

Omorganisationer i vården ger högre risk för felanmälan

Ju fler omorganisationer, desto större risk för läkare att bli anmäld, visar enkät

TÖRES THEORELL, professor emeritus, Karolinska institutet, Stockholm; forskare, Institutet för stressforskning
Tores.Theorell@stressforskning.su.se

EVA BEJEROT, docent i arbetsvetenskap, forskare, psykologiska institutionen; båda Stockholms universitet

En anmälan av en läkare omfattar flera steg. För det första ska någon uppleva att ett fel har begåtts, och vad som ska anses vara en felaktighet är inte alldeles lätt att bedöma. För det andra ska någon fatta beslut om en anmälan. Det kan vara läkaren själv, en patient eller en anhörig som sätter i gång anmälningsprocessen eller en anställd eller chef på avdelningen.

De yttre arbetsförhållandena skulle kunna påverka både hur många fel som begås i vården och hur många av dem som sedan anmäls. Om arbetsorganisationen i sig är en orsak till många konflikter, kan läkarna få svårigheter att fungera väl, vilket i sin tur kan öka frekvensen av negativa händelser, tillbud och risker. När rutiner och strukturer bryts ner kan det göra att missnöje från patienters sida hanteras sämre, vilket leder till fler anmälningar. Information om var och hur patienter och anställda kan anmäla avvikelser i form av misstag eller dåligt bemötande ökar också frekvensen av anmälningar.

Antalet anmälningar har ökat

I hela riket anmäldes år 2010 sammanlagt 40 000 fall till Patientnämnden, Patientförsäkringen, Ansvarsnämnden och enligt lex Maria [1]. Patientnämnderna rapporterade 2010 drygt 25 000 ärenden. Dessa anmälningar har ökat med omkring 6 procent per år sedan 2008. I Stockholms län har de skriftliga ärendena till Patientnämnden ökat med 80 procent under de senaste fem åren, och av dessa har 19 procent lett till någon form av förbättringsåtgärd [1; sidan 3]. Patientförsäkringen har cirka 10 000 ärenden per år, varav hälften leder till någon form av ersättning till patienten efter en oberoende granskning [2].

Till Ansvarsnämnden anmäldes år 2010 4 500 ärenden, av vilka 338 ledde till erinran eller varning [3].

Socialstyrelsen mottog år 2008 1 600 lex Maria-anmälningar, och antalet anmälningar har ökat med 50 procent sedan 2005. Socialstyrelsen påpekar dock att ökningen inte behöver betyda att svensk hälso- och sjukvård har blivit sämre [4]: »Det kan snarare vara tvärtom. Många anmälningar tyder på en kvalificerad säkerhetskultur där benägenheten att vilja förbättra patientsäkerheten är stark, medan få anmälningar kan vara ett uttryck för att det i själva verket finns ett mörkertal.»

Mörkertalet avseende vårdskador kan vara så stort som 100 000 fall per år [5].

Det finns således en tydlig tendens till en ökning av antalet anmälningar i hälso- och sjukvården. Men en anmälan är inte

»Det finns således en tydlig tendens till en ökning av antalet anmälningar i hälso- och sjukvården.«

detsamma som att ett misstag har begåtts. Och avsaknad av anmälan betyder inte att misstag inte har begåtts.

Misstag påverkar läkaren

Det finns en del vetenskaplig litteratur om hur misstag påverkar läkaren, och det är helt klart att ett misstag utgör en riskfaktor för psykisk ohälsa hos läkare. Fenomenet har studerats mera hos amerikanska läkare än hos svenska [6–8]; för en översikt se tidigare Medicinsk kommentar i Lakartidningen [9].

Man har funnit att två tredjedelar av våra amerikanska kollegor oroar sig för att begå nya fel. I en internationell översikt från 2009 [10] kom man fram till att misstag i vården är ett viktigt problem i läkarnas arbetsmiljö och att mycket talar för att ledarskap och organisatoriska åtgärder skulle kunna lindra problemet. Det finns få vetenskapliga studier av organisatoriska faktorer som inverkan på anmälningsrisk. Arnetz [11] har i en översikt pekat på denna typ av samband. Det finns dock behov av nya studier, eftersom den svenska sjukvården förändras mycket snabbt.

Vi har inte funnit några studier av hur anmälningar i sig påverkar läkarnas arbetsmiljö, oberoende av allvarlighetsgrad eller om det är anmälningar läkaren känner sig säker på att bli friad från eller inte. Om misstag utan efterföljande anmälan, alternativt utan att någon annan känner till vad som skett, innebär en likartad psykisk belastning som ett anmält misstag är inte studerat. Att även dolda felbehandlingar ger grämelser och ångest visar inte minst Michail Bulgakovs målande beskrivning av sina erfarenheter av läkaryrket [12].

En av vår grupp nyligen genomförd enkätundersökning av

■ sammanfattat

Närmare 10 procent av de svenska läkarna (3 000) har fått svara på frågor om sin arbetsmiljö och hälsa; 1 534 besvarade frågorna. Frågor om arbetsmiljö analyserades i relation till felanmälningar.

Bland de läkare som besvarade enkäten hade 30 procent blivit anmälda minst en gång under de senaste fem åren. Manliga läkare var oftare anmälda än kvinnliga.

Felanmälningarna var färre om seniora läkares kunskap och erfarenheter beaktades i

planeringen av verksamheten.

Läkare med forskningserfarenhet var anmälda i mindre utsträckning än de utan forskningserfarenhet.

De läkare som angav att vårdgarantier styrde prioriteringarna på arbetsplatsen var anmälda i högre grad än de som inte styrdes av vårdgarantier.

Antalet omorganisationer hade ett starkt samband med anmälningar: ju fler omorganisationer, desto högre risk för läkaren att bli anmäld.

TABELL 1. Resultat av multipel ordinal logistisk regression med antal anmälningar senaste tre åren som beroende variabel (fyra svars-kategorier: »aldrig«, »en gång«, »två till tre gånger« och »flera gånger«) (KI = konfidensintervall).

	Odds-kvot (95 procents KI)	P-värde
Ledningsansvar, fyra alternativ	1,18 (1,00–1,38)	
Ledningsansvar ökar risken att bli anmäld		P=0,045
Forskarutbildning, fem alternativ	0,83 (0,73–0,95)	
Forskarutbildning minskar risken att bli anmäld		P=0,006
Antal år som läkare	1,00 (0,99–1,01)	
Antal år som läkare har ingen betydelse		P=0,969
Kön (kvinna = 1, man = 2)	2,25 (1,72–2,97)	
Män löper större risk att bli anmälda		P=0,0001
Direkt patientarbete, timmar per vecka	1,01 (1,00–1,03)	
Tendens att patientarbete flera timmar per vecka ökar risken att bli anmäld		P=0,075
Vårdgarantin, tre alternativ	0,81 (0,68–0,96)	
Ju mindre vårdgarantin styr prioriteringar, desto mindre risk att bli anmäld (högre P-värde = minskande styrning)		P=0,018
Seniora läkare, tre alternativ	1,29 (1,06–1,56)	
Ju mindre seniora läkare påverkar verksamhetens planering, desto större risk att bli anmäld (högre P-värde = minskande påverkan)		P=0,009
Antal omorganisationer senaste tre åren, fyra alternativ: »nej«, »en gång«, »två till tre gånger« och »mer än tre gånger«	1,21 (1,06–1,38)	
Ju flera omorganisationer, desto större risk att bli anmäld		P=0,006

svenska läkare ger oss tillfälle att belysa en annan aspekt av detta område. I studien undersöktes nämligen om antalet gånger som läkare blivit anmälda – oavsett till vilken instans eller med vilket utfall – har samband med organisatoriska faktorer som omorganisationer och styrformer. En hypotes är att stabilitet och kontinuitet i verksamheten gynnar vårdens kvalitet och därigenom bidrar till färre anmälningar.

METOD

Studiegrupp

En enkät skickades till 3 000 läkare under år 2010, vilket innebär att närmare 10 procent av Sveriges läkarkår fick enkäten. Ett obundet slumpurval gjordes ur Sveriges läkarförbunds medlemsregister. Enkäten skickades per post; den kunde besvaras valfritt på papper eller genom inloggning på en webbsida. Vi informerade om att deltagandet var frivilligt och hur ansvariga kunde kontaktas etc. För att säkerställa anonymitet för de svarande var utskicket helt skilt från insamling och analys av de ifyllda enkäterna.

Enkätstudien har godkänts i etisk prövning.

Datainsamlingen sträckte sig från maj till oktober 2010 med två generella påminnelser och en riktad påminnelse med ett nytt utskick av enkäten. Vi fick in 1 534 svar. Ett förklarat bortfall fanns för 109 individer (pensionär, inte verksam i Sverige etc), vilket gav nettosvarsfrekvensen 53,1 procent. Genom att forskarna hade tillgång till namn och personnummer på dem som inte besvarat enkäten (men inte på dem som besvarat enkäten) kunde bortfallet avseende kön, åldersgrupp, medicinsk specialitet och geografiskt område följas upp med hjälp av Socialstyrelsens förteckning över läkare [13].

Analysen visade att en något större andel kvinnliga än manliga läkare besvarade enkäten; svarsprocenten var 56,6 för kvinnor jämfört med 49,8 för män. Analysen visade också att internmedicinare hade ett större bortfall än andra specialiteter. Avseende åldersfördelning och den geografiska fördel-

ningen var överensstämmelsen god med endast ett par procentenheters skillnad mellan dem som besvarat enkäten och dem som ingick i bortfallet.

Variabler

Den 18 sidor tjocka enkäten innehåller 87 frågor på områdena bakgrund, ramar för arbetet, arbetsmiljö, hälsa och välbefinnande samt arbetstider och sömn. Många av enkätfrågorna är helt nya och har formulerats mot bakgrund av både intervjuer med läkare och dokumentstudier som inriktats på lärande och styrformer i sjukvården. Sveriges läkarförbunds arbetslivsgrupp (ALG) har bidragit i arbetet att testa och förbättra dessa enkätfrågor.

I föreliggande bearbetningar utgör följande fråga vår utgångspunkt: »Har du under de senaste fem åren blivit anmäld i ditt arbete?» (med svarsalternativen »nej«, »en gång«, »två till tre gånger« och »mer än tre gånger«).

Som förklaringsvariabler har vi först valt sådana demografiska variabler som i tidigare undersökningar visat sig ha betydelse, nämligen kön (kvinna=1, man=2), antal år som läkare (i stället för ålder, som givetvis är starkt korrelerad med antal år som läkare), medicinskt ledningsansvar (»nej«, »ansvar på enhetsnivå«, »ansvar på klinikenivå eller vårdcentral« och »ansvar på högre nivå«), forskningserfarenhet (»grundutbildning«, »forskarutbildning«, »doktorsgrad«, »docentkompetens« och »professorskompetens«) och timmar per vecka i direkt patientarbete inklusive telefondit.

För det andra valde vi att testa de variabler som har med styrformerna på arbetsplatsen att göra. De 12 frågor som behandlade dessa handlade dels om styrformer på makronivå som beställar-/utförarsystem, vårdgarantier och vårdval, dels mer lokala styrformer som användning av avvikelserapporteringsystem, läkargruppens inflytande på verksamhetsnära frågor samt beaktande av seniora läkares kunskap och erfarenheter. Svarsalternativen var »ja, i hög grad«, »ja, i viss mån« och »nej«.

Slutligen använde vi en fråga om organisationsförändringar: »Hur många gånger har du under de senaste tre åren varit med om organisationsförändringar som påverkat dina arbetsvillkor eller arbetsuppgifter?» (med svarsalternativen »nej,

»... det är helt klart att ett misstag utgör en riskfaktor för psykisk ohälsa hos läkare.«

ingen gång», »ja, en gång«, »ja, två till tre gånger« och »ja, flera gånger«. Vi har genomgående valt att använda endast sådana svar som handlar om förekomsten av olika företeelser och alltså helt undvikit värderingar av dessa.

Statistiska överväganden

De demografiska variablerna har inkluderats i samtliga multivariata analyser. När det gäller lärandevariablerna och styrformerna har vi testat var och en av dem i relation till förekomsten av anmälningar. Endast de som visat sig ha signifikant samband med den beroende variabeln har varit med i det avslutande multivariata steget. Kravet har också varit att det univariata sambandet mellan lärandevariabel/styrformsvariabel/omorganisation och utfallet skulle vara kontinuerligt. Samtliga variabler som uppvisat signifikant univariat samband med den beroende variabeln och som sedan inkluderats i den multivariata analysen har uppfyllt detta kriterium.

Frågan om såväl »diskussioner och beslut i läkargruppen har betydelse för hur verksamheten organiseras« som »seniora läkares kunskap och erfarenheter beaktas i planeringen av verksamheten« visade sig ha betydelse. Eftersom dessa variabler var starkt korrelerade, har vi valt att inkludera endast den ena, nämligen »seniora läkares kunskap beaktas«, i slutanalysen. De styrformsvariabler som kom att ingå var »vårdgarantier styr prioriteringar«, och »seniora läkares kunskap beaktas«.

Slutligen hade »antalet omorganisationer« också univariat samband med anmälan för felhandlingar och ingår därför i den multivariata slutanalysen.

Samtliga förklarande variabler är ordinala men uppvisar ändå kontinuerliga samband med den beroende variabeln. Den beroende variabeln är också ordinal. Den bästa lösningen i denna situation är den multipla logistiska ordinala regressionen. Denna analys ger för var och en av de förklarande variablerna en oddskvot, som för varje skalsteg på den förklarande variabeln svarar mot ökning/minskning av sannolikheten att den ordinala beroendevariabeln rör sig ett steg – efter det att hänsyn tagits till alla de andra förklarande variablerna i analysen. Deltagare som försummat att svara på någon av de frågor som ingick i den multivariata analysen har betraktats som internt bortfall och är alltså inte inkluderade i slutanalysen.

RESULTAT

Bland de 1 517 deltagare som besvarade frågan om anmälningar de senaste fem åren svarade 1 059 »aldrig« (69,8 procent), 337 »en gång« (22,2 procent), 115 (7,6 procent) »två till tre gånger« och 6 (0,4 procent) »mer än tre gånger«.

Resultaten i den ordinala multipla logistiska regressionen visar att de variabler som ger oberoende signifikanta bidrag till anmälningsrisk är ledningsansvar (som ökar risken), forskarutbildning (som minskar risken), kön (män uppvisar större risk), att »seniora läkares kunskap beaktas« (ju mer seniora läkare påverkar, desto mindre risk) och att »vårdgarantin styr medicinska prioriteringar« samt »antal omorganisationer« (ju flera sådana, desto större risk för anmälan).

Det framgår också av Tabell I att patientarbete många timmar per vecka tenderar att öka risken för anmälan ($P=0,075$) och att antal år som läkare saknar betydelse för sannolikheten att bli anmäld.

»Att forskningserfarenhet har en skyddande effekt på anmälningsrisk är rimligt och förväntat.«

När man ser de olika variablerna i tabellen ska man notera att uppgifterna om antal år som läkare respektive antal timmar direkt patientarbete per vecka skiljer sig från övriga förklarande variabler genom att de har en mycket större variationsvidd. En timmes ökning i patientarbete per vecka svarar mot endast 1 procents riskökning, men då ska man komma ihåg att 10 timmar enligt tabellen teoretiskt svarar mot 10 procents riskökning. Kön i sin tur har endast två alternativ. För de övriga variablerna varierar antalet skalsteg mellan tre och fem.

DISKUSSION

Resultaten visar att män som grupp löper betydligt högre risk att bli anmälda. Detta är känt sedan tidigare och kan ha många förklaringar. En viktig delförklaring kan ligga i att män arbetar i specialiteter med större anmälningsrisk, t ex ortopedi där mer än 50 procent av enkättagarna blivit anmälda under de senaste fem åren. Motsvarande siffra för psykiatri är mindre än 20 procent anmälda under samma period. Det finns således stora olikheter med avseende på förekomst av anmälningar mellan specialiteter, vilket kan bidra till könseffekten.

I vårt material hittar vi tydliga signifikanta skillnader mellan män och kvinnor (med större risk för män) inom två av specialiteterna, psykiatri och allmänmedicin, två specialiteter där det finns en relativt stor andel kvinnor (och som också är relativt stora grupper i vårt material). Detta innebär att olikheter i könsfördelning mellan specialiteterna inte kan förklara hela skillnaden mellan män och kvinnor.

Forskningserfarenhet och kollegialitet kan skydda

Att forskningserfarenhet har en skyddande effekt på anmälningsrisk är rimligt och förväntat. Det stödjer hypotesen att en god vidareutbildning skyddar mot medicinska felhandlingar och därmed också mot anmälningar. Att effekten av att seniora läkare får påverka styrningen av arbetet är positiv i förhållande till anmälningsrisk (dvs minskar risken) verkar också rimligt. Detta återspeglar kanske att medicinska perspektiv väger tungt även i jämförelse med ekonomiska på avdelningar där seniora läkare har tydligt inflytande på prioriteringarna.

Detta ligger i linje med amerikanska studier som visat att kollegialitet var en viktig faktor för att styrformer som riktlinjer och prestandajämförelser skulle ha samband med mindre antal felhandlingar [14].

Av särskilt intresse med tanke på diskussionen kring vårdgarantierna [15, 16] är resultatet att om vårdgarantier tillåts styra prioriteringarna, ökar risken för anmälningar. Om avdelningen får böta därför att man inte kan hålla vårdgarantierna under överbelastningsperioder, kan detta givetvis påverka anmälningsrisken på två olika sätt: dels direkt därför att patienter och anhöriga är medvetna om tidsregeln, dels därför att patienter med allvarliga tillstånd som skulle kräva snabbare behandlingsingripanden som medicinskt borde motivera förtur får vänta, vilket kan medföra onödiga försämringar i tillståndet.

Slutligen, att omorganisationer kan öka risken för anmälningar är inte överraskande. Vid omorganisationer uppstår av och till bristande fokusering eftersom fungerande nätverk bryts, kontinuiteten i vården minskar, personal måste läras om och arbetstiden användas till annat än vård, vilket minskar tiden för patientarbete.

Tvårsnittsstudie med ganska stort bortfall – en svaghet

Studiens bortfall var ganska stort. Tyvärr är det numera svårt att få högt deltagande i populationsundersökningar. Svarsfrekvensen i den här undersökningen (53,1 procent) är något

»För att förbättra säkerheten framhålls betydelsen av teamarbete, kollegialitet och anpassat ledarskap.«

mindre än i SCB:s populationsstudier i vilka numera deltagarfrekvensen brukar vara omkring 60 till 65 procent. Bortfallsanalysen visade att internmedicinare var underrepresenterade, vilket kan ha betydelse för tolkningen, eftersom denna grupp är stor och anmälningsrisken stor. Det är dock svårt att säga på vilket sätt tolkningen skulle kunna påverkas.

Undersökningen baseras på ett tvärsnitt, vilket försvårar tolkningen. Det är alltid svårt i tvärsnittsstudier att uttala sig om vad som är orsak och vad som är verkan. Visserligen kan man inte utesluta »omvända samband«, som skulle innebära att t ex hög anmälningsfrekvens i en arbetsgrupp ökar risken för omorganisationer eller bristande seniorinflytande i kollegialiteten. Sådana förklaringar verkar dock mindre sannolika än att omorganisationer och bristande inflytande från äldre kollegor kan skapa grogrund för anmälningar.

Komplexa samband

Förmodligen är sambanden komplexa. Andra studier ger stöd för tolkningen att stabilitet och goda kollegiala nätverk har betydelse för felhandlingar. En studie i USA som är gjord med en mera objektiv undersökning av farmakologiska felordinationer visar att regelverk och formella instruktioner fungerar endast om god kollegialitet har etablerats [17].

Ytterligare en amerikansk studie [11] som är gjord med kvalitativ metodik analyserade brister i säkerhet i primärvården. Resultaten visar hur snabba förändringar, undermåliga informationssystem och en ständigt press att öka produktiviteten försvårade läkarnas arbete. För att förbättra säkerheten framhålls betydelsen av teamarbete, kollegialitet och anpassat ledarskap.

Signifikant belastning på läkares mentala hälsa

Anmälaans riktighet och allvarsgrad kan naturligtvis variera, men varje anmälan tar mycket tid och energi för de instanser som utreder och inte minst för den anmälda läkaren (och gi-

vetvis andra anmälda vårdarkategorier). Begreppet »second victim« har införts [18] för att man ska uppmärksamma de mentala hälsokonsekvenser som misstag i sig kan medföra för den vårdgivande personalen (se även Theorell 2008 [9]).

Möjligen kan begreppet vara relevant även för mentala hälsokonsekvenser av anmälningar, oavsett om det skett ett misstag eller inte. Anmälningar i sig kan vara en signifikant belastning på läkarnas mentala hälsa.

Studien kan inte ge svar

I Patientnämndens översikt [19; sidan 13] nämns att de frekventa omorganisationerna i vården tycks göra patienterna vilslna och att de därför söker sig till Patientnämnden för att få svar på frågor om rättigheter och regler. Dessa frågor kan då få formen av en anmälan, vilket pekar på en mekanism som kan förklara att omorganisationer har samband med ökad förekomst av anmälningar.

Ytterligare en aspekt på att reglering kan få effekter på förekomsten av anmälningar är att vi finner att om vårdgarantin får styra prioriteringarna, ökar risken för anmälningar.

Resultaten pekar alltså på att omorganisationer och nedvärdering av seniora läkares kunskap i planeringen av arbetet kan ge kostnader i form av ökad mängd anmälningar. Ett resonemang i linje med Socialstyrelsens ovan [4] skulle innebära att stabilitet i verksamheten och att seniora läkares erfarenheter beaktas i planering av verksamheten kan ha samband med sämre säkerhetskultur i vården, och inte nödvändigtvis tyda på en bättre vård. Andra pekar på att anmälningarna till stor del är valida och speglar problem i vårdens kvalitet [2], vilket skulle innebära det motsatta.

Denna studie kan inte ge svar på vad som stämmer bäst.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ *Studien har finansierats genom forskningsanslag från AFA Försäkring (Dnr 090078) och VINNOVA (Dnr 2007-02128). Sveriges läkarförbund har stött projektet, såväl finansiellt som med information under projektets gång.*

Kommentera denna artikel på Lakartidningen.se

REFERENSER

1. Patientnämnden i Stockholms län. Årsrapport 2010.
2. Pukk Härenstam K, Ask J, Brommels M, Thor J, Penaloza RV, Gaffney FA. Analysis of 23 363 patient-generated, physician-reviewed malpractice claims from a non-tort, blame-free, national patient insurance system: lessons learned from Sweden. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:259-63.
3. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSN. Årsredovisning 2010.
4. Socialstyrelsen. Statistik om lex Maria [citerat 18 juni 2011]. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik>
5. Socialstyrelsen. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsens tillsynsavdelning; 2008.
6. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, et al. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2007;33:44:467-76.
7. Williams ES, Baier Manwell L, Konrad TR, Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Manage Rev*. 2007;32:203-12.
8. West CP, Hushka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA*. 2006;296:1071-8.
9. Theorell T. Många mår dåligt efter att ha gjort fel i vården. Två tredjedelar oroliga för att göra nya fel, enligt nordamerikansk enkät. *Läkartidningen*. 2008;105:610-1.
10. Schwappach DL, Boluarte TA. The emotional impact of medical error involvement on physicians: a call for leadership and organisational accountability. *Swiss Med Wkly*. 2009;139:9-15.
11. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med*. 2001;52(2):203-13.
12. Bulgakov M. En ung läkares anteckningar. Göteborg: Hedner & Everts förlag; 1995.
13. Socialstyrelsen. Legitimerade läkare 2010/2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
14. Kaissi A, Kralewski J, Dowd B, Heaton A. The effect of the fit between organizational culture and a structure on medication errors in medical group practices. *Health Care Manage Rev*. 2007;32(1):12-21.
15. Gyllfors P, Strand V. Vårdgarantin i Stockholm är odemokratisk. *Dagens Nyheter Debatt*. 25 augusti 2010.
16. Winblad U, Caroline A. Kåren och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professions roll i styrningen av svensk hälso- och sjukvård. Stockholm: Finansdepartementet, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi; 2010. Rapport 2010:9.
17. Baier Manwell LB, Williams ES, Babbott S, Rabatin JS, Linzer M. Physician perspectives on quality and error in the outpatient setting. *WMJ*. 2009;108(3):139-44.
18. Scott SD, Hirschinger LE, McCoig M, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider »second victim« after adverse patient events. *Qual Saf Health Care*. 2009;18(5):325-30.
19. Patientnämnden i Stockholms län. Årsrapport 2008.