

Skuld – en individuell handling eller indirekt konsekvens

4

"Ett litet barns liv släcktes ut. En sjuksköterskas liv nästan också. Och hälso- och sjukvårdssystemet blev inte ett dugg säkrare för det. När vi försöker ta kontroll över våra komplexa, riskfyllda system genom att hänga ut och straffa enskilda individers agerande, finns det inga segrare. Det finns bara förlorare."

Så formulerar Sidney Dekker det som hände i Kalmar. Allmänheten fick en helt annan bild av massmedia som beskrev att sjuksköterskan gav fel läkemedel och därmed orsakade barnets död. I verkligheten rörde det sig om en läkemedelsordination som färdades på en slingrig väg genom många individers aktiva handlingar och underlåtelser. Den rapporterades över från person till person, förmedlades mellan avdelningar, överfördes från ett medium till ett annat, för att till sist omsättas i praktiken och administreras till barnet.

Författaren menar att alla dessa "avbrott" i vårdkedjan gör det möjligt att betrakta ett misstag på två olika sätt: dels som ett enkelt, direkt resultat av individuella handlingar, dels som en mera indirekt konsekvens av vårdens komplexa produktionsprocess. I Kalmarfallet, liksom i många andra fall, valde man det förra synsättet framför det senare. Berättelser om vårdens komplexa produktionsprocesser återges sällan i media (förutom i fackpressen), något som Sidney Dekker menar påverkar allmänhetens föreställning om vem som egentligen bär skulden.

SIDNEY DEKKER är utbildad psykolog och fil. dr i ämnet "cognitive systems engineering" (Ohio State University, USA). I dag arbetar han som professor inom området human factors och systemsäkerhet och som forskningsledare vid Trafikflyghögskolan, Lunds universitet. Sydney Dekker har tidigare arbetat i Australien, Nederländerna, Singapore, Nya Zeeland och England. Han har också skrivit ett antal böcker, varav de senaste är *Ten Questions About Human Error: A New View of Human Factors and System Safety* (2005) och *The Field Guide to Understanding Human Error* (2006).

Massmedias spegling av uppmärksammade olyckor

Man brukar säga att uppmärksammade olyckor ökar allmänhetens medvetenhet om säkerhet och risker inom hälso- och sjukvården. Vi kan exempelvis ta en händelse som rönt stor uppmärksamhet i USA, det s.k. Coloradofallet (se Cook, Render & Woods 2000). Det gällde tre sjuksköterskor som i samband med en intravenös administrering av ett antibiotikadropp orsakade ett spädbarns död. Sjuksköterskorna anklagades för allmänfarlig vårdslöshet. En av dem erkände sig skyldig till en mindre del av det hon anklagades för, en annan bestred anklagelserna och frikändes slutligen. Olyckor som uppmärksammas i media, och följaktligen också av allmänheten, förstoras därmed lätt upp och får en snabb spridning från rättssal till rättssal. Dessa ”uppmärksammade” olyckor tycks följa ett förutsägbart manus och de tilldelar deltagarna igenkännbara roller. Här finns hjältar (någon ur vårdpersonalen som försökte rädda patienten trots dåliga odds och andras misstag), överlevare och offer. Och i scenens mitt placeras naturligtvis en brottsling, eller antihjälte som huvudrollsinnehavare i en ödesdigert intrig.

I uppmärksammade historier är det bekvämt, – ja till och med väldigt passande, att utse en brottsling, som får bära den förklarande (och moraliska) bördan för en olycka som uppkommit genom underlåtenhet eller aktiv handling. Ett exempel på detta är det så kallade Kalmarfallet då en läkemedelsförväxling orsakade ett litet barns död. Den sjuksköterska som ansågs vara vållande var tidigare en helt vanlig medarbetare med goda vitsord. Inom loppet av några veckor blev hon utsedd till brottsling. Avgörande för en sådan scenförändring är ofta hur allvarlig utgång händelsen får (i detta fall patientens död) och möjligheten att konstruera en berättelse där det finns en odiskutabel koppling mellan konsekvens och handling. Men därutöver handlar det också om en komplex, socialt utformad respons som involverar utomståendes bedömning av det som uppfattas som aktörens viljemässiga kontroll och förutseende, liksom normativa förväntningar kopplade till aktörens kön, status och yrke. Det är denna *i efterhand* uppkomna sensmoral och sociala förhandling som gör helt vanliga yrkesutövare till brottslingar, och negativa händelser av mera ordinärt snitt till uppmärksammade olyckor. Så om uppmärksammade olyckor med en utsedd syndabock i centrum formar allmänhetens

