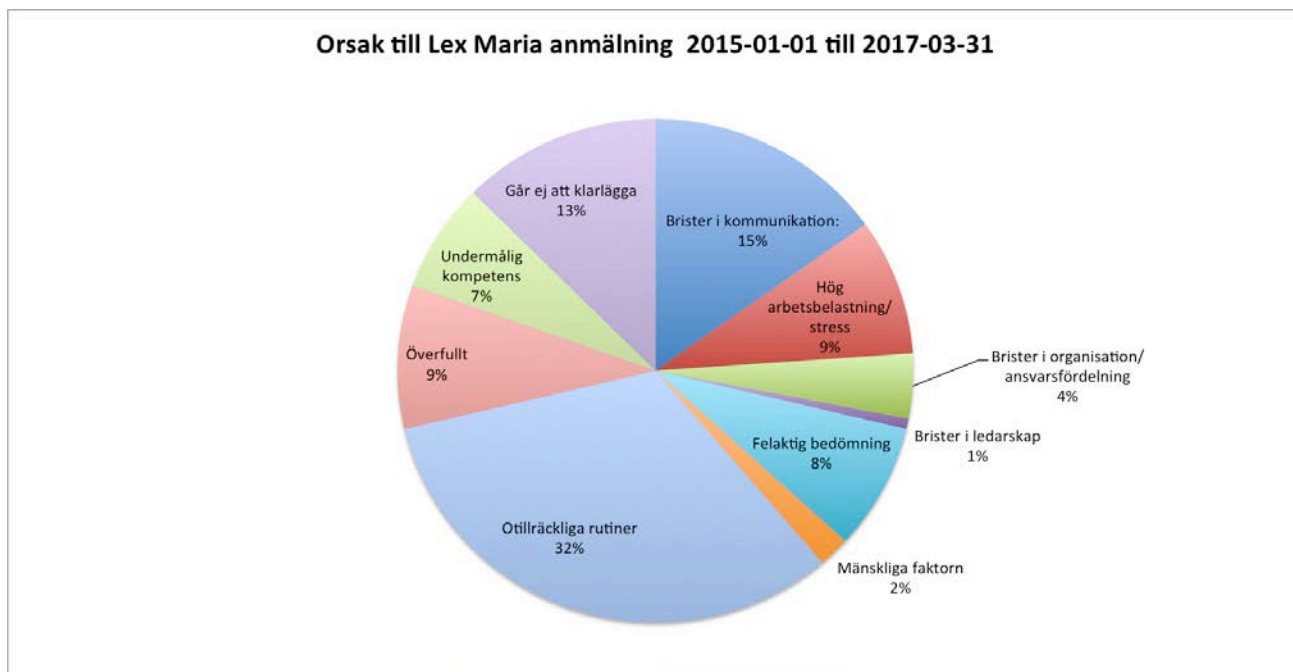
Alla Lex Maria anmälningar rapporteras till "Inspektionen för vård och omsorg" också kallat "IVO", dessförinnan tog Socialstyrelsen hand om alla Lex maria anmälningar. IVO handlägger dessutom Lex Sarah- anmälningar (14 kap. 3 § i socialtjänstlagen), det vill säga anmälningar mot vanvård inom omsorg. Anmälningsskyldigheten gäller numera all vårdpersonal (Arvill & Johansson, 2012).

Antalet orsaker till en Lex Maria- anmälning är väldigt omfattande. Vi valde att arbeta med de mest förekommande anledningarna till vårdskada vilket vi fann var 10 stycken kategoriska orsaker som varit övergripande orsaker till Lex Maria- anmälning. I diskussionen redovisas dessa kategorier och exempel på vad som ingår i varje specifik kategori. Nedan listas de olika kategorierna samt en förklaring av vad de innebär.

*Tabell 1: Översikt av förekommande anledningar till vårdskada i Lex Maria*

Kategori	Förklaring
Brister i kommunikation	Syftar till kommunikation mellan vårdenheter eller avdelningar. Kommunikation mellan patient och vårdgivare är alltså inte inräknat här, såsom svårighet att hitta en passande tolk.
Brister i ledarskap	Innebär otydligt ledarskap som inte leder arbetet framåt.
Brister i organisation och ansvarsfördelning	På det stora hela otydlig arbetsfördelning och otydlig ansvarsfördelning om vem som gör vad.
Hög arbetsbelastning/stress	När det inte finns tillräckligt med vårdgivare i relation till antal patienter. Arbetsstrycket blir för stort. Det medför också att vårdpersonalen jobbar utöver sin kapacitet och kan tvingas jobba 21 timmars pass på grund av personalbrist.
Felaktig bedömning	Kan röra sig om en blödning eller fraktur som förbisetts på röntgen plåtar eller att sjukvård/ambulansvårdare bedömt att patienten är friskare än vad de egentligen är.
Mänskliga faktorn	Fel som inte kunde ha förutsätts och att alla människor begår fel. Sådana fel kan röra sig om två snarlika sprutor, eller snarlika etiketter som av misstag blandas ihop.

Otillräckliga rutiner	Involverar väldigt mycket. Det kan vara ett fel i journalföringen, att man missförstår vilken antibiotikakur som skall tas bort, eller att det är olika rutiner på olika vårdinstitutioner och personal som jobbar på flera blandar ihop hur rutinerna löper på vardera stället.
Överfulla sjukhus	Ges ofta som skäl när det inte finns tillräckligt många sängplatser och patienter blir alltså sämre i väntrummet för att det inte finns plats till de på sjukhuset.
Undermålig kompetens	Handlar om att vårdgivaren inte har haft nog med kompetens eller har handlat utöver sin kompetens och område.
Går ej att klarlägga	Fall där det faktiskt inte går att hitta en specifik anledning såsom smittspridning. Även fall som inte genomgått någon undersökning.



Figur 1: Orsak till Lex Maria- anmälning. En femtedel av alla Lex Maria anmälningar har varit på grund av brister i kommunikation, ledarskap och organisation.

### Sjukvårdsutveckling

Under de senaste 100 åren har sjukvården genomgått en otrolig utveckling, både kunskaps- och teknikmässigt (Rönnerberg, 2013) och med denna utveckling har socialkonstruktionismen

ändrats med ett nytt perspektiv på sjukdom, hälsa och vård (Tjora, 2011). Makten har under 200 år gått från att vara läkarstyrd till att nästan bli patientstyrd. Tjora (2011) förklarar det som att patienten numera är välinformerad, efterfrågar behandlingar och dessutom dyker upp till vårdmöten mycket mer påläst än förut. Relationen mellan patient och läkare har därför gått igenom en reform och blivit till en allt mer jämställd relation. Patienter och anhöriga blir enskilda granskningsaktörer som kan reagera på den vård som erbjuds och utförs. Eftersom patienter nu kan ifrågasätta läkarens auktoritet, uppstår det en osäkerhet på den institution som ska inge trygghet (Tjora, 2011).

Sedan 1980-talet har patientens livskvalitet varit i främsta åtanke och fokus när vård planeras, i kontrast till att endast bota en sjukdom, utan närmare eftertanke på hur detta kan påverka patientens livskvalitet. Patienten har alltså fått en mycket mer delaktig roll i de beslut som rör patientens hälsa. Detta, säger Rönnberg (2013), syns framförallt i rättsregler gällande vård. En individuell vårdplan ska utföras utan dröjsmål och anhöriga får också vara med och påverka planen om patienten samtycker (Arvill & Johansson, 2012). Sedan internetns uppkomst har sjukvården gått från att vara läkarstyrd till att bli patientstyrd, det vill säga att patienten nu kommer till läkaren betydligt mer påläst och kan kräva att få vissa behandlingar utförda (Josefsson, 2011). Inför ett planeringsmöte med läkare och patient inför operation kan det uppstå en maktkamp mellan medicinsk kunskap och den personliga kunskapen. Patienten har trots allt känt sin kropp längre än läkaren och argumenterar för den vård patienten önskar för sin kropp (Tjora, 2011). Internet är en plats för informationssökande, där Josefsson (2011) redogör för att många patienter vänder sig till internet för kunskapssökning innan läkarbesöket. Men vad är det som säger att en enkel sökning på internet motsvarar eller i större utsträckning överträffar den medicinska utbildningen på flera år? Genom att patienten blivit mer reflekterande så skapas en kritisk distans mellan individer och sjukvården (Tjora, 2011). Rönnberg (2013) talar om att patienter är en heterogen grupp där behov och situation skiljer sig mellan patienter även med samma sjukdom (Rönnberg 2013). Hur vi interagerar med sjukvården har också ändrats, då tidsbokning numera sker i allt större utsträckning via internet istället för via telefon (Rönnberg, 2013). Digitaliseringen har underlättat dokumentationen men samtidigt ställt sjukvården inför nya problem som hur man handlar när filer namnges fel eller sorteras fel. Istället för att ha datorerna som hjälpmedel har sjukvården, så som många andra organisationer utvecklat ett beroende av dem. Dosering kan exempelvis ske helt digitalt (Rönnberg 2013).

## **Syfte**

Vår kandidatuppsats handlar om ledarskap inom sjukvården och hur gott ledarskap kan förebygga misstag inom vården. Vi har granskat Lex Maria-anmälningar och hittat diverse fall som härletts av bristande kommunikation- och organisationsstruktur. Misstag sker i alla jobb och alla människor gör misstag ibland. Detta förde oss in på diskussioner kring hur felagerande går till på en plats där ett misstag kan få ödesdigra konsekvenser- förslagsvis på ett sjukhus där ju ett snedsteg kan vara ett ärende om liv eller död. Uppsatsens syfte var att få klarhet i hur gott ledarskap kan förebygga misstag inom vården, undersöka hur studerande/ legitimerad sjukhuspersonal uppfattar risker för misstag inom vården samt kartlägga ansvarsfördelning och chefskap på en klinik i södra Sverige. Detta leder oss in på vår frågeställning:

### **Frågeställning**

- Hur ser ledarskapsstrukturen ut på en klinik?
- Hur styr chefer effektiviteten i organisationen?
- Hur stor del av vårdskador beror på ledarskaps- eller organisatoriska problem?
- Hur uppfattar blivande vårdpersonal risker i vården?

### **Hypotes**

- De med mer erfarenhet inom sjukvårdsyrket kommer ha en bättre uppfattning om vilka misstag som kan ske
- Antal misstag inom sjukvården kan bero på bristande ledarskapsstruktur
- Patientstyrd vård har påverkat läkare och deras roll som ledare

## Metod

Vårt val av metod har varit väldigt medvetet för att vi ska nå vårt mål som är att förstå sjukvården som organisation och var bristerna med ledarskap ligger. Vår bas till uppsatsen kommer från vår datainsamling från Lex Maria, där vi har tagit del av autentiska fall och anmälningar sedan två år tillbaka. Datan har legat till grund för hur vi skulle gå tillväga därefter. Sedan genomförde vi intervjuer med överläkare samt enhetschef, för att förstå deras version av att arbeta inom sjukvården. Medan vi genomförde intervjuerna skickade vi samtidigt ut en elektronisk enkät för läkare och sjuksystrar att fylla i. Syfte var här att undersöka om det är möjligt för sjukvårdspersonal att identifiera eventuella orsaksanledningar till vårdskador. Fallen som deltagarna fick bedöma var verkliga Lex Maria- anmälningar som inträffat under de senaste två åren och som hade en tydlig orsaksanledning. Tanken var att om sjukvårdspersonal kunde förutse orsakssammanhang efter att bara ha läst en anmälan så pekar det på att det finns en medvetenhet om risk för vårdskada. Syfte med att genomföra och samla in autentiska Lex Maria- anmälningar, att hålla intervjuer samt skapa enkäter var att vi skulle få en rik och omfattande förståelse av sjukvården och brister inom den som kan härledas till organisatoriska orsaker.

### Lex Maria

Lex Maria- anmälningar utgör grunden till vår uppsats då det visar på tydliga fel som faktiskt hänt i vården i ett landsting. Vi har gått igenom dessa Lex Maria för att skaffa oss en överskådlig blick av orsakssamband och frekvens av vårdskador. Vi har gått igenom alla anmälningar inom landstinget under perioden 1 januari 2015 till och med 31 mars 2017 och själva kategoriserat orsakerna till den anmälda vårdskadan. Många anmälningar som publicerats under 2017 kan ha sin grund under tidigare år, en av anledningarna kan vara att utredningen har tagit lång tid. Därför är statistiken inte baserad per år, utan efter det året en faktiskt Lex Maria anmälning gjordes. Det finns riktlinjer för hur en Lex Maria- anmälning går till och en mall för hur en Lex Maria- anmälan bör göras men ändå kan det ibland saknas orsak och i vissa anmälningar nämns flera orsaker. Vi har då kategoriserat de fallen som "vet ej". På grund av att det är vi själva som kategoriserat Lex Maria- anmälningarna, så är vår bedömning subjektiv och inte objektiv från vårdgivaren. Har det uttryckligt stått att orsaken var stress så har givetvis den anmälan blivit kategoriserad som stress. Vissa anmälningar skulle kunna passa in på fler kategorier, exempelvis kommunikation och stress. Vi har då valt att välja den orsak som nämns som den främsta anledningen till vårdskadan. Inga namn

varken på patient eller vårdgivare ges ut, och vi kan därför hantera dessa data utan bryta mot PUL (1998:204). Alla Lex Maria är offentliga handlingar och vi fick åtkomst till dem från där de publicerades på landstingets hemsida. Därefter lästes var och en av anmälningarna igenom och vi samlade data i en tabell efter vilken orsak som angetts föreligga vårdskadan. När flera orsaker angavs valde vi den förstnämnda. Totalt fann vi 456 stycken Lex Maria- anmälningar från det specifika landstinget mellan datumen 2015-01-01 till och med 2017-03-31. Vi omvandlade våra data till ett cirkeldiagram för att få en överskådlig vy över de olika anledningarna. De tio mest övergripande orsakerna använde vi sedan som underlag för våra enkäter som publicerades på nätet. Flera av anmälningarna bedöms vara orsakade av flera faktorer, men vi har för enkelhetens skull valt att bara ge anmälningarna en orsak. Det var olika Lex Maria- anmälningarna som utgjorde grunden till enkäten. Till enkäten valdes 4 autentiska fall ut, som rubricerades med endast en orsaksförklaring. Beskrivningarna av fallen i enkäten var direkt tagna från landstingets egna beskrivning av fallet, dock för att upprätthålla anonymitet togs namn på sjukhus och avdelning bort ur beskrivningen.

## **Design**

Denna uppsats har sin grund i det fenomenologiska perspektivet, på så sätt att det är beskrivandet och uppfattningar från deltagarna själva som varit i centrum för vilka frågor som tas upp och hur diverse ämnen behandlas. Att välja ett tillvägagångssätt som lägger särskild vikt på individens uppfattningar och personliga erfarenheter kändes rätt för vår frågeställning och syftet. Vidare förklarar Denscombe (2009) att det som i synnerhet kännetecknar fenomenologin från andra metodologiska synsätt är dess fokus på människors uppfattningar och åsikter, attityder och övertygelser samt människors känslor och emotioner. Som tidigare påpekat har denna uppsats sitt fäste i den kvalitativa ansatsen, men vad innebär egentligen kvalitativ datainsamling och hur skiljer den sig från den kvantitativa? Denscombe (2009) förklarar att de två analysprocesserna inte är ömsesidigt uteslutande varandra och beskriver dem förenklat:

*Kvalitativ forskning*- tenderar att förknippas med beskrivning. Kvalitativ forskning har en benägenhet att förknippas med småskaliga studier och kvalitativ forskning centrerar främst kring ett holistiskt perspektiv. Det är inte heller ovanligt för kvalitativ forskning med en inblandning från forskarens sida, i kontrast till den kvantitativa forskningen som relateras med en opartiskhet från forskaren själv.



*Kvantitativ forskning*- associeras i stor del med analys. Kvantitativ forskning är vanlig förekommande i större studier och associeras oftast med ett specifikt fokus. Vidare kännetecknas kvantitativ forskning med en förutbestämd forskningsdesign där siffror, generaliseringar och signifikans är av central betydelse.

Vi valde att samla in data enligt en metodkombination, enligt Denscombe (2009). Grundsatsen bakom detta var att ge oss en ökad förståelse av det vi undersöker utifrån mer än en infallsvinkel. Fördelar med denna metodologiska kombination är att det gav oss en mångfacetterad bild av det vi undersökte. Våra fynd från olika källor användes som komplement till varandra och gav oss en djupare inblick genom att kunna ifrågasätta och bekräfta vår insamlade data.

Som en första datainsamlingsmetod använde vi oss av intervjuer. Intervjuer som metod kändes fördelaktigt för oss eftersom vi enligt Denscombes (2009) definition “//... behöver få insikt i saker som människors uppfattningar, känslor och erfarenhet...//” (s 232). Det finns olika typer av forskningsintervjuer, som kan vara mer eller mindre fördelaktiga, beroende på forskningsfrågans djup och syfte. Intervjutypen vi ansåg mest förmånlig för vår uppsats var semistrukturerade intervjuer. Bryman (2011) förklarar en semistrukturerad intervju som en flexibel intervju där forskare har en lista över specifika teman som ska tas upp under samtalsgången men intervjudeltagaren har också stor frihet i hur svaren utformas. Som med vilken metod som helst måste man ta hänsyn till både för- och nackdelar. Några fördelar med en semistrukturerad intervju är att vi får djup insikt från betydelsefulla personer inom fältet vi vill undersöka. Vi hör deras egna beskrivningar och uppfattningar om hur deras jobb inom vården är. Flexibiliteten i en semistrukturerad intervju går inte att förneka men vi är medvetna om att det är en känslig balansgång. Vi som intervjuledare är där i egenskap av att leda samtalet men med det sagt vill vi, i den semistrukturella andan, ge våra intervjudeltagare stor frihet i intervjuens tongång och svarens utformning.

Då intervjuerna hade som syfte att gå in med på djupet kring vår frågeställning ville vi, med våra enkäter, undersöka frågorna på ett mer generellt plan. Frågorna är av allra största betydelse, där Denscombe (2009) motiverar: “Att formulera frågorna är en av de svåraste uppgifterna [vid utformning av frågeformulär.] Det är också en av de viktigaste uppgifterna.” (s 217) Frågor måste skrivas på ett begripligt sätt utan att vara för långa och komplicerade- allt för att göra det så tydligt som möjligt för respondenterna om vad som efterfrågas av

frågeformuläret. Givetvis finns det klara fördelar med att använda sig av enkäter. För oss innebar det ett effektivt och välarrangerat sätt att samla data och ett enkelt sätt att nå ut till så många respondenter som möjligt under en kort tid. Men det finns också nackdelar att ta hänsyn till vid bruk av enkäter. Eljertsson (2005) förklarar att enkäter i vissa fall kan innebära en brist på kontroll för enkätledarna. Saker som tolkningsfel i frågor, otydlighet eller missuppfattning av frågan kan producera felaktiga svar för undersökningen och varken respondent eller enkätledare ges möjlighet att utveckla och vidare förklara svaren. Bortfall är något vi som enkätledare inte kan kontrollera men vi har försökt att minska sannolikheten för bortfall. Dels genom att kortfattat presentera vårt syfte med enkäten, för att motivera respondenter till att svara och fullfölja enkäten, och dels genom att skriva frågor och svarsalternativ på ett simpelt uttryckt sätt, med förhoppningen om att detta skulle få våra respondenter att genomföra hela enkäten.

### **Etiska riktlinjer**

Det finns forskningsetiska principer att ta hänsyn till, oavsett vilken datainsamlingsmetod man använder sig av. Generellt handlar det om respekt för deltagarnas rättigheter och rättvist deltagande, undvikande av fysisk/ psykisk skada och ett arbetssätt som är ärligt och respektfullt. Denscombe (2009) presenterar tre grundläggande principer för forskningsetiken och vi tänkte analysera vår forskningsetik utifrån dessa principer:

#### *1. Att skydda deltagarnas intressen*

Den första principen innefattar att skydda deltagarna under sin medverkan. Ingen deltagare ska komma till fysisk, psykisk eller personlig skada varken före, under eller efter sitt deltagande. Forskare måste rent säkerhetsmässigt ta sig an rollen som beskyddare som ser till att samtliga deltagare inte utsätts för någon omedelbar fara eller risk på grund av sitt deltagande. För våra enkäter och intervjuer blev det viktigt att inte avslöja personliga och känsliga uppgifter. Samtliga deltagare, i våra enkäter såväl som intervjuer, var anonyma och inga uppgifter som kan komma att kopplas till en individuell deltagare publicerades. Inga namn publicerades i vår uppsats. Detta görs för att upprätthålla konfidentialitet och är en av forskningsetikens hörnstenar. En deltagare ska aldrig ha det sämre ställt efter sitt deltagande och konfidentialiteten utgör en stor del av detta skydd.

## 2. *Undvikande av falska förespeglningar och oriktiga framställningar*

Det kommer tider där forskare inte kan vara helt ärliga med sina deltagare. För att skydda forskningens syfte krävs deceiving; undanhållande av information, för att inte avslöja vad deltagarna ska göra eller hur de förväntas agera. Som forskare kan man här hamna i etiska bekymmer, för som forskare krävs ärlighet ju gentemot sina deltagare samtidigt som man inte får avslöja för mycket om undersökningens syfte. Vid intervjuer har vi inledningsvis presenterat oss själva och vår undersökning för att ge våra intervjudeltagare en uppfattning om vad vi jobbar med. Våra enkäter började med en kortfattad introduktion till vår undersökning, igen för att deltagarna ska få en övergripande förståelse för vår undersökning. Samtliga deltagare i intervjuer och enkäter har erbjudits att ta del av uppsatsen i dess färdiga form. Beroende på hur mycket sanning som måste undanhållas från deltagare kan det vara behövligt att ha en "debriefing" med deltagarna efteråt. Syftet med debriefing är att avslöja undersökningens verkliga syfte och förklara varför det inte var möjligt att avslöja denna information tidigare. För vår undersökning ansågs inte en debriefing nödvändig, då det inte dolts någon större bit av information från deltagarna- endast det egentliga syftet med undersökningen.

## 3. *Deltagarna ska ge informerat samtycke*

Människors deltagande i en undersökning måste alltid vara frivilligt. Deltagarna måste också ha tillräckligt med information om undersökningen för att kunna ta ett informerat beslut huruvida de vill delta eller inte. Detta beskriver Denscombe (2009) som de två premisserna för informerat samtycke. Vi har fått informerat samtycke från våra deltagare genom att beskriva vad vår undersökning går ut på och vad som förväntas av dem. Vi har varit noga med att tydliggöra att man när som helst kan dra tillbaka sitt deltagande, utan negativa konsekvenser eller reaktioner. För enkäterna antas informerat samtycke ha uppstått när deltagarna börjar ifyllningen av enkäten och för våra intervjuer har vi muntligt försäkrat oss om informerat samtycke.

I startskedet av vårt examensarbete var det obligatoriskt att lämna in en etikblankett till Etikprövningsnämnden vid Lunds Universitet. Syftet med blanketten var att undersöka om vår undersökning behövde granskning från den etiska kommittén. Eftersom vi inte kommer

att behandla känsliga personuppgifter enligt PUL (1998:204), inte använder metoder som innebär fysiskt ingrepp på personen, inte skadar personen psykiskt/ fysiskt, inte innebär en psykisk/fysisk risk och inte heller studerar biologiskt material från en levande människa behövde vår studie ej granskas av kommittén. Att vår studie inte behövde granskas gav oss också tummen upp för vår undersökning och tillät oss att påbörja vår datainsamling. Blanketten skrevs under av oss samt handledare och publicerades på studentportalen Luvit, som instruerat.

## **Deltagare**

Deltagare till våra enkäter erhöles via bekvämlighetsurval. Denscombe (2009) beskriver bekvämlighetsurval som ett urval som bygger på forskarens bekvämlighet- helt enkelt att forskare väljer de som finns nära till hands. Samtliga deltagare, både till enkäter och intervjuer är studenter och/eller anställda inom sjukvården. Den webbaserade enkäten publicerades i Facebook-grupper specifikt för sjuksköterskor och läkare vilket försäkrade oss om att våra deltagare hade god insikt i den värld vi ville undersöka. Med hjälp av personliga kontakter kunde enkäten spridas till fler läkare/ sjuksköterskor som vi annars inte fått kontakt med. För intervjuerna såg det dock lite annorlunda ut. Där blev det istället nödvändigt att använda oss av ett såkallat snöbollsurval, vilket Denscombe (2009) definierar som en process där en person hänvisar till nästa. Vår första intervjudeltagare, en överläkare, var en privat kontakt till oss som sedan rekommenderade oss vidare till annan personal som skulle kunna vara intressant för just vår uppsats. Vi hänvisades och kom i kontakt med en enhetschef som blev vår andra intervjudeltagare.

## **Material**

### **Intervju.**

Till våra intervjuer krävdes inte mycket fysiskt material, men desto mer förberedelse och struktur. Ett frågeschema skapades innan intervjuerna som inkluderade färdigskrivna frågor och vilka ämnen vi allmänt ville beröra under intervjuens gång. Både Denscombe (2009) och Hansagi & Allebeck (1994) tar upp vikten av skickliga intervjuledare. En kunnig intervjuledare är den som är uppmärksam i samtalet och vad som sägs men även uppmärksam

på intervjudeltagarens känslor. Intervjuns första fråga är särskilt viktig, skriver Denscombe (2009), eftersom det är denna fråga som sätter ton för resten av intervjun och den ger intervjudeltagaren en inblick i vad som komma skall. Ett välkänt fenomen under intervjuer är intervjuareffekt, vilket Bryman (2011) definierar som de faktorer som rör intervjuledare och intervjudeltagaren, som kan påverka vilket svar och på vilket sätt deltagaren svarar på vissa frågor. Intervjudeltagare och/eller intervjuledarens etnicitet, kön, ålder och sociala bakgrund är faktorer som särskilt kan ha en effekt i hur respondent och intervjuledare svarar på frågor och interagerar med varandra. Det bör tilläggas att vi kände en av våra intervjudeltagare privat och diskuterade därför flitigt hur vår privata relation till intervjudeltagaren skulle kunna komma att påverka vår intervju. Det finns i fall som dessa en stor risk för social önskvärdhet; alltså att respondenten ger svar som hen *tror* att intervjuledarna vill höra, för att man vill framstå i god dager, både som deltagare men också som en hjälpsam medmänniska (Bryman, 2011)

### **Enkät.**

Att skapa enkäter kräver mycket planering och omsorg för vilka frågor som ska inkluderas och hur de ska utformas. Hansagi och Allebeck (1994) konstaterar att grunden för en lyckad datainsamling via enkäter börjar med god och tydlig kommunikation mellan enkätens skapare och dess respondenter. Frågornas formulering är av största vikt eftersom det, som nämnts tidigare, inte ges möjlighet för varken skapare eller deltagare av enkäten att motivera sina frågor och eventuella svar. Frågorna måste vara utformade på ett lämpligt sätt för den målgrupp man vill undersöka och måste vara av en typ som ens respondenter är villiga att svara på. Frågor ska inte heller vara ledande och bör vara formulerade på ett sätt som kräver mer än bara ett "ja" eller "nej". Vi skapade en webbaserad enkät, vilket för med sig en rad saker att tänka på. Bland fördelarna innefattar Denscombe (2009) hur svaren blir lättare att föra över till ett kalkylprogram där respondenternas svar behandlas i statistikprogram, såsom SPSS. Enkäterna skickas iväg enkelt och det blir inte en tidskrävande procedur för respondenten. Nackdelarna som måste hållas i åtanke är det tekniska stöd man kan behöva i skapandet av enkäten och behandlingen av dess data samt att bortfall alltid är en faktor att räkna med vid datainsamling.

### **Procedur**

#### **Intervju.**

Som nämnts tidigare skapades frågor och frågor scheman till våra intervjuer (se bilaga), i

enlighet med riktlinjer hämtade från Denscombe (2009), Bryman (2011), Hansagi & Allebeck (1994), m.fl. Intervjun med överläkaren hölls hemma hos överläkaren själv. Det var en god stämning och hen gav oss utförliga och rika svar. Båda intervjuer spelades in och transkriberades i efterhand. Detta för att göra det möjligt för oss att gå tillbaka och gå igenom vad som sagts under intervjuerna. Bandinspelningarna varken publiceras eller sprids vidare utan är endast för privat bruk, något vi tydliggjorde för båda intervjudeltagare. I vår intervju med enhetschefen var dock stämningen annorlunda, jämfört med vår första intervju med överläkaren. Vi träffades på sjukhuset och satt i ett kontorsrum där vi fick möjlighet att ställa våra frågor. Eftersom intervjun denna gång hölls på sjukhuset, i kontrast till lugnet av det egna hemmet, upplevde vi en större stress och tidspress från enhetschefen. I båda intervjuer fick vi sitta ostört men det blev en påtaglig skillnad i vår intervju med enhetschefen, med larm som gick under intervjun och personal springandes utanför. Enhetschefen lät oss också veta att hen var pressad på tid, vilket påverkade utförligheten och tempot på intervjun.

### **Enkät.**

Våra enkäter publicerades på olika Facebook-grupper, för sjuksköterske- och läkarstudenter. Grupperna är exklusivt till för framtida läkare och sjuksköterskor med tack vare personliga kontakter fick vi tillträde till dessa grupper och kunde publicera enkäten i grupperna. Vi såg till att låta alla sjuksköterske- och läkarstudenter veta att vi sökte deltagare till våra enkäter och de bistod med ovärderlig hjälp i att sprida vår enkät och se till att den kom till så många som möjligt. Eftersom det var en webbaserad enkät hade vi ingen kontroll över vem, var och när enkäten fylldes i av våra 43 deltagare, varav ett bortfall.

## Resultat

### Intervju

Intervjuerna med överläkare och enhetschef gav oss god insikt i hur det fungerar på sjukhuset, som en arbetsplats och hur sammansättningen ser ut av alla de olika avdelningarna som ska jobba tillsammans. Till att börja med beskrev överläkaren hur ledarskapsorganisationen ser ut på kliniken, där både överläkare och enhetschef jobbar. Chefen över hela kliniken kallas verksamhetschef. Under verksamhetschefen finns det sedan två led av chefskap; ett led som är chef för läkare och ett led som är chef över övrig personal på kliniken, såsom sjuksköterskor och undersköterskor. Överläkaren är chef över läkarledet och enhetschefen är chef över kring personalen. Som tidigare beskrivits är en läkare befriad från personal- och budgetansvar och det är enhetschefen som på alla sätt är ansvarig för personalen, budget, arbetsvillkor. Enhetschefen vi talade med beskrev att hen ibland är ute och jobbar praktiskt men att det inte är den främsta uppgiften. Enhetschefens ansvar är istället att leda och fördela arbetet på avdelningen och se till att personalen har de resurser som behövs för att kunna utföra sina jobb; kunna se övergripigt på helheten och vad samtliga personal behöver för att kunna jobba tillsammans så framgångsrikt och smidigt som möjligt. Överläkaren och enhetschefen jobbar på en stor klinik i södra Sverige och överläkaren beskrev hur det, på grund av dess storlek, är en komplex organisation som omorganiserats flera gånger. En omorganisering sker oftast när det kommer in en ny verksamhetschef eller sjukhuschef, som kommer med idéer om hur organisationen bör byggas upp. Dock verkade överläkaren kritisk och tyckte istället att en sådan omorganisering endast skulle ske om man var övertygad om att de nya idéerna bidrog med klara förbättringar. "Jag har inte sett någon organisation som fungerar bättre eller sämre än dem andra utan det beror mycket mer på vilka personer som sitter på dem olika positionerna", säger överläkaren själv efter mer än 20 års erfarenhet inom yrket. En omorganisering tar mycket tid och energi, kräver mycket resurser och kan skapa oro bland personalen som får flytta runt med organisationen.

Överläkaren gav oss även en målande beskrivning på hur rollen som enhetschef fungerar. Tänk dig en hamburgare där enhetschefen är köttbiten i mitten. Som enhetschef har du ansvar över personalen och reglerar den allmänna verksamheten, anställningsvillkor, lönefrågor och allt annat som personalansvar innebär. Detta medför sig en press underifrån, från de anställda, i form av bottendelen av hamburgerbrödet. En hamburgare är inte komplett utan det övre hamburgerbrödet där denna del av hamburgaren i detta fall symboliserar trycker ovanifrån,

främst i form av budgetansvar. Själva vården för patienter illustreras i form av en hungrig människa, konstant sugen på hamburgare. För visst är samhällets behov av vård konstant? Överläkaren sammanfattade:

Man är liksom klämd uppifrån, man är klämd nerifrån o sen biter folk runt om hela tiden med klagomål, så man är väldigt, väldigt begränsad, man vet vad man skulle vilja göra och man vet vad som behövs göras men man har inte resurserna tillräckligt

Enhetschefen bekräftade det ständiga vårdkravet och förklarade att “dygnet runt så är det ofta hög belastning och det ska liksom rulla då 24 timmar om dygnet, det ska vara kompetens varenda stund”. På just denna klinik fanns det två enhetschefer på grund av dess storlek, med nästa 100 medarbetare. Överläkare och enhetschefer på denna klinik har ett tätt samarbete. De ses varje dag för informationsutbyte och för att gemensamt gå igenom händelser på avdelningen och om det är något som behöver förbättras. Om en utbildning ska organiseras på avdelningen är det enhetschefer och överläkare som gör det tillsammans. Enhetschefen motiverar:

Jag kanske får med mig att kontakta någon för att vi ska titta över en viss rutin som vi har så att alla är införstådda med den här rutinen och hur vi gör och det är ju så oftast när det händer akuta oförutsedda saker, det är ju då man märker: har vi koll på läget? Dem här sakerna nu som måste fungera, fungerar dem verkligen sådär effektivt som vi vill?

Även mellan enhetscheferna sinsemellan sker en daglig kommunikation och utbyte av information. Under morgonronden, förklarar enhetschefen, att de båda enhetscheferna pratar igenom vad som sker runt omkring, se över nya rutiner som introducerats, diskutera patientfall och helt enkelt stämna av vad som sker på kliniken.

I båda intervjuer togs ämnet om personal och personalbrist upp, där överläkare och enhetschef, trots sina olika ansvarsområden, var överens om att personalbrist var en av svårigheterna på kliniken. När vi frågade enhetschefen om hen hade velat anställa fler, svarade hen tydligt att det absolut varit eftertraktat. Överläkaren berättade det för några år sedan, och under ett par års tid, var anställningsstopp på kliniken. Det var enligt överläkaren ett renodlat ekonomiskt beslut som sjukhuschefen tagit för att få budgeten i balans- en plan som inte riktigt hjälpte som planerat, då avdelningen nu var tvungna att ta in personal från



bemanningsföretag. Överläkaren fortsatte att förklara hur denna aktion påverkade hans arbete, eftersom den oerfarna bemanningsstyrkan krävde ständig uppsyn och hjälp, något som, enligt överläkaren, tröttar ut organisationen. Eftersom det var en stor klinik upplever hen att det många gånger kom in personal från bemanningsföretag som var vana vid att jobba på mindre sjukhus och inte var vana vid intensiteten och storleken av avdelningen de nu befann sig på. Den indirekta kommunikationen och att känna sina medarbetare var av stor vikt för överläkaren. Arbetslivserfarenhet var såklart viktigt, men överläkare menar ändå att det i hans jobb alltid ingår lärandemoment och att det viktigaste därför då blir kommunikationen sinsemellan; att kunna avläsa vad läkarkollegor eller övrig personal behöver och under vilka omständigheter. "Det är ju dem där indirekta kommunikationsvägarna av att man känner varandra och att man har ett indirekt språk för vad man gör", menar överläkaren som också tillägger att det alltid är sämre att inte känna varandra i sådana samarbetsituationer. Tydlighet i kommunikationen var också något överläkaren tog upp som en hörnsten för fungerande ledarskap, där hen berättade om hur hen håller sig tydlig i sin kommunikation genom att ange klockslag för när nästa prov tas, i kontrast till att säga att nästa prov tas om en halvtimme. En halvtimme, från och med när? Det blir otydlig kommunikation och svårt för personal att förhålla sig. Därför var det mer fördelaktigt att ange ett klockslag för att samtliga i personalstyrkan är införstådda kring tider och provtagning.

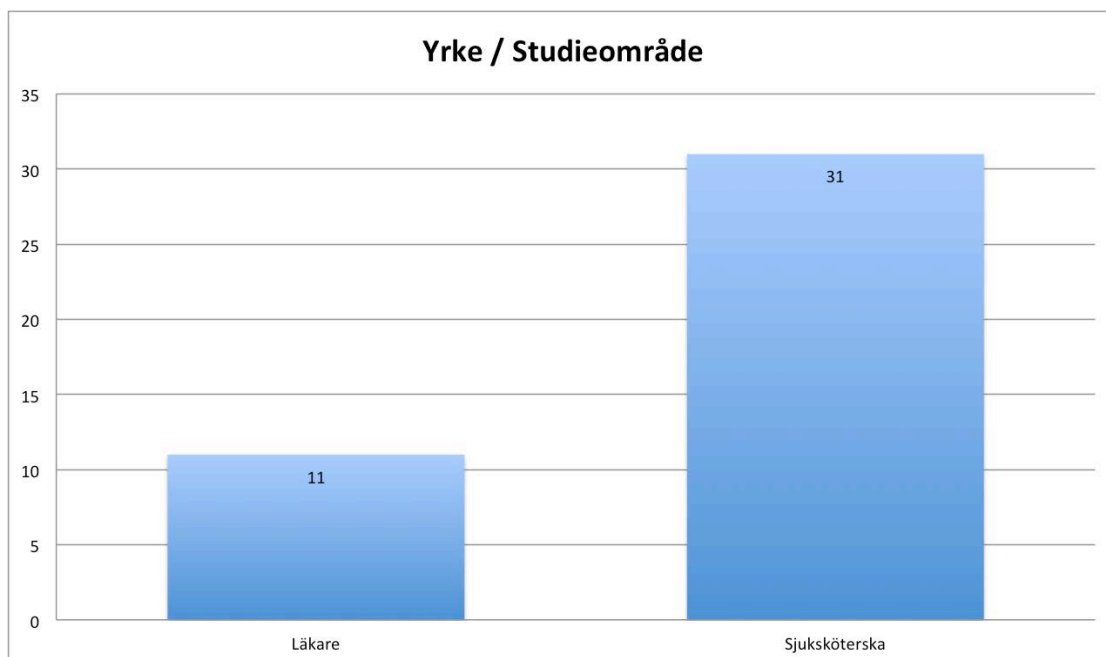
Så, hur går det egentligen till när en Lex Maria- anmälan ska göras? Enhetschefen berättade att det i första laget görs en avvikelserapport. En sådan rapport kan göras av vem som helst och kan handla om allt ifrån brister i sjukvården som skulle kunna ha lett till ett vårdmissstag till att personal ej betett sig som de ska. Avvikelse rapporten hamnar sedan hos en person som är ansvarig för att utreda avvikelsen. Härifrån skickas avvikelserapporten till verksamhetschefen som sedan bestämmer om detta ärende går till chefsläkare eller inte. En chefsläkare är den person som är ansvarig för alla avvikelser och det är alltså chefsläkaren som avgör om avvikelserapporten blir till en Lex Maria- anmälan. Parallellt med denna process görs alltid en intern händelseanalys, när det är saker som gått såpass fel att det blivit till en Lex Maria- anmälan. Överläkaren lade dock till att man många gånger kommer fram till att man inte kunnat göra något åt situationen och berättar om ett scenario där en patient plötsligt fått lungödem. Patienten fick en stund senare hjärtstillestånd och hans liv gick inte att rädda. Överläkaren fortsätter:

Alla gjorde exakt precis vad dem skulle göra hela vägen men det gick inte ändå och det kan man ju komma fram till i en Lex Maria så det behöver inte betyda att någon har gjort nåt fel medan om man glömt kvar en duk i buken i en operation så är det ju uppenbart att här är någon som har gjort fel

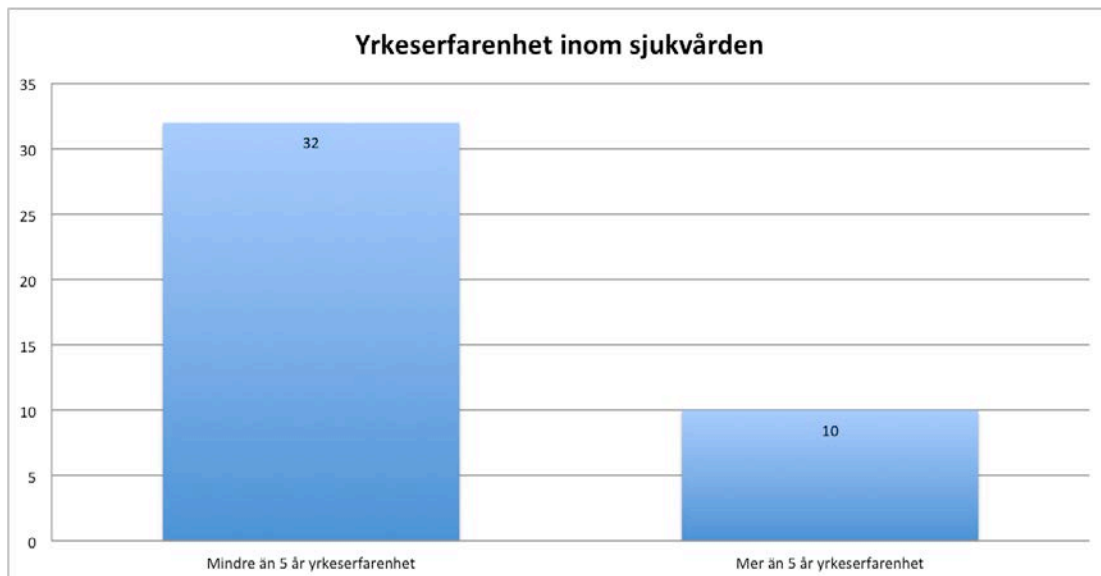
## Enkät

I enkäten som skickades ut till sjuksystrar och läkare, både studerande och legitimerade, fick vi svar från 43 personer och endast 1 bortfall.

Nedan följer de insamlade resultaten uttryckta i stapeldiagram för att vara så lättöverskådligt som möjligt.



Figur 2: Majoriteten av de svarande var sjuksköterskor.



Figur 3: Yrkeserfarenhet inom sjukvården

Majoriteten av de som svarade har mindre än 5 års erfarenhet av sjukvården, det kan bero på att våra kontakter var studenter eller nyexaminerade som i sin tur kände andra studenter eller nyexaminerade. Vi blev inte överraskade av detta då vi själva ofta fyller i enkäter till vänner på universitetet, det är ett vanligt inslag i studentlivet.

### Scenario 1.

Orsaken till scenario 1 var Hög arbetsbelastning/stress.

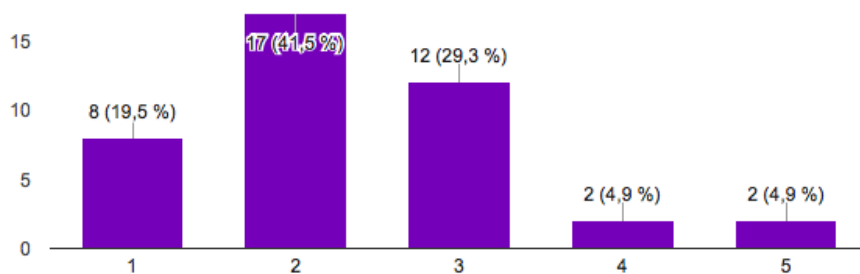
*“Patienten, en man i 80-årsåldern, vårdas efter stroke och fotledsfraktur på medicinavdelning, och fick där av misstag en insulininjektion, som var avsedd för medpatient. Misstaget upptäcktes omedelbart efter injektionen och adekvata åtgärder vidtas omedelbart. Patienten ådrog sig inga men av det inträffade.”*

De svarande skattade hur sannolikt det skulle vara att det kunde inträffa på deras arbetsplats. Där 1 är osannolikt och 5 är mycket sannolikt. Nedan visas resultat från deltagarnas skattning på scenario 1:

## Scenario 1.

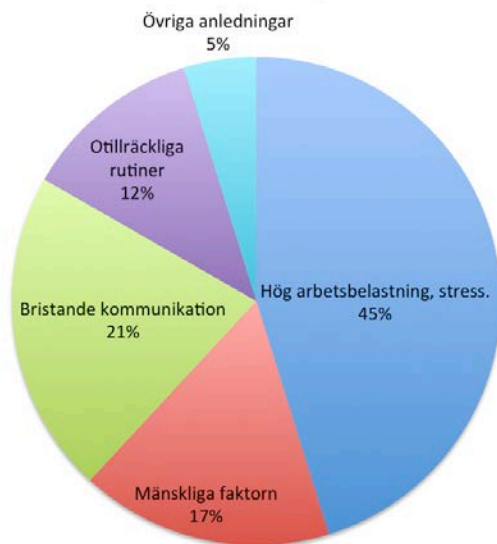
Hur sannolikt är det att det här scenariot hypotetiskt sett skulle kunna hända på din arbetsplats?

41 svar



Figur 4

## Skattad orsaksanledning i Scenario 1.



Figur 5: 45% av respondenterna angav hög arbetsbelastning som orsak, vilket också var den angivna orsaken i verkligheten.

## Scenario 2.

Orsaken till scenario 2 var bristande ansvarsfördelning/ brister i organisationen.

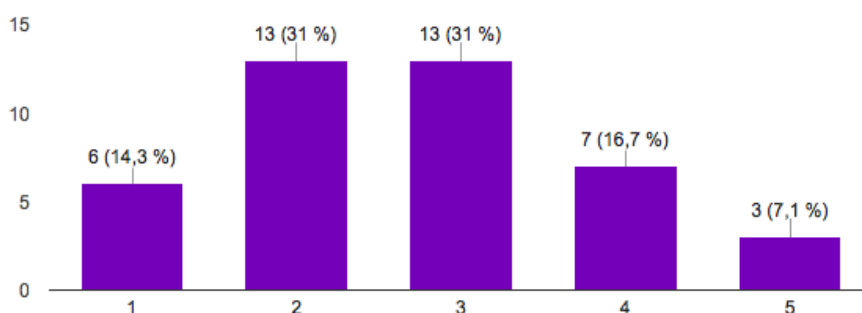
*“En man i 55-årsåldern kom till akutmottagningen efter att ha skadat fingret på en rostig spik och Ortopedjouren bedömde svullnaden och rodnaden som rosfeber. Efter en natt på patienthotellet skulle mannen få ny behandling och bedömning på ortopedakuten. Under dagen ringde man från mikrobiologen till akutmottagningen att man hittat en aggressiv bakterie i blododlingarna. Det är dock oklart vem som tog emot svaret och det nådde inte läkare. Under natten försämrades patienten och Medicinjouren uppmärksammade då blododlingssvaret. Patienten fick opereras akut då Infektionsjour och ortopedbakjour fann en allvarlig bakterieinfektion. Mannen har fortfarande viss funktionsnedsättning i armen och rehabilitering är inte avslutad.”*

De svarande skattade hur sannolikt det skulle vara att det kunde inträffa på deras arbetsplats. Där 1 är osannolikt och 5 är mycket sannolikt. Nedan visas resultat från deltagarnas skattning på scenario 2:

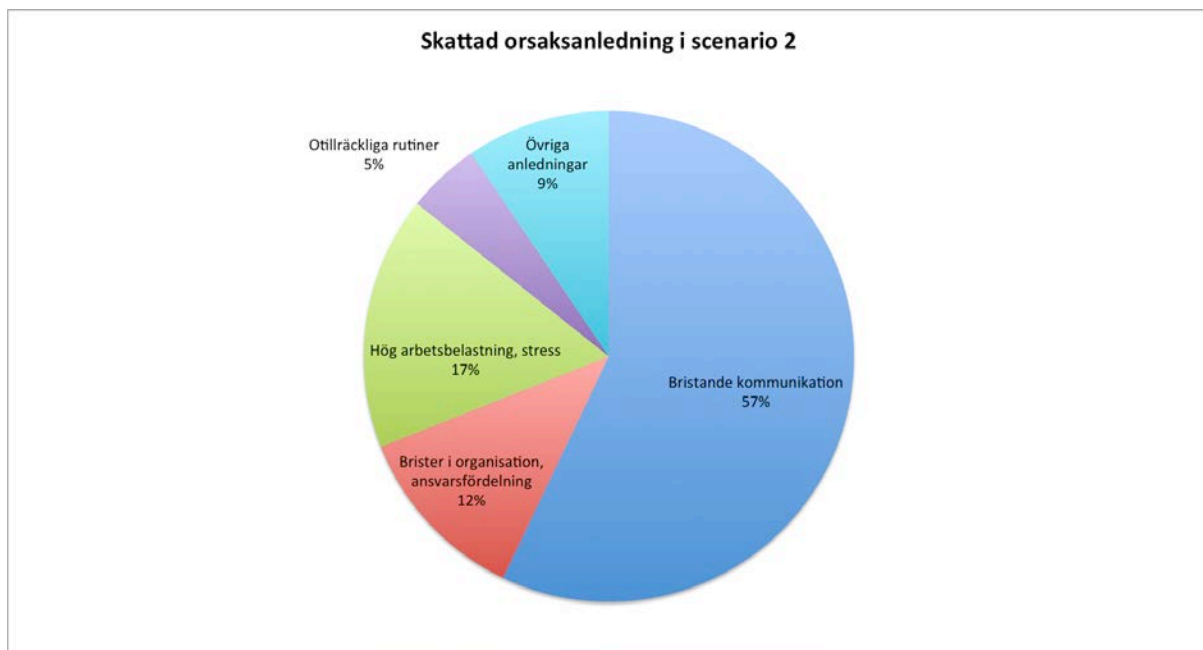
### Scenario 2.

**Hur sannolikt är det att det här scenariot hypotetiskt sett skulle kunna hända på din arbetsplats?**

42 svar



Figur 6



*Figur 7: Mer än hälften angav bristande kommunikation som orsaksanledning.*

Jämfört med föregående fall så var fler av deltagarna benägna att tro att det skulle kunna hända liknande misstag på deras arbetsplats. En femtedel av deltagarna skattade att det var mycket sannolikt och väldigt sannolikt att det skulle kunna inträffa på deras arbetsplats. Om det är för att de faktiskt jobbar på en akutmottagning eller om det är ett förekommande vård fel vet vi ej.

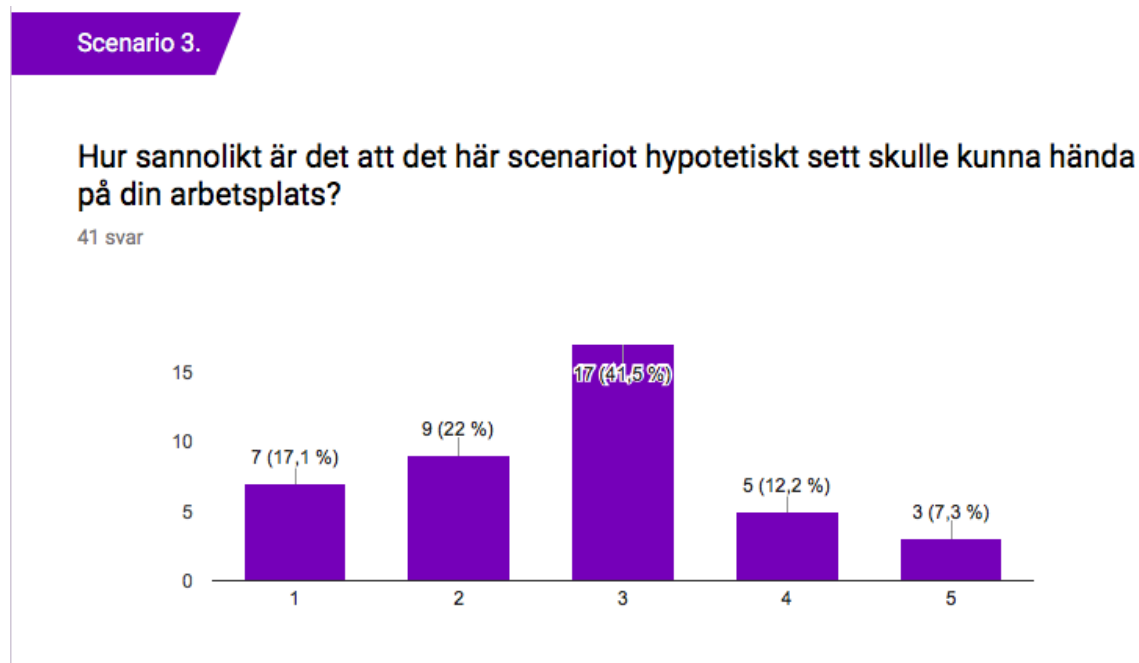
I den angivna verkliga anledningen till scenario 2 var det brister i arbetsfördelningen och organisationen. Bara 12% av deltagarna trodde det var skälet till vårdskadan. En övergripande majoritet med mer än hälften (57%) trodde att det var bristande kommunikation som var boven i dramat. 17% trodde att vårdskadan orsakades av hög arbetsbelastning/stress. Att bristande kommunikation blev skattat som den orsakande anledningen med klar majoritet, kan böttna i tolkning av själva scenariot. Meningen "Det är dock oklart vem som tog emot svaret och det nådde inte läkare" kan ha gett en missvisande ledtråd till vad som var skälet till vårdskadan. Det kan också vara så att svaret ska enligt rutiner ges till läkare, men att det i det här fallet, på grund av dålig kommunikation, inte kom fram. Att svaret inte når läkaren kan/ska inte vara på grund av brister i arbetsfördelningen utan snarare hög arbetsbelastning, otillräckliga rutiner, och bristande kommunikation.

### Scenario 3.

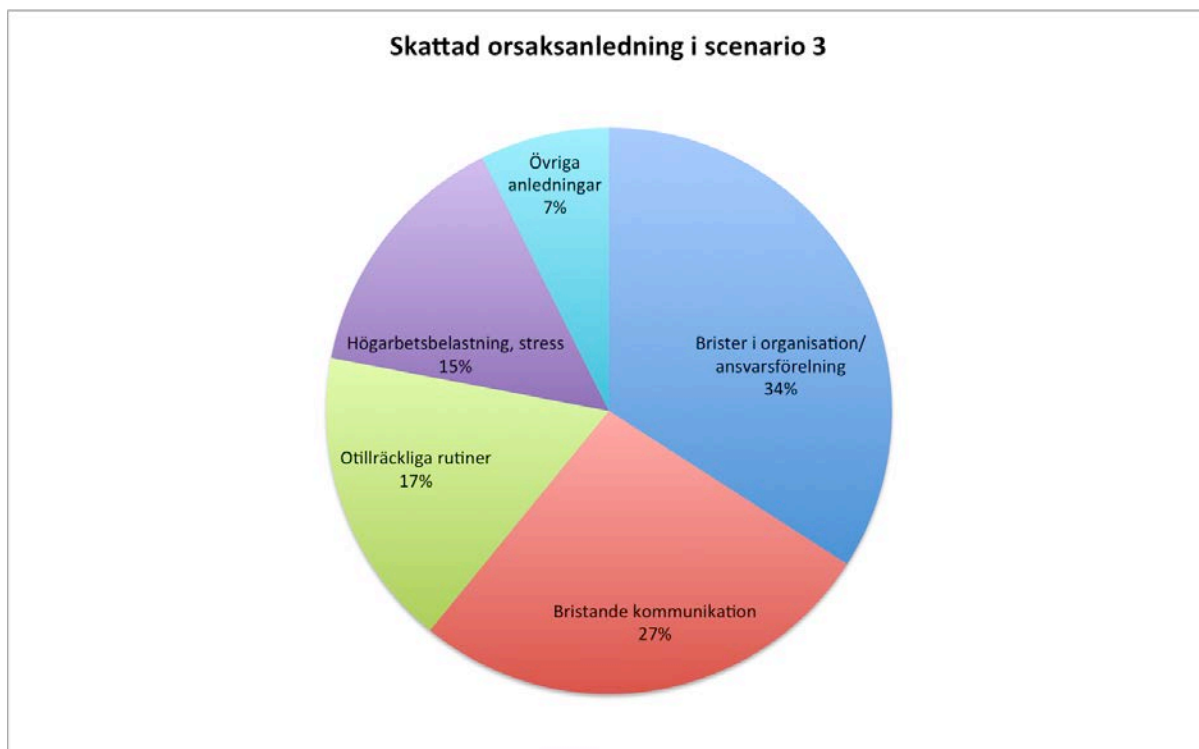
Orsaken till scenario 3 var bristande kommunikation.

“En multisjuk man i 80-årsåldern vårdades på infektionsavdelning för hjärtsvikt och proppar i lungorna. När han skrevs ut hade ändringar gjorts i mannens medicinering för hjärtsvikt, vilket framgick i utskrivningsinformationens läkemedelslista. Denna information skickades aldrig till mannens vårdcentral. Vid en uppföljning på hjärtmottagningen på ett annat sjukhus bedömdes det att mannen skulle få högre dos av vätskedrivande läkemedel för att sedan följas upp på sin vårdcentral. I remissen till vårdcentralen fanns information om den ökade dosen men övriga uppgifter om den aktuella läkemedelsbehandlingen saknades. Därmed saknade läkaren på mannens vårdcentral uppgifter och inga åtgärder vidtogs för att ta fram en läkemedelslista. Ett återbesök på vårdcentralen planerades först sju veckor senare men under tiden försämrades patienten successivt. Han kontaktade sin vårdcentral, som efter bedömning remitterade patienten till akutmottagningen där han fick behandling för ökad hjärtsvikt.”

De svarande skattade hur sannolikt det skulle vara att det kunde inträffa på deras arbetsplats. Där 1 är osannolikt och 5 är mycket sannolikt. Nedan visas resultat från deltagarnas skattning på scenario 3:



Figur 8



*Figur 9: Nästan en tredjedel skattade samma anledning som den som gjorde Lex Maria-anmälan.*

Majoriteten med nästan hälften av deltagarna skattade ”varken eller” på sannolikhet skalan i scenario 3 om detta kunde inträffa på deras arbetsplats. Dock var det däremot fler som skattat det som mer osannolikt än sannolikt. Om det är för att deltagarna inte jobbar på ett sjukhus med överliggande patienter eller för att det är ett osannolikt scenario framgår inte.

Den angivna verkliga anledningen till scenario 3 var brister i kommunikationen.

En tredjedel av deltagarna identifierade den angivna orsaken, fast samtidigt identifierade nästan lika många att vårdskadan orsakats av brister i organisationen eller brister i ansvarsfördelning. I och med att mannen var multisjuk så är det många enheter som behöver samverka samt att ansvarsfördelningen är utöver det vanliga när det gäller en patient med endast en sjukdom. 15% gissade på hög arbetsbelastning/stress och 17% gissade på otillräckliga rutiner. Om de otillräckliga rutinerna hör ihop med att nya enheter måste samarbeta med varandra så går otillräckliga rutiner hand i hand med brister i organisationen.



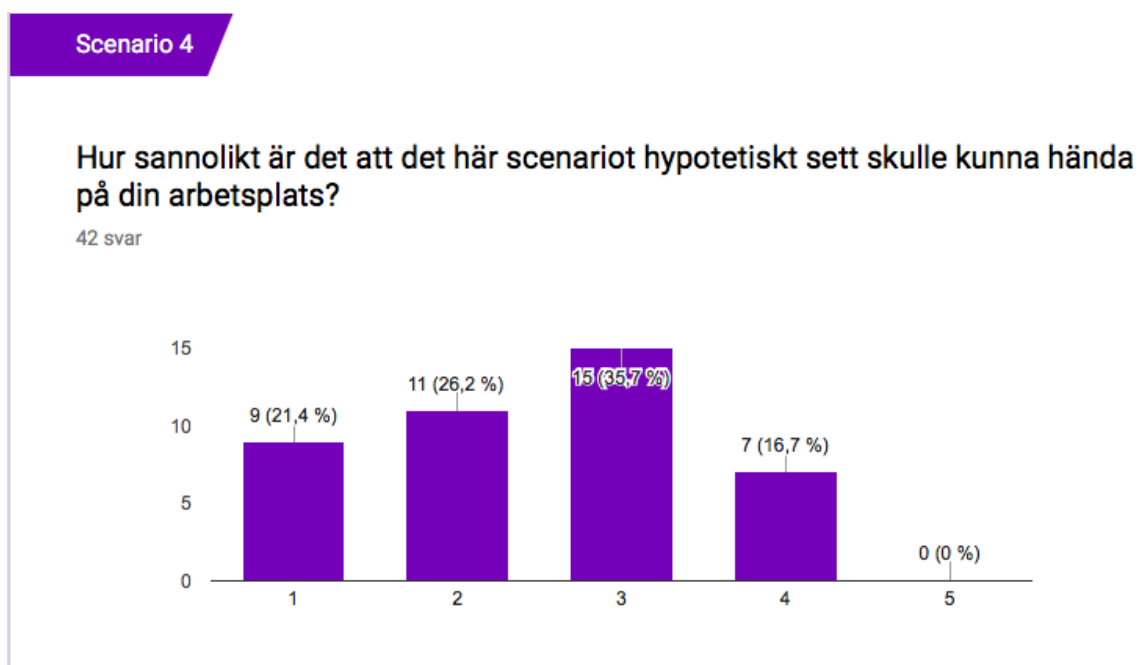
#### Scenario 4.

Orsaken till scenario 4 var “går ej att klarlägga”.

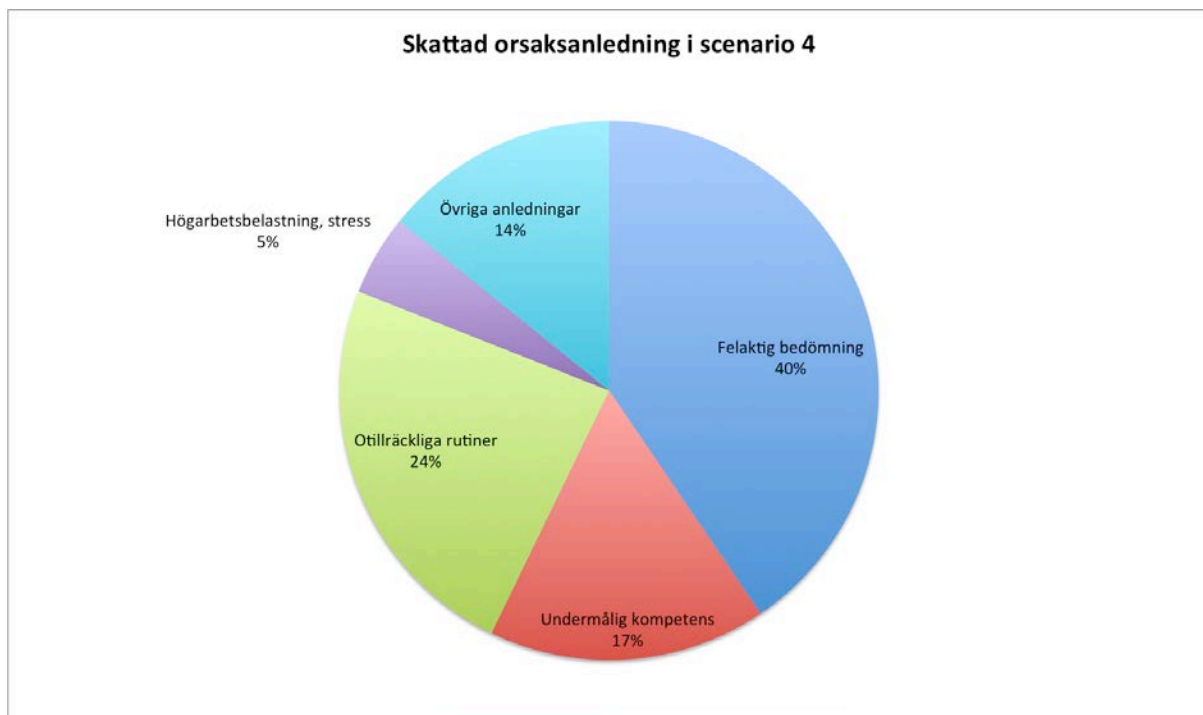
*“När en man i 70-årsåldern hade lämnat prostataprov (PSA) vårdcentralen 2015 bedömde man att det inte var så högt att det behövde utredas. Patienten fick inget besked om provsvaret.*

*När provet kontrolleras på nytt 1,5 år senare hade det stigit rejält. Patienten remitteras till urolog som kunde konstatera att det rörde sig om cancer. I Region Skånes standardiserade vårdförlopp för prostatacancer (SVF) finns angivet vilka värden på PSA-prov som ska inge misstanke om cancer beroende på ålder. Patientens värde skulle ha utretts enligt detta vårdförlopp när provet togs 2015.”*

De svarande skattade hur sannolikt det skulle vara att det kunde inträffa på deras arbetsplats. Där 1 är osannolikt och 5 är mycket sannolikt. Nedan visas resultat från deltagarnas skattning på scenario 4:



Figur 10



*Figur 11: Felaktig bedömning fick störst majoritet som anledning.*

Merparten av deltagarna skattade att scenariot föreföll osannolikt. Om det är för att deltagarna inte jobbar inom vården med cancerbehandling eller med överliggande patienter eller för att det är ett osannolikt scenario framgår inte.

Scenario 4 var hämtat från en faktisk vårdskada som hade som orsak ”går ej att klarlägga”. Vi fann det mycket intressant eftersom Lex Maria- anmälningar ska följas av en intern utredning till hur vårdskadan uppkom. Att det är godkänt att lämna in en anmälan om vårdskada utan att hittat ett troligt skäl föreföll intressant för oss. Därför hade vi med frågan i enkäten för att se om deltagarna kunde ge lite ljus över scenario 4.

De flesta Lex Maria- anmälningar gav inte bara en utan flera orsaker till varför vårdskadan uppstått. När vi valde vilka anmälningar som vi skulle ha med i vår enkätundersökning, valde vi medvetet fall som hade ett tydligt skäl som hade orsakat vårdskadan, för att göra enkätjämförelsen så lättydlig som möjligt. Däremot så innebar det också att när vi kategoriserade Lex Maria- anmälningarna från landstinget, så blev anmälningarna öronmärkta med den kategorien som vi ansåg hade haft störst inverkan på vårdskada. En medicinsk tränad person med mer inblick i sjukvården kanske hade kategoriserat enskilda fallen annorlunda.

## Lex Maria

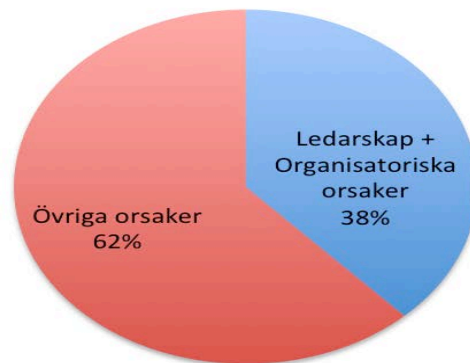
För att tydligt se de mest vanliga orsakerna till vårdskador som leder till en Lex Maria-anmälning har vi ställt de i storleksordning. Orsakerna listas i tabellen nedan

*Tabell 2: Orsaksrubricering till Lex Maria- anmälning*

Orsak	Andel orsaker med följande rubricering
Otillräckliga rutiner	32%
Brister i kommunikation	15%
Går ej att klarlägga	13%
Hög arbetsbelastning	9%
Överfulla sjukhus	9%
Felaktig bedömning	8%
Undermålig kompetens	7%
Brister i organisation och ansvarsfördelning	4%
Mänskliga faktorn	2%
Brister i ledarskap	1%

De kategorier som skulle kunna påverkas positivt av införandet av förbättrad ledarskapsteknik och organisering inom organisationen är; brister i kommunikation, hög arbetsbelastning, överfulla sjukhus, brister i organisation och ansvarsfördelning samt brister i ledarskap. Slår man ihop dessa blir det hela 38% av orsakerna.

## Övergripande orsak till vårdskada



Figur 12: Övergripande orsak till vårdskada

## Diskussion

Syftet med denna uppsats var att få klarhet i hur gott ledarskap kan förebygga misstag inom vården, undersöka hur studerande/ legitimerad sjukhuspersonal uppfattar risker för misstag inom vården samt kartlägga ansvarsfördelning och chefskap på en klinik i södra Sverige. Nedan diskuteras våra resultat i relation till vår frågeställning, samt en diskussion kring huruvida våra hypoteser stämde överens med våra fynd. Avslutningsvis sker en diskussion kring metodval och förslag på förbättringar till framtida forskning samt en sammanfattande slutsats.

### Hur ser ledarskapsstrukturen ut på en klinik?

Ledarskapsstrukturen inom sjukvården är som enklast beskriven som två led, där det ena ledet är det medicinska och det andra är personal. Våra intervjuer var med en överläkare som då alltså var chef för den medicinska delen och en enhetschef som var chef över ledet med personal- och budgetansvar. Även om leden är skilda ansvarsmässigt så samverkar de med varandra i symbios. Överläkaren förklarade att hen endast har medicinskt ansvar och förlitar sig på att enhetschefen möjliggör det medicinska arbetet med såväl resurser och personal. Enhetschefen i sin tur förlitar sig på att överläkaren och det medicinska ledet ger hen den information som behövs för att kunna skapa en så effektiv organisation som möjligt. Här kan vi tydligt se spår av det dubbelkommando som Thylefors (1991) berättar om, där ansvaret för medicin och personal är uppdelat och där ju båda delar är av yttersta vikt för att organisationen ska fortlöpa. Men vad kan detta dubbelkommando medföra för

problem? Hade det gått att argumentera för att endast en person skulle vara högst ansvarig, för både det medicinska och personalansvaret? För som Rosengren (2014) diskuterar kan detta dubbelkommando bli problematiskt i beslutsfattande situationer. Dels för att sjukhusets unika sammansättning av olika avdelningar, som ska samarbeta och verka tillsammans, för med sig en otydlighet kring vem som bär det slutgiltiga ansvaret och för det andra; hur bestäms vem som får det där avgörande, beslutsfattande ansvaret? Bör det falla på den med medicinskt ansvar eller med administrativt ansvar och vad skulle kunna finnas för möjliga för- och nackdelar med vem som får detta slutgiltiga, beslutsavgörande ansvar?

### **Hur styr chefer effektiviteten i organisationen?**

Med effektivitet inom sjukvården menar vi att verksamheten flyter på så smidigt som möjligt; patienter får vård, personal jobbar till sin fulla kapacitet och trivs i sitt arbete. Precis som Sahlin & Gavelin (1995) beskrev så är det den ultimata smidigheten för patienterna som anger hur effektiv organisationen är. Effektiviteten inom sjukvården tror vi grundar sig mycket i arbetsfördelningen och tilliten till att varje position gör sin sak. Enhetschefen förutsätter det medicinska ledets kompetens inom området och det medicinska ledet har tillit i enhetschefen att det alltid ska finnas resurser och material som behövs för att det medicinska ledet ska kunna utföra sitt jobb. En tydlig distinktion kring vad som krävs av en själv och av medarbetare i yrket gör att organisationen med hjälp av tydliga rutiner flyter på smidigt och flytande. I intervjun med enhetschefen var det svårt att få ut ett konkret svar angående effektiviteten, utan fokus låg på personalbrist och vikten av att driva en organiserad sjukvårdsorganisation. Man kan anta att det säger något om hur hen jobbar och vad enhetschefen prioriterar i sitt arbete; att den just nu största krisen är personalbrist och därför finns det väldigt lite utrymme till att jobba med effektivitet. Det ger oss en vital ledtråd om hur enhetschefen själv ser på sin roll och den organisatoriska makt som Rosengren (2014) beskriver. Både enhetschef och överläkare är, per Lennerlöfs (1969) definition, chefer- men hur är de som ledare? Och hur påverkar deras chefskap deras förmåga att vara en ledare, formellt såväl som informellt? Ett sätt att kunna öka effektiviteten är att lära av sina misstag och det är här Lex Maria kommer in i bilden, då det bidrar till en utredning av problemet som förhoppningsvis kan resultera i att rutiner skapas för att förhindra att liknande misstag upprepas. Dock ska man inte ge Lex Maria helgonstatus, det finns fortfarande brister med Lex Maria. För hur kan en Lex Maria-

anmälan göras, som ju vården har en skyldighet att genomföra, och rubriceras med orsaken "går ej att klarlägga" som skäl för vårdskadan? Vitsen med en Lex Maria är att kunna undersöka och identifiera fel och därefter verka i förebyggande syfte så det inte händer igen. Vad händer då dessa steg inte genomförs och hur kan ett fel åtgärdas när dess orsak ej går att klarlägga? Överläkaren berättade i sin intervju att det ibland sker misstag på kliniken, trots att alla gjort som de ska. Detta var en poäng vi själv inte tänkt på men som vi ändå ställer oss frågande till. Igen är det en form av tydlighet som saknas här, en tydlighet i kartläggningen av vem som gjorde vad och hur det kunde bli som det blev, som kan medföra att liknande fel inte upprepas i framtiden. Det hade varit intressant att få ta del av data som visar på hur många fall som inte har lett till en Lex Maria- anmälan, för att på så sätt ställa antalet Lex Maria- anmälningar i kontrast mot det totala antalet vårdtillfällen i landstinget vi undersökt. Dessutom berättar enhetschefen om avvikelserapporter, där fel anmäls och sedan utreds kring om det ska bli en Lex Maria- anmälning eller ej. Kan dessa siffror i avvikelserapporterna dölja ett mörkertal till Lex Maria eftersom de blir bedömda att inte vidare rapporteras? Effektiviteten styrs med hjälp av uppdelningen av ansvarsområden där Blennberg & Brytting (2015) diskuterar hur varje problem inom sjukvården hanteras smidigast genom tillsatta specialister inom området. På det sättet utvecklas också lärandet inom organisationen, som i sin tur leder till förbättrad effektivitet. För att kunna fullt förstå en organisation krävs det mycket mer än två intervjuer på en klinik. Mer tid för genomförandet av uppsatsen hade gynnat förståelsen för organisationen och hur ledarskapet påverkar den. Precis som Lundin och Sandström (2015) beskriver om de synliga och osynliga ledarskapskraven så är det för oss som utomstående lättare att se det synliga ledarskapet, än det osynliga. Det tar tid även för anställda att förstå sig på de osynliga normerna på en ny arbetsplats.

### **Hur stor del av vårdskador beror på ledarskaps- eller organisatoriska problem?**

Enligt vår utvärdering av Lex Maria visar det tydligt att ledarskaps- och organisatoriska orsaker står för 38% av de rapporterade Lex Maria- anmälningarna inom landstinget. Siffran 38% kom vi fram till efter att vi slagit ihop kategorierna brister i kommunikation, hög arbetsbelastning, överfulla sjukhus, brister i organisation och ansvarsfördelning samt brister i ledarskap. Det finns även fler kategorier som vi övervägde att kategorisera under ledarskap och organisation, främst kategorin "otillräckliga rutiner" som förekommer väldigt ofta i Lex Maria- anmälningarna, och det är väldigt diffust vad som ingår i kategorin. Ett

ganska riskfritt antagande är att om rutinerna hade varit tillräckliga så hade vårdskadan inte uppstått. I vår intervju med överläkaren berättade hen att den svåraste utmaningens organisation kan stå inför är när det tillkommer en ny sjukhuschef som ska ändra om i organisationen med nya rutiner som den nya sjukhuschefen anser är bättre rutiner. Om vi antar att de otillräckliga rutinerna bottnar i att en ny sjukhuschef har ändrat rutinerna för att det passar hans ledarskap samt vision bättre, så skulle kategorin otillräckliga rutiner falla under huvudkategorier brister i ledarskap och organisation. Hade vi slagit ihop även den kategorin skulle orsakerna rapporterade från Lex Maria- anmälningarna varit hela 70% vilket är en väldigt stor del av de anmälda vårdskadorna. Otillräckliga rutiner verkar vara en såpass bred och övergripande anledning att det hade varit intressant att undersöka vad som faktiskt ingår och sedan vidta åtgärder för att förebygga det. Vad är det för bristande rutiner som varit otillräckliga? Till fortsatta studier inom området hade det varit intressant att fördjupa sig i de Lex Maria- fall som har angetts orsak som "går ej att klarlägga" eftersom det överensstämmer med skyldigheterna som vårdgivaren har i att rapportera en vårdskada, utan att egentligen rubricera hur misstaget kommit till. Dessutom som Rönnerberg (2013) pekar ut så har patienten och patientens familj rätt att få ta del av utredningen. I vår enkät där vårdgivare fick svara på frågor hade det varit fördelaktigt att lägga till en kommentarssektion för att få djupare insikt i sjukvårdsorganisationen och för att kunna undersöka just hur deltagarna uppfattar och tänker kring frågorna. Vårdpersonal har mer erfarenhet av organisationen än vi som försöker förstå oss på den genom en kandidatuppsats. På grund av att det är vi själva som kategoriserat Lex Maria- anmälningarna, så är vår bedömning subjektiv och inte objektiv från vårdgivaren. Har det uttryckligt stått att orsaken var stress så har givetvis den anmälan blivit kategoriserad som stress. Vid anmälningar som skulle kunna passa in på fler kategorier, exempelvis tex kommunikation och stress, har vi valt att välja den orsak som nämns som den främsta anledningen till vårdskadan. På grund av att det enbart är vårdinrättningar som kan anmäla sig själva, enligt patientsäkerhetslagen, och inte patienter eller anhöriga kan det tyckas vara en ofullständig bild av vårdskadeanmälningar.

### **Hur uppfattar blivande vårdpersonal risker i vården?**

Våra enkätbaserade skattningar stämmer i viss grad överens med den angivna anledningen i Lex Maria- anmälan. De som gjorde anmälningarna har mer insikt, kunskap och underlag än

vad vi som utomstående eller som de studenter har, som fyllde i vår enkät. Eftersom Lex Maria- anmälaren har mer material att tillgå som bakomliggande information, så är det svårt att diskutera huruvida våra resultat från enkäten kan jämföras på ett jämställt sätt. Större delen av våra deltagare var sjukvårdsstudenter, så resultaten bör försiktigt tolkas därefter. Man kan tolka resultaten tillsammans med en ungdomlig kaxighet som i synnerhet oerfarna studenter besitter. Framför allt tänker vi på det sista scenariot och hur enkätdeltagarna har skattat felaktig bedömning som orsak. Ett, måhända, naivt antagande att dessa studenter har en uppfattning om att de inte kommer begå dessa misstag, när de väl kommer ut i arbetslivet. Däremot är det ändå sannolikt att anta att med tanke på att skattningarna och de egentliga anledningarna till stor del stämmer överens, är vår slutsats att blivande vårdpersonal kan identifiera vårdfel och dess skäl ändå tillförlitlig. För om de kan identifiera rätt anledning, så borde sådana fel kunna förhindras i förebyggande syfte genom att införa och förbättra ledarskap och kommunikation inom sjukvården. Vi kan dock inte helt försäkra oss om att deltagarna som svarat på vår enkät verkligen är sjukvårdspersonal och/eller studerande. Vi har alltså inget belägg på att de som svarat faktiskt varit ärliga i sin yrkesutövning.

Bortfallet var relativt litet, endast en person som inte genomförde hela enkäten. 42 personer är en relativt liten urvalsgrupp och därför kan våra resultat inte generaliseras, men det ger oss en viktig indikation på vad sjukvårdspersonal kan förutse för risker i olika situationer. Nästan tre fjärdedelar av vår urvalsgrupp praktiserar eller ska praktisera som sjuksystrar, och resterande fjärdedel var alltså läkare. Det hade varit önskvärt att ha en deltagargrupp med jämnare fördelning. Det är dock intressant hur fördelningen har kunnat bli så ojämn. Det skulle kunna bero på att sjuksystrar kan vara mer inställda till att hjälpa och glada att någon intresserar sig för deras yrke medan läkare tar intresset för deras yrke för givet och anser samtidigt att hen har viktigare prioriteringar än att fylla i en enkät till en kandidatuppsats. Eftersom enkätdeltagarna skattade hög arbetsbelastning/stress som främsta anledningen till scenario 1, så pekar det på att det är en situation de känner igen. Vi kan därför anta att hög arbetsbelastning/stress är vanligt förekommande anledning till vårdfel. Om ett vårdfel kan identifieras så kan det också förebyggas i förväg, med hjälp av nya rutiner eller hjälp att avlasta felet. Det finns alltså i en sådan här situation möjlighet till förebyggande åtgärder. Något som var intressant var att i scenario 2 skattade majoriteten brister i kommunikation när det egentligen var brister i organisation/ansvarsfördelning som var skälet till vårdskadan. Däremot i scenario 3 när det den egentliga anledningen var brister i kommunikation så skattade deltagarna brister i organisation/ansvarsfördelning som skälet för vårdskada. Det är



intressant hur det kan ha blivit så, för hur kommer det sig att deltagarna skattade tvärtom på just dessa scenarion? Med tanke på att fyra av kategorierna i scenario 3 har fått mer än 15% så tyder det på att det var ett svårtolkat fall och det fanns inget självklart val som fick majoritet. Många Lex Maria- anmälningar hänvisar till samma sak, att det är svårt att klargöra endast en anledning till varför en vårdskada har uppstått. Inte sällan är det en blandad kompost av anledningar, som är inflätade tillsammans som blir uppkomsten till en vårdskada. Flera orsaker går dessutom hand i hand med varandra och därför kan det bli svårt att skilja de åt separat. En diskussion som kom upp var om det sociala samspelet kan ha någonting att göra med rubriceringen av Lex Maria- anmälningar. Är det obekvämt för vårdpersonal att ange en kollega för vårdskada? Enligt (Arvill & Johansson, 2012) så har all vårdpersonal skyldighet att anmäla, vilket borde ligga till grund för ett visst beteende. Eller väger det som är rätt och fel inom yrket tyngre än den sociala obekvämligheten? Hur handlar vårdpersonal mellan etik och moral gentemot ett gott arbetsklimat och inte riskera bli utfrysad i fikarummet? Vidare på samma tema, kan vi dra paralleller till den försvarssköld som Menzies (1960) talade om där organisationen tar sig an rollen som sköld för att försvara sina anställda och bespara dem ångest. Kan detta då betyda att denna sköld hålls i åtanke, vid rubriceringen av en Lex Maria- anmälning? Är man mer benägen att ge fallet en organisatorisk orsakanledning, än att peka på individuella orsaksanledningar, endast för att skona den goda stämningen?

### **Hypoteser- vår förförståelse**

Våra hypoteser utvecklades som ett komplement till frågeställningen. Detta främst för att vi skulle kunna få en överskådlig blick över vad vi trodde vi skulle få fram i jämförelse med vad vi faktiskt fick för resultat från enkäter och intervjuer. Till vår första hypotes, att de med mer erfarenhet inom sjukvårdsyrket kommer ha en bättre uppfattning om vilka misstag som kan ske, finns det ännu inte tydligt svar, då få av våra enkärdeltagare hade mycket erfarenhet inom yrket. Som överläkaren nämnde är lärandemoment en ständigt närvarande del av yrket och de som jobbat länge på denna intensiva avdelning har en bättre känsla för vad som krävs av dem i olika situationer. Personal som tagits in via bemanningsföretag, och som var ovana vid klinikens storlek och höga tryck, verkade som en bromskloss på grund av deras ständiga behov av hjälp och stöd i sitt beslutsfattande, något som, trots bristen på ett konkret och tydligt svar, ändå kan stödja vår hypotes. Detta leder oss in på uppsatsens andra hypotes; antal misstag inom sjukvården kan bero på bristande ledarskapsstruktur, och vi upplever att denna hypotes blivit bekräftad av vår studie. Dels framkom detta av Lex Maria-

anmälningarna, där 38 % av anmälningarna vi granskat har sin härkomst i ledarskaps- eller organisatoriska orsaker men dels också för att det var ett frekvent svarsalternativ för våra enkätdeltagare. Det finns dessutom mycket lektyr om ledarskap inom sjukvården, vilket indikerar att det är ett viktigt och väl omdiskuterat ämne inom sjukvårdsvärlden. Vår tredje hypotes var att patientstyrd vård har påverkat läkare i deras roll som ledare och här finns det mycket att säga om ämnet. Som Tjora (2011) tog upp har den läkarstyrda makten nästan helt skiftat till att bli patientstyrd över de senaste 200 åren. Internet har onekligen varit en stor tillgång för patienter, som ju nu kan komma till sina läkare pålästa om sina symtom och sin hälsa och dessutom ställa krav på läkaren kring vilken behandling som önskas. Återigen hamnar läkaren här i ett moraliskt dilemma, som Berlin, Carlström och Sandberg (2009) tar upp, där lojaliteten gentemot patienten måste ses i relation till lojaliteten mot samhället. Som läkare, gör man som patienten vill eller som man själv, i egenskap som läkare och expert på ämnet, avser är bäst för patienten? Rönnberg (2013) går in på digitaliseringen av vården och hur saker som tidsbokning och dosering nu kan ske helt digitalt. Men vad innebär detta för patientvården? Har den personliga kontakten mellan patient och läkare gått förlorad och vad skapar detta för konsekvenser? Visst för digitaliseringen med sig många fördelar och kan underlätta arbetet för många men vad händer när det blir fel? Kan man skuldbelägga en dator som försummat patientsäkerhet?

## **Slutsats**

Enligt Lex Maria var 38% av orsakerna till vårdskadan på grund av organisatoriska- och ledarskap brister. Är något en del av problemet så är det också en del av lösningen på problemet, där vi anser att förbättringar inom organisation och ledarskap kan leda till färre vårdskador. För framtida forskning hade det varit intressant att hålla fler intervjuer, för att på så sätt kunna se problemen vi belyst utifrån fler perspektiv. Det hade även varit givande att få motiveringar från våra enkätdeltagare gällande varför de svarade som de svarade. Vad var det i de olika scenariona som gjorde att de svarade på sättet de gjorde? Det hade varit ett passande komplement till enkätsvaren. Vi har kommit till insikt om de fördelar som finns med ett tudelat ledarskap och hur det kan förstärka effektiviteten i verksamheten. Vi har även kommit till slutsatsen att det är viktigt att problem inom ledarskap och organisation uppmärksammas och att det skapas en medvetenhet inom vården om var bristerna egentligen ligger. Vi har bara snuddat på toppen av isberget och det finns självklart fler nivåer än de vi undersökt. Vi hoppas att detta ska ge mersmak och inspirera fortsatt forskning inom området och som på sikt ska bidra till en säkrare miljö inom vården, både för patienter och personal.

## Referenser

- Arvill, E., Johansson, LÅ., (2012), *Patientens rätt* (5 uppl.), Norstedts juridik AB, Studentlitteratur, Lund
- Axelsson, E. (2013), *Skyldigheter och ansvar, för hälso- och sjukvårdspersonal* (1 uppl.), Gleerups utbildning AB, Malmö
- Berlin, J., Carlström, E., Sandberg, H., Beck- Friis, B., Lindström, A. C., Nylén, U. et al (2009), *Team i vård, behandling och omsorg*, Studentlitteratur, Lund
- Blennberg, E., Brytting., T. (2015), *Chef i omsorgen, vardag, forskning, etik*, Gothia Fortbildning AB
- Bryman, A. (2011), *Samhällsvetenskapliga metoder* (2 uppl.), Liber AB
- Denscombe, M. (2009), *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, Studentlitteratur AB, Lund
- Hansagi, H., & Allebeck, A. (1994), *Enkät och intervju inom hälso- och sjukvård- handbok för forskning och utvecklingsarbete*, Studentlitteratur, Lund
- Josefsson, U. (2011), *Patienters användning av internet, Landskap och vägar för "Coping Online"*, Studentlitteratur AB förlag, Lund.
- Lundin,K., & Sandström, B. (2015), *Ledarskap inom vård och omsorg*, Studentlitteratur, Lund
- Menzies, I. (1960), *A case- study in the functioning of social systems as a defence against anxiety*, Human Relations
- Mulder, M., & Stemerding, A. (1963), *Threat, attraction to group, and need for strong leadership*, Human Relations

Rosengren, K. (2014), *Vårdledarskap- att utveckla och förbättra framtidens vård och omsorg*, Studentlitteratur AB, Lund

Rönnerberg, L. (2013), *Hälso-och sjukvårdsrätt (3 uppl.)*, Studentlitteratur, Holmbergs Malmö.

Sahlin, J., & Gavelin, W. (1995), *Vad säger hälso-och-sjukvårdslagen?* Förlagshuset Gothia, Göteborg.

Munck, J., Sverige Rikes Lag utgåva 2015, (136 upplagan)

Thylefors, I. (1991), *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning*, Natur och Kultur

Tjora, A. (2011) *Den moderna patienten*, Studentlitteratur AB, Lund.

Yukl, G. (2013), *Leadership in Organizations (8 uppl.)*, Pearson Education Limited Essex, England

## Appendix

### Bilaga 1

#### Frågeschema- överläkare

- Kan du beskriva organisationsstrukturen på kliniken?
- Vad kan förbättras, rent organisationsmässigt, på kliniken?
- Beskriv ”hamburgaren”; vem är med i den, vilka är involverade, hur är din personliga relation till hamburgaren?
- Hur ser samarbetet ut mellan medicinsk chef och personalchef?
- Beskriv tillvägagångssätt och rutiner för patientvård?
- Vilka svårigheter ställs kliniken inför pga dess organisationsstruktur?
- Vilka svårigheter ställs du inför som överläkare på kliniken?
- Vilka kommunikationsbrister skulle vara allvarliga på kliniken?
- I ett fiktivt scenario, hur ser processen och tillvägagångssättet ut vid en Lex Maria
- Vilka tror du hade varit bra för oss att kontakta härnäst?

### Bilaga 2

#### Frågeschema- enhetschef

- Beskriv din roll som enhetschef på kliniken
- Vilka svårigheter ställs du inför som enhetschef på kliniken?
- Vilka svårigheter ställs kliniken inför pga dess organisationsstruktur?
- Hur balanserar du mellan patientvård och personalansvar?
- Hur ser samarbetet ut mellan medicinsk chef och personalchef?
- Vilka kommunikationsbrister skulle vara allvarliga på kliniken?
- Hur mycket av ditt yrke involverar patientvård?
- Vad kan förbättras, rent organisationsmässigt, på kliniken?

## Bilaga 3

### Enkät

2017-05-21

Situationer inom sjukvården

### Situationer inom sjukvården

Vi är två studenter vid Lunds universitet som just nu skriver vår C-uppsats i Psykologi. Den här enkäten är för dig som jobbar inom sjukvården eller studerar för att jobba inom sjukvården.

Syftet för vår uppsats är att förstå sjukvården som en organisation och förstå orsaken till eventuella fel samt komma fram till verktyg som kan förhindra dessa.

Du är helt anonym, och kan när som helst välja att avsluta enkäten.

Maila oss till [korn12len@student.lu.se](mailto:korn12len@student.lu.se) om du har några frågor eller om du vill ta del av resultatet.

Alla scenarier är hämtade från verkliga Lex Maria anmälningar från 2015-2017.

**1. Är du legitimerad sjuksköterska eller håller på att utbilda dig till sjuksköterska?**

Markera endast en oval.

- Ja  
 Nej

**2. Är du legitimerad läkare eller håller på att utbilda dig till läkare?**

Markera endast en oval.

- Ja  
 Nej

**3. Har du minst 5 års erfarenhet av arbete inom sjukvården?**

Markera endast en oval.

- Ja  
 Nej

### Situation 1.

Var god skatta sannolikheten för att följande scenario skulle kunna inträffa på din arbetsplats. Skatta därefter ett alternativ till vad som kan vara orsaken till händelsen.

### Scenario 1.

Patienten, en man i 80-års åldern, vårdades efter stroke och fotledsfraktur på medicinavdelning, och fick där av misstag en insulininjektion, som var avsedd för medpatient. Misstaget upptäcktes omedelbart efter injektionen och adekvata åtgärder vidtogs omedelbart. Patienten ådrog sig inga men av det inträffade.

**4. Hur sannolikt är det att det här scenariot hypotetiskt sett skulle kunna hända på din arbetsplats?**

Markera endast en oval.

- |           |                       |                       |                       |                       |                       |                   |
|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
|           | 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     |                   |
| Ötänkbart | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Väldigt sannolikt |

**5. Var god skatta ett alternativ till vad som kan vara orsak till händelsen.***Markera endast en oval.*

- Bristande kommunikation
- Brister i organisationen, ansvarsfördelning.
- Bristande ledarskap
- Felaktig bedömning
- Hög arbetsbelastning, stress
- Mänskliga faktorn
- Otillräckliga rutiner
- Överfullt sjukhus
- Undermålig kompetens
- Går ej att klarlägga

**Situation 2**

Var god skatta sannolikheten för att följande scenario skulle kunna inträffa på din arbetsplats. Skatta därefter ett alternativ till vad som kan vara orsaken till händelsen.

**Scenario 2.**

En man i 55-årsåldern kom till akutmottagningen efter att ha skadat fingret på en rostig spik och Ortopedjouren bedömde svullnaden och rodnaden som rosfeber. Efter en natt på patienthotellet skulle mannen få ny behandling och bedömning på ortopedakuten. Under dagen ringde man från mikrobiologen till akutmottagningen att man hittat en aggressiv bakterie i blododlingarna. Det är dock oklart vem som tog emot svaret och det nådde inte läkare.

Under natten försämrades patienten och Medicinjouren uppmärksammade då blododlingssvaret. Patienten fick opereras akut då Infektionsjour och ortopedbakjour fann en allvarlig bakterieinfektion. Mannen har fortfarande viss funktionsnedsättning i armen och rehabilitering är inte avslutad.

**6. Hur sannolikt är det att det här scenariot hypotetiskt sett skulle kunna hända på din arbetsplats?***Markera endast en oval.*

- 1      2      3      4      5
- Otänkbart                  Väldigt sannolikt

**7. Var god skatta ett alternativ till vad som kan vara orsak till händelsen.***Markera endast en oval.*

- Bristande kommunikation
- Brister i organisationen, ansvarsfördelning.
- Bristande ledarskap
- Felaktig bedömning
- Hög arbetsbelastning, stress
- Mänskliga faktorn
- Otillräckliga rutiner
- Undermålig kompetens
- Överfullt sjukhus
- Går ej att klarlägga



### Situation 3

Var god skatta sannolikheten för att följande scenario skulle kunna inträffa på din arbetsplats. Skatta därefter ett alternativ till vad som kan vara orsaken till händelsen.

#### Scenario 3.

En multisjuk man i 80-årsåldern vårdades på infektionsavdelning för hjärtsvikt och proppar i lungorna. När han skrevs ut hade ändringar gjorts i mannens medicinering för hjärtsvikt, vilket framgick i utskrivningsinformationens läkemedelslista. Denna information skickades aldrig till mannens vårdcentral. Vid en uppföljning på hjärtmottagningen på ett annat sjukhus bedömdes det att mannen skulle få högre dos av vätskedrivande läkemedel för att sedan följas upp på sin vårdcentral. I remissen till vårdcentralen fanns information om den ökade dosen men övriga uppgifter om den aktuella läkemedelsbehandlingen saknades. Därmed saknade läkaren på mannens vårdcentral uppgifter och inga åtgärder vidtogs för att ta fram en läkemedelslista. Ett återbesök på vårdcentralen planerades först sju veckor senare men under tiden försämrades patienten successivt. Han kontaktade sin vårdcentral, som efter bedömning remitterade patienten till akutmottagningen där han fick behandling för ökad hjärtsvikt.

**8. Hur sannolikt är det att det här scenariot hypotetiskt sett skulle kunna hända på din arbetsplats?**

Markera endast en oval.

	1	2	3	4	5	
Otänkbart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Väldigt sannolikt

**9. Var god skatta ett alternativ till vad som kan vara orsak till händelsen.**

Markera endast en oval.

- Bristande kommunikation
- Brister i organisationen, ansvarsfördelning.
- Bristande ledarskap
- Felaktig bedömning
- Hög arbetsbelastning, stress
- Mänskliga faktorn
- Otillräckliga rutiner
- Undermålig kompetens
- Överfullt sjukhus
- Går ej att klarlägga

### Situation 4

Var god skatta sannolikheten för att följande scenario skulle kunna inträffa på din arbetsplats. Skatta därefter ett alternativ till vad som kan vara orsaken till händelsen.

#### Scenario 4

När en man i 70-årsåldern hade lämnat prostataprov (PSA) vårdcentralen 2015 bedömde man att det inte var så högt att det behövde utredas. Patienten fick inget besked om provsvaret. När provet kontrolleras på nytt 1,5 år senare hade det stigit rejält. Patienten remitteras till urolog som kunde konstatera att det rörde sig om cancer. I Region Skånes standardiserade vårdförlopp för prostatacancer (SVF) finns angivet vilka värden på PSA-prov som ska inge misstanke om cancer beroende på ålder. Patientens värde skulle ha utretts enligt detta vårdförlopp när provet togs 2015

**10. Hur sannolikt är det att det här scenariot hypotetiskt sett skulle kunna hända på din arbetsplats?**

Markera endast en oval.


	1	2	3	4	5	
Otänkbart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Väldigt sannolikt

**11. Var god skatta ett alternativ till vad som kan vara orsak till händelsen.**

Markera endast en oval.

- Bristande kommunikation
- Brister i organisationen, ansvarsfördelning.
- Bristande ledarskap
- Felaktig bedömning
- Hög arbetsbelastning, stress
- Mänskliga faktorn
- Otillräckliga rutiner
- Undermålig kompetens
- Överfullt sjukhus
- Går ej att klarlägga

**Tack!**

Tillhandahålls av  
 Google Forms