

*"I vår grupp  
vågar man  
ta upp allting."*

# Säkerhetskultur i vård och omsorg – stöd och hinder

*"Sluta mesa  
dig, du jobbar  
ju i vården!"*

**Marianne Törner  
Mats Eklöf  
Pernilla Larsman  
Anders Pousette**



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
SAHLGRENKA AKADEMIN



# **Säkerhetskultur i vård och omsorg – stöd och hinder**

**Marianne Törner  
Mats Eklöf  
Pernilla Larsman  
Anders Pousette**



**GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN**

Rapportens titelsida har citat som är hämtade från två av intervjuerna i denna studie. Det ena beskriver en inarbetad grupp med öppet klimat, och där cheferna lyssnar på medarbetarna.

Det andra beskriver ett arbetsklimat där arbetspressen är hård, en kultur där man förväntas klara det mesta, och där det sociala stödet i arbetsgruppen därför är lågt. Förhållandena som antyds påverkar individuellt ansvarstagande, lokalt utvecklingsarbete och därmed säkerheten för såväl personal som patienter.

# All anledning att arbeta mot ökad säkerhet i vården

---

De flesta som arbetar inom vård och omsorg kan nog instämma i att förbättrad patient-säkerhet är en viktig fråga av flera skäl. Skador i vården innebär ett betydande lidande för drabbade patienter och deras anhöriga. Dessutom kostar de mycket pengar. En undersökning som presenterades av Sveriges kommuner och landsting 2013 visade att vårdskador inom svensk slutenvård för vuxna kostar mellan sex och åtta miljarder kronor per år, pengar som kunnat användas till annat inom den redan ekonomiskt hårt pressade vården.

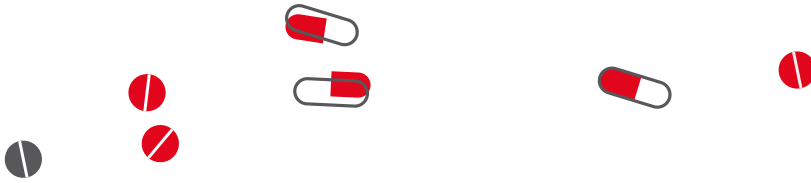
Eftersom vårdskador även innebär ett allvarligt arbetsmiljöproblem finns skäl att sträva efter att de ska minska även för personalens skull. Personal som varit delaktig i att en vårdskada uppstått mår ofta mycket dåligt och ofta under lång tid. Ett annat betydande arbetsmiljöproblem inom vård och omsorg är skador som drabbar personalen själv.

Forskargruppen Säkerhet, organisation och ledarskap vid Enheten för Arbets- och miljömedicin, Göteborgs universitet, genomförde 2010-2012 ett forsknings- och utvecklingsprojekt kring säkerhetskultur i vården. Syftet med projektet var att klarlägga vilka förhållanden som bidrar till god säkerhet för såväl patienter som personal, liksom vilka som motverkar sådan säkerhet. Förhållanden på både organisatorisk och individuell nivå studerades.

Denna rapport är tänkt att fungera som underlag i arbetet med att stärka säkerheten i vården. Förhoppningen är att projektets resultat ska komma till användning för att utveckla såväl kvalitet som effektivitet i svensk vård och äldreomsorg till nytta för både anställda, patienter och äldreomsorgstagare. Rapportens målgrupp är framförallt chefer och beslutsfattare inom vård- och omsorgssektorn, fackliga förtroendepersoner och stabspersoner med ansvar för kvalitets- och säkerhetsutveckling.

## Slutsatser

I projektet undersöktes vilka förutsättningar som är viktiga för en god säkerhetskultur. En del av frågeställningen var vilket förhållande som råder mellan säkerhetsklimat för patient-säkerhet respektive för personalsäkerhet. Dessutom undersöktes vilka konkreta förhållanden i vård och omsorg som bidrar till hög säkerhet för patienter och personal, liksom vilka förhållanden som motverkar detta. Detta är de viktigaste slutsatserna:



- *Ett säkerhetsklimat som främjar säkerheten för patienter går hand i hand med ett säkerhetsklimat som främjar säkerheten för personal.*
  - *För att ett bra säkerhetsklimat ska växa fram i en arbetsenhet inom vård och omsorg är det viktigt att man känner tillit till sin chef, att arbetet ger god tillgång till psykosociala arbetsresurser, att arbetskraven är hanterbara och att gruppsammanhållningen är god.*
  - *Ett bra säkerhetsklimat bidrar framför allt till att medarbetarna följer säkerhetsregler och föreskrivna procedurer.*
  - *Hög säkerhet är inte bara beroende av att alla nogsamt följer reglerna. Det är också viktigt att alla gör sitt bästa för att uppmärksamma nya säkerhetsproblem och tar initiativ för att undanröja säkerhetsproblem som inte regleras i instruktioner och regler. För sådant delaktigt säkerhetsbeteende visade sig god tillgång till psykosociala arbetsresurser vara viktigt, liksom att sammanhållningen i arbetsgruppen är god. Så länge dessa två förutsättningar är uppfyllda var delaktigt säkerhetsbeteende vanligt även när arbetskraven var höga.*
  - *Eftersom både efterfrågan på vård och personaltillgång varierar kortsiktigt, krävs en buffert i kapaciteten så att detta kan hanteras utan att belastningen på befintlig personal blir för hög. Det innebär att en viss överkapacitet i tillgång till resurser är nödvändig inte bara för att klara säkerhet för både patienter och personal, utan också för att verksamheten ska bli effektiv och för att personalen ska känna arbetstillfredsställelse.*
  - *Det är viktigt att förstå att tillfällig personal som inte känner till arbetsplatsens specifika förhållanden inte på ett helt effektivt sätt kan fylla tomrummet efter ordinarie personal som känner till förhållandena på arbetsplatsen och som är inarbetad i arbetsgruppen.*
-

# Sammanfattning

---

**Bättre säkerhet för personal och patienter/boende inom vård och omsorg är en angelägen fråga. Detta gäller både för att minska lidande och av samhällsekonomiska skäl. Därför finns ett stort behov av forskning kring hur patientsäkerhetsarbete bäst kan utformas. Resultat från sådan forskning kan fungera som underlag för beslutsfattare inom vården. Relativt lite uppmärksamhet har hittills ägnats åt hur organisering av vård påverkar säkerhet och säkerhetskultur<sup>1</sup>.**

Säkerhetsklimat brukar definieras som arbetsgruppens gemensamma perceptioner<sup>2</sup> och tolkningar av organisationens policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet. Ett bra personalsäkerhetsklimat har i tidigare forskning visats ha betydelse för en lägre frekvens av arbetsolyckor. Forskningen stöder också att ett bra patientsäkerhetsklimat har betydelse för patientsäkerheten. I den här studien undersökte vi dels relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat i vård och omsorg, dels vilka faktorer som ligger bakom utvecklingen av goda säkerhetsklimat i den här typen av verksamhet. Vi studerade också säkerhetsklimatens betydelse för säkerheten för personal respektive patienter.

Samtliga chefsläkare inom Västra Götalandsregionen, samt den för äldreomsorgen i Göteborgs kommun ansvariga tjänstemannen, tillfrågades om intresse i deras organisationer att delta i studien. Två sjukhusorganisationer med sammanlagt fem olika sjukhus, samt tre äldreboenden accepterade att delta. 124 vårdenheter med sjuksköterskor och undersköterskor (avdelningar mm) samt 26 enheter med läkare (kliniker och motsvarande) inom dessa organisationer lämnade enkätdata i den inledande delen av projektet. En vårdenhet definierades som en arbetsgrupp med gemensam första linjens chef<sup>3</sup>. Bland dessa enheter valdes sedan intervjupersoner ut för ytterligare studier.

Studien bestod av en enkätundersökning, enskilda djupintervjuer och intervjuer i fokusgrupper. Enkätundersökningen riktades till samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som arbetade inom de vård- och omsorgsenheter som accepterat att delta i studien, totalt 4252 personer. Svarfrekvensen var 58 procent. Enkäten innehöll frågor om personalsäkerhetsklimat, patientsäkerhetsklimat, psykosociala förhållanden, gruppsammanhållning, tillit till chef, samt eget patientsäkerhetsbeteende och personalsäkerhetsbeteende. För de individuella djupintervjuerna valdes strategiskt ut 36 personer från de deltagande

1. Weingart & Page (2004).

2. Med perceptioner menas sådant som vi uppfattar med våra sinnen.

3. För sjuksköterskor och undersköterskor var enheten avdelning eller mottagning, för läkare var enheten klinik eller i vissa fall mottagning.

organisationerna; 13 läkare, 12 sjuksköterskor och 11 undersköterskor. Syftet med dessa intervjuer var att så fullständigt som möjligt beskriva förhållanden som i specialiserad sjukvård och i kommunal äldreomsorg är viktiga för god patientsäkerhet och personalsäkerhet. Vi undersökte samtidigt förhållanden som motverkar sådan säkerhet, och som därmed kan antas ha betydelse för kvaliteten på säkerhetsklimatet och på det delaktiga säkerhetsbeteendet. För att få flera datakällor, och för att säkerställa riktigheten i resultaten av de individuella intervjuerna, genomfördes även fyra fokusgruppsintervjuer. Tre av grupperna bestod av tre personer och en grupp av två. Deltagarna i fokusgrupperna var strategiskt utvalda från de deltagande organisationerna och deltagande yrkeskategorierna.

Resultaten av enkätstudien visade att organisatoriska enheter med ett högt patientsäkerhetsklimat också hade ett högt personalsäkerhetsklimat, och tvärtom. Starkast var sambandet mellan säkerhetsklimaten när det gällde förhållanden inom den egna arbetsenheten. Detta pekar på att det särskilt på gruppnivå råder ett övergripande säkerhetsklimat och att i de fall säkerhet är värderat i gruppen så omfattar det såväl patienternas som personalens säkerhet. Våra resultat visade alltså tydligt att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat går hand i hand.

Psykosociala arbetsresurser, hanterliga arbetskrav, tillit till chef, och sammanhållning på vårdenheten var fyra organisationspsykologiska faktorer som vi på teoretisk grund antog kunde ha betydelse för säkerhetsklimatet. Med hjälp av enkäten kunde vi också mycket riktigt visa att dessa var betydelsefulla för samtliga aspekter av säkerhetsklimatet. Dessa fyra faktorer hade alltså stor betydelse för säkerheten för såväl personal som patienter.

### Patientsäkerhet

Inverkan av faktorer, oberoende av säkerhetsklimatet:

- *tillgång till psykosociala arbetsresurser* var positivt relaterat till såväl regelföljande som delaktigt patientsäkerhetsbeteende
- *hanterbara arbetskrav* var positivt relaterat till regelföljande patientsäkerhetsbeteende men negativt relaterat till delaktigt patientsäkerhetsbeteende
- *gruppsammanhållning* var positivt relaterat till delaktigt patientsäkerhetsbeteende, men hade inget samband med regelföljande patientsäkerhetsbeteende
- *tillit till chef* var positivt relaterat till säkerhetsklimatet, men utan direkt relation till patientsäkerhetsbeteendet



### Personalsäkerhet

Inverkan av faktorer, oberoende av säkerhetsklimatet

- *Tillgång till psykosociala arbetsresurser* var positivt relaterat till säkerhetsklimatet men hade ingen direkt effekt på personalsäkerhetsbeteendet
- *Hanterbara arbetskrav* var positivt relaterat till regelföljande personalsäkerhetsbeteende men negativt relaterat till delaktigt personalsäkerhetsbeteende
- *Gruppsammanhållning* var positivt relaterat till delaktigt personalsäkerhetsbeteende, men hade inget samband med regelföljande personalsäkerhetsbeteende
- *Tillit till chef* hade positiv relation till säkerhetsklimatet, men ingen direkt relation till personalsäkerhetsbeteendet

Vi menar att dessa resultat bör betraktas i helhet. Om arbetskraven är höga så ökar behovet av att varje medarbetare tar ett betydande eget ansvar för säkerheten. Delaktigt säkerhetsbeteende kan ses som ett uttryck för så kallat organisatoriskt medborgerligt beteende (Organizational Citizenship Behaviour, OCB<sup>4</sup>), som innebär att man tar ett övergripande ansvar och bidrar på många olika sätt för att saker och ting ska fungera väl i organisationen. En förutsättning för att man ska ta ett sådant "medborgerligt" ansvar för gruppens gemensamma goda är att gruppsammanhållningen är god. Har man tillgång till goda psykosociala arbetsresurser så bidrar det positivt, framför allt till patientsäkerhetsbeteendet. Resultaten indikerar alltså att en väl sammansvetsad grupp med god sammanhållning är av central betydelse för såväl patientsäkerheten som för personalsäkerheten i vård och omsorg.

Däremot verkade inte säkerhetsklimatet ha någon stor betydelse för det delaktiga säkerhetsbeteendet. Detta tolkar vi så att det är de generella psykosociala förhållandena på arbetsplatsen som är av störst betydelse för delaktigt beteende, och att de inverkar direkt på beteendet.

Däremot förklarades det regelföljande säkerhetsbeteendet avseende såväl patientsäkerhet som personalsäkerhet av olika aspekter av säkerhetsklimatet. Här bör man hålla i åtanke att det är de regelföljande aspekterna av säkerhetsbeteende som i stort sett alla sammanhang efterfrågas och poängteras i relation till säkerhetsarbetet inom vård och omsorg. Man bör också hålla i åtanke att säkerhetsklimatet utgörs av gruppens gemensamma uppfattning om vad som är värderat i organisationen, och inte minst av dess ledning. Beteendenormer skapas utifrån dessa gemensamma uppfattningar och tolkningar i gruppen.

En måttlig arbetsbelastning gynnade det regelföljande säkerhetsbeteendet. Säkert beteende innebär ofta en kortsiktig "kostnad" i form av tid eller visst besvär. Om arbetsbelastningen är hanterbar är det mer sannolikt att man är beredd och klarar att ta denna extra kostnad.

4. Organ (1997). Organ definierade Organizational Citizenship Behavior, OCB, som "individuell självpåtaget beteende, som inte är direkt uppmärksammat i de formella belöningsystemen, och som totalt sett gynnar effektiv funktion i organisationen" (s.86; förf. översätt). Delaktigt säkerhetsbeteende kan ses som en specifik aspekt av OCB.



Våra intervjuresultat visade hur skaderisker uppstår i (negativt) kritiska situationer. Sådana kritiska situationer kännetecknades av mötet mellan negativt funktionspåverkad personal och besvärliga strukturella förhållanden. Exempel på funktionsnedsättning var nedsatt kapacitet till uppmärksamhet, noggrannhet, koncentration och andra kognitiva funktioner men också empati och förmåga att hantera emotionell påverkan. Exempel på negativa strukturella förhållanden var överbeläggningar, underbemanning, personalomsättning, för svåra uppgifter i förhållande till individens kompetens, oklar ansvarsfördelning, förflyttningar över organisatoriska gränser utan adekvat stöd, otillräckliga personalresurser eller komplex, splittrad, inkomplett och svårtillgänglig information.

När det gäller de positiva faktorerna, som betecknade situationer där säkerheten varit god, handlade det om lokal förmåga att hantera och förebygga funktionspåverkan hos personalen, liksom strukturella förhållanden som ökade möjligheterna att göra ett bra jobb. Detta kunde ha formen av huvudsakligen lokalt organiserade rutiner för hur akut stresspåverkan i samband med mer dramatiska händelser kunde hanteras genom emotionellt stöd och möjligheter att prata igenom och bearbeta det inträffade. Vidare genom lokalt delaktighetsbaserat utvecklingsarbete, där välfungerade arbetsgrupper med engagerade och utvecklingsintresserade medarbetare var viktiga och där utvecklingsstödande operativa chefer och seniora professionsföreträdare hade viktiga roller som pådrivare och norm-sändare. Här var tid en kritisk faktor.

Utifrån detta mönster går det att direkt peka ut vägar för säkerhetsförbättrande arbete. Det handlar om att försäkra sig om adekvat tillgång till personal som inte är negativt funktionspåverkad. Detta handlar om

- att erbjuda medicinskt och psykosocialt rimliga arbetsscheman
- att junior personal inte tillåts/tingas arbeta självständigt med uppgifter som är för svåra
- att effektiva, välfungerande arbetsgrupper understöds
- att operativa chefer ges rimliga möjligheter till hög närvaro och ett individanpassat ledarskap
- att chefer i handling visar att personalens behov uppmärksammas och respekteras så att kunrig och erfaren personal kan behållas och vidareutvecklas
- att man har former för hantering av akut hög stresspåverkan

För att uppfylla ovanstående krävs också insikt från politiker och landstingsledning om att det finns en gräns för i hur stor utsträckning vård kan effektiviseras genom kostnadsneddragningar, om volym och kvalitet i vården ska bibehållas. När denna gräns passeras riskerar resultatet av ytterligare neddragningar att bli det rakt motsatta, nämligen försämrad effektivitet och försämrad kvalitet. I det empiriska underlaget för denna studie finns tydliga tecken på en sådan negativ utveckling.

# Innehållsförteckning

---

All anledning att arbeta mot ökad säkerhet i vården	4
Sammanfattning	6
Högre säkerhet i vård och omsorg – en viktig fråga för alla	12
Hög patientsäkerhet är viktigt på flera sätt	12
Även arbetsolyckor är ett problem i vård och omsorg	14
Vad är frågan?	14
Vanligt sätt att ta sig an säkerhet i vården	14
Vad är säkerhetsklimat, och vad spelar det för roll?	15
Går säkerhetsklimat för patienter och säkerhetsklimat för personal hand i hand?	16
Vård – världens kanske mest komplexa verksamhet	18
Vård och begreppet "High reliability"	18
Men vad händer om något går fel?	20
Olika typer av säkerhetsbeteende är viktigt, på olika sätt	21
Vad krävs för att ett bra säkerhetsklimat ska utvecklas?	22
Några fenomen som kan antas ha betydelse för utvecklingen av ett bra säkerhetsklimat	22
1. En bra gruppssammanhållning skapar trygghet, starka normer, och understöder gemensamt ansvar för egen och patienters säkerhet	22
2. Goda psykosociala förhållanden är resurser i arbetet och kan öka motivationen att bidra till god och säker vård	23
3. Med hanterliga psykiska arbetskrav behåller man tillgången till egna kognitiva och känslomässiga resurser, och kan utveckla de kollektiva	24
4. Tillit till ledningen – en indikator på bra ledarskap, som ger medarbetarna förutsättningar och motivation att efter bästa förmåga bidra till arbete av hög kvalitet	25
Syftet med vår studie	26
Så gick vi till väga	26
Först en enkätstudie	26
Sedan intervjustudier	28
Studiens resultat – presentation och diskussion	32
Relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat	32



Relationen mellan personalens psykosociala arbetssituation och säkerhetsklimatet	35
Relationen mellan säkerhetsklimat och personalens säkerhetsbeteende	35
Relationen mellan personalens psykosociala arbetssituation och säkerhetsbeteende	37
Betydelsen av tillgång till psykosociala arbetsresurser för delaktigt säkerhetsbeteende	37
Med hanterbara arbetskrav hinner man följa alla regler, medan höga arbetskrav kan öka behovet av delaktigt beteende	38
En god grupsammanhållning skapar ett större individuellt ansvarstagande för gruppens arbete	38
Vad betyder tilliten till närmaste chef för säkerheten?	39
Och slutsatsen blir...	41
Fördjupade resultat genom de individuella intervjuerna	43
Kategori 1. Säkerheten är beroende av människor	45
1.1 Varje individ är viktig	45
1.2 En bra grupp skapar trygghet, socialt stöd och utvecklingsvilja	47
1.3 Individualiserat aktivt ledarskap hos närmaste chef stöder individ och grupp	49
1.4 Högre ledningens agerande får talet om patientsäkerhet att sakna trovärdighet och skadar legitimiteten	51
Kategori 2. Organisation, koordinering och resurser	53
2.1 Koordinering och resurser	55
2.2 Rutiner, procedurer	64
Kategori 3. Fysisk omgivning: datorsystem, lokaler och utrustning	66
Kategori 4. Synen på vård, på den egna rollen och på patienten, samt "sakens natur"	69
Fokusgruppsintervjuerna bekräftade resultaten från de individuella intervjuerna	71
Relationen mellan olika kategorier av förhållanden av betydelse för säkerhetsklimatet	71
Förhållandena i vård och omsorg bildar positiva – eller negativa – processer	73
Reflektioner kring vården som system	76
Referenser	79
Tack!	82

# Högre säkerhet i vård och omsorg – en viktig fråga för alla

---

Efterfrågan på vård och äldreomsorg<sup>5</sup> ökar kraftigt, bland annat av demografiska skäl – vi blir allt fler som lever allt längre. Ett annat skäl till ökad efterfrågan är att medicinska och tekniska framsteg gett oss helt nya förutsättningar att bota eller bromsa svåra sjukdomstillstånd.

Kostnaden för att utnyttja dessa landvinningar är dock ofta mycket hög. Samtidigt ökar inte resurserna till vård och omsorg i samma takt som efterfrågan, och ekonomiska neddragningar är ständigt aktuellt i flertalet vårdorganisationer. Vård och omsorg är således en sektor som lever under hårt ekonomiskt tryck och med krav på rationaliseringar. Att lösa denna ekvation på ett för oss som samhälle godtagbart sätt är en av de mest angelägna samhällsfrågorna. Problemet försvåras i hög grad av att dessa frågor rör människors liv och hälsa, och att de därför är starkt etiskt laddade. Det finns helt säkert inga enkla lösningar. Med största sannolikhet finns heller inga ”goda” lösningar i den mening att problemen kan lösas utan uppoffring av sådant som de flesta av oss tycker är viktigt. I bästa fall kan vi komma fram till lösningar som de flesta av oss kan enas om som acceptabla. Under alla omständigheter är det angeläget att utnyttja alla möjligheter till effektivisering av vård och omsorg som inte sker på bekostnad av vare sig vårdkvalitet eller vårdkvantitet. Att förbättra säkerheten i vård och omsorg löser inte hela problemet, men det skulle kunna bidra i just den önskade riktningen. Dessutom skulle det bidra till minskat lidande och till bättre hälsa. Sammantaget är detta minsann ett betydelsefullt bidrag!

## Hög patientsäkerhet är viktigt på flera sätt

Patientsäkerheten<sup>6</sup> har varit ett ”hett” ämne i samhällsdebatten under senare år. En undersökning som Sveriges kommuner och Landsting (SKL) presenterade 2013<sup>7</sup> visade att inom svensk slutenvård drabbas en patient av en vårdskada vid ungefär 15 procent av alla

5. I fortsättningen benämns äldreomsorg kort och gott omsorg.

6. Brukarna inom äldreomsorgen benämns vanligen boende, men av praktiska skäl används i denna skrift genomgående begreppet patienter, vilket alltså inbegriper såväl patienter i vården som boende i äldreomsorgen.

7. Skador i vården – skadeöversikt och kostnad. Markörbaserad journalgranskning januari-juni 2013. SKL.



vårdtillfällen. Kostnaden för vårdskadorna beräknades till mellan sex och åtta miljarder kronor per år. Dessa skador innebär förstås ett stort och onödigt lidande för dem som drabbas. Men de visar även på en möjlighet att frigöra resurser för vården utan att det innebär åtstramningar på andra håll inom eller utanför vård och omsorg. Hur kan man då gå tillväga för att minska vårdskadorna?

## Även arbetsolyckor är ett problem i vård och omsorg

Skador på personalen inom vård och omsorg är en fråga det talats mindre om än om patientsäkerhet, men problemet är inte litet. I AFAs sammanställning av allvarliga olyckor 2005-2006 framgår att bland kvinnliga sjukvårdsspecialister är risken för allvarliga arbetsolyckor 3,0/1000 anställda, och bland undersköterskor och sjukvårdsbiträden är den 2,1/1000, att jämföra med 1,6/1000 bland samtliga kvinnor i svenskt arbetsliv. Dessa skador innebär dessutom ett större samhällsproblem än den relativa risken ger vid handen. Ett mycket stort antal kvinnor är anställda i vård och omsorgsarbete och olyckorna i denna sektor utgör därför ca 20% av totala antalet allvarliga arbetsolyckor bland kvinnor i svenskt arbetsliv<sup>8</sup>. Även här är åtgärder alltså angelägna, dels för att minska onödigt lidande, men också för att frigöra resurser som skulle kunna komma vården till del. Men hur ska man gå tillväga för att öka personalsäkerheten?

## Vad är frågan?

Härmed har vi alltså formulerat två viktiga frågor: 'Hur kan man gå tillväga för att minska vårdskadorna?' och 'Hur ska man göra för att öka personalsäkerheten i vård och omsorg?' Förutsättningen för att kunna ge sig i kast med dessa frågor är att man skaffar sig en god bild av vilka förhållanden som är betydelsefulla för att göra arbetet säkert för personalen och vården säker för patienterna. Detta är utgångspunkten för det forskningsprojekt som ligger till grund för denna skrift.

## Vanligt sätt att ta sig an säkerhet i vården

Arbetet för bättre personal- och patientsäkerhet i vård och omsorg är inte nytt. När det gäller arbetsskador så har man länge uppmärksammat framför allt de omfattande problemen med tunga lyft och med stickskador<sup>9</sup>. Bättre patientsäkerhet har man framför

8. Larsson, Normark, Oldertz, & Tezic, (2009)

9. Evanoff, Bohr, & Wolf (1999); Jagger & Balon Bentley (1997)

allt försökt uppnå genom förbättrade rutiner och procedurer, medan åtgärdsarbetet sällan tagit sin utgångspunkt i socialpsykologiska förutsättningar, vilket kanske kan förklara bristen på framgång<sup>10</sup>.

## Vad är säkerhetsklimat, och vad spelar det för roll?

Genom det här forskningsprojektet försökte vi bidra till att fylla kunskapsluckorna. Vår studie grundas framför allt på teori om organisationsklimat. Enligt denna teori är det viktigt för medlemmar i en social grupp att förstå meningen i händelser, handlingar och interaktioner. Detta är viktigt eftersom det skapar begriplighet, förutsägbarhet och ger en referensram till det egna beteendet. Allt detta bidrar till en upplevelse av kontroll. Genom kommunikation och interaktion i gruppen sker en socialiseringsprocess bestående i gemensamt meningsskapande baserat på olika händelser, praktik och procedurer. Genom iakttagelser av sådant uppfattar man ordning i sin omgivning, men skapar också ny ordning genom gemensamma slutsatser om vad dessa iakttagelser innebär: ”Så är det här, så gör vi här”. Sådant gemensamt förståelse är förknippad med medlemskap i gruppen. Tillsammans med påverkan från organisatoriska strukturer och från selektions- och attraktionsprocesser, det vill säga att man väljs ut som lämplig att ingå i gruppen, respektive att man känner sig lockad att ingå, och genom avnöttningsprocesser, varigenom medlemmar som inte tilltalas av medlemskapet i gruppen kan komma att lämna den, leder denna socialiseringsprocess till utvecklingen av ett gemensamt och allt starkare klimat i arbetsgruppen<sup>12</sup>. Framstående organisationsklimatforskare<sup>13</sup> menar att det då också är logiskt att man som medlem i gruppen använder sig av klimatet när man väljer ett eget beteende; det vill säga man väljer ett beteende som stämmer överens med vad man uppfattar vara gruppens gemensamma synsätt. Enligt detta perspektiv på organisationsklimat skapar alltså medlemmarna i arbetsgruppen gemensamma teorier om hur världen är ordnad och individen använder dessa teorier som en referensram för sitt eget beteende. Genom att detta beteende är i enlighet med det gemensamma klimatet reproduceras och förstärks gruppens klimat ytterligare, och bildar grund för normer i gruppen som skapar ramar för vad som är ”rätt” sätt att tänka, känna och handla i gruppen.

Med säkerhetsklimat menas sådana aspekter av organisationsklimatet som har betydelse för säkerheten på arbetsplatsen, och det brukar definieras som arbetsgruppens gemensamma perceptioner<sup>14</sup> av policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet i organisationen<sup>15</sup>. Enligt säkerhetsklimatteori kan man alltså förvänta sig att genom att medlemmarna

10. Vincent (2009)

11. Schneider & Reichers (1983), refererande till Mead (1934)

12. Schneider & Reichers (1983)

13. Schneider (1975)

14. Med perceptioner menas, som tidigare nämnts, sådant vi uppfattar med våra sinnen.

15. Neal & Griffin (2002); Zohar (1980)



i arbetsgruppen uppfattar policy, procedurer och praktik på arbetsplatsen, och gruppen genom kommunikation och social interaktion tillsammans tolkar dessa perceptioner, växer en gemensam mening och ordning fram i gruppen avseende hur säkerhet värderas och bör hanteras i organisationen. I en grupp där säkerhetsklimatet är högt, det vill säga där gruppen delar uppfattningen att säkerhet är viktigt i organisationen, kan man förvänta sig att medlemmarna i högre grad väljer att bete sig säkert än i en grupp där säkerhetsklimatet är lägre. Man kan då i förlängningen också förvänta sig att i grupper med högt säkerhetsklimat är skadeförekomsten lägre än i grupper där säkerhetsklimatet är lågt. När det gäller personalsäkerhet finns det också en hel del stöd i empirisk forskning för dessa antaganden<sup>16</sup>. När det gäller patientsäkerhet är denna typ av forskning inte lika omfattande, men även här finns en hel del stöd för säkerhetsklimatets betydelse för patientsäkerheten<sup>17</sup>.

Om säkerhetsklimatet utgör gruppens gemensamma mening och teorier om hur säkerhet för patienter respektive personal ska värderas och hanteras i organisationen, och dessa gemensamma teorier har sin grund i gemensamma perceptioner av policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet, så blir det intressant att försöka fånga in och mäta gruppens säkerhetsklimat. Det blir också intressant att förstå vilka fenomen och processer som ligger bakom utvecklingen av säkerhetsklimatet och som påverkar kvaliteten på det. Man måste alltså vidga perspektivet en del, vilket vi gett oss i kast med i detta arbete.

## Går säkerhetsklimat för patienter och säkerhetsklimat för personal hand i hand?

Det är betydelsefullt att försöka förstå hur säkerhetsklimat för patientsäkerhet respektive personalsäkerhet påverkar varandra, och det utgjorde en av de första frågor vi tog oss an i projektet. Forskaren Rhona Flin<sup>18</sup> föreslog ett teoretiskt resonemang där säkerhetsklimat i generell bemärkelse kunde förväntas ha likartad effekt på säkerheten för såväl patienter som personal i vården, genom att säkerhetsklimatets kvalitet inverkar på personalens grad av risktagande, benägenhet att följa säkerhetsregler, att rapportera risker och avvikelser, och att göra sin stämma hörd för att påtala risker och ge förslag till säkerhetsförbättringar. Denna typ av beteenden skulle, enligt Flins teoretiska modell, i sin tur påverka förekomsten av misstag som, beroende på omständigheterna, skulle kunna innebära risker för patienter och/eller för personal. Ett bra generellt säkerhetsklimat skulle då vara gynnsamt för såväl patienters som personalens säkerhet, och vice versa. I så fall kan man förvänta sig att förhållanden som gynnar framväxten av ett gott säkerhetsklimat för personalen också gynnar utveckling av ett gott säkerhetsklimat för patienterna. Förhållanden som påverkar den ena typen av säkerhetsklimat negativt kan då också, på motsvarande sätt, förväntas

16. Beus, Payne, Bergman, & Arthur (2010); Christian, Bradley, Wallace, & Burke (2009); Glendon (2008); Kuenzi & Schminke (2009); Larsson-Tholén, Poussette, & Törner (2013)

17. Kuenzi & Schminke (2009); Scott, Mannion, Marshall, & Davies (2003); Katz-Navon, Naveh, & Stern (2005)

18. Flin (2007)

inverka negativt även på den andra typen säkerhetsklimat. Flins modell var rent teoretisk och har inte prövats empiriskt. Teoretiskt kan man även tänka sig att patientsäkerhetsklimatet skulle kunna stå i konflikt med personalsäkerhetsklimatet. Exempelvis skulle ett högt patientsäkerhetsklimat kunna ge upphov till starka normer som föreskriver att allt ska göras för patientens bästa, även om det inverkar negativt på personalens egen säkerhet. I ett sådant klimat skulle exempelvis det viktigaste vara att snabbt ta omhand en svårt skadad och blödande patient, utan att först ägna tid åt att ta på egen skyddsutrustning.

**” Jag tror nog säkerheten är hög fortfarande. Det är nog mycket för att vi är personligt engagerade sköterskor här än så länge, ganska många, och vi är duktiga på att arbeta hårdare och hårdare... Än så länge kämpar vi som, vad vet jag, svensk arbetshäst, jobbar hårdare och hårdare för att upprätthålla patientsäkerheten och den är ändå ganska god. ”**

**Sköterska**

# Vård – världens kanske mest komplexa verksamhet

---

Vård och omsorg är avancerad och högt specialiserad verksamhet. Vårdssystemet är komplext och med många specialiserade funktioner. Man kan använda bilden att patienten rör sig i ett slags flöde genom systemets olika funktioner eller delsystem.

Inom sjukhusvården kan ett exempel på ett sådant flöde beskrivas som intag, triagering, bedömning, provtagningar, åtgärder, uppföljande provtagningar, återhämtning/läkning, utskrivning, poliklinisk uppföljning. Vårdssystemet omfattar dessutom flera olika instanser, såsom primärvård, specialistvård, ambulans och äldreomsorg. Vålfungerande flöden i ett sådant system förutsätter att olika aktiviteter, och därmed delsystem och systemaktörer, kan ”kugga in” i varandra, och ”kugga ur”, vid rätt tidpunkt. Denna typ av system är sårbara ur säkerhetssynpunkt. Själva komplexiteten med de krav detta ställer på samordning och kommunikation innebär en säkerhetsrisk, och genom att de olika delsystemen är beroende av varandra kan störningar i något delsystem få effekter på flera andra håll. Det kan påverka flödet och därmed säkerheten<sup>19</sup>. För att ett vårdssystem av denna karaktär ska klara av att hantera den stora variation i verksamhetens innehåll och i vårdtryck som i hög grad karakteriserar sjukvård, men också variation i personaltillgång som karakteriserar all personaltät verksamhet, så ställs det höga krav på organisationens förmåga att uppfatta och tolka nya situationer. Det ställs också höga krav på organisationens förmåga att anpassa sig till variation, förändring och oförutsedda situationer med bibehållen god funktion<sup>20</sup>. En sådan förmåga i ett system brukar kallas ”resiliens”<sup>21</sup>.

## Vård och begreppet ”High reliability”

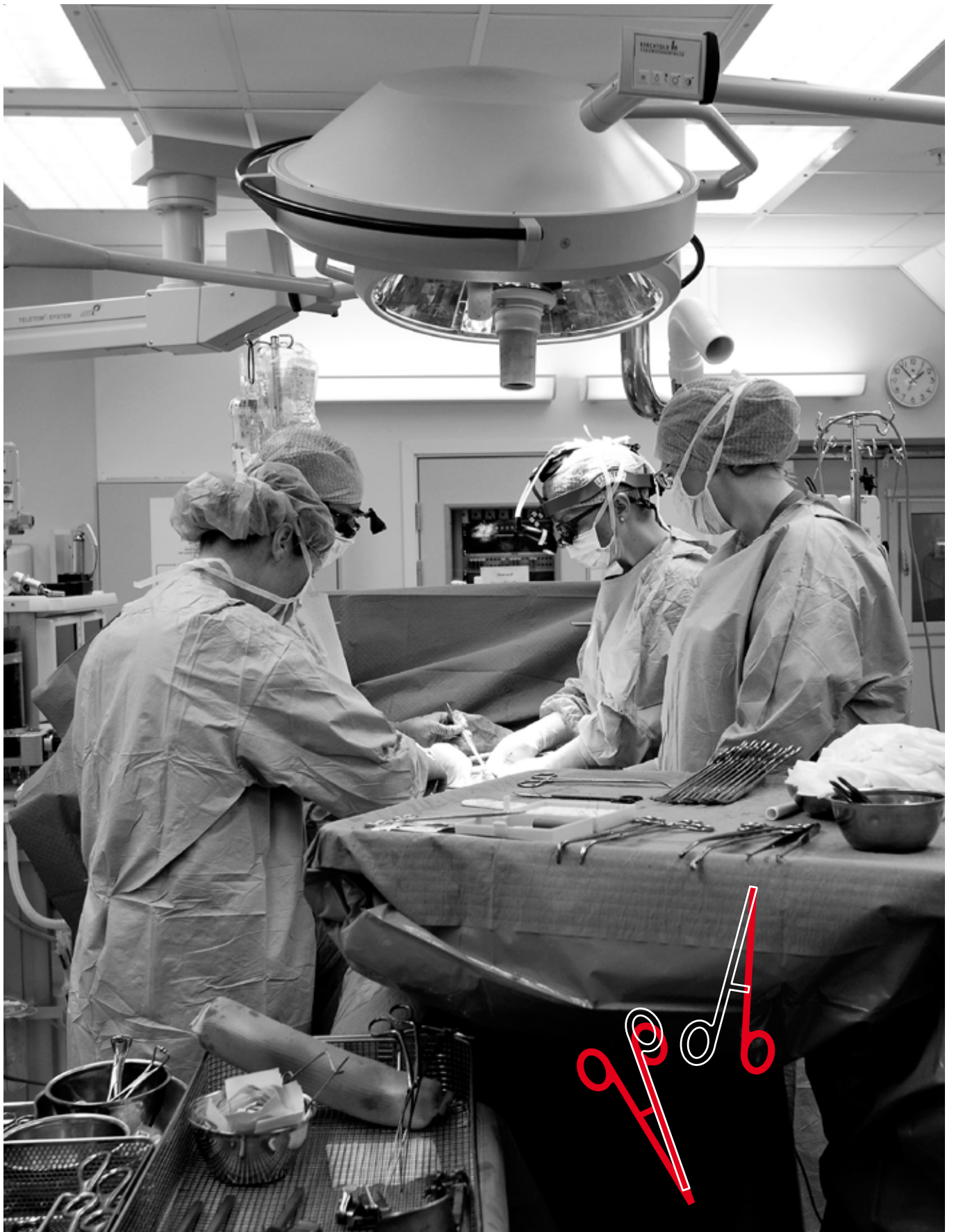
Organisationer med hög riskbild men samtidigt hög säkerhetsprestanda brukar beskrivas som så kallade ’high reliability organisations’ (HRO). Forskare<sup>22</sup> har beskrivit ett antal

19. Perrow (1984)

20. Carmeli, Friedman, & Tishler (2013)

21. Zolli & Healy (2012)

22. Hopkins (2006)



kriterier för sådana HRO-organisationer, nämligen engagemang för en stark säkerhetskultur; förmåga att situationsanpassat centralisera eller decentralisera beslutsfattande; insikt om kommunikationens betydelse; undvikande av överförenklingar; upprätthållande av ett kritiskt förhållningssätt och att inte förtjas av framgång; samt tillförsäkrande av överlappande kapacitet eller redundans (om något fallerar så tar något annat vid). En sådan beskrivning av en HRO-organisation stämmer i stora stycken även in på resilienta organisationer (se förra stycket). För vårdorganisationer, som med mycket avancerad teknik hanterar människors liv och hälsa, är HRO-begreppet i högsta grad relevant. I verksamhetsstyrning och effektiviseringssträvanden inom vård och omsorg är det alltså viktigt att dessa HRO-kriterier beaktas.

Organisationer som vanligen beskrivs som HRO-organisationer är exempelvis kärnkraftsindustri och processindustri med hantering av miljöfarliga produkter. I denna typ av verksamhet är vanligen processerna relativt få och standardiserade. I sjukvård är å andra sidan variationen i processerna vanligen mycket stor. Det är inte bara ett stort antal diagnoser som ska behandlas, variationen mellan olika patienter med en och samma diagnos är dessutom mycket stor, beroende på faktorer som exempelvis patientens ålder och övriga hälsotillstånd. Många patienter har flera sjukdomstillstånd samtidigt. Endast ett fåtal processer kan därför standardiseras, vilket ställer höga krav på flexibilitet i systemet. Sådan flexibilitet är i hög grad beroende av mänskligt beslutsfattande, d.v.s. att de anställda i olika funktioner är förmögna att uppfånga olika typer av information, att göra en samlad bedömning av denna information och har förmåga och utrymme att fatta ett adekvat beslut om hur man ska agera. Detta i sin tur ställer krav på de anställdas kognitiva förmåga, och att arbetssituationen är sådan att man förmår utnyttja denna förmåga fullt ut. Vårdarbete kräver också ofta att beslut fattas utan att man har fullständiga beslutsunderlag. Detta ställer krav på de anställdas kompetens, men kräver också att de anställda har en tillräcklig grad av autonomi att fatta vad man uppfattar vara ett bra beslut i enskilda situationer som inte kan standardiseras. Sådan autonomi måste förstås vara kombinerad med ansvarstagande, vaksamhet och stor kunnsighet. Till dessa krav på goda förutsättningar för de enskilda individerna kommer också behovet att koordinera beslut och handlande med andra personer.

## Men vad händer om något går fel?

Samtidigt som flexibilitet och autonomi alltså är förutsättningar för hög kvalitet och säkerhet i vårdverksamheten innebär det också en risk att ibland kan felaktiga beslut komma att fattas. I verksamhet som sjukvård, där människors liv och hälsa hanteras, kan resultatet av felaktiga beslut få allvarliga konsekvenser. Hur organisationen och vårdsystemet i stort hanterar sådana misstag kommer att ha stor betydelse för människors framtida agerande, inte bara de som begått misstaget utan även deras arbetskamrater, som uppmärksammar hur misstaget bemöts. En icke-bestrafande respons på misstag har visat sig vara viktigt för

en hög patientsäkerhet i vården<sup>23</sup>. Om istället individuellt ansvar utkrävs vid olyckor och tillbud leder det till att man undlåter att rapportera avvikelser och tillbud, för att skydda sig själv och arbetskamraterna. Man löser problemen lokalt, individ till individ, istället för att lyfta dem till gemensam diskussion och problemlösning, exempelvis genom att rapportera dem. Sådan underrapportering motverkar lärande och organisatorisk utveckling<sup>24</sup>.

## Olika typer av säkerhetsbeteende är viktigt – på olika sätt

I detta sammanhang blir det relevant att se närmare på säkerhetsbeteende. I säkerhetsforskning brukar man särskilja två typer av säkerhetsbeteende: regelföljande beteende och delaktigt beteende. Regelföljande beteende innebär att de anställda är följsamma till de regler och procedurer som finns för att hålla en hög säkerhetsnivå, medan delaktigt säkerhetsbeteende innebär att man som anställd uppfattar indikationer på att en situation eller ett förhållande, nu eller i framtiden kan komma att skapa riskfyllda situationer, och att man vidtar olika typer av åtgärder för att minimera denna risk. Det kan exempelvis vara att man påtalar risken, eller tar eget initiativ för att minska den. Delaktigt säkerhetsbeteende kan inte beskrivas och regleras i procedurer. Både regelföljande och delaktigt säkerhetsbeteende är värdefullt men de fyller olika funktioner. Regelföljande säkerhetsbeteende fungerar bra för att minimera redan kända risker medan delaktigt beteende i hög grad ger en beredskap för att minimera de oförutsedda. Delaktigt säkerhetsbeteende är alltså betydelsefullt för organisatorisk resiliens (se ovan). Patientsäkerhetsarbete, såsom det vanligen bedrivs, är i hög grad inriktat på det regelföljande beteendet genom att utveckla säkerhetsrutiner och regler och att ställa tvingande krav på att dessa följs. Samtidigt har forskning indikerat att såväl för hög som för låg detaljeringsgrad i säkerhetsprocedurerna kan öka risken för behandlingsmisstag, och att detta samband tycks vara starkare på vårdenheter där medarbetarna uppfattade att ledningens säkerhetsprioritering, det vill säga en av grundstenarna i ett bra säkerhetsklimat, är låg<sup>25</sup>.

I verksamhet som sjukvård och omsorg, som är omöjlig att helt standardisera, är beroendet av delaktigt säkerhetsbeteende särskilt stort. Samtidigt har forskning visat att i organisationer där människor ställs till svars när misstag begås, tenderar en kultur att utvecklas där man utifrån självbevarelse till varje pris följer skrivna procedurer istället för att i varje situation agera så säkert som möjligt<sup>26</sup>. Ansvarsutkrävande kan alltså motverka allmänt ansvarstagande och delaktigt säkerhetsbeteende. I en studie av vad som främjade regelföljande respektive delaktigt säkerhetsbeteende fann man att om ledningen tydligt uttalade förväntningar på säkert beteende gynnade detta framför allt regelföljande beteende, medan gruppnormer som ledde till att arbetskamraterna betedde sig säkert framför allt hade

23. Aase, Höjland, Olsen, Wliig, & Nilsen (2008)

24. Catino (2008)

25. Katz-Navon, Naveh, & Stern (2005)

26. Jeffcott, Pidgeon, Weyman, & Walls (2006)

betydelse för delaktigt säkerhetsbeteende<sup>27</sup>. För att säkerhetsnivån ska hållas hög är det alltså betydelsefullt både att ledningen har klart uttalade förväntningar på hög säkerhet, och att det finns gynnsamma gruppnormer som vägleder anställda i det egna beslutsfattandet i olika uppkommande situationer. Detta är funktionen hos ett gott säkerhetsklimat.

## Vad krävs för att ett bra säkerhetsklimat ska utvecklas?

Det forskningsprojekt som ligger till grund för den här skriften hade som mål att bidra till kunskapen om vad som krävs för att gynna utvecklingen av bra säkerhetsklimat och hög grad av delaktigt säkerhetsbeteende i vård och omsorg. I en del av projektet valde vi några fenomen som vi baserat på tidigare forskning bedömde kunde vara viktiga i sammanhanget. Dessa beskrivs nedan. I en annan del, som beskrivs senare, var vi mer förutsättningslösa och bad anställda i vård och omsorg själva beskriva sådant som påverkat säkerheten i arbetet.

## Några fenomen som kan antas ha betydelse för utvecklingen av ett bra säkerhetsklimat

### **1. En bra gruppssammanhållning skapar trygghet, starka normer, och understöder gemensamt ansvar för egen och patienters säkerhet**

Säkerhetsklimatet bildas alltså på grundval av gruppens gemensamma observationer och tolkningar av policy, procedurer och praktik i relation till säkerhet i organisationen. För att gemensam mening och gemensamma teorier ska kunna växa fram om hur säkerhet bör hanteras och värderas i organisationen, krävs därför social interaktion och kommunikation inom gruppen. Man kan anta att en god gruppssammanhållning och mycket social interaktion står i ett ömsesidigt stödjande förhållande till varandra: har man mycket med varandra att göra så växer sammanhållningen i gruppen. Är sammanhållningen god ökar chansen att man vill interagera. Man kan också anta att i grupper med mycken social interaktion kommer klimatet att bli starkare (men inte nödvändigtvis bättre)<sup>28</sup>. Får man möjlighet att på olika sätt i tal och handling ”diskutera” sina perceptioner kommer enigheten om

27. Fugas, Silva, & Meliá (2012)

28. Styrkan och kvaliteten i säkerhetsklimatet är olika saker. Ett starkt säkerhetsklimat är ett klimat där det råder stor enighet i gruppen om vad som är viktigt och hur man som gruppmedlem bör förhålla sig till fenomen som har med säkerhet att göra – på gott eller ont! Ett bra säkerhetsklimat är när klimatet gynnar en hög nivå på säkerheten.



de gemensamma teorierna om hur säkerhet bör hanteras och värderas sannolikt att öka, och stor enighet i gruppen innebär ett starkare klimat. Genom att klimatet danar normerna i gruppen så kommer klimatet att ha starkare påverkan på de enskilda gruppmedlemmarnas beteenden i grupper med starkt klimat (stor enighet) än i grupper med svagt<sup>29</sup>.

Samtidigt som hög grad av social interaktion i en arbetsgrupp leder till ett starkare klimat, så kan det antas gynna utvecklingen av socialt kapital i gruppen, genom att det understödjer inte bara gemensamma förståelser utan också nätverksband och tillit till kamraterna. God grupsammanhållning kan på så vis antas leda till att man tar ett större ansvar för varandras säkerhet liksom för gemensamma mål, såsom en god och säker vård. Socialt kapital visade sig också i en studie inom byggindustrin vara positivt relaterat till personalsäkerhet<sup>30</sup>. Forskarna fann att arbetsgruppens gemensamma förståelser, liksom tillit till arbetskamraterna, bidrog till anpassning och samarbete i gruppen, vilket var positivt relaterat till säkerhetsutfallet.

## **2. Goda psykosociala förhållanden är resurser i arbetet och kan öka motivationen att bidra till god och säker vård**

Teori om socialt utbyte (Theory of social exchange)<sup>31</sup> föreslår att om en part i en social interaktion agerar på ett sätt som gynnar den andra parten så innebär detta en social belöning och det uppstår en outtalad men ömsesidig förväntan hos parterna att denna ”gåva” ska komma att återgäldas på något sätt i ett senare skede. I en organisation kan detta innebära att ledare som på olika sätt erbjuder stöd till medarbetarna i deras arbete ger upphov till att medarbetarna kan känna såväl en önskan som en förpliktelse att återgälda genom att bidra till organisationens mål. Forskaren Eisenberger m.fl.<sup>32</sup> utvecklade en teori om organisatoriskt stöd, ’perceived organisational support’ (POS) som är intressant i sammanhanget. Enligt denna teori kommer anställda som utvecklar generella uppfattningar om organisatoriskt stöd, det vill säga att organisationen värderar deras insatser och bryr sig om deras välbefinnande, att utveckla en känslomässig bindning till organisationen. Denna känslomässiga bindning kommer i sin tur att bidra till positiva tolkningar av organisationens agerande och karaktäristika. Den kommer även att bidra till ett engagemang för organisatoriska värderingar och normer. Stödjande psykosociala förhållanden brukar konkret beskrivas som att medarbetarna är klara över sin egen roll, att de ges god tillgång till den information som krävs för att utföra arbetet, att de upplever att arbetet är förutsägbart, att de har möjlighet att påverka sin arbetssituation, möjlighet att utvecklas i arbetet, ges feedback på sina arbetsinsatser, har ett allmänt bra ledarskap, att de upplever att de har

29. Schneider, Salvaggio, & Subirats (2002)

30. Koh & Rowlinson (2011)

31. Blau (1964)

32. Eisenberger, Huntington, Hutchison, & Sowa (1986)

socialt stöd i arbetet, samt upplever en känsla av tillhörighet<sup>33</sup>. Sådana förhållanden, som alltså ger medarbetarna resurser att utföra sitt arbete, kan sägas ge uttryck för ledningens välvilja gentemot, omsorg om och stöd till medarbetarna, och alltså avspeglar en omsorg om medarbetarnas välbefinnande. Anställda som uppfattar att ledningen bryr sig om deras välbefinnande drar antagligen slutsatsen att ledningen även bryr sig om deras säkerhet. På detta sätt kan goda psykosociala förhållanden bidra både till medarbetarnas uppfattning om organisatoriskt stöd, och till ett bra säkerhetsklimat. En sådan teori har fått stöd i empirisk forskning som har visat att ett gott generellt organisationsklimat är positivt relaterat till säkerhetsklimatet<sup>34</sup>, liksom till säkert beteende<sup>35</sup>.

### **3. Med hanterliga psykiska arbetskrav behåller man tillgången till egna kognitiva och känslomässiga resurser, och kan utveckla de kollektiva**

Begreppet psykiska arbetskrav har en rent kvantitativ dimension som handlar om arbetsmängd i förhållande till tid och andra resurser. Men även arbetsuppgifternas svårighetsgrad påverkar hur krävande det blir att hantera arbetet i den takt som krävs. Här är otydlighet, osäkerhet och konflikter rörande vad som är rätt att göra i olika situationer av betydelse<sup>36</sup>, men också rollstress och emotionella och sociala krav<sup>37</sup>. Det är alltså inte endast arbetsgivaren som definierar de krav som finns i ett arbete. Även normsystem inom arbetsgrupper och professioner, krav från lagar och myndigheter samt krav från patienter, ”brukare”, och så vidare, styr kravnivån. Dessutom har individen egna värderings- och personlighetsrelaterade mål angående sin arbetsprestation<sup>38</sup>. En aspekt av detta är ”etisk stress”. Sådan uppstår när personer, ofta beroende på obalans mellan behov och resurser, tvingas göra prioriteringar som går emot egna centrala värderingar.

Ohanterliga arbetskrav utlöser stressreaktioner som påverkar förmågan att koncentrerat och flexibelt bearbeta information och fatta beslut. Lättretlighet och andra för empatin negativa känslomässiga reaktioner hör också till bilden. Eftersom säkerheten, både för personal och patienter, är beroende av personalens förmåga att bearbeta information och fatta kloka beslut, lär stresspåverkan på personalen p.g.a. alltför höga arbetskrav, vara negativt för säkerheten, för såväl patienter som personal.

33. Kristensen, Borg, & Hannerz (2002); Nahrgang, Morgeson, & Hofmann (2007)

34. Larsson-Tholén, et al. (2013); Neal, Griffin, & Hart (2000)

35. Nahrgang, et al. (2007); Parker, Axtell, & Turner (2001)

36. Karazek & Theorell (1990)

37. Bakker & Demerouti (2007)

38. Pousette (2001)

#### **4. Tillit till ledningen – en indikator på bra ledarskap, som ger medarbetarna förutsättningar och motivation att efter bästa förmåga bidra till arbete av hög kvalitet**

En ledning som understryker betydelsen av personalens säkerhet i organisationen klagör inte bara säkerhetens prioritet utan bidrar även till utvecklingen av medarbetarnas tillit till ledningen<sup>39</sup>. Tillit har visats vara en avgörande faktor i social interaktion<sup>40</sup>, viktigt för att en organisation ska fungera väl<sup>41</sup>, och för hög personalsäkerhet<sup>42</sup>, bland annat eftersom låg tillit kan påverka säkerhetskulturen negativt<sup>43</sup>. Andra forskare<sup>44</sup> har beskrivit att i högpresterande arbetsorganisationer ses medarbetarna som den främsta resursen, och motiveras i arbetet genom att uppmuntras till delaktighet i beslutsfattande, erbjudas högkvalitativ utbildning och träning i arbetsaktiviteter, samt genom att ledningen i hög utsträckning delar information med sina medarbetare. Sådant ledarskap innebär att man visar respekt för medarbetarna och att man visar att man ser dem som kapabla och intelligenta. Forskare<sup>42</sup> fann i en empirisk studie att sådana högpresterande arbetsorganisationer bidrog till utveckling av tillit till ledningen, liksom till ett bra personalsäkerhetsklimat, faktorer som i sin tur bidrog till färre tillbud och olyckor. Det förefaller sannolikt att en liknande effekt skulle kunna ses på patientsäkerheten.

39. Törner (2011)

40. Clark & Payne (1997)

41. Ashleigh & Stanton (2001); McEvily, Perrone, & Zaheer (2003)

42. Conchie & Donald (2006); Poortinga & Pidgeon (2003); Zacharatos, Barling, & Iverson (2005)

43. Cox, Jones, & Collinson (2006)

44. Zacharatos, Barling, & Iverson (2005)

# Syftet med vår studie

---

Syftet med den här studien var dels att undersöka hur personalsäkerhets- klimat och patientsäkerhetsklimat förhåller sig till varandra i vård och omsorgsarbete. Ett andra syfte var att så fullödigt som möjligt beskriva förhållanden som i specialiserad vård och i kommunal äldreomsorg är av betydelse för god patientsäkerhet och personalsäkerhet genom att de gynnar utvecklingen av ett bra säkerhetsklimat och delaktigt säkerhetsbeteende. Samtidigt ville vi belysa förhållanden som på motsvarande sätt är negativa för säkerheten.

## Så gick vi till väga<sup>45</sup>

Samtliga chefsläkare inom Västra Götalandsregionen, samt den för äldreomsorgen i Göteborgs kommun ansvariga tjänstemannen, tillfrågades om intresse i deras organisationer att delta i studien. Två sjukhusorganisationer med sammanlagt fem olika sjukhus, samt tre äldreboenden accepterade att delta. 124 vårdenheter med sjuksköterskor och undersköterskor (avdelningar mm) samt 26 enheter med läkare (kliniker och motsvarande) inom dessa organisationer lämnade enkätdata i den inledande delen av projektet. En vård-enhet definierades som en arbetsgrupp med gemensam första linjens chef<sup>46</sup>. Bland dessa enheter valdes sedan intervjupersoner ut för ytterligare studier.

## Först en enkätstudie

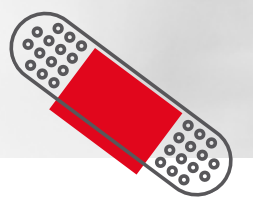
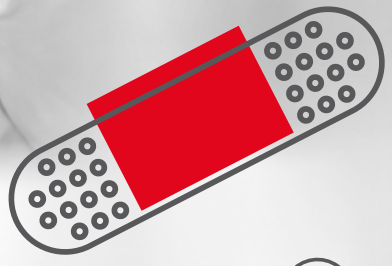
I en enkätstudie ställde vi frågor om säkerhetsklimat för personalsäkerhet<sup>47</sup> respektive patientsäkerhet<sup>48</sup>, om regelföljande säkerhetsbeteende respektive delaktigt säkerhets-

45. För utförlig metodbeskrivning, se Törner, Eklöf, Larsman & Pousette (2013)

46. För sjuksköterskor och undersköterskor var enheten avdelning eller mottagning, för läkare var enheten klinik eller i vissa fall mottagning.

47. Kines et al. (2011)

48. Sorra & Nieva (2004)



beteende avseende såväl patienternas som personalens säkerhet<sup>49</sup>, om psykosociala resurser<sup>50</sup> och krav<sup>51</sup> i arbetet, om tillit till chef<sup>52</sup> samt om gruppsammanhållning<sup>53</sup>. Enkäterna skickades till samtliga läkare, sjuksköterskor och undersköterskor inom de sjukvårdenheter som valt att vara med i studien, och till samtliga sjuksköterskor och undersköterskor inom de omsorgsenheter, som deltog. Totalt fick 4252 personer enkäten. Av dessa svarade 58 procent, 1154 sjuksköterskor, 886 undersköterskor och 324 läkare. Av de som svarade var 85 procent kvinnor och 15 procent män.

## Sedan intervjustudier

För att få en djupare förståelse för de konkreta förhållanden som är grunden för säkerhetsklimatet och för vad som främjar respektive motverkar delaktigt säkerhetsbeteende, gjordes djupintervjuer med personal i vård- och omsorgsverksamhet<sup>54</sup>. För att få frågorna belysta ur så många perspektiv som möjligt användes resultat från enkäten för att välja ut intervjupersoner. Vi valde ut sammanlagt 38 enheter fördelade på de två sjukhusorganisationerna och äldreomsorg, där en fjärdedel var enheter där enkätsvaren pekade på att säkerhetsklimat och delaktigt säkerhetsbeteende för patienter och personal var högt. En fjärdedel var enheter med högt säkerhetsklimat men lågt delaktigt säkerhetsbeteende. Ytterligare en fjärdedel var enheter med lågt säkerhetsklimat men högt delaktigt säkerhetsbeteende och slutligen en fjärdedel var enheter med lågt säkerhetsklimat och lågt delaktigt säkerhetsbeteende. Från var och en av dessa enheter valdes en intervjuperson som arbetat på enheten minst sex månader och minst 75 procent av heltid i samband med intervjutillfället, som inte var chef, som var tillgänglig för intervju vid ett specifikt tillfälle och som var villig att delta. Om det fanns flera sådana personer på enheten (vilket inte var vanligt) så lottades en intervjuperson fram bland dessa. Slutligen deltog tretton läkare, tolv sjuksköterskor och elva undersköterskor i intervjuerna.

Det är viktigt att poängtera att ambitionen i intervjustudierna inte var att ge en beskrivning av normaltillståndet för förhållandena i vården. Syftet var istället att så brett och fullständigt som möjligt fånga upp och beskriva förhållanden som bidrar till hög säkerhet för patienter och personal, liksom förhållanden som är negativa för säkerheten. Intervjustudierna hade alltså över huvud taget ingen ambition att bestämma hur ofta förhållanden av ena eller andra slaget förekom<sup>55</sup>. Datainsamling och -analys gjordes med en metod som kallas fenomenografi<sup>56</sup>. Den lämpar sig för att kartlägga de kvalitativt olika sätt som människor upplever, uppfattar och förstår olika fenomen i den värld som omger dem. Syftet är alltså inte att vaska fram gemensamma drag i intervjupersonernas uppfattning,

49. Skalar utvecklade inom ramen för detta projekt

50. Kristensen, et al. (2002)

51. Karazek & Theorell (1990); Theorell, Mickelsen, & Nordemar (1991)

52. Butler (1991)

53. Bollen & Hoyle (1990). Skalan anpassad till mindre grupper av Chin, Salisbury, Pearson, & Stollak (1999)

54. Samtliga djupintervjuer genomfördes 2011

55. Yin (2006)

56. Marton (1986); Marton & Säljö (1976)

utan att med stor detaljrikedom fånga fenomenet ”förutsättningar för hög säkerhet i vård och omsorg”. Vi ställde öppna frågor i intervjun och bad intervjupersonerna berätta så ingående som möjligt om situationer de kände väl till där en patient eller boende (respektive personal) kommit till skada eller hade kunnat komma till skada. När denna fråga var uttömd bad vi intervjupersonerna beskriva ett tillfälle som de kände väl till då patienten eller omsorgstagaren istället tagits omhand på ett sätt med verkligt hög patientsäkerhet (och motsvarande för personalsäkerheten). Därefter ställde vi frågor om delaktigt säkerhetsbeteende, där intervjupersonen ombads beskriva en situation då han eller hon själv eller en arbetskamrat tagit eget initiativ till något för att förbättra säkerheten (för patienter eller personal) på den egna arbetsplatsen. Slutligen ombads intervjupersonen beskriva en situation då han eller hon låtit bli att ta sådant initiativ, trots att det hade behövts.

Analyserna resulterade i ett antal kategorier där vi även tog hänsyn till förhållanden som enstaka individer lyfte fram som viktiga. Detta är betydelsefullt dels eftersom säkerhetsklimatet, enligt den vetenskapliga teorin, skapas genom att samtliga individer i en grupp deltar. Genom social interaktion och kommunikation tolkas egna och andras observationer. Varje enskild individ bidrar alltså till det klimat som växer fram i gruppen. Detaljrikedomen i analyserna av resultaten är även betydelsefull genom att den kan ge många konkreta ledtrådar till vad man i verksamhetsstyrning praktiskt kan göra för att utveckla säkerhetsklimat och säkerhet<sup>57</sup>.

Analyserna av de individuella intervjuerna med sjuksköterskor och undersköterskor respektive med läkare, där läkarna är knutna till klinik medan sjuksköterskor och undersköterskor är knutna till avdelning eller mottagning, gjordes av två forskare oberoende av varandra. De kan därför sägas ge två komplementära perspektiv från delvis samma vårdmiljöer och som tolkats utifrån två olika forskarperspektiv. Båda forskarna har läst alla rådata samt läst och diskuterat resultaten från varandras analyser och kunnat konstatera att de känner igen och godtar varandras resultat. Analyserna i intervjuerna med läkare respektive sjuksköterskor och undersköterskor visade en i stora stycken likartad temastruktur. Därför redovisar vi resultaten under en gemensam struktur men anger vilka resultat som kommer från intervjuer med sjuksköterskor och undersköterskor respektive med läkare.

Slutligen genomförde vi fyra fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal<sup>58</sup>. Detta dels för att, om möjligt, få fram ytterligare information, dels för att kvalitetssäkra resultaten av djupintervjuerna. Vi bad var och en av sjukhusorganisationerna vidtala tre läkare om att delta. En av sjukhusorganisationerna ombads även vidtala två sjuksköterskor och en undersköterska. Äldreomsorgen bad vi vidtala två undersköterskor och en sjuksköterska. Av dessa tolv personer deltog slutligen elva (en läkare avstod på grund av tidsbrist).

Gruppmötena leddes av två forskare och var uppdelade i två delar. Under den första delen ombads deltagarna inledningsvis enskilt fundera över en situation de kände väl till då

57. Ovretveit (2009)

58. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes under 2012



säkerheten för patienter eller personal hanterats på ett bra sätt. De ombads identifiera tre till fem företeelser som karaktäriserade den situationen och att skriva ned dem på post-it lappar. Därefter ombads de på motsvarande sätt enskilt reflektera över en situation då säkerheten för patienter eller personal hanterats på ett otillfredsställande sätt, och notera på lappar vad som karaktäriserade den situationen. När alla var klara lade en deltagare i taget ut sina lappar på bordet och fick berätta utförligt om situationen och förhållandena som lapparna angav. Om detta fick deltagarna att komma på ytterligare förhållanden som var viktiga så skrev de kompletterande lappar. Vartefter alla deltagares lappar kom på bordet hjälptes gruppen åt, att med stöd från en av forskarna, kategorisera lapparna tematiskt. Arbetet fortsatte tills ingen deltagare hade några ytterligare förhållanden att delge och samtliga deltagare var nöjda med temastrukturen. Deltagarna genomförde alltså detta fokusgruppsmoment utan kännedom om resultaten från intervjustudien.

I andra delen av mötet gav forskarna en redogörelse för de teman som framkommit genom de individuella intervjuerna med yrkeskategorin/yrkeskategorierna i den aktuella fokusgruppen (alltså antingen sjuksköterskor/undersköterskor eller läkare). Fokusgruppen ombads kommentera dessa teman. Avslutningsvis tillfrågades gruppen om man ansåg att något väsentligt saknades, om forskarna hade missförstått något, eller om de hade några andra synpunkter.

**”Vi har ju bra sammanhållning ändå i gruppen och man vågar ta upp allting. Det är ändå en väldigt bra grupp att diskutera med och även cheferna tycker jag är bra som är med i diskussioner.”**

**Sköterska**



# Studiens resultat – presentation och diskussion<sup>59</sup>

---

## Relationen mellan personalsäkerhetsklimat och patientsäkerhetsklimat

I enkätstudien ställdes frågor om olika aspekter eller dimensioner av de två olika typerna av säkerhetsklimat, patientsäkerhetsklimat respektive personalsäkerhetsklimat. Resultaten visade att de flesta olika dimensionerna inom en klimattyp var starkt positivt relaterade till varandra. Man kan alltså tala om ett överordnat patientsäkerhetsklimat respektive personalsäkerhetsklimat.

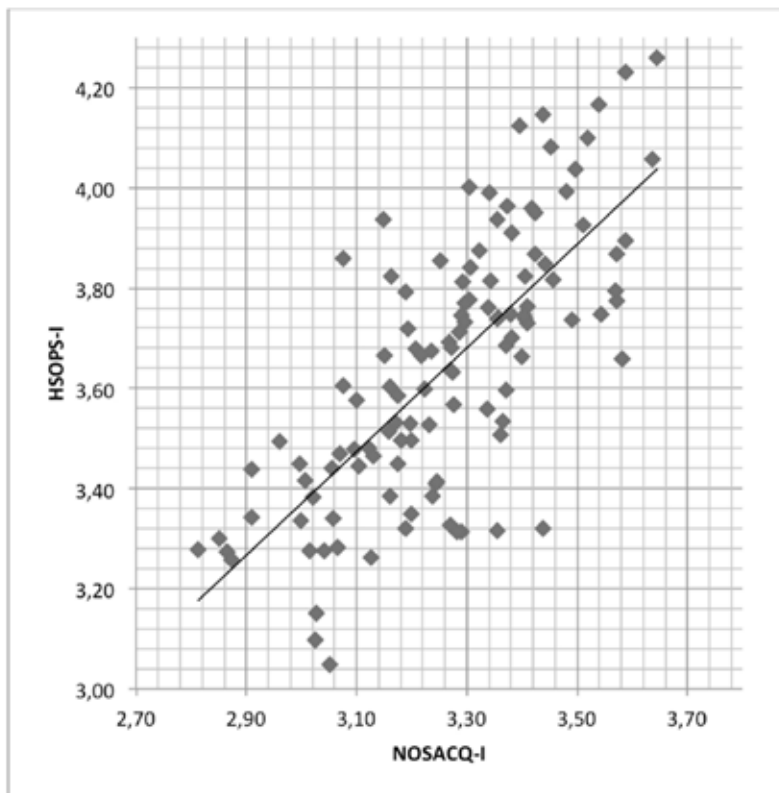
Analyserna visade också att patientsäkerhetsklimat respektive personalsäkerhetsklimat kan delas in i två övergripande dimensioner. En beskriver förhållanden inom den *egna* enheten, det vill säga det interna perspektivet. Beträffande patientsäkerhet handlade detta om relationerna inom enheten, inklusive synen på närmaste chef. Det handlar exempelvis om synen på närmaste chefs agerande kring patientsäkerhet, eller på samarbetet inom vårdenheten. Beträffande personalsäkerhet rörde sig det interna perspektivet om synen på relationer mellan arbetskamrater i den egna arbetsgruppen, exempelvis synen på de anställdas säkerhetsprioritering och icke-acceptans av risker, eller på de anställdas säkerhetskommunikation, lärande och tillit till arbetskamraternas säkerhetskompetens.

Den andra övergripande typen av dimension inom patientsäkerhetsklimat respektive personalsäkerhetsklimat beskrev synen på *andra* delar av organisationen, det vill säga det externa perspektivet. Beträffande patientsäkerhet handlade detta exempelvis om synen på samarbetet mellan vårdenheterna, och synen på högsta ledningens stöd till patientsäkerhetsarbetet. När det gällde personalsäkerhet handlade det om relationen mellan arbetsgrupp och ledning, till exempel synen på ledningens säkerhetsprioritering, säkerhetsengagemang och säkerhetskompetens, och synen på ledningens förmåga att skapa delaktighet i säkerhetsfrågor.

59. För utförlig resultatredovisning, se Törner m fl. (2013)



Våra resultat visade också att kvaliteten på patientsäkerhetsklimatet hängde ihop med kvaliteten på personalsäkerhetsklimatet. Det vill säga att organisatoriska enheter med ett högt patientsäkerhetsklimat också hade ett högt personalsäkerhetsklimat, medan om det ena var lågt var i allmänhet det andra det också. Den praktiska slutsatsen blir att om man lyckas understödja en utveckling i positiv riktning av den ena av dessa säkerhetsklimattyper är det sannolikt att man får en positiv effekt även på den andra. Starkast var sambandet mellan de två övergripande dimensionerna med internt perspektiv. Detta pekar alltså på att man – särskilt på gruppnivå – kan tala om ett övergripande säkerhetsklimat och att om säkerhet är värderat i gruppen så omfattar det såväl patienternas som personalens säkerhet. Figur 1 illustrerar detta samband för de olika enheterna. Av figuren framgår tydligt att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat går hand i hand.



**Figur 1.** Förhållande mellan patientsäkerhetsklimat (HSOPS-I) och personalsäkerhetsklimat (NOSACQ\_I), båda med ett internt perspektiv på den egna organisatoriska enheten. Diagrammet är baserat på aggregerade data på enhetsnivå (20 kliniker och 96 avdelningar). Enbart enheter med minst fem svarande är inkluderade. Av figuren framgår att ett bra patientsäkerhetsklimat och ett bra personalsäkerhetsklimat går hand i hand.

## Relationen mellan personalens psykosociala arbetsituation och säkerhetsklimatet

Här behöll vi de fyra övergripande säkerhetsklimatdimensionerna, det vill säga två med internt perspektiv (förhållanden på egen enhet) och två med externt perspektiv (förhållanden i resten av organisationen). I nästa steg lade vi till enkätsvaren avseende psykosociala arbetsresurser, arbetskrav, tillit till närmaste chef, och gruppsammanhållning vid vårdenheten, och undersökte sambanden mellan dessa och dimensionerna av säkerhetsklimat. Resultaten visade tydligt att tillgång till arbetsresurser, hanterliga arbetskrav, tillit till sin närmaste chef och en god sammanhållning i arbetsgruppen är viktigt för att ett bra säkerhetsklimat ska utvecklas – såväl för patientsäkerhet som för personalsäkerhet. Faktum är att dessa fyra faktorer till stor del kunde förklara de starka sambanden mellan de olika klimattyperna. Dessa förhållanden tycks alltså ha stor betydelse för säkerheten för såväl personal som patienter. Sambanden illustreras i en konceptuell modell i figur 2, sid 41.

## Relationen mellan säkerhetsklimat och personalens säkerhetsbeteende

Här använde vi enkätsvaren för att först undersöka vilka samband som fanns mellan olika typer av säkerhetsbeteende hos personalen. De olika typerna av säkerhetsbeteende – regelföljande respektive delaktigt – beskrivs i det tidigare kapitlet ”Olika typer av säkerhetsbeteende är viktigt på olika sätt”. Vi fann att grupper som angett en hög grad av delaktigt säkerhetsbeteende avseende patientsäkerhet också angett högt delaktigt säkerhetsbeteende avseende personalsäkerhet. Ett liknande, om än inte riktigt lika starkt, samband fanns beträffande regelföljande säkerhetsbeteende för patientsäkerhet respektive personalsäkerhet. Det tycks alltså vara så att på enheter där personalen uppvisar delaktigt säkerhetsbeteende gör man det oavsett om det gäller patienternas eller personalens säkerhet, och på enheter där man är regelföljande är man det oavsett om det gäller patientsäkerhet eller personalsäkerhet.

Däremot fanns det inget samband mellan regelföljande och delaktigt säkerhetsbeteende. En grupp som angett att de i hög utsträckning följde säkerhetsregler och -procedurer visade inte mer delaktigt säkerhetsbeteende än andra grupper. Det fanns till och med en tendens till att vara tvärt om. En förutsättning för ett starkt säkerhetsbeteende, oavsett om det är regelföljande eller delaktigt, är förstas att man uppfattar säkerhet som en viktig fråga. De olika typerna av beteende tycks dock ha olika bakomliggande mekanismer. Kanske är det så att i grupper där det är norm att följa säkerhetsregler och -procedurer uppfattar man att säkerheten garanteras bäst just så. Man kan också tänka sig att eftersom delaktigt säkerhetsbeteende innebär att man går utanför och längre än vad som regleras i instruktionerna krävs att sådant beteende är sanktionerat av såväl ledning som arbetskamraterna

i gruppen. Att använda eget omdöme innebär att det beslut man fattar någon gång kan komma att vara fel. Det bemötande man då får kommer att ha stor betydelse för hur man själv, och ens omgivning (i enlighet med organisationsklimatteori, som beskrivs ovan), kommer att agera i fortsättningen. Blir man skuldbelagd och utkrävd ansvar kommer man med största sannolikhet att vara obenägen att ta egna initiativ av liknande slag i framtiden. Istället följer man reglerna. Då kan ingen säga att man gjort fel, även om resultatet inte blir det bästa.

Skuldbeläggande och ansvarsutkrävande är starka signaler under alla omständigheter, men alldeles särskilt inom vård och omsorg. Där är det dels i hög grad de etiska värderingarna som är grundläggande, dels innebär denna typ av verksamhet att det är människors liv och hälsa som står på spel. De känslomässiga konsekvenserna av felbeslut i form av skuld och skam är därför mycket starka. Skuldbeläggning och ansvarsutkrävande i sådan verksamhet innebär alltså synnerligen tunga bestraffningar. Att använda eget omdöme, och gå längre än reglerna föreskriver kräver också en trygghet i gruppen, att normerna i gruppen stöder sådant beteende. Det kräver också ett starkt engagemang från personalens sida att göra sitt allra bästa för att resultatet – i detta fall säkerheten – ska bli så bra som möjligt. Dessa två förutsättningar hänger förmodligen ihop med varandra och man anar här att relationerna i gruppen är betydelsefulla.

I nästa steg undersökte vi sambanden mellan säkerhetsbeteende och de fyra övergripande dimensionerna av säkerhetsklimat som presenterades tidigare, det vill säga med internt respektive externt perspektiv. Vi fann att enheter som angett ett bra säkerhetsklimat för såväl patientsäkerhet som personalsäkerhet angav ett högre regelföljande säkerhetsbeteende. Vi fann också att enheter som angett att de hade ett högt patientsäkerhetsklimat med externt perspektiv, det vill säga som kände starkt stöd för patientsäkerheten från högre ledning och som upplevde att samarbetet *mellan* enheter var sådant att det stärkte patientsäkerheten, samtidigt angav ett lågt delaktigt patientsäkerhetsbeteende.

När man tolkar dessa resultat bör man hålla i åtanke att det är de regelföljande aspekterna av säkerhetsbeteende som hela tiden efterfrågas och poängteras i relation till säkerhetsarbetet inom vård och omsorg<sup>60</sup>. Kanske gäller detta i synnerhet avseende patientsäkerhetsarbete som också är den typ av säkerhetsfrågor inom vård och omsorg som för närvarande rönar mest uppmärksamhet såväl inom vårdsystemet som i samhällsdebatten i stort. Säkerhetsklimatet utgörs ju, som vi tidigare beskrivit, av gruppens gemensamma uppfattning om vad som är värderat i organisationen, inte minst av dess ledning. Baserat på gruppens gemensamma tolkningar av detta skapas beteendenormer. Under sådana förhållanden kan man alltså förvänta att om personalen uppfattar att säkerhet är högt värderat och efterfrågat i organisationen så avser detta framför allt att man följer säkerhetsreglerna. Om säkerhetsklimatet är högt kan man i så fall förvänta en positiv relation mellan säkerhetsklimat och regelföljande säkerhetsbeteende<sup>61</sup>. Men samtidigt är dessa resultat oroande, eftersom ett delaktigt säkerhetsbeteende är en förutsättning för att skapa säkerhet där oförutsedda

60. Se ex. Weingart & Page (2004).

61. I en studie av Fugas m fl. (2012) konstaterades att regelföljande säkerhetsbeteende framför allt prediceras av chefernas uttalade säkerhetsförväntningar.

händelser dyker upp, vilket ju är ett signum för vård och omsorg. En ”räddningsplanka” i sammanhanget var att om patientsäkerhetsklimatet inom den egna enheten (ett internt perspektiv) var gott så angav personalen på enheten både högt regelföljande och högt delaktigt patientsäkerhetsbeteende. Återigen pekar detta på betydelsen av stöd i den egna gruppen, liksom av engagemang för arbetet i den egna gruppen.

När det gällde personalsäkerheten så fann vi delvis liknande resultat. Bra personalsäkerhetsklimat med såväl ett externt som internt perspektiv understödde regelföljande personalsäkerhetsbeteende, men påverkade inte det delaktiga personalsäkerhetsbeteendet.

## Relationen mellan personalens psykosociala arbetsituation och säkerhetsbeteende

I nästa steg undersökte vi, på basis av enkätresultaten, hur de fyra aspekterna av personalens psykosociala arbetsituation: arbetsresurser, arbetskrav, tillit till närmaste chef och sammanhållning, påverkade personalens säkerhetsbeteende. Vi hade redan konstaterat att dessa fyra aspekter av de psykosociala förhållandena alla var betydelsefulla för ett bra säkerhetsklimat. Vi undersökte nu hur de fyra psykosociala aspekterna inverkar på säkerhetsbeteendet om man höll effekten av säkerhetsklimatet konstant. Frågan var framför allt intressant avseende effekten på delaktigt säkerhetsbeteende, eftersom nivån på säkerhetsklimatet visat sig ha ganska begränsat värde för sådant beteende.

## Betydelsen av tillgång till psykosociala arbetsresurser för delaktigt säkerhetsbeteende

Tillgång till psykosociala arbetsresurser visade sig ha ett positivt samband med delaktigt patientsäkerhetsbeteende, när man höll säkerhetsklimatet under kontroll<sup>62</sup>. Däremot fanns inga samband med personalsäkerhetsbeteende. Att tillgång till psykosociala arbetsresurser är positivt för patientsäkerhetsbeteendet är nog inget att förvånas över. Personer som ges resurser att utföra sitt arbete väl, på kort och lång sikt, kommer förmodligen att känna ett stöd från organisationen, och därmed en önskan att bidra till målen i arbetet. I vård och omsorg är de etiska värdena vanligen framträdande drivkrafter för personalen. Detta omfattar förstås en stark önskan att bidra till bot och lindring, men också att göra sitt yttersta för att vården i sig inte ska orsaka patienten skada. Men personalsäkerheten då? Ja, våra resultat visade visserligen tydligt att om patientsäkerhetsklimatet är högt på en arbetsenhet, så är vanligen också personalsäkerhetsklimatet högt. Men inom vårdrutinen

62. Att kontrollera för något innebär i detta sammanhang att vi höll den inverkan, som säkerhetsklimatet hade, under kontroll, så att dess effekt inte påverkade de samband som sedan undersöktes. På så sätt kunde vi se vad de andra studerade faktorerna hade för inverkan, utöver effekten genom säkerhetsklimatet.



finns ändå inte samma tydliga etiska fokus på den egna säkerheten. Om organisationen ger personalen goda psykosociala förutsättningar att göra ett bra jobb så upplever man att organisationen värderar ens insatser och bryr sig om ens välbefinnande. Detta har i tidigare forskning visat sig ha goda effekter på delaktigt säkerhetsbeteende<sup>63</sup>. Men inom vården är det patientens bästa som är det tydliga professionella målet, och slutsatsen blir då att det delaktiga säkerhetsbeteendet kommer att riktas mot patienternas säkerhet.

## Med hanterbara arbetskrav hinner man följa alla regler, medan höga arbetskrav kan öka behovet av delaktigt beteende

Under kontroll för säkerhetsklimatet var hanterbara arbetskrav positivt förknippat med regelföljande säkerhetsbeteende. Säkert beteende innebär ofta kortsiktigt en ”kostnad” i form av tid eller visst besvär. Om arbetsbelastningen är hanterbar är det mer sannolikt att man som individ ska finna utrymme att ta denna extra kostnad.

Under kontroll för säkerhetsklimatet var hanterbara arbetskrav dock *negativt* relaterat till delaktigt patient- och personalsäkerhetsbeteende, det vill säga om arbetskraven var *höga* så angav personalen en högre grad av delaktigt säkerhetsbeteende. Hur kan detta förklaras? Kanske är det så att när arbetskraven är höga ökar också behovet av delaktighet, att inte nöja sig med att följa regler och föreskrifter, utan att gå utanför och längre än så och använda sin fulla kapacitet för att göra ett bra och säkert jobb. Men samtidigt kan man tänka sig att höga krav inte är nog, utan att denna typ av personligt ansvarstagande för kvalitet i arbetet förutsätter vissa understödjande förhållanden i organisationen. De resonemang vi fört om resultaten ovan indikerar att relationerna i arbetsgruppen kan spela en kritisk roll, så låt oss titta på närmare på det.

## En god gruppssammanhållning skapar ett större individuellt ansvarstagande för gruppens arbete

Resultaten visade att under kontroll för säkerhetsklimatet, var en god gruppssammanhållning positivt för såväl delaktigt patientsäkerhetsbeteende som delaktigt personalsäkerhetsbeteende. Dessa resultat pekade alltså tydligt på betydelsen av en stabil och välfungerande grupp för en hög säkerhet, både för patienter och för personal, något som ytterligare understöds av resultaten av intervjustudierna. Ur praktisk synpunkt är det alltså viktigt att organisationen skapar goda förutsättningar för att sådana goda grupper ska utvecklas. Det kan göras genom att ge möjlighet till reflektion och samtal om vardagens arbete. På

63. Hofmann, Morgeson, & Gerras (2003)

så sätt kan relationer och gemensamma förhållningssätt utvecklas. Det är också viktigt att organisationen tar itu med och löser konflikter och i samband med omorganisationer ger stöd för gruppen att jämka samman olika grupp-kulturer. Vidare är det viktigt att se till att inte omorganisationer slår sönder välfungerande grupper. Ett socialt kapital i gruppen är en betydelsefull tillgång. Det tar lång tid att bygga upp men går mycket snabbt att radera.

Ovanstående resultat kan bäst ses i ett större sammanhang. Om arbetskraven är höga, det vill säga om det finns ett stort behov av personligt ansvarstagande i form av delaktigt beteende, och *under förutsättning* att man ges rimliga förutsättningar att göra ett ansvarstagande och bra jobb genom att man ges goda arbetsresurser, samt *under förutsättning* att man är del av en grupp med god sammanhållning, blir man motiverad att ta ett personligt ansvar för det gemensamma arbetsresultatet. Detta ansvar kan då ta sig uttryck i så kallat Organisatoriskt medborgerligt beteende (Organizational Citizenship Behavior)<sup>64</sup> generellt, och delaktigt säkerhetsbeteende specifikt. Resultaten indikerar således att en väl samman-svetsad grupp med god sammanhållning är av central betydelse för såväl patientsäkerheten som för personalsäkerheten i vård och omsorg. Om omständigheterna för övrigt är goda och behovet är stort så tar man, enligt detta resonemang, extra stort personligt ansvar för att göra ett så bra och säkert jobb som står i ens makt.

## Vad betyder tilliten till närmaste chef för säkerheten?

Tillit till närmaste chef visade sig vara positivt relaterat till såväl patientsäkerhetsklimat som personalsäkerhetsklimat, men hade ingen direkt relation till säkerhetsbeteende. Effekten på säkerheten går här alltså via utvecklingen av ett bra säkerhetsklimat. Intervju-resultaten (som redovisas senare i denna rapport) visar också på betydelsen av en bra och stödjande chef för hög säkerhet.

Andra forskare<sup>65</sup> har diskuterat vad som karaktäriserar säkra och resilienta vårdorganisationer, det vill säga organisationer som har förmåga att anpassa sig till variabla och oförutsedda förhållanden utan att skadas eller förlora förmåga att fungera väl. Forskarna hävdade, att hög tillförlitlighet i ett resilient system inte handlar om att försöka eliminera variation och avvikelser, utan att kunna hantera sådana fluktuationer. Hög tillförlitlighet karaktäriseras inte av perfekta organisatoriska strukturer i form av arbetsbeskrivningar, rapportering, regler och procedurer, utan kräver aktiva, nytänkande och uppmärksamma ledare. Det är då viktigt att chefer ges adekvata organisatoriska förutsättningar att agera på sådant sätt. Kanske är det så tillit skapas?

64. Organ (1997). Organ definierade Organizational Citizenship Behavior, OCB, som "individuellt självpåtaget beteende, som inte är direkt uppmärksammat i de formella belöningsystemen, och som totalt sett gynnar effektiv funktion i organisationen" (s.86; förf. översättn.). Delaktigt säkerhetsbeteende kan ses som en specifik aspekt av OCB

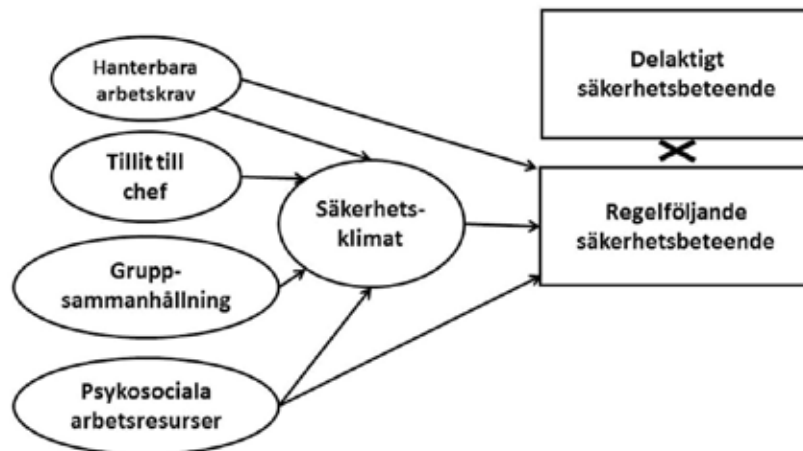
65. Schulman (2004)



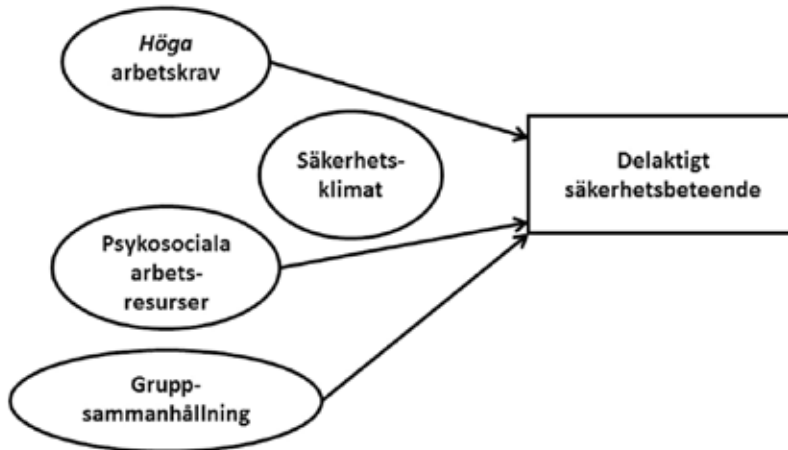
## Och slutsatsen blir...

Sammantaget kan sägas att det regelföljande säkerhetsbeteendet huvudsakligen var beroende av ett bra säkerhetsklimat och en hanterbar arbetsbelastning. Delaktigt säkerhetsbeteende däremot förklarades inte av säkerhetsklimatet i någon större utsträckning. Delaktigt beteende kännetecknades istället framför allt av en arbetssituation med höga arbetskrav, tillgång till psykosociala arbetsresurser och en god sammanhållning i arbetsgruppen.

En konceptuell modell över de samband vi fann presenteras i figur 2. En modell över vad som kunde förklara delaktigt säkerhetsbeteende visas i figur 3.



**Figur 2.** Figuren illustrerar en konceptuell modell över samband vi fann i vår enkätstudie. Tillit till närmaste chef, hanterbara arbetskrav, tillgång till psykosociala arbetsresurser, och gruppsammanhållning vid vårdenheten var alla betydelsefulla för säkerhetsklimatet för såväl patientsäkerhet som för personalsäkerhet. Säkerhetsklimatet var i sin tur betydelsefullt för det regelföljande säkerhetsbeteendet men påverkade mycket lite det delaktiga säkerhetsbeteendet. Hanterbara arbetskrav och psykosociala arbetsresurser hade också en direkt inverkan på regelföljande säkerhetsbeteende. Intressant nog fanns inga samband mellan regelföljande säkerhetsbeteende och delaktigt säkerhetsbeteende, vilket diskuteras i texten. Det är viktigt att påpeka att modellen är en sammanställning av olika delresultat och att vi inte statistiskt prövat modellen i sin helhet.



**Figur 3.** Figuren illustrerar huvuddragen i vilka faktorer som var betydelsefulla för det delaktiga säkerhetsbeteendet. Som framgår av modellen så var säkerhetsklimatet inte avgörande för denna typ av säkerhetsbeteende.

**” Det har vi sagt också, att ska vi ha trettio patienter så okej, men då får ni ju ändå ha ordinarie personal, för det funkar inte att bemanna en avdelning med 30 procent, eller vad det nu kan vara, personal utifrån.”**

**Sköterska**

## Fördjupade resultat genom de individuella intervjuerna

Låt oss börja från slutet! Som avslutning på de individuella intervjuerna ombads intervju-personerna ange om de generellt ansåg att säkerheten för patienter respektive personal på den egna enheten var hög eller låg. Resultaten presenteras i tabell 1.

” Jag tror nog säkerheten är hög fortfarande. Det är nog mycket för att vi är personligt engagerade sköterskor här än så länge, ganska många, och vi är duktiga på att arbeta hårdare och hårdare... Än så länge kämpar vi som, vad vet jag, svensk arbetshäst, jobbar hårdare och hårdare för att upprätthålla patientsäkerheten och den är ändå ganska god.”

*Sköterska*

	Hög	Med tvekan hög	Varken hög eller låg	Låg	Oklart
Patientsäkerhet	23	6	3	3	1
Personalsäkerhet	16	5	6	8	1

**Tabell 1.** Intervjupersonernas generella uppfattning om nivån på patientsäkerheten respektive personalsäkerheten vid den egna vårdsenheten. Siffrorna anger antal som angav respektive nivå (n=36).

Tabell 1 visar att patientsäkerheten på den egna enheten oftare än personalsäkerheten bedömdes som hög. Knappt hälften av de intervjuade upplevde personalsäkerheten som entydigt hög. En tredjedel av intervjupersonerna kände också tvekan inför patientsäkerheten på enheten. Detta är förstås signaler att ta på stort allvar.

Skadehändelser inträffar i kritiska situationer då olika omständigheter sammanfaller. Genom att studera berättelser om sådana situationer ville vi undersöka vilka slags omständigheter som sammanfaller vid skadehändelser. På motsvarande sätt ville vi undersöka omständigheter som uppfattas ligga bakom situationer som förknippas med god säkerhet. Vi ville också i berättelserna försöka klargöra hur individen och arbetssystemet hanterade kritiska situationer. Kritiska situationer är av särskilt intresse därför att det är då som mönster i hur säkerhet hanteras på en arbetsplats blir synliga. Dessa mönster uppfattas av medarbetarna och blir normerande för beteendet i sådana situationer och för hur man uppfattar vad som är viktigt och värderat i organisationen. Vi betraktar alltså i denna studie berättelser om kritiska situationer också som berättelser om hur säkerhetsklimat kommer till uttryck och (åter)skapas.

De flesta av våra resultat handlar om förhållanden på vård- och omsorgsavdelningar, mottagningar och kliniker. Det var en styrka i vår studie att resultaten baseras på berättelser från personal som dagligen lever i och observerar detta. Syftet med det var att få kunskap om vad som bidrog till säkerhetsklimatet, men också till delaktigt säkerhetsbeteende på arbetsplatsen. Metoden var alltså kvalitativ med inriktning mot kritiska händelser. Detta betyder att våra resultat handlar om att beskriva förhållanden som råder då skadehändelser inträffar eller riskerar att inträffa, alternativt effektivt hindras eller förebyggs. Informationen kan användas för att identifiera konkreta förhållanden som är viktiga att förändra eller stärka för att förbättra såväl patientsäkerhet som personalsäkerhet i vård och omsorg. Resultaten säger däremot inget om hur vanliga den ena eller den andra typen av situationer är.

Nedan följer en sammanfattning av de förhållanden och processer som intervjupersonerna angav och som beskrev situationer där säkerheten för patienter och/eller personal varit god, respektive situationer då en patient eller anställd kommit till skada eller varit nära att komma till skada<sup>66</sup>. Beskrivningarna omfattar också förhållanden som enligt intervjupersonerna understödde respektive motverkade delaktigt säkerhetsbeteende.

I beskrivningarna presenteras förhållanden av betydelse för patientsäkerhet och personalsäkerhet under samma rubriker, eftersom de olika typerna av säkerhet befanns vara beroende av samma typer av fenomen och förhållanden. Detta understöds även av enkätresultaten som tydligt visade att patientsäkerhetsklimat och personalsäkerhetsklimat går hand i hand, så att där det ena är högt gäller det vanligen också det andra, och tvärt om. I ett senare kapitel beskriver vi relationerna mellan de olika kategorier av förhållanden och fenomen som vi fann i intervjuresultaten.

Som tidigare nämnts var temastrukturen som framkom i resultaten av intervjuerna med läkare respektive sjuksköterskor och undersköterskor i stora stycken likartad. Därför redovisar vi resultaten under en gemensam struktur men anger vilka resultat som kommer från intervjuer med sjuksköterskor och undersköterskor respektive med läkare.

66. För en fullständig redovisning av intervjuresultaten, se Törner m fl. (2013)

# Kategori 1.

## Säkerheten är beroende av människor

### 1.1 Varje individ är viktig

Personligt engagemang och ansvarstagande är grundläggande förutsättningar för hög säkerhet, och är en viktig del av vårdetiken. Tidigare forskning har visat att tillbud inte bara innebär risk för patienten att skadas utan att även den professionella identiteten står på spel<sup>67</sup>. Egna misstag och etisk konflikt befanns även här ge upphov till stress. Att inte ges förutsättningar att arbeta på ett sätt man upplever som godtagbart skapar uppgivenhet. Skuldbeläggning i samband med misstag motverkar organisatoriskt lärande. Gemensamma riktlinjer och noggrannhet är bra, men kan ibland vara utmanande.

#### **Sjuk- och undersköterskor: Personligt engagemang, egna initiativ och att man påtalar problem skapar säkerhet och kompenserar brister**

Patientsäkerheten upprätthålls tack vare starkt personligt engagemang, och strävan att leva upp till egna etiska normer kompenserar olika typer av brister. Många har goda förbättringsidéer och om normerna understödjer personliga initiativ så tar man sådana och gruppen ser till att de genomförs. Det kan vara svårt att som enskild individ stå upp mot normer som hotar säkerheten, men man kan bestämma sig för det. Känner man ett reellt hot mot patientsäkerheten, då håller man inte tyst.

#### **Sjuk- och undersköterskor: Etisk stress, hög arbetsbelastning, tidsbrist och ”sakens natur” bidrar till riskacceptans, uppgivenhet och reträtt**

” Jag tror det händer nästan, ja varje vecka i alla fall. Du orkar inte. Du har kanske börjat tänka till ” Har det nån betydelse? Egentligen, har det nån betydelse?” Nej det har det inte.”

*Sköterska*

Det känns hopplöst när man ser sparkraven, för man förstår inte var man ska kunna dra in. Känner man att man inte kan leva upp till en viss etisk standard söker man sig bort, till annat arbete. Tidsbrist gör att man inte tar tag i problem man uppdragar, vilket motverkar utvecklingsarbete. Har man påpekat en felaktighet flera gånger utan resultat, slutar man påtala. Hög arbetsbelastning bidrar till konflikter i gruppen.

Mycket extrauppgifter har tillkommit på senare år utan att resurser tillförts. Förr prioriterades patienterna, nu träder de administrativa uppgifterna i förgrunden. Det bredare ansvarstagandet får stå tillbaka. När uppgifterna är övermäktiga i förhållande till de

67. Dixon-Woods, Suokas, Pitchforth, & Tarrant (2009)



resurser som finns försöker man avgränsa sitt ansvar och dumpar problemet på andra vårdgivare. Om det finns dolda gruppkonflikter resignerar man eller ”kör sitt eget race”.

I akuta lägen tänker man främst på patientens bästa och lever med följderna. I exempelvis arbetet med dementa patienter eller boende kan det uppstå farliga situationer. Våld från dementa personer anmäls dock sällan utan ses som en del av jobbet.

### **Sjuk- och undersköterskor: Uppmärksamhet, skicklighet och regelföljsamhet skapar säkerhet men äventyras av slentrian, splittring, genvägar och skuldbeläggning**

Det som gör att risker sällan utvecklas till allvarliga hot är att riskerna är kända och att man därför är ständigt vaksam. Men man kan tappa skärpan vid uppgifter man kan och har utfört många gånger. Regler måste vara motiverade genom att vara anpassade till behoven i verksamheten. Säkerhetsregler följs inte alltid för att de försvårar eller fördröjer vissa moment. Behov, av säkerhetsskäl, av avskildhet vid vissa arbetsmoment tillfredsställs inte alltid. Det är viktigt att kunna bedöma akuta situationer och agera rådigt även utanför regelverket, när så krävs.

Avvikelse som till slut reds upp person till person rapporteras ofta inte, för att inte skuldbelägga den ”felande”. Lyfthjälpmiddel används ofta inte på grund av tidsbrist eller låg bemanning.

### **Läkare: Noggrannhet och grundlighet är viktigt men kräver mod och vilja att ta sig tid**

” Ofta finns det ju PM för olika symtom, att man nästan alltid följer ett protokoll. Och det finns ju en anledning till att man ska följa det och inte bara gå på känslan... och att man inte låter sig färgas av personens bakgrund.”

*Läkare*

Stereotypa tankemönster och kategoriseringar beträffande patienter kunde bidra till risk för ofullständiga utredningar och i förlängningen skador. Noggrannhet samt möjlighet och mod att ta sig tid kunde bidra till bättre säkerhet. Att följa utredningsrutiner noggrant och motstå frestelsen att tänka i stereotypa banor kunde bidra till säkerhet. Å andra sidan fanns det rutiner och system, inte minst relaterade till information, som var ofullkomliga, varför alltför stort förtroende för dessa kunde öka risken för skador. Det fanns också rutiner för avvikelserapportering som var känsliga för kollegiala normer om att rapportering var en form av skvaller.

**Sjuk- och undersköterskor: Egna misstag skapar stress. Etisk konflikt och låg delaktighet ger upplevelse av stress, exploatering och toppstyrning och påverkar relationerna i gruppen och till patienterna negativt**

” När det är personalbrist och när vi är ensamma på avdelningen, då har vi hand om åtta boende och man kan inte ha koll på alla när man är på olika ställen på avdelningen. Så då har det ju hänt att nån har ramlat i matsalen, till exempel när man har varit inne i en lägenhet och hjälpt en annan boende. Och det är ju lite jobbigt för man känner sig... man känner sig lite skyldig eller...man har ju väldigt ansvar för dom boende.”

*Sköterska*

Man blir rädd och stressad och känner skuld för ”nära ögat-händelser”, och bär med sig detta hem. Man funderar länge över egna misstag.

Omorganisationer mot personalens vilja gör att man känner sig överkörd. Man upplever etisk stress när tiden inte medger tillräckligt patientsäkert arbete. Etiska normer och personligt engagemang gör att man försöker upprätthålla god patientsäker vård trots neddragningar, men det gör att man känner sig utnyttjad. Motivationen att upprätthålla ansvaret undergrävs då och påverkar relationerna i gruppen negativt, liksom relationerna till patienter och deras anhöriga.

## 1.2 En bra grupp skapar trygghet, socialt stöd och utvecklingsvilja

”Vi har ju bra sammanhållning ändå i gruppen och man vågar ta upp allting. Det är ändå en väldigt bra grupp att diskutera med och även cheferna tycker jag är bra som är med i diskussioner.”

*Sköterska*

Många funktioner som var relaterade till säkerhet, såsom lärande, förbättringsinitiativ, balansering av höga krav, informationsöverföring, hantering av trauman, och effektivt samarbete, hade att göra med socialt stöd och gruppens förmåga att fungera som team (vilket i korthet innebär att man har gemensamma mål, tydliga roller samt har förmågan till rak och öppen kommunikation). Dessa sociala kvaliteter kan också betraktas som arbetsmiljöaspekter, vilka i annan forskning visats ha samband med stress, psykisk ohälsa, motivation, kreativitet med mera. Organisationsförhållanden, såsom illa genomförda omorganisationer, personalomsättning och hög kravnivå kunde alltså bidra till att funktioner på gruppnivå, som var viktiga för säkerheten, bröts ned.

### **Sjuk- och undersköterskor: Gott gruppklimat, socialt kapital, trygghet, och tid är viktiga förutsättningar för säkerhet**

Det är bra med liten arbetsgrupp där man lär känna varandra. Bra med gruppklimat som innebär öppenhet, kommunikation och förändringsvilja. Viktigt att kunna säga ifrån, fråga och be om hjälp för att trivas på arbetsplatsen. Om gruppen är enig kan man våga påtala problem och kräva åtgärder. Om man diskuterat igenom saker i gruppen och klimatet i gruppen är bra är det mer accepterat att påminna varandra att följa överenskommelser. Stöd och avlastning från arbetskamraterna skapar personlig trygghet och låg personalomsättning. Viktigt att kollegerna välkomnar ny personal. En relativt stabil personalgrupp behövs för att bygga gruppssammanhållningen. Stor personalomsättning bland sköterskor kan bero på stor omsättning bland läkarna, då det är lättare att arbeta tillsammans med personer man ”kan”.

### **Läkare: Lokalt utvecklingsarbete kräver bra samarbete och ansvarstagande**

” Vi har en levande diskussion. Problemfall diskuteras i gruppen och det är väldigt öppet klimat här. Det tror jag är för att det finns ett antal kolleger här som har arbetat i den andan i många år, och man känner sig förhoppningsvis välkommen i gänget. Det är lite svårt att peka på nåt speciellt. Men mot andra ställen, jag tror att vi har ett öppet klimat faktiskt.”

*Läkare*

Det lokala utvecklingsarbetet beskrevs som beroende av bra samarbete, mod, initiativkraft och ansvarstagande på den individuella och lokala nivån.

### **Sjuk- och undersköterskor: Gruppkonflikter och hierarkiska strukturer bidrar till riskacceptans och motverkar utveckling**

” Jag tycker det bara är tjat hela tiden om allting. Orkar inte. Vi sköter oss själva. Vi gör rätt när vi är där, så får dom göra precis som dom vill. Jag är inte nån morsa för dom.”

*Sköterska*

Det är roligt med utveckling och att komma med nya idéer, men det fungerar bara om gruppen stöder sådana initiativ. De äldre är viktiga som förebilder och normbärare, på gott och ont.

Gruppssammanslagningar som genomförts utan stöd till personalen att jämka samman kulturer kan leda till konflikter mellan subgrupper och resultera i att man sköter sitt och låter andra sköta sitt. Med hård press på alla ökar skörheten men också konflikterna. Att

påtala klimatproblem i gruppen eller att rapportera avvikelser kan vara tabu. Konfliktlösning kräver att konflikten uppmärksammas.

Hierarkiska strukturer kan bidra till att genvägar med säkerheten accepteras. Sjuksköterskorna kan diskutera problem sinsemellan, men får man inte med läkarna händer inget. Dåligt gruppklimat med starka informella ledare konserverar och motarbetar förändring och kan innebära normer som tillåter avsteg från riktlinjer.

### **1.3 Individualiserat aktivt ledarskap hos närmaste chef stöder individ och grupp**

I våra intervjuer sökte vi inte aktivt efter erfarenheter relaterade till vårdens olika chefsnivåer men detta hindrade inte våra intervjupersoner från att delge oss synpunkter på vilken roll detta spelade för säkerheten. Den centrala betydelsen av närmaste chef framstod tydligt. Närmaste chef beskrevs ofta som stödjande, och fyllde på så sätt en viktig funktion för såväl individ som grupp. Men när närmaste chef inte förmådde erbjuda ett tillräckligt stöd fanns en önskan att lämna enheten eller ibland till och med verksamheten.

Sådant som karaktäriserade ett icke stödjande chefskap var exempelvis att information filtrerades på vägen mellan golvet och högre beslutsfattare, vilket resulterade i beslut som i praktiken medför risker för patienters och personalens säkerhet. Lagar och myndighetsdirektiv, liksom tryck från politiker, media och allmän opinion, med krav på felfri och säker vård, kan skapa en kraft som motverkar att information om förhållanden som äventyrar säkerheten förs uppåt i beslutssystemet. För att skydda idén om felfri vård, eller för inte bryta mot det tabu mot finns mot att problematisera detta, görs säkerhet till en individuell fråga för legitimerad personal medan man undviker att diskutera grundläggande strukturella säkerhetsproblem och dessas beroende av resurser.

Resultaten indikerade att bra säkerhetsklimat skapas där ledningen prioriterar patienter och vårdkvalitet framför administrativa krav; där ledningen aktivt ser till att ledighet tas ut, att arbetsscheman inte läggs så att personals återhämtning allvarligt hotas eller att oerfarna inte sätts på arbetspass där alltför svåra insatser kan komma att krävas.

Ett bra säkerhetsklimat skapas också där ledningen aktivt begränsar beläggningen inom enheten (varvid dock problemet flyttas till annan enhet!). Det skapas när man utvecklar fungerande arbetsformer som snabbt kan fånga upp och bearbeta akut stresspåverkan, där man arbetar med delaktighetsbaserat utvecklingsarbete, där personalen hjälps åt inom ramen för tydlig formell ansvarsfördelning och där chefer och seniora professionsföreträdare aktivt arbetar för bra vård och arbetsmiljö.

Dåligt säkerhetsklimat skapas där man skolar in medarbetare i en arbetskultur som innebär att man utan klagomål skall acceptera och tåla höga psykiska krav i arbetet och

där man utan att göras delaktig tvingas underordna sig beslut som är fattade på underlag man anser vara bristfälliga ur medicinsk säkerhetssynpunkt. Det är heller inte bra för säkerhetsklimatet när rapporter om fel och avvikelser inte leder till snabb och tydlig återkoppling. Dåligt klimat skapas där mer eller mindre kronisk resursbrist bryter ned och försvårar positiva klimatprocesser<sup>68</sup>.

### **Sjuk- och undersköterskor: Ett stödjande ledarskap gynnar utvecklingen av ett bra gruppklimat och skapar robusthet**

En chef som är öppen och ärlig, kunnig och varmhjärtad, stödjande och med ett demokratiskt förhållningssätt understödjer utvecklingen av ett bra gruppklimat och gör det lättare att klara påfrestningar. Det är positivt med en chef som uppmuntrar utvecklingsarbete och som står bakom gruppen även när det innebär att fatta beslut som är oönskade av högre ledning. Utvecklingssamtalen är bra för man ges tid att tänka igenom saker, man blir inte avbruten av annat och chefen lyssnar. En chef som finns tillgänglig efter svåra händelser, och som man känner bryr sig genom att man ges tillfällig avlastning eller avställning skapar trygghet.

### **Sjuk- och undersköterskor: Ett aktivt ledarskap stöder individ och grupp och gynnar säkerhetsutveckling**

”Så får alla prata lite och säga vad dom tycker och så där, och det känns som om hon lyssnar.”

*Sköterska*

En chef som är bra på att ta ansvar för och anpassa arbetet till personalens sociala behov är betydelsefullt. Det är bra när chefen tydligt prioriterar patienternas välbefinnande, lyssnar på personalen och litar på deras behovsbeskrivningar, och sätter in extra personal när personalen framför sådana behov. Öppen kommunikation med chefen och där chefen understöder gemensamt ansvarstagande för alla typer av uppgifter i gruppen är viktigt. En chef som är öppen för förslag från personalen och ser till att beslutade förbättringar genomförs även om det kostar pengar gör att personalen känner sig lyssnad på, att man känner stolthet och att förhållandena blir bättre. Förmåga att hantera konflikter är en viktig del av ledarskapet.

### **Sjuk- och undersköterskor: Passiv chef och brist på stöd och respekt, bidrar till personalflykt**

Det är negativt när personalen inte ges utrymme för utvecklingsarbete, när personalens behov avfärdas, när saker tas upp till diskussion i grupp och med chef men sedan inget händer, eller när chefen inte tar itu med konflikter i gruppen. Om punktvisa behov av mer

68. Resultaten av en litteraturoversikt av Kunzle, Kolbe, & Grote (2009) visar också på den centrala betydelsen av gott ledarskap för team-effektivitet och hög säkerhet i vården

personal inte tillgodoses leder det till personalflykt. Personal som flyttas runt utan att tillfrågas känner sig inte uppskattad, vilket leder till ytterligare uppsägningar. Det finns ett otillfredsställt behov av handledning i att hantera aggressiva (dementa) boende/patienter.

### **Läkare: Delaktighetsbaserat utvecklingsarbete är viktigt men sårbart**

” Men det finns ändå en liten sån där, en liten uppgivenhetskänsla, tror jag. För när det ska beslutas så är det många steg uppåt, och sen så slutar det med politiker och administratörer som bestämmer väldigt mycket inom sjukvården.”

*Läkare*

Eftersom organisatoriska förhållanden uppfattades skapa skaderisker (och påverka säkerhetsklimatet) är läkares uppgivenhet inför att kunna påverka sådana förhållanden relevant i risksammanhang. Nedsatt motivation och engagemang i utvecklingsarbete relaterades i sin tur till energi- och tidsbrist, otillräcklighetskänslor och uppgivenhet inför administrativa och politiska makthierarkier, samt till inslag i läkarnas yrkeskultur. Det var positivt med tid och rum för delaktighetsbaserat utvecklingsarbete och där kunde ett aktivt ledarskap spela stor roll. Sådant lokalt utvecklingsarbete var sårbart för organisationsförändringar som raserade lokala förbättringsnätverk och engagemang.

### **Sjuk- och undersköterskor: Brist på kontinuitet och närvaro i ledarskapet skadar förtroendet**

Chefsbyten och temporära chefslösningar innebär påfrestning och oro inför framtiden. En chef som inte är tillräckligt närvarande förstår inte vilka behov som finns och låg chefsnärvaro skadar förtroendet.

## **1.4 Högre ledningens agerande får talet om patientsäkerhet att sakna trovärdighet och skadar legitimiteten**

### **Sjuk- och undersköterskor: Ett bra ledarskap ställer krav på de organisatoriska förutsättningarna**

Budgetnedskärningar undergräver närmaste chefs förutsättningar att stödja kunskapsutveckling. Personalens missnöje med organisationsförändringar försämrar chefens villkor. Verksamhetschefen är överbelastad och orkar inte ta itu med konflikter i gruppen, hinner inte hantera avvikelserapporter vilket försvårar säkerhetsarbetet. Överbelastning gör att chefer slutar.

### **Sjuk- och undersköterskor: Brister i relationen till högre ledning missgynnar säkerheten**

”Sen är det lite så att passar det inte arbetsgivaren, då stoppar arbetsgivaren den Medcontrolen [avvikelseberättelse]. Då går ju den inte vidare högre upp. Så om den är obekvämt för arbetsgivaren då stoppar ju den där.”

*Sköterska*

Kritik måste följa linjeorganisationen, men kan då stoppas på vägen. Ingen återkoppling ges från överordnad ledning på kritik framförd av personalen. Ledningens tal om patientsäkerhet upplevs som spel för gallerierna då man tar bort de reella förutsättningarna för att arbeta patientsäkert. Kvalitetsuppföljningar prioriteras på bekostnad av faktisk kvalitetsutveckling. Minskad patientkontakt gör att man förlorar förmågan att bedöma patientens allmäntillstånd. Det är provocerande när det läggs mycket stora belopp på nya sjukhusbyggen medan de omedelbara resursbehoven i verksamheten inte tillfredsställs. Personalens negativa syn på högsta ledningen förstärks av att man aldrig träffar företrädarna.

### **Läkare: Den högre ledningen inom vården uppfattas bidra till skaderisker**

”Alltså, här är det nästan bara tur. Har man otur kan man råka riktigt illa ut och så ska det inte funka. Saker och ting ska vara på plats och det ska fungera. Men det man hör här, och det man ser och man känner, det är att väldigt mycket hänger på tur, om man får bra vård eller inte.”

*Läkare*

I intervjuerna med läkarna fann vi en tematik som handlade om hur de uppfattade att den högre ledningen för sjukvården accepterade respektive bidrog till skaderisker genom att ha ett smalt ekonomiskt och kvantitativt fokus, genom att låta interna särintressen konkurrera om resurser samt genom fragmenterade vårdbeställningar som bidrog till riskabla samordningsproblem mellan organisatoriska enheter och vårdprofessioner. Vidare fanns uppfattningen att det i ledningssystemet förekom informationsfiltrering som var allvarlig ur säkerhetssynpunkt. Högre ledning har också brist på dialog med vårdpersonalen. Dessa fenomen kunde leda till att säkerhetsengagerade medarbetare förlorade motivationen att försöka kommunicera säkerhetsfrågor uppåt i linjen. Det fanns starka tvivel på att högre beslutsfattare inom utförar- och beställarsystemen verkligen kände till den praxis de definierade villkoren för genom sina beslut.

### **Läkare: Liten risk för allvarliga konsekvenser för vårdorganisationerna vid patient- eller personalskador bidrar till att systemet accepterar risktagande**

En jämförelse mellan förhållandena i Sverige och i länder som USA nämndes. I exempelvis USA riskerar vårdgivare betydande juridiska och ekonomiska konsekvenser vid

patientskador. Man menade då att svenska vårdgivare riskerade mindre konsekvenser och att detta kunde bidra till ökad benägenhet att acceptera risker.

**Läkare: Högre ledningsnivåer och media kan bidra till god säkerhet genom att uppmärksamma säkerhetsfrågor och acceptera att säkerhet kan kräva investeringar**

Positiva berättelser fanns om hur den högre sjukhusledningen, politiker och media hade spelat roll för säkerheten.

## Kategori 2. Organisation, koordinering och resurser

Berättelser i vårt material handlade bland annat om att olika slags kompetensutveckling blev satt på undantag på grund av resursbrist. När detta sammanföll med att man anlitar oerfaren personal eller personal under utbildning samtidigt som medicinska och tekniska nyheter införs, framträder en mindre önskvärd bild. Personalen är då helt beroende av lärande i arbetet och tillgången till kollegialt stöd och mer spontant lärande. Sådant lärande är antagligen mycket effektivt, men individens förmåga att ta till sig ny kunskap och nya sätt att agera försämras kraftigt av stresspåverkan och trötthet. Detta sätt att lära kan också vara mindre effektivt då det kan lämna brister i kompetensen som inte är kända. Bilden som framträder är av en vård som till det yttersta utnyttjar de resurser som finns tillgängliga i nuet men försummar att investera i, vårda och odla den resurs på vilken hela systemet vilar: personalen. Lokala initiativ för förmedling av kunskap liksom för bearbetning av problem var de positiva former av lärande som man berättade om. Detta kan vara en för lärandet i vården helt nödvändig resurs och det innebär att all form av strategisk vårdplanering borde ta hänsyn till och understödja detta för att stärka säkerheten.

Betydelsen av de här resultaten understryks av resultaten av en studie som genomförts av andra forskare inom ett spektrum av organisationer med högriskverksamhet<sup>69</sup>. I den studien utgick forskarna från så kallade ”competing values”, eller konkurrerande värden. De konstaterade att i organisationer där medarbetarna uppfattade att organisationen var produktionsinriktad (rationella mål) och samtidigt värnade personalens förutsättningar såsom utvecklingsmöjligheter, öppen kommunikation, delaktighet och gruppsammanhållning var säkerhetsklimatet högt och olyckor och tillbud färre, medan i organisationer som värnade rationella mål i kombination med internt processfokus, såsom formaliserade strukturer och procedurer, regler och kontroll var säkerhetsklimatet lågt.

69. Colley, Lincoln, & Neal (2013)



” Det mesta, ur patientsäkerhet, alltså till nittio procent så hänger det på personaltätheten här. Det är inte alltid mer jobb med mer patienter utan man kan ha fem tomma vårdplatser och hur mycket att göra som helst. Det beror ju på vad det är med patienterna, faktiskt. Så man kan ha tre överbeläggningar utan att det är så mycket jobb också. Så det är inte så enkelt.”

*Sköterska*

Funktionspåverkan på personal dök ofta upp som tema när läkarna, sjuksköterskorna och undersköterskorna berättade om kritiska händelser, både negativa och positiva. En given personalresurs, uttryckt i antal personer inom olika vårdyrken i relation till en viss vårdvolym, kan vara ett dåligt mått på resurstillgång. För att realistiskt kunna bedöma storleken på den faktiska personalresursen måste man ta hänsyn till funktionsnivån hos individerna i gruppen, men även till individens kompetens i relation till den aktuella situationen. En person som hoppar in som extra personal i en vårdenhet har inte samma kännedom om vare sig patienter/boende, arbetskamraternas kompetens eller arbetssätt och rutiner, som den ordinarie personalen, och kan alltså i den situationen inte likställas kompetensmässigt med ordinarie personal, även om den extrainsatta personen i sig är mycket kompetent inom sitt yrke. På samma sätt kan en viss bemanningsstyrka vara fullt adekvat med en viss patientvolym med visst vårdbehov, medan samma personalstyrka kan vara underdimensionerad vid samma patientvolym men med högre vårdbehov. Detta pekar på att resursfördelning och bemanningsplanering inte kan standardiseras utan att man måste göra bedömningar av dessa förhållanden.

Gränsövergångar, då patienter, personal eller information om patienter måste röra sig över organisatoriska eller sociala gränser är särskilt kritiska och detta är ju i grunden ett strukturproblem för vårdorganisationen. Det framkom också att man inom olika funktionella specialenheter, liksom mellan organisationer, försöker motverka stresspåverkan genom att noggrant bevaka den ”grind” genom vilken patienter kommer in i enhetens område. Detta innebär en uppenbar risk för patientsäkerheten.

Vid gränsövergångar är säkerheten beroende av tillförlitligheten i den information som förs över. Förutom missförstånd och misstag, vilket kunde vara särskilt sannolikt vid stress, kunde användningen av flera komplementära informationsmedia, som kunde vara motsägande, ofullständiga och splittrade, bidra till misstag och osäkerhet. IT-system som användes kunde vara svårhanterliga, svåröverskådliga, tidskrävande och inkompatibla. Dessa svårigheter i kombination med tidsbrist och oklara ansvarsförhållanden gjorde även informationen i dessa system otillförlitlig. Ett återkommande exempel på bristande tillförlitlig IT-buren information var patienternas medicinlistor.

Att kunna och våga ta sig tid att grundligt söka, utvärdera och uppdatera och delge information om patienten var bra klimatskapare i våra resultat. Att våga omfatta att ta sig tiden trots högt patienttrycket, men också att sådan grundlighet inte alltid uppskattas av chef och seniora kollegor.

## 2.1 Koordinering och resurser

### **Sjuk- och undersköterskor: Nedprioritering av patientarbetet skadar ansvarstagande, men organisering för patientnärhet har både fram- och baksidor**

”Patienterna är man inte så intresserad att fråga hur dom har haft det, utan det är den här produktiviteten som är det viktigaste. Att journalerna blir gjorda, att [rikstäckande register] blir ifyllt ordentligt och att kontakten med kommunen sköts på rätt sätt. Så det är det som syns, det som kan mätas på nåt vis. Så då blir det min legitimation som får gå först.”

*Sköterska*

Mycket extrauppgifter har tillkommit utan att resurser tillförts. Förr prioriterades patienterna, nu träder de administrativa uppgifterna i förgrunden. Det bredare ansvarstagandet får stå tillbaka och man dumpar problem på andra vårdgivare.

Organisering i undergrupper ger undersköterskorna bättre närhet till patienterna. Men det ger också mer ensamarbete och att sjuksköterskorna saknar samrådspartner och får ansvar för fler patienter, vilket minskar deras patientnärhet.

### **Sjuk- och undersköterskor: Organisationsförändring kräver stöd**

” Jag kan jättemycket om just [specialområde X], men då blir det på nåt vis att nu skulle jag lära mig nytt igen, nu kan jag ingenting igen. Så för min egen del var det mycket detta att jag kände mig så värdelös. Vi fick inte ens lära känna varandra eller hur vi skulle arbeta, utan vi körde igång med en gång. Vi flyttade hit en tisdag och på onsdagen var det verksamhet.”

*Sköterska*

Organisationsförändringar och täta chefsbyten gör att utvecklingsprojekt som påbörjas inte slutförs. Organisationsförändring och hög arbetsbelastning skapar press och olust och oro inför framtiden och bryter fungerande samarbeten. Sammanslagning av enheter kan vara utvecklande för det är roligt att lära nytt, men utan medföljande kompetensutveckling och hjälp att jämka ihop kulturer skapas istället osäkerhet inför nya arbetsuppgifter, och konflikter.

### **Sjuk- och undersköterskor: Resursbrist skadar systemets resiliens och skapar sårbarhet**

Tid är en nödvändig förutsättning för att förbättringsidéer ska komma fram. Mycket skulle kunna göras bättre ganska enkelt men man hinner inte ta itu med det. Underbemanning gör att patienterna får vänta på vård (ex mobilisering, borttagning av kateter). Brist på patienttid gör att man alltför snabbt tar till aktiv behandling och användningen av lugnande mediciner ökar. Resultatet för patienterna blir såväl sämre livskvalitet som sämre rehabilitering och säkerhet.

Det är ont om vikarier vid sjukfrånvaro, varför kvarvarande personal pressas och utför arbetsuppgifter man inte är van vid. Patienternas behov blir allt tyngre samtidigt som bemanningen minskar. Patienter kan få vänta på viktig medicinering, och risk för felmedicinering ökar. Brist på förberedelsestid ökar också risken för fel. Tidsbrist hos läkarna och för få vårdplatser leder till försämrad effektivitet och försenade utskrivningar, vilket onödigtvis tar vårdplatser i anspråk. Nattbemanningen saknar extra kapacitet om något utöver det planerade händer. Att söka hjälp på andra avdelningar fungerar inte eftersom arbetet är pressat även där.

Man hinner inte övervaka patienterna i tillräcklig grad och det är risk att något förbises. Vårdförhållanden som är avsedda för patienter med lågt bevakningsbehov tas på grund av resursbrist i bruk för patienter med högre bevakningsbehov, utan att bristerna i säkerheten kring patienten kompenseras. Informella säkerhetsrutiner finns (exempelvis genom att sköterskorna dubbelkollar läkares ordinationer), men just för att de är informella blir de också sårbara.

Förenklade tumregler såsom tillit till enskilda personers kompetens gör att misstag kan slippa igenom. Överbeläggningar äventyrar patientsäkerheten och personalsäkerheten och skapar press på snabba utskrivningar. Överbeläggning gör att patienten blir kvar för länge på mottagningen, och kan där hamna utanför rutinerna och ”glömmas bort”. Personalen försöker utveckla egna kompenserande rutiner för att förhindra detta. Avsaknad av extra rum ger stor extra belastning även vid små öknings i patientvolym. Platsbrist gör att specialutrustade rum belägs av ”vanliga” patienter.

”Så var det en läkare som jag hade väldigt förtroende för, som alltid ordinerar jättebra. Men denna gång hade han ordinerat fel och jag drog upp det här [i sprutan] och funderade inte över om det var rimligt.”

*Sköterska*

### **Sjuk- och undersköterskor: Beroenden och betydelsen av välfungerande flöden och kommunikation**

Vården är säker och bra när patientflödet fungerar, när hela vårdteamet har tid att i förväg gemensamt planera och förbereda sig och när alla personalkategorier kan sköta sin hantering av patienten vid rätt tidpunkt utan att flödet stoppas upp. Det är också bra när tvärprofessionella team gemensamt kan utveckla riktlinjer för hantering av olika typer av situationer. För svårt akut sjuka fungerar flödet i allmänhet mycket bra. Bra standardiserade vårdflöden har utvecklats för vissa patientgrupper.

- *Samverkan och kommunikation mellan olika huvudmän* brister, till exempel med BVC och Socialtjänst. Det är omständligt att skriva ut patienter till kommunal omsorg.
- *Informationsöverföringen mellan sjukhus.* Brister uppstår om skriftlig information ersätts av muntlig eller om datoriserad journal inte är uppdaterad. Återkoppling saknas på rapporterade avvikelser i hanteringen mellan sjukhus.
- *Informationsöverföring och samverkan mellan enheter.* Patientsäkerheten är hög när IVA ger förberedande och kontinuerligt kompetensstöd till mottagande vårdenheter. Det är också bra när man ställer upp för varandra över avdelningsgränser vid behov. Samarbete och personalbyte över enhetsgränser och team ökar villigheten att ställa upp för varandra. Ett hinder är att man behöver egen återhämtning.

” Patienterna flyttas runt och det är olika doktorer som rondar. Och doktorerna är eniga om att patienten ska på en röntgen. Och då har en doktor skrivit en röntgenremiss. Sen flyttar patienten och då skriver den doktorn [på den nya enheten] en ny röntgenremiss. Jag har varit med om att dom har ringt efter [patienten] från röntgen, och så har patienten redan varit nere på den röntgen.”

*Sköterska*

Det är bra med personal som arbetar flexibelt över flera underenheter men det är en risk att dessa har otillräcklig patientinformation. Bra med nära samarbete med Rehabiliteringsverksamheten.

**Ambulans:** bra med ”triage” redan i ambulansen, men informationsöverföring från ambulans till mottagning är en flaskhals.

Bristande kommunikation mellan olika specialister leder till dubbelarbete och onödiga påfrestningar på patienten. Det finns brister i hanteringen av provsvar och annan information mellan olika enheter. Information om risker sprids inte heller mellan enheter.

- *Informationsöverföringen mellan personal inom en enhet.* Det är bra när alla tar ansvar och tar upp problem för diskussion och lösning vid arbetsplatsträffar.

” Vi sitter och diskuterar om det är nåt vi kan förbättra eller nåt som vi inte tycker är bra. Ja, då genomför vi det. Då finns det nedskrivet på papper, alla får reda på det, att så ska det vara.”

*Sköterska*

De formella informationssystemen vid vårdskada är otillräckliga, ofta tidsfördröjda och information ges endast vid enstaka tillfälle, vilket gör att den ibland inte når alla.

- *Samverkan mellan professioner.* Bra samarbete mellan undersköterskorna (USK) ger effektivare arbete och säkrare vård. Viktigt att sjuksköterskorna (SSK) är trygga i den egna rollen och vågar och kan lita på USK. Roller byggs genom ökad erfarenhet av besvärliga situationer men också genom gemensam reflektion i grupp över svåra händelser och hur de kunnat hanteras bättre. Bristande samsyn om graden och arten av samarbete mellan USK och SSK skapar konflikter. I mindre och etablerade gruppen fungerar samverkan mellan SSK och USK bättre. Det är viktigt med förtroendefulla relationer. Informella rutiner bland SSK skapar ”säkerhets-back-up” för läkarna men upplevs som påfrestande av SSK.

Det är svårt att framföra kritik ”nedifrån och upp” mellan vårdens olika professionsgrupper. Om de tvärprofessionella teamen har ett bra gruppklimat ger de tillgång till bred kompetens och god samverkan, men oklarhet i ansvarsfördelning kan uppstå. Det finns brister i teamkänsla och arbetsfördelning mellan dag- och nattpersonal.

” Jag ser väl i stort sätt dagligdags mediciner som inte är ordinerade på rätt tider, och som jag kanske inte alltid påtalar. För när jag har gjort det så många gånger så orkar jag kanske inte fler gånger. Och sen har vi ju mycket olika läkare, dom kanske är här en vecka, dom kanske är här två veckor, dom kanske är här tre månader, det är olika. Och sen är det inte alltid det tas emot väl att det kommer från mig heller.”

*Sköterska*

- *Information om, till och från patienterna.* Förutsättningar för god och säker vård finns när hela vårdteamet från vårdavdelningen tidigt träffar patient och anhöriga och kan utbyta information som grundläggande förtroende och patientsäkerhet.

Få återbesökstider och bristande flexibilitet i förläggning av återbesökstider leder till att patienten sällan träffar samma läkare vid återbesök vilket ställer stora krav på informationshandlingen och minskar effektiviteten. Av säkerhetsskäl begränsas skrivrättigheter i det elektroniska patientdatasystemet vilket ställer krav på muntlig informationsöverföring, vilket i sin tur ökar risken för fel.

Information från patienten om överkänslighet mot vissa preparat dokumenteras inte alltid. God information till patienten kan minska belastningen på personalen. Press på snabba ut-

skrivningar gör att patienten ibland får otillräcklig information. Bra med avvikelssystem som kan fånga upp synpunkter från patienterna.

Det är viktigt med god förmåga att kommunicera med patienten i avvaktan på läkarutlåtande i oklara lägen.

Beredskapen för att förebygga våldssituationer brister. För ambulanspersonal kan beredskap för hotfulla situationer skapas genom informell information från SOS Alarm.

- *Samverkan med anhöriga.* God information till anhöriga är viktigt för att undvika konflikter. Information från anhöriga om patientens allmäntillstånd kan minska risker. Att involvera anhöriga i vården kan minska belastningen på personalen och förbättra säkerheten för patienten. Anhöriga följer dock inte alltid föreskrivna hygienregler och kan ha orimliga krav på service från personalen.

” Med anhöriga ibland, dom dyker på en och ”Nu är det si och så. Kan du göra det, kan du lösa det?” Då får man bara ”Stopp. Nej, det är inte min roll”. Och det kan ju vara lite svårt i ett samtal, att säga det. Då måste du också vara säker på dig själv.”

*Sköterska*

### **Läkare: Risker med den specialiserade och fragmentiserade vårdorganisationen**

” Det kan ofta vara så att man kommer på remiss till [mottagning X] och så träffar man en doktor som beslutar ihop med patienten om operation. Och sen när man kommer inför operation så det är en annan doktor, kanske, som ritar en pil på det som ska opereras för att markera vilken sida det är, en tredje doktor som opererar, en fjärde som skriver hem patienten från avdelningen, och sen i värsta fall en femte som sen följer upp den.”

*Läkare*

Vårdsystemets organisation skapar beroenden mellan primär- och specialistvård liksom mellan olika delar av specialistvården. Dessutom förekommer beroendekedjor mellan olika personalkategorier inom vården. När patienter och information om patienter rör sig längs dessa beroendekedjor kan riskabla väntetider, informationsmissar samt konflikter uppstå kring vilken del av systemet som ska vårda en patient, vilket i förlängningen innebär risker för skador på patienten. Även läkare rör sig över dessa organisatoriska gränser och det kan då bli oklart vilka lokala rutiner, ansvarsförhållanden och regler som gäller. Ansvarsförhållanden kan dessutom definieras av både formella och informella system vilket bidrar till osäkerheten. De nämnda problemen blir allvarigare när personal är stresspåverkad och problemen bidrar i sig till stresspåverkan. För att balansera dessa risker är man åter beroende av individuella egenskaper och egenskaper på den lokala gruppnivån,

såsom noggrannhet, initiativförmåga, engagemang, förmåga till helhetssyn, att kommunicera och samarbeta över organisatoriska och professionsgränser; egenskaper och förmågor som har en sårbarhet för stressrelaterad funktionspåverkan.

### **Läkare: Kommunikation och information**

” Vi har ju en apoteksbunden läkemedelslista där läkemedel delas automatiskt via ett dos-system. Det finns ingen koppling mellan den och slutenvårdssystemet, så det blir ingen uppdatering och kommunikation. Och det är klart att det är ju datasystem som ska samköras och det är ju inte alltid tillåtet. Det kanske inte är lätt att göra och sådär, men det blir fel då, och då har man inget riktigt grepp om vad det är dom har för läkemedel egentligen.”

*Läkare*

Patienternas säkerhet och personalens arbetsmiljö påverkas negativt av den mängd information om patienterna som man måste hantera. Saken blir inte bättre av att informationen bärs av olika media; elektroniska, pappersbaserade och muntliga. Dessa media kan innehålla komplementär men också motsägelsefull information. Missförstånd och missad information kan också uppstå på grund av språkförbistring, brådska, bristande omsorg och noggrannhet, etablerade maktrelationer inom och mellan kategorier av vårdpersonal samt därför att det praktiska ansvaret för att inhämta, förvalta och förmedla patientinformation kan vara oklart. Informationens kvantitet och komplexitet liksom osäkerheten rörande dess giltighet bidrar väsentligt till läkarnas stressbelastning, vilket åter har negativa återverkningar på informations- och kommunikationskvaliteten. Väl utformade informationsmedia liksom noggrannhet, välfungerade rutiner och tydlig ansvarsfördelning förknippades med berättelser om god patientsäkerhet.

### **Sjuk- och undersköterskor: Betydelsen av kompetenstillgång, god kompetensanvändning och kompetensutveckling**

” Man får lyssna på dom erfarna och lära sig av dom. Och vi frågar ju varandra hela tiden. Även dom erfarna frågar ju varandra hela tiden. Vi pratar ju oerhört mycket med varandra på det viset att man har varandra som back-up och diskuterar, hur gör vi nu och vad tycker du här och kan du titta på det här åt mig? Vi har ju alla olika bakgrund och man är ju bra på olika saker.”

*Sköterska*

Mycket som rör säkerhet lär man av erfarenhet och av varandra. Olika personer är bra på olika saker och detta tas tillvara genom riklig kommunikation och diskussion om arbets-

sätten. Genom att man rådfrågar kolleger skapas gruppsammanhållning, trygghet och gemensamma arbetsätt. Feedback och kollegialt stöd ges även om tiden är knapp, men tidsbrist är det största hindret. Bra med särskilda arbetsgrupper som ansvarar för att ta fram gemensamma riktlinjer. Bra också med organisering i team som specialiserar sig på behandling av vissa tillstånd, och med vissa specificerade ansvarsområden. Vården är god för enhetens ”vanliga” patientgrupp där det finns klara procedurer som alla känner väl till och som följs fullt ut. Däremot är risken högre för patienter utanför den egna specialiteten och där tillgång till specialistjour saknas delar av dygnet. Av beläggningsskäl lämnar patienter IVA tidigt vilket ställer högre krav på kompetensen hos personalen på vårdavdelningarna.

” Det har vi sagt också, att ska vi ha trettio patienter så okej, men då får ni ju ändå ha ordinarie personal, för det funkar inte att bemanna en avdelning med 30 procent, eller vad det nu kan vara, personal utifrån.”

*Sköterska*

Sammanslagningar och personalomflyttningar gör att man inte känner vare sig personal, patienter eller arbetsrutiner, vilket skapar otrygghet, gör det tuffare för annan personal och äventyrar patientsäkerheten. Stort patientantal ökar behovet av ordinarie personal. Kompetensflykt leder till nyrekrytering av personal som ofta är nyutbildad och saknar erfarenhet. Mycket bemanningspersonal bland läkarna försvårar SSKs arbete och leder till personalomsättning även bland dessa. När USK och SSK arbetat länge tillsammans vet man vad andra parten kan. När det kommer många nya känner båda parter minskad tillit och effektiviteten minskar.

### **Sjuk- och undersköterskor: Kontakter med andra öppnar för förändring och lärande, men kräver tid och tillit**

” Det är en sån ny arbetsplats. Vi har inte riktigt hamnat i våra fack, så det är lite flytande fortfarande, och det är nu förändringarna, under detta året som man kan: ”detta fungerar ju inte så bra, hur ska vi göra istället?” Du vet sån här flödesanalys och allt vad det finns. Då kan det vara bra.”

*Sköterska*

Omorganisation kan vara positivt eftersom det öppnar ett fönster mot utveckling, innan en bestämd praktik har etablerats. Man ser då sådant som inte fungerar bra och kan reflektera tillsammans. Kontakt med andra avdelningar ger kunskapsöverföring. Systematiska samrådsmöten mellan olika enheter är bra för lärandet över gränser. Föränderlig teamsammansättning och kolleger som kommer utifrån motverkar hemmablindhet. Information om rutiner vid andra enheter kan bryta motstånd mot förändring i den egna enheten.



Lärande sker genom ständiga samtal i vardagen. Reflektion i grupp över dagens händelser genererar idéer till förbättringar, men tidsbrist är en fiende. Att utveckla gemensamma riktlinjer och involvera olika professioner i utvecklingsarbetet kan underlätta anpassning mellan grupper vid omorganisering, men det förutsätter tid och stöd från chef. Samrådsmöten mellan fack och arbetsgivare gör att många kommer till tals.

Kan vara svårt att diskutera misstag öppet. Ofta tar man bara upp händelser med en berörd person och då sker inget organisatoriskt lärande.

### **Läkare: Kunskapsnivån hos vårdpersonalen**

Läkare såg samband mellan stresspåverkan och försämrad förmåga att fungera säkert som läkare. Även den i någon mening grundläggande kunskapsnivån uppfattades påverka säkerheten i vården. Det kunde handla om otillräcklig medicinsk kompetens eller bristande kunskap om vårdrutiner och administrativa rutiner. Otillräcklig kunskap eller information om den enskilde patienten och patientens behandling kunde också bidra till felmedicinering eller felaktiga ingrepp. Kunskapsbrist på den individuella nivån förklarades med otillräckliga satsningar på vidareutbildning och att oerfarna läkare, av resursskäl, gavs för stort ansvar.

De möjligheter som fanns på arbetsplatsen, att på ett organiserat sätt inhämta och dela med sig av kunskap och erfarenhet, kunde vara av betydelse för säkerheten. På motsvarande sätt såg man samband mellan skaderisker och begränsningar i möjlighet till kompetensutveckling i form av kurser, lärandemöjligheter och handledning för ST-läkare, eller lokalt lärande i nätverk och fora på arbetsplatsen. Dessa begränsningar kopplades bland annat till resursbrist och personalomsättning. Stressfaktorer i vården uppfattades alltså ha effekter på läkarnas kunskapsnivå. Men även högspecialisering förknippades med en form av kunskapsbrist, nämligen otillräcklig information om patientens hälsoproblem i ett helhetsperspektiv.

### **Sjuk- och undersköterskor: Kognitiv överbelastning, splittring och stress motverkar säkerhet**

Avskildheten är ofta otillräcklig vid medicindelning. Krav på SSKs uppmärksamhet från olika håll, fungerar bara inom rimliga gränser. Överbelastning, splittring och övertid pressar personalen hårt, tar sig många olika uttryck och leder till misstag, genvägar med patientsäkerheten, personalomsättning och bristande personligt ansvarstagande.

### **Läkare: Stress som risk för patienter och personal**

Funktionspåverkan på grund av stress bidrog till sämre säkerhet för både patienter och personal. Läkarna beskrev stressproblemet som orsakat av kombinationen av höga prestationskrav, brister i systematisk stressprevention (primär, sekundär och tertiär) samt läkares

benägenhet att finna sig i riskabla arbetsförhållanden. Personalens individuella stresstålig-  
het, respektive deras villighet att arbeta extra för att kontrollera, följa upp respektive för-  
bättra kvaliteten på bedömningar, ordinationer, dokumentation och liknande, kunde i det  
korta perspektivet förbättra säkerheten för patienterna. Att acceptera hög belastning och  
andra riskfaktorer nämndes som en del i läkarnas yrkeskultur som således kunde bidra till  
risk för både patienter och personal.

Tidsbrist, höga produktivetskrav, låg bemanning, överbeläggningar och schemalägg-  
ningen bidrog i sig till stressbelastningen, försämrade tillgången till stöd från kollegor,  
försvårade kompetensutveckling, minskade läkarnas engagemang i utvecklingsarbete samt  
eroderade arbetstillfredsställelsen. Då var det positivt för säkerheten när chefer aktivt  
motarbetade överbeläggningar, satte gränser för läkares arbetsmängd och arbetstider samt  
hjälpste läkaren att prioritera. Organisatoriskt stöd med buffertresurser i form av personal  
eller lokaler vid kritiska belastningar samt god bemanning i största allmänhet var också  
sådant som kunde förebygga hög stressnivå.

” Man har tagit bort [tiden för] administration. Det finns ingen admi-  
nistration på schemat, utan det får man göra på obefintlig tid, provsvar  
och sånt. Det finns liksom ingen schemalagd tid för det.”

*Läkare*

I läkarintervjuerna framkom att det kunde saknas rutiner för hur psykisk stress skulle  
hanteras på enhetsnivån. Problemet fick lösas informellt vilket skapade ett beroende av  
tillgången på kollegialt stöd. Detta skapade sårbarhet eftersom det kollegiala stödet var  
sårbart för stress.

” Man sätter sig efteråt och försöker bearbeta vad som hänt. Och sen,  
om det var en väldigt omtumlande situation, eller till och med ett döds-  
fall, att man sen säger: okej, då dricker vi kaffe om två dagar igen eller  
så. Men alltså, det finns inga formella grejer. Det är tur att vi är ett gäng  
där det funkar helt enkelt, men det finns inga formella stresshanterings-  
hjälpmedel.”

*Läkare*

## 2.2 Rutiner, procedurer

” Man är aldrig ikapp utan ligger ständigt efter med saker och ting. Det är alltid nånting i burken [datorn] eller nånstans som man borde gjort. Det skapar en sorts känsla ”Jag är aldrig ifatt.”

*Läkare*

Säkerhets- och andra vådrutiner var värdefulla ur både personal- och patientsäkerhets-hänseende, då de kunde skapa klarhet när det gällde vad som borde göras i olika situationer och därmed i viss mån minska arbetets psykiska krav och balansera negativ funktionspåverkan hos personalen. Rutinerna fungerade väl i standardiserade vårdssituationer där allt flöt enligt plan. Frågan är hur vanliga sådana situationer är och i vilken grad det är möjligt att åstadkomma dem. Om de är ovanliga och svåra att åstadkomma, till exempel på grund av den medicinska kunskapens liksom sjuklighetens stora komplexitet, lär standardisering inte vara någon kungsväg till patient- eller personalsäkerhet. Rutiner kunde också vara en källa till säkerhetsproblem. Rapporteringsrutiner skapade extra arbetsmoment som adderade till arbetets kvantitativa krav, utan att motsvarande tidsresurs tillfördes, och utan att de uppfattades tillföra den kvalitet i vården som de sas syfta till. Rutiner var inte heller heltäckande eller tillämpliga i alla situationer, varvid ökad belastning på grund av osäkerhet kunde uppstå. Rutiner kunde också vara medicinskt kloka men så pass omfattande att tidspressen kunde göra att man inte ansåg sig ha tid att följa rutinerna i alla detaljer. I det senare fallet följde osäkerhet rörande det kloka i att berätta eller formellt rapportera avvikelser, framför allt i de fall där individer skulle komma att ställas till ansvar.

### **Sjuk- och undersköterskor: Goda rutiner och vaksamhet skapar säkerhet. Bristande procedurer skapar oklarhet och risker. Illegitima krav och skuld skapar kringgående procedurer och motverkar synliggörandet av risker**

I grunden finns goda rutiner. Hur strikt reglerna följs varierar mellan grupper och för olika typer av risker. Förbättring har skett inom vissa områden. Särskild vaksamhet tillämpas på patienter och boende med fallrisk genom såväl formella som informella rutiner och procedurer. Bra med ”time in” och ”time out” i samband med operation, men oklart vem som har ansvar för att ta initiativet. Vid arbete i ambulans är det viktigt att tänka efter före (proaktivt) för att undvika risker under färd.

Tidsbrist och skuld känslor motverkar rapportering av avvikelser och arbetsskador vilket gör att problemen glöms bort och inte synliggörs. Faktiska patientskador liksom allvarliga och upprepade avvikelser rapporteras dock. Avvikelser som åtgärdas snabbt rapporteras inte. Närmaste chef hinner ofta inte hantera avvikelserrapporter som avsett och personalen saknar feedback, vilket minskar motivationen att rapportera. Endast allvarligare arbetsskador rapporteras. Omfattande utredningar vid stickskador gör att man avstår från att anmäla. Rapport om arbetsskada leder sällan till åtgärd.

Det finns brister i kommunikation och dokumentation. Det saknas gemensam strategi för hur man använder det datoriserade journalsystemet på olika enheter. Otillräcklig kännedom om vem som har ansvar för att sätta ut mediciner i samband med operation, och medicinlistor som är otillräckligt uppdaterade. Oklarhet i ansvarsfördelningen i SSKs skiftbyten om vem som signerar i läkemedelsmodulen i journalsystemet. Behovet av informationssäkerhet då uppgifter om patienter lämnas ut per telefon står i konflikt med behov av smidig informationshantering till behöriga.

Riktlinjer som får oönskade etiska konsekvenser och som därför inte upplevs som etiskt legitima hanteras genom kringgående procedurer. Detta kringgående förstärks av sanktioner, och gör även att resursbrister osynliggörs.

Ibland ger undersköterskor boende i äldreomsorgen vid-behovsordinerad medicin utan att inhämta godkännande av sjuksköterskan. Språksvårigheter kan vara en orsak till att undersköterskan undviker att per telefon kontakta och informera sjuksköterskan, för att få ett sådant godkännande. Då signerar inte läkemedelsanvändningen i journalen.

Det tar ofta tid att få tag i medicinjouren på natten för att ge lugnande medicin.

Det saknas tillräckliga rutiner för förebyggande och hantering av hotfulla situationer.

### **Läkare: Rutiner och avvikelshantering**

” Vad som är bra hos oss här, som faktiskt har med säkerhet att göra, det är att vi arbetar på ett väldigt likartat sätt inom [verksamheten]. Jag tror nog vi kan säga att vi har ett förhållningssätt som inte skiljer sig så mycket från individ till annan.”

*Läkare*

Vårdrutiner bidrog till säkerheten i situationer då de upplevdes som motiverade och lämpliga, genom att de balanserar individuella tillkortakommanden. Rutiner som var sårbara för stress, som var otydliga, komplexa eller motsägelsefulla, okända eller upplevdes som omotiverade kunde däremot skapa skaderisker. Läkare ifrågasatte om rutiner löser säkerhetsproblem relaterade till trötthet och kompetensbrist och det nämndes att följsamhet med framför allt administrativa rutiner kräver arbete för vilket det inte avsattes tid vid planering och schemaläggning.

” Jag har alltså inte hört nånting om dom [avvikelseberapporterna]. Officiellt är det väl så att dom omhändertas för att dom värderas och utvärderas och diskuteras. Men alltså jag personligen, och så upplever också mina kollegor: okej man skickar dom och sen får man ett kvitto. Sen händer det ingenting.”

*Läkare*

När det gällde rutiner för avvikelshantering berättade läkare om brist på återkoppling på inlämnade rapporter; man visste inte vad som hände med dem. Detta gällde inte minst rapporter kring personalskador som man ansåg betraktas som något normalt. Stressproblematik individualiserades i termer av dålig organisering av det egna arbetet.

”Konsekvensen är att den kollegan då exempelvis, eller en sköterska eller vem det kan vara, får en tillrättavisning och inser då att ”Jaha, det var han som hade sladdrat på mig, det var vi som var inblandade i detta. Så måste han ha skrivit, sladdrat på mig här, att jag gjorde fel”. Och det var lite pinsamt.”

*Läkare*

Man uppfattade individuell skuldbeläggning i stället för att organisering och resurstilldelning kritiskt granskades och åtgärdades. Men det fanns även berättelser om när avvikelserapporter hanterats på en sätt som man upplevde som konstruktivt, utan skuldbeläggning.

### **Kategori 3.**

## **Fysisk omgivning: datorsystem, lokaler och utrustning**

”Så är det svårt under vilka flikar [i digitalt informationssystem] dom kan ligga. Är ett jätte-bläddrande i att hitta, säger doktorerna, att hitta alla provsvar. Ja, det blir ju det att man kan få ta om prover, som man inte hittar svar på. Så får dom [patienten] komma tillbaka kanske en annan dag på ett extra besök.”

*Sköterska*

### **Sjuk- och undersköterskor: Datorsystemen har för- och nackdelar för säkerheten**

Datoriserade system minskar risken för läsfel men har lägre överskådlighet och ökar sårbarheten, och fel kan vara svåra att uppdaga och spåra.

### **Sjuk- och undersköterskor: Utformning av och tillgänglighet till lokaler och utrustning viktig för säkerheten**

” När vi flyttade in här i [nya] huset, och patienterna fick varsitt rum. För innan, när dom låg fyra på samma rum, så var det ju jättetrångt. Ja, det är mycket bättre nu.”

*Sköterska*

Nybyggda, rymliga lokaler ger bättre arbetsförhållanden och bättre vårdhygien men nybyggda lokaler är delvis redan underdimensionerade. Lokaler som medger att anhöriga kan stanna hos patienten periodvis skapar avlastning för personalen.

Trånga lokaler och lokaler som inte är avsedda för aktuell verksamhet ger svåra arbetsförhållanden. Rum och toaletter som delas av flera patienter innebär sämre hygienförhållanden. Brister i underhåll av lokaler, fysiska hinder, tung utrustning, suboptimal arbetsplatsutformning, utrustning utformad utan hänsyn till hanteringskrav förekommer och ger risk för arbetsskador. Hotfulla situationer har inte beaktats vid lokalutformning. Viktigt med god ordning.

Utformningen och tillgängligheten av utrustning i ambulans behöver förbättras och likformas men oklart vad som är tillåtet att ändra i en ambulans. Ambulanserna medger inte säker transport av nyförlöst kvinna med barn.

Personburna larm på rörliga patienter (boende) ger svårighet att lokalisera den som larmat.

” Telefonen ringer och man blir avbruten och man springer ifrån och då, man kanske står och blandar [medicin], och sen så får man springa tillbaka och så får man liksom börja om från början och se vad det var man skulle blanda. Och sen är det väldigt svårt när man har nya läkemedel och nya blandningsförfaranden. Jag blev inbeordrad här på [avdelning] en vecka, och det var antibiotika här som skulle blandas, samma medicin men det var två helt olika blandningsförfaranden och två helt olika styrkor på samma medicin. Och det är lätt att det blir fel då, kan jag känna.”

*Sköterska*

Det fanns förväxlingsrisker med sprutor och läkemedel, speciellt i kombination med brådskan och kognitiv överbelastning.

### **Sjuk- och undersköterskor: Skyddsanordningar och hjälpmedel finns men är inte alltid tillgängliga**

I allmänhet får man bra gehör för önskemål om anskaffning av hjälpmedel. Lyftar och hygien- och skyddsutrustning används om den är lättillgänglig.

Taklyftar, som är bra, finns inte i alla rum, och rum med denna utrustning kan inte reserveras för patienter med sådana behov, vilket gör att de ofta inte används när de verkligen behövs. Vissa skydd kan både minska och öka risken för patienten.

### **Läkare: Lokaler och medicinsk utrustning**

Missar i samband med planeringen av lokaler, oklara ansvarsförhållanden, brist på ordningsföreskrifter samt konkurrens om lokaler kunde göra att olämpliga lokaler måste användas. På motsvarande sätt kunde man vara tvungen att använda olämplig medicinsk utrustning och där spelade också rigid inköpsbyråkrati en negativ roll.

När ny utrustning skulle tas i bruk kunde möjligheterna att lära sig använda denna vara dåliga, på grund av tidsbrist.

De positiva berättelserna om lokaler och utrustning handlade om hur man genom uppfinningsrikedom på lokal nivå lyckats hantera problem samt belyste det fördelaktiga i ett gott samarbete mellan medicinsk personal och inköpare och lokalansvariga, en form av delaktighetsbaserat utvecklingsarbete. Kraftfullt agerande av chefer för att värna den egna verksamhetens behov av lokaler och utrustning nämndes också som positivt.

**”Först och främst, vi lyssnar på dom (boende i äldreomsorgen). Deras önskemål ska uppfyllas, precis som dom är. Då känner jag, att om hon är nöjd, är jag också nöjd. Sen tittar vi på rutiner, så att både för hennes bästa och mig som personal, gör vi så att det ska funka.”**

**Sköterska**

## Kategori 4.

### Synen på vård, på den egna rollen och på patienten, samt ”sakens natur”

#### Sjuk- och undersköterskor: Yrkesetiken är viktig

” Först och främst, vi lyssnar på dom [boende i äldreomsorgen]. Deras önskemål ska uppfyllas, precis som dom är. Då känner jag, att om hon är nöjd, är jag också nöjd. Sen tittar vi på rutiner, så att både för hennes bästa och mig som personal, gör vi så att det ska funka.”

*Sköterska*

” Så känner vi väl alla att det här personliga ansvaret, det ligger där som en liten tyngd nästan, därför vi hinner inte riktigt med och vi får inte riktig verktygen för att arbeta patientsäkert. Men det pratas mycket om patientsäkerhet. Vi får det ju till oss. Det är ett ord som jag och mina kollegor känner används lite slentrianmässigt för det ser snyggt ut, för att det låter så bra. Men våra verktyg för att arbeta patientsäkert de tas ifrån oss, och det som återstår det är ju sjuksköterskans personliga ansvar. Inte mitt professionella utan att jag känner för patienten och att jag vill patienten väl. Inte för att jag är sjuksköterska utan för att jag är människa och för att jag bryr mig om dom människor – förhoppningsvis så gör väl dom allra flesta av oss det, än så långt i alla fall – bryr oss om dom människor vi vårdar och vill dom väl. Det är ju en drivkraft men det håller på att urvattnas också, för vi orkar inte riktigt upprätthålla det, och det påverkar oss inte bara i vårt yrke utan det påverkar oss privat.”

*Sköterska*

Yrkesetiken är viktig. Det är arbetet med människor som lockar till vårdyrken. Tidsbristen är ett stort problem för att kunna arbeta tillfredsställande, med respekt för patienten. Det skapar etisk konflikt. Äldre patienter övervårdas ibland i specialistvården vilket uppfattas som ovärdig vård.

#### Sjuk- och undersköterskor: Förvirrade patienter innebär särskilda risker

Dementa personer med fallrisk kan inte bevakas tillräckligt. Skydd för patienten kan samtidigt innebära inskränkningar i patientens personliga integritet.



### **Sjuk- och undersköterskor: Förebyggande av hot- och våldssituationer kräver tid och planering**

I arbetet med dementa måste man vara uppmärksam för det kan uppstå farliga situationer. Våld kan också uppstå på grund av konflikter mellan föräldrar till barn under vård, och i vård av missbrukare och brottslingar. För att förebygga eller skapa beredskap för hotfulla situationer är det viktigt att få grepp om patientens psykiska tillstånd. Det är svårt om man inte hinner tala tillräckligt med vederbörande.

### **Sjuk- och undersköterskor: Patientens säkerhet och integritet kontra personalens säkerhet**

” Vi försöker: ”hjälp mig och vända här!”. Så teamar man upp sig: nu går vi in där tillsammans om en stund och hjälps åt att vända och så. Men just dom här akuta situationerna, där står vi nog och drar och sliter rätt mycket själva för att vi vill patienten väl, för att dom ska må bra, för att vi vill hjälpa dom. Och då försvinner min rygg, min nacke, mina axlar i det. Sen kommer man hem på kvällen och undrar varför man har så himla ont i ryggen. Det händer nog var och varenda vecka att någon gör nåt lyft man inte borde ha gjort, med patienter som är dåliga, därför att vi känner inte att vi har nåt val i det.”

*Sköterska*

Viktigt att patienten känner tillit till personalen. Det skapar trygghet för patienten och säkerhet för personalen.

Personalsäkerhet är inget man talar om. Ibland är det svårt att balansera patientens behov av mobilisering, med personalens skydd mot plötslig fysisk överbelastning. Ibland är det svårt att balansera egen säkerhet med patientens integritet. I kontakten med aggressiva dementa patienter kan konflikt uppstå med hygienregler. I akuta lägen tänker man främst på patientens bästa.

### **Sjuk- och undersköterskor: Sakens natur – vårdssituationer kan innefatta risker**

” Ja, det är väldigt tufft. Man blir spottad i ansiktet och sparkad på, klöst. Plus de värsta svärorden som finns. Ja, man är så van vid det så... Ja, man blir väldigt härdad när man jobbar i vården. Men det har varit väldigt trevligt också, man tycker det är jätteroligt och trevligt med dom boende. Vi har väldigt många trevliga situationer också.”

*Sköterska*

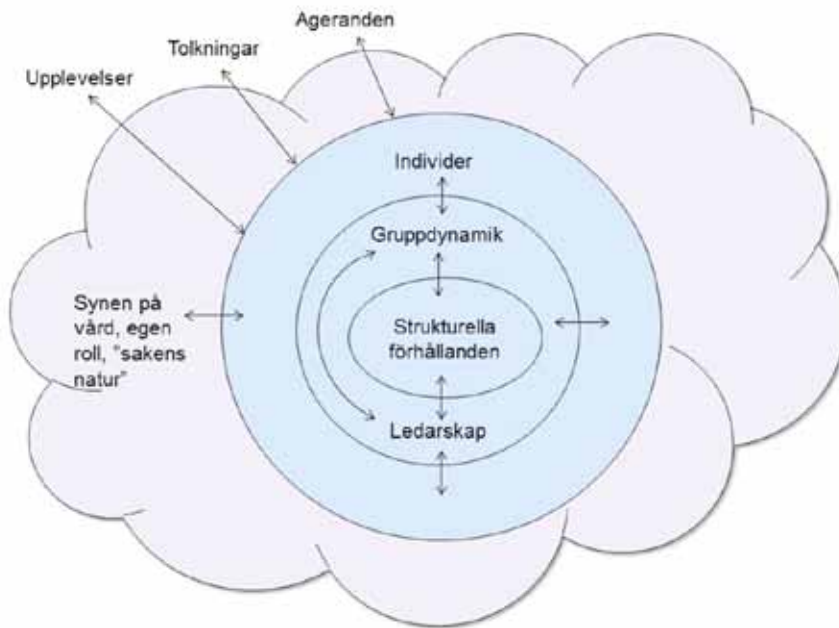
Inte alltid man uppmärksammar vårdskador som just vårdskador. Det kan vara svårt att skilja från komplikationer. Operation och hantering av nålar, tunga och plötsliga lyft och fysiskt och psykiskt våld från dementa, frustrerade eller missbrukande personer, bilkörning (ambulans), samt variabla/extrema/hotfulla förhållanden utgör typiska risker för personalen i vård och omsorg. För ambulanspersonal är vädret en försvärande faktor.

## **Fokusgruppsintervjuerna bekräftade resultaten från de individuella intervjuerna**

De teman som kom fram ur fokusgrupperna anslöt mycket väl till de som framkom ur det individuella intervjumaterialet. Sammanfattningsvis framkom här att i den konkreta vårdssituationen var det viktigt att personalen inte var negativt funktionspåverkad på grund av stress, eller av annan anledning saknade situationsadekvat kompetens, annars kunde felbedömningar och felhandlingar inträffa. Samarbete med patient och anhöriga var viktigt för att undvika hotfulla situationer och för att information från och till patient skulle fungera bra. På motsvarande sätt krävdes omsorg, skärpa och noggrannhet vid dokumentation liksom vid överföring av patientinformation mellan olika delar av vårdssystemet. Väl utvecklade samarbetsrelationer inom och mellan delar av vårdssystemet var också viktigt för informationsflöden, för lärande och utveckling och för bearbetning av problem och traumatiska erfarenheter. Allt detta var sårbart för stress orsakad av resursbrist, otillräcklig kompetens och dålig planering. Det var tydligt hur intervjupersonerna kopplade konkreta händelser med bra eller dålig säkerhet till organisatoriska förhållanden. Det handlade om den högre ledningens förmåga att planera realistiskt och förmågan hos beslutsfattare att kommunicera och samarbeta sinsemellan. Det handlade om att vårdens funktionsuppdelade organisation, med specialistvård, primärvård och kommunal omsorg, skapade oklarheter rörande ansvarsfördelning och bedömningar av patienters behov. Problem med IT-system som inte var samordnade, användarvänliga och behovsanpassade framhölls också.

## **Relationen mellan olika kategorier av förhållanden av betydelse för säkerhetsklimatet**

Intervjuerna, såväl de individuella som fokusgrupperna, lyfte inte bara fram olika faktorer som är betydelsefulla för patient- och personalsäkerheten, de visade också hur dessa faktorer förhöll sig till varandra. Figur 4, på nästa sida, illustrerar detta.



**Figur 4.** Relationerna mellan de kategorier som framträdde i analyserna av intervjuer med sjuksköterskor, undersköterskor och läkare och som förklarade hur säkerhet och risker skapades. Kärnan i förutsättningarna för god och säker vård låg i de strukturella förhållandena. Dessa avgjorde förutsättningarna för såväl ledarskap, som för gruppdynamik och individer.

Sjukvård och omsorg sker inom vissa ramvillkor som anger vad som uppfattas som möjligt av medarbetarna. Det handlar dels om professionsetiska normer som kommer till uttryck i synen på vård, på den egna rollen och relationen till patient/omsorgstagare. Ramvillkoren definieras också av ”sakens natur”, exempelvis att de personer man vårdar har vissa förutsättningar som i sig inte kan påverkas. Det kan exempelvis handla om att man vårdar dementa personer som plötsligt kan bli aggressiva, eller barn som kan vara rädda. Inom dessa ramvillkor skapas säkerhet och risker. I centrum finns de strukturella förhållandena i form av resurser och resursanvändning, organisering, rutiner och procedurer, kommunikation, samt utformning av lokaler och utrustning. Dessa strukturella förhållanden skapar förutsättningarna för övriga kategorier och bildar på så sätt kärnvillkor för säkerheten. Dessa strukturella kärnvillkor påverkar förutsättningarna i chefsrollen och därmed ledarskapet. Fanns det tid att ha ett individualiserat ledarskap? Att vara närvarande bland medarbetarna? Att ta vara på och genomföra goda förbättringsförslag från medarbetarna? Fanns det pengar att ta in extra personal när behovet var stort, etc.?

De strukturella kärnvillkoren angav också förutsättningarna för utvecklingen av bra och stabila gruppen där trygghet, socialt kapital och förändringsvilja kunde utvecklas. Fanns det tid till kollegialt lärande? Fanns det tid och stöd för att jämka samman kulturer vid omorganisationer, och så vidare?

Ledarskap och gruppdynamik påverkade också ömsesidigt varandra. Såväl chefer som i någon mån grupp kunde också ha viss inverkan på de strukturella förhållandena, exempelvis genom att en chef som står upp för arbetsgruppens behov uppåt i organisationen kan påverka resurstillgången, liksom en grupp där dynamiken är god lättare kan agera kollektivt och därmed både våga och vilja hävda gruppens arbetsintressen i form av organisatoriska lösningar och även i viss mån resursfördelning.

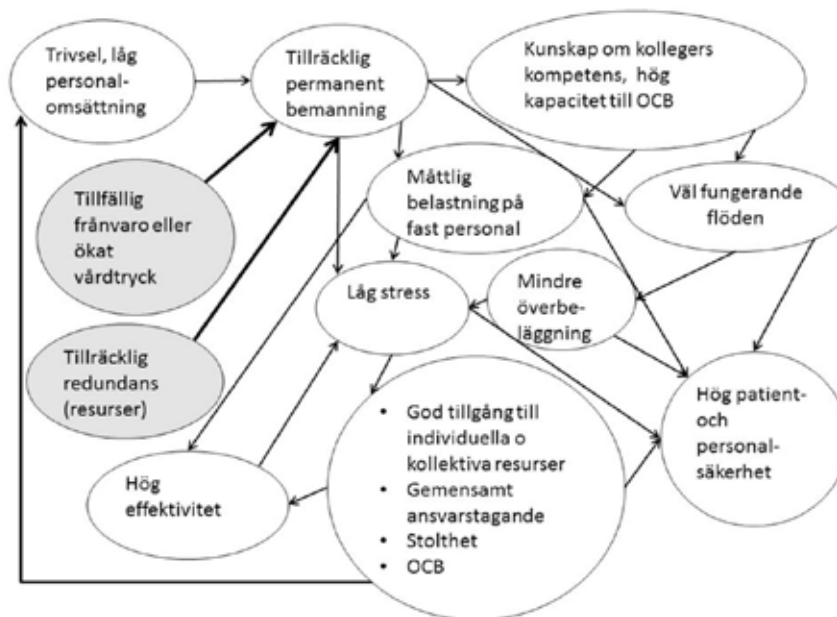
Kvaliteten på ledarskapet påverkades förstås även av individuella karaktäristika hos chefen, på samma sätt som personlighet och förutsättningar hos enskilda medarbetare påverkar meningsskapande och dynamik i gruppen. Enskilda medarbetares personlighet påverkar också cheferna och vice versa.

Genom detta system av interaktioner skapas en ”väv av mening” i form av säkerhetskultur, säkerhetsklimat och normer som vägleder individen i hur denna uppfattar och tolkar sin omgivning och som bildar en ram och utgångspunkt för enskilda individers beteende.

## **Förhållandena i vård och omsorg bildar positiva – eller negativa – processer**

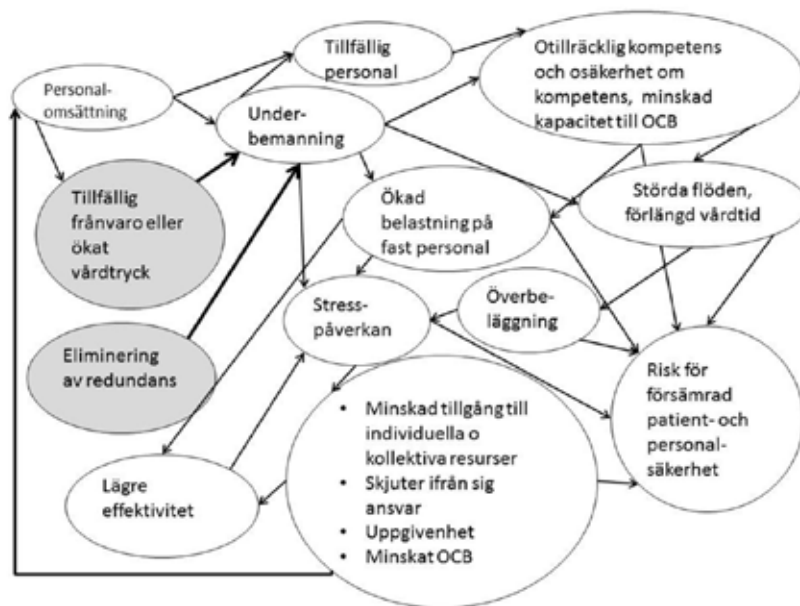
Resultaten av intervjustudierna kunde beskrivas i form av en systemorienterad spiralformad process, som kunde vara positiv eller negativ. Dessa processer visade hur olika aspekter som lyftes fram i intervjuerna är av direkt betydelse för säkerhet i vård och

omsorg, men också av indirekt betydelse, genom att de påverkar effektiviteten. Den positiva processen såg ut så här. Under förutsättning att det fanns viss reservkapacitet som kan mobiliseras i perioder av ökande krav, utan att öka trycket på den befintliga personalen, skapades ett så kallat resiliert system. Denna process illustreras i figur 5. Resultatet av den goda processen beskrevs som goda arbetsvillkor, hög säkerhet för såväl personal som patienter, hög effektivitet, hög arbetstrivsel och låg personalomsättning.



**Figur 5.** Illustration över den positiva process för hög patient- och personalsäkerhet som enligt intervjustudierna uppstår när vårdens och omsorgens variabilitet i krav på verksamhet och personaltillgång kan hanteras inom systemet utan att funktionen försämras. Processen börjar i de mörkare ovalerna längst till vänster i figuren. Den avgörande faktorn för en positiv process är att det finns resurser som medger viss redundans, det vill säga kapacitet som kan mobiliseras i perioder av ökande krav, utan att öka trycket på den befintliga personalen. OCB står för s.k. "Organisational Citizenship Behaviour", det vill säga ett delaktigt beteende som går utanför den egna kärnuppgiften och där enskilda individer genom personligt ansvarstagande gör sitt bästa för att arbetet i organisationen ska fungera så bra som möjligt.

Om däremot resurserna var så slimmade att systemet inte kunde hantera variabiliteten utan störd funktion blev systemet mycket sårbart och en negativ spiralförmad process skapades. Resultatet beskrevs då som hög stresspåverkan på personalen, försämrad säkerhet för såväl patienter som personal, försämrad effektivitet och förhöjd personalomsättning eller intention att lämna organisationen. Denna process beskrivs i figur 6.



**Figur 6.** Variabilitet i kraven på verksamheten eller tillfällig frånvaro är förhållanden som är vanliga i säsongspåverkad och personaltät verksamhet som vård och omsorg. När dessa förhållanden kombineras med alltför slimmade resurser blir systemet extremt känsligt, och störningarna propagerar i systemet. Detta startar en negativ process som visar hur resursneddragningar, som var ämnade att öka effektiviteten, få precis motsatt effekt, och dessutom får oönskade effekter på såväl patientsäkerhet som personalsäkerhet.

## Reflektioner kring vården som system

Kritiska situationer är situationer då något bra eller dåligt händer ur säkerhetssynpunkt. Våra resultat visade hur sådana händelser var beroende av förhållanden som kunde växa fram under längre tidsperioder eller som skapades för länge sedan. Yrkeskulturer och sociala klimat är exempel på sådana förhållanden, men betydelse har även traditioner när det gäller vårdorganisering, utbildning av vårdpersonal och hur olika medicinska specialiteter och de patientkategorier som är förknippade med dessa traditionellt värderas inom vårdssystemet. Här finns naturligtvis också de beslut som bestämmer sjukvårdens långsiktiga resursramar.

Denna insikt talar emot ensidiga satsningar på individen och på formella säkerhetsrutiner som ska reglera den individuella vårdarbetaren. Det verkar snarare vara så att säker vård kräver bra strukturer och processer, där etiskt svåra beslut kan tas, vilka inbegriper hela kedjan från vårdens golv till politiken.

På lokala nivåer i organisationen där vård produceras kan olika förhållanden i kombination antingen vara goda eller dåliga ur risksynpunkt. När beslut som rör omorganisation, resursfördelning och så vidare ska fattas, bör man därför ta hänsyn till hur kombinationen av förhållanden ser ut. Detta är viktigt för att ta tillvara och undvika att slå sönder goda lokala förhållanden respektive fatta kloka beslut om var säkerhetshöjande satsningar är mest motiverade. Att nöja sig med mer övergripande mått på specifika faktorer riskerar att leda till att man missar väsentlig kunskap om den lokala komplexitet som skapar eller förebygger skaderisker. Våra resultat visar också att det i denna strävan inte är självklart att man kan lita på att de existerande och etablerade kommunikationsvägarna mellan konkret vårdarbete och högre ledningsnivåer verkligen fungerar för att förmedla information om förhållanden som är relevanta för säkerheten.

Resultaten pekade på att när personalens arbetsutformning blir komplicerad, kvantitativt krävande och kan antas orsaka stress, samt när de omgivande villkoren i termer av socialt stöd, tillgänglig tid och hjälpmedel som exempelvis IT-systemen inte är tillräckligt goda, så uppstår risk för skada. Helhetsperspektiv och förståelse för vårdpersonalens arbetsutformning verkar saknas, det vill säga förståelsen för vilka uppgifter som faktiskt ingår i jobbet och vilka krav dessa ställer på individen och de omgivande organisatoriska villkoren. Om beslut som rör kvantitativ prestation och vårdbeställningar samt tilldelning av resurser för att genomföra detta faktiskt ska bidra till säker vård och omsorg, så bör beslutsunderlagen omfatta kvalificerade analyser av olika beslutsalternativs konsekvenser för vårdpersonalens arbetsutformning och de risker för negativ funktionspåverkan som hör ihop med detta.

Enligt teorin om säkerhetsklimat baseras kvaliteten på en arbetsplats säkerhetsklimat på gemensamma uppfattningar och tolkningar i arbetsgruppen av hur man hanterar patient- och personalskaderisker på arbetsplatsen. Studiens övergripande slutsats är att patient- och personalskaderisker skapas av kombinationen mellan strukturellt krävande arbetsförhållanden och personal som inte har tillgång till de individuella och sociala resurser som

är nödvändiga under dessa förhållanden. Förbättrade strukturer samt vård och utveckling av personalresursen, tycks alltså vara vägar mot bättre säkerhet och säkerhetsklimat. Detta omfattar samverkan mellan individer från vårdens golv, via organisationens mellanchefer och toppledning, till överordnad landstingsledning och ytterst till den politiska nivån.

En intressant observation var att på frågor om patient- och personalsäkerhet berättade intervjupersonerna huvudsakligen om förhållanden som vanligtvis anses höra till arbetsmiljöfrågor. Säkerhetsfrågorna var inbäddade i berättelser som handlade om hur man utförde sina kärnuppgifter som läkare, sjuksköterska eller undersköterska, och de organisationsstrukturella och – kulturella villkor man jobbar under. Säkerhet och arbetsmiljö uppfattades alltså inte som områden separerade från kärnuppgifterna och därför inte möjliga att hantera genom särskilda säkerhetsrutiner och programmatiska åtgärdssystem, eftersom de i hög grad är integrerade aspekter av arbetet.

Våra resultat visade hur skaderisker uppstår i kritiska situationer. Sådana kritiska situationer kännetecknades av mötet mellan negativt funktionspåverkad personal och besvärliga strukturella förhållanden. Exempel på funktionsnedsättning var nedsatt kapacitet till uppmärksamhet, noggrannhet, koncentration och andra kognitiva funktioner men också empati och förmåga att hantera emotionell påverkan. Exempel på negativa strukturella förhållanden var överbeläggningar, underbemanning, personalomsättning, tillfällig personal som därmed hade otillräcklig kunskap om lokala förhållanden och där den fasta personalen hade otillräcklig kunskap om den tillfälliga personalens kompetens. Andra exempel var för svåra uppgifter i förhållande till individens kompetens, oklar ansvarsfördelning, förflyttningar över organisatoriska gränser utan adekvat stöd, samt komplex, splittrad, inkomplett och svårtillgänglig information.

När det gäller de positiva faktorer, som betecknade situationer där säkerheten varit god, handlade det om lokal förmåga till att hantera och förebygga funktionspåverkan hos personalen med ett välfungerande samarbete och goda relationer inom arbetsgruppen, liksom till närmaste chef. Det handlade också om strukturella förhållanden som understödde möjligheterna att göra ett bra jobb. Detta kunde ha formen av huvudsakligen lokalt organiserade rutiner för hur akut stresspåverkan kunde hanteras i samband med mer dramatiska händelser, genom emotionellt stöd och möjligheter att prata igenom och bearbeta den inträffade. Vidare var det positivt för säkerheten med lokalt delaktighetsbaserat utvecklingsarbete, där välfungerade arbetsgrupper med engagerade och utvecklingsintresserade medarbetare var viktiga och där utvecklingsstödande operativa chefer och seniora professionsföreträdare hade viktiga roller som pådrivare och normsändare.

Här var tid en kritisk faktor. Om möjligheten fanns till en ganska ringa tidsinvestering i rätt skede blev vården effektiv, säkerheten hög, och arbetstillfredsställelsen god. Sådan tidsinvestering kunde exempelvis bestå i att mottagandet på en vårdavdelning av en ny patient kunde förberedas genom att hela vårdteamet kunde möta upp på IVA, få en bra avlämning därifrån och gemensamt kunna planera vården av patienten ifråga. Tidsinvesteringen kunde också bestå i att det fanns tid till dagliga korta reflektioner över kritiska händelser under dagen, så att fel kunde diskuteras och förebyggas genom gemensamma



överenskommelser om hantering av typhändelser, eller genom regelbundna inomprofessionella möten för kollegialt kunskapsutbyte och därmed kunskapsutveckling, på exempelvis veckobasis. Det förebyggande arbetet kunde också ha inslag av direkt styrning när operativa chefer bevakade att personal tog ut ledighet, försökte undvika långa arbetspass, och tog individualiserad hänsyn till personalens behov. Intervjupersonerna berättade om högt engagemang för patientsäkerheten och att man i grunden stimulerades av arbetets utmaningar. Det är väl etablerat att engagemang och stimulans är faktorer som motiverar till noggrannhet och stor arbetsinsats. Våra resultat visade att också säkerheten på detta vis var beroende av personalens engagemang. Det är därför viktigt att uppmärksamma sådana faktorer som upplevdes erodera engagemang och motivation och istället drev en utveckling mot resignation och distansering från arbetet. Det är genom goda arbetsförhållanden för personalen man bygger hög säkerhet för patienter och boende i vård och omsorg.

# Referenser

---

- Aase, K., Højland, S., Olsen, E., Wiig, S., & Nilsen, S. T. (2008). Patient safety challenges in a case study hospital - of relevance for transfusion processes? *Transfusion and Apheresis Science*, 39, 167-172.
- Ashleigh, M. J., & Stanton, N. A. (2001). Trust: Key elements in human supervisory control domains. *Cognition, Technology & Work*, 3, 92-100.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demand-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Beus, J., Payne, S., Bergman, M., & Arthur, W. (2010). Safety climate and injuries: an examination of theoretical and empirical relationships. *Journal of Applied Psychology*, 95(4), 713-727.
- Blau, P. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bollen, K. A., & Hoyle, R. H. (1990). Perceived Cohesion: A conceptual and empirical examination. *Social Forces*, 69(2), 479-504.
- Butler, J. K. (1991). Towards understanding and measuring conditions of trust: Evolution of a conditions for trust inventory. *Journal of Management*, 17(3), 643-663.
- Carmeli, A., Friedman, Y., & Tishler, A. (2013). Cultivating a resilient top management team: the importance of relational connections and strategic decision comprehensiveness. *Safety Science* 51, 148-159.
- Catino, M. (2008). A review of literature: Individual blame vs. organisational function logics in accident analysis. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 16(1), 53-62.
- Chin, W. W., Salisbury, W. D., Pearson, A. W., & Stollak, M. J. (1999). Perceived cohesion in small groups: Adapting and testing the perceived cohesion scale in a small-group setting. *Small Group Research*, 30, 751-766.
- Christian, M., Bradley, J., Wallace, C., & Burke, M. (2009). Workplace safety: a meta-analysis of the roles of person and situation factors. *Journal of Applied Psychology*, 94(5), 1103-1127.
- Clark, M. C., & Payne, R. L. (1997). The nature and structure of workers' trust in management. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 205-224.
- Colley, S. K., Lincolne, J., & Neal, A. (2013). An examination of the relationship amongst profiles of perceived organizational values, safety climate and safety outcomes. *Safety Science*, 51, 69-76.
- Conchie, S. M., & Donald, I. J. (2006). The role of distrust in offshore safety performance. *Risk Analysis*, 26(5), 1151-1159.
- Cox, S., Jones, B., & Collinson, D. (2006). Trust relations in high-reliability organizations. *Risk Analysis*, 26(5), 1123-1138.
- Dixon-Woods, M., Suokas, A., Pitchforth, E., & Tarrant, C. (2009). An ethnographic study of classifying and accounting for risk at the sharp end of medical wards. *Social Science & Medicine*, 69, 362-369.
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500-507.
- Evanoff, B., Bohr, P., & Wolf, L. (1999). Effects of a participatory ergonomics team among hospital orderlies. *American Journal of Industrial Medicine*, 35, 358-365.
- Flin, R. (2007). Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science*, 45(6), 653-667.

- Fugas, C. S., Silva, S. A., & Meliá, J. L. (2012). Another look at safety climate and safety behavior: deepening the cognitive and social mediator mechanisms. *Accident Analysis and Prevention*, 45, 468-477.
- Glendon, I. (2008). Safety culture: snapshots of a developing concept. *Journal of Occupational Health and Safety – Australia and New Zealand*, 24(3), 179-189.
- Hofmann, D. A., Morgeson, F. P., & Gerras, S. J. (2003). Climate as a Moderator of the Relationship Between Leader-Member Exchange and Content Specific Citizenship: Safety Climate as an Exemplar. *Journal of Applied Psychology*, 88(1), 170-178.
- Hopkins, A. (2006). Studying organisational cultures and their effects on safety. *Safety Science*, 44(10), 875-889.
- Jagger, J., & Balon Bentley, M. (1997). Injuries from vascular access devices: high risk and preventable. *Journal of Intravenous Nursing*, 20(65), 33-39.
- Jeffcott, S., Pidgeon, N., Weyman, A., & Walls, J. (2006). Risk, trust, and safety culture in UK train operating companies. *Risk Analysis*, 26(5), 1105-1121.
- Karazek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life* (1st ed.). New York: Basic Books, Inc., Publishers.
- Katz-Navon, T., Naveh, E., & Stern, Z. (2005). Safety climate in health care organizations: A multidimensional approach. *Academy of Management Journal*, 48(6), 1075-1089.
- Kines, P., Lappalainen, J., Lyngby Mikkelsen, K., Olsen, E., Pousette, A., Tharaldsen, J., . . . Törner, M. (2011). Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ): a new tool for diagnosing occupational safety climate. [Journal article]. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 41, 634-646.
- Koh, T. Y., & Rowlinson, S. (2011). Relational approach in managing construction project safety: a social capital perspective. *Accident Analysis and Prevention*. doi: 10.1016/j.aap.2011.03.020
- Kristensen, T. S., Borg, V., & Hannerz, H. (2002). Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30, 41-48.
- Kuenzi, M., & Schminke, M. (2009). Assembling fragments into a lens: a review, critique, and proposed research agenda for the organisational work climate literature. *Journal of Management*, 35, 634-717.
- Kunzle, B., Kolbe, M., & Grote, G. (2009). Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: a literature review. *Safety Science* 21, 93-111., in press.
- Larsson-Tholén, S., Pousette, A., & Törner, M. (2013). Causal relations between psychosocial climate, safety climate and safety behaviour - a multi-level investigation. *Safety Science*, Accepted.
- Larsson, T. J., Normark, M., Oldertz, C., & Tezic, K. (2009). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro*. Stockholm: AFA Försäkring.
- Marton, F. (1986). Phenomenography - a research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of Thought*, 21(3), 28-49.
- Marton, F., & Säljö, R. (1976). On qualitative differences in learning. I Outcome and process. *British Journal of Educational Psychology*, 46, 4-11.
- McEvily, B., Perrone, V., & Zaheer, A. (2003). Trust as an organizing principle. *Organization Science*, 14(1), 91-103.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nahrgang, J., Morgeson, F., & Hofmann, D. (2007). Predicting safety performance: a meta-analysis of safety and organizational constructs. Paper presented at the 22nd Annual Conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology, New York.
- Neal, A., & Griffin, M. A. (2002). Safety climate and safety behaviour. *Australian Journal of Management*, 27(Special Issue), 67-76.
- Neal, A., Griffin, M. A., & Hart, P. M. (2000). The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior. *Safety Science*, 34(1-3), 99-109.

- Organ, W. D. (1997). Organizational Citizenship Behavior: It's construct clean-up time. *Human Performance*, 10(2), 85-97.
- Ovretveit, J. (2009). The contribution of new social science research in patient safety. *Social Science & Medicine*, 69(12), 1780-1783.
- Parker, S. K., Axtell, C. M., & Turner, N. (2001). Designing a safer workplace: Importance of job autonomy, communication quality, and supportive supervisors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(3), 211-228.
- Perrow, C. (1984). *Normal accidents: living with high-risk technologies*. New York: Basic Books.
- Poortinga, W., & Pidgeon, N. F. (2003). Exploring the Dimensionality of Trust in Risk Regulation. *Risk Analysis*, 23(5), 961-972.
- Pousette, A. (2001). *Feedback and stress in human service organisations*. Doctoral, University of Gothenburg, Gothenburg.
- Schneider, B. (1975). Organizational climates: an essay. *Personnel Psychology*, 28, 447-479.
- Schneider, B., & Reichers, A. E. (1983). On the etiology of climates. *Personnel Psychology*, 36, 19-39.
- Schneider, B., Salvaggio, A. N., & Subirats, M. (2002). Climate strength: a new direction for climate research. *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 220-229.
- Schulman, P. R. (2004). General attributes of safe organisations. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 39-44.
- Scott, T., Mannion, R., Marshall, M., & Davies, H. (2003). Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence. *Journal of Health Ser Res Policy*, 8(2), 105-117.
- Sorra, J., & Nieva, V. F. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture AHRQ Publications (Vol. 04-0041).
- Sveriges kommuner och landsting (2013). *Skador i vården – skadeöversikt och kostnad. Markörbaserad journalgranskning januari-juni 2013*.
- Theorell, T., Mickelsen, H., & Nordemar, K. (1991). Tre arbetsmiljöindex som använts i Stockholmsundersökningen. *Stockholmsundersökningen 1*. In M. H. a. C. Hogstedt (Ed.), *MUSIC Books* (pp. 150-154). Stockholm.
- Törner, M. (2011). The “social-physiology” of safety. An integrative approach to understanding organisational psychological mechanisms behind safety performance. *Safety Science*, 49, 1262-1269. doi: 10.1016/j.ssci.2011.04.013
- Törner, M., Eklöf, M., Larsman, P., & Pousette, A. (2013). *Säkerhetsklimat i vård och omsorg. Bakomliggande faktorer och betydelse för personalsäkerhet och patientsäkerhet Arbets- och miljömedicin rapportserie (Vol. Rapport 2013:1)*. Gothenburg: University of Gothenburg.
- Weingart, S. N., & Page, D. (2004). Implications for practice: challenges for health care leaders in fostering patient safety. *Quality & Safety in Health Care*, 13, 52-56. doi: 10.1136/qshc.2003.009621
- Vincent, C. (2009). Social scientists and patient safety: critics or contributors? *Social Science and Medicine*, 69, 1777-1779.
- [www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient\\_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigation/Kunskap/Vardskador). (2008) Retrieved Jan, 2009
- Yin, R. K. (2006). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber.
- Zacharatos, A., Barling, J., & Iverson, R. D. (2005). High-performance work systems and occupational safety. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 77-93.
- Zohar, D. (1980). Safety Climate in Industrial Organizations: Theoretical and Applied Implications. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96-102.
- Zolli, A., & Healy, A. M. (2012). *Resilience. Why things bounce back*. London: Headline Publishing Group.

# Tack!

---

Studien har finansierats av AFA Försäkring, vilket härmed tacksamt uppmärksammas. Finansiellt stöd erhöles även från Västra Götalandsregionen, vilket vi också tacksamt vill uppmärksamma.

Vi vill även framföra vårt tack för gott samarbete till de deltagande vård- och omsorgsgivarna.

Enheten för arbets- och miljömedicin  
Sahlgrenska akademien  
Göteborgs universitet  
Box 414, 405 30 Göteborg  
+46 (0)31 – 786 36 13  
marianne.torner@amm.gu.se  
www.amm.se

ISBN: 978-91-86863-05-0  
Förlag: Göteborgs universitet, Sahlgrenska akademien, Arbets- och miljömedicin,  
www.amm.se  
Författare: © Marianne Törner, Mats Eklöf, Pernilla Larsman, Anders Pousette  
Textredigering: Annika Söderpalm, Vera marknadskommunikation  
Grafisk form: Lena Svanteson, Clout  
Foto: Göteborgs universitets bildbank  
Tryck: Ale tryckteam  
Papper: Omslag: Multidesign original white 170g  
Inlaga: Multidesign original white 115g





Enheten för arbets- och miljömedicin  
Sahlgrenska akademien  
Göteborgs universitet  
Box 414, 405 30 Göteborg  
+46 (0)31 – 786 36 13  
marianne.torner@amm.gu.se  
www.amm.se



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENKA AKADEMIN