uppfattning om risker inom hälso- och sjukvården, vad är det då som gör att just dessa händelser får särskild uppmärksamhet? Är det inte just allmänhetens sätt att uppfatta en olycka som gör den uppmärksam? Denna fråga lyfter fram en central tankegång i det sena 1900-talets socialvetenskap: en olycka existerar inte i en verklighet där den kan få sin förklaring genom en bra undersökningsmetod. Det är den allmänna uppfattningen som formar den ”rätta” historien om olyckan. Den allmänna uppfattningen skapar inte bara uppmärksamhet kring en olycka (inom hälso- och sjukvården eller någon annanstans). Den skapar eller konstruerar olyckan som sådan.

I detta kapitel ska jag försöka följa i spåren av en sådan ”uppmärksammad olycka”, nämligen Kalmarfallet, som är ett tydligt exempel på hur man kan konstruera en brottsling. Framför allt vill jag visa hur bristande kontinuitet i vården gjorde det möjligt att peka ut en ensam person för regelöverträdelse och skapa uppmärksamhet kring olyckan, samtidigt som man i alltför liten utsträckning fokuserade på den del av skulden som kunde tillskrivas ett antal olika involverade aktörer. Fallet tvingar oss att överge de föreställningar om skuld som förutsätter en dikotomi (antingen skyldig eller oskyldig), för att i stället växla över till en mera nyanserad version. I den finns också utrymme för att väga in i vilken grad en aktör önskade, framkallade eller kunde ha förutsett det ödesdigra utfallet, liksom i vilken utsträckning tvingande yttre faktorer som aktören inte rådde över påverkade händelsen. Jag har hämtat underlag från annan litteratur (inom psykologi, etik och antropologi) för att kasta lite ljus över den asymmetri som kännetecknar bedömningen i skuldfrågan och som gjort att just detta fall fått sådan uppmärksamhet. Det gäller inte bara massmedierna och deras beskrivning av en sjuksköterskas flagranta felhandling, utan också inom säkerhetsforskningen, där man ser på det inträffade som en förvanskning av rättvisa, en avvikelse i ansvarsfördelning och en parodi på etik som i många år framöver kommer att genljuda inom patientsäkerhetsrörelsen.

Kontinuitetsavbrott i vården

Kontinuitetsavbrott, eller ”glapp i vårdkedjan” är ett inslag av monumental betydelse inom hälso- och sjukvården (Cook et al. 2000). Bakgrunden till detta är vårdens hierarkiska uppbyggnad (läkare–sjuksköterska), den

långt drivna medicinska subspecialiseringen och uppdelningen i både tid och rum (avdelning, klinik, inrättning). Kontinuitetsavbrott kan komma till uttryck i exempelvis överföringar mellan olika medier (t.ex. från skriftligt till muntligt), överrapportering mellan skift, förflyttningar av patienter mellan olika enheter, byte av ansvarig läkare eller avbrott i arbetsflödet. Patienter, ordinationer, rekvisitioner, läkemedel och personal – samtliga korsar de klinikgränser, ansvarsområden mellan olika skift, flödet genom hierarkier och vårdnivåer. (Detta står i skarp kontrast till produktionsprocessen inom exempelvis flyget, där en passagerare under en flygning – från början till slut – är i händerna på en enda besättning och en enda flygkapten, som förmedlar inkommande information från en mängd andra instanser på olika håll i systemet. Naturligtvis finns det andra risker förbundna med detta.) I hälso- och sjukvården kan de ständigt återkommande överföringarna och bytena av olika slag göra att man tappar överblicken. Vidare kan de ha negativ inverkan på patienter, data eller ansvar och de kan även innebära att viktig information går förlorad. Allt detta är exempel på avbrott i vårdens kontinuitet, vilka

"är lättast att upptäcka när de följer organisatoriska och institutionella gränser som markerar förändringar i ansvar eller befogenheter, olika roller för yrkesutövare eller formaliserad fördelning av arbetsuppgifter. Ett exempel på avbrott är den förlust av sammanhang i planeringen av vården som uppstår i samband med skiftbyte. Ett annat exempel är den förlust av information som ibland sker vid överföringar av patienter från en vårdinrättning till en annan, som när en patient skrivs ut från sjukhus till en rehabiliteringsenhet." (Cook et al. 2000, s.792)

Avbrott i kontinuiteten innebär naturligtvis ökade risker, och just därför är sådana moment ofta kända av hälso- och sjukvårdspersonalen, som uppfattar och förutser att de utgör risker. Glapp i vårdkedjan ställer stora krav men ger också möjligheter för yrkesutövarna "på golvet" att använda sig av sitt expertkunnande. Det kan gälla strategier för smidig överföring av patienter, dubbelkontroll av ordinationer, repetition av instruktioner, utantillärning av checklistor, framförhållning i fråga om toppar och dalar i arbetsbelastningen samt tillfällen att uppfatta och tillgodose behovet av ytterligare expertis eller medverkan av andra typer av expertis. Men kännetecknande för expertkunnandet är också att det kan utgöra utgångspunkten för uppkomsten av det som många i efterhand skulle kalla "fel".

Förvisso har glapp betydelse för negativa händelser, exempelvis när en viss situations krav eller särprägel inte stämmer överens med de gängse mekanismer som yrkesutövarna utformat för att föregripa, upptäcka och överbrygga glapp och dess små, normala variationer i tid och av plats.

Kontinuitetsavbrott och negativa händelser

Men kontinuitetsavbrott kan också användas för ett annat, mera ödesdigert ändamål. Efter en negativ händelse kan de glapp som finns i vården göra det möjligt att lyfta ut en särskild handling, att isolera ett oroscentrum i katastrofens kölvatten (t.ex. en ödesdiger läkemedelsförväxling) eller att identifiera en enskild person som får spela huvudrollen i skeendet. Det kan exempelvis röra sig om en ordination som följer med från klinik till klinik, från läkare till sjuksköterska och från sjuksköterska till patient. På vägen omformas den från ett muntligt förslag till en skriftlig ordination utan signatur, blir till en ordination med signatur för att till slut hamna i patientjournalen som en dokumentation av skeendet.

Denna resa full av avbrott erbjuder rika möjligheter att skilja ut särskilda dilemman längs vägen. En klandervärd handling inträffar på det ena stället (sjuksköterskan som blandar infusionen) men inte på ett annat (en läkare som skriver otydligt eller inte signerar i tid). Men varför? Vad är det som gör att en handling, som inträffar bara ett glapp ifrån andra bidragande handlingar, är mer klandervärd än andra?

Inte långt efter det att sjuksköterskan själv rapporterat sitt misstag gick en anonym källa på sjukhuset till en lokaltidning och avslöjade hela historien. Tidningen publicerade den och chefsåklagaren råkade läsa den. Sjuksköterskan blev åtalad, ställd inför rätta och dömd för vållande till annans död. Hon överklagade och dömdes på nytt. Hon överklagade till Högsta domstolen, hördes där, men den tidigare domen stod fast.

Domen försatte delar av hälso- och sjukvården i chock. Noggrant utprovade och delvis framgångsrika satsningar på avvikelserapportering tycktes stå inför ett snabbt upphörande. Både de straffrättsliga efterräkningarna och hanteringen av rapporten, där sjuksköterskan tog på sig en stor del av eller hela skulden, stod i skarp kontrast till allt det som sedan länge var känt om så kallade organisatoriska olyckor (t.ex. Turner 1978,

Perrow 1984, Reason 1990). Slutsatsen att dödsfallet ”skulle ha kunnat vara” resultatet av ett enskilt ”misstag”, motsäger synsättet att det inte är oberäkneliga människor i ett i övrigt säkert system som är de svaga punkterna, utan att det är individerna som är systematiskt förbundna med delar av systemet som sådant. Individerna är avgörande för att man ska kunna skapa *resiliens* (dvs. deras förmåga att anpassa sig till och hantera rådande omständigheter) i ett system som ovillkorligen behöver uppnå en mängd olika mål med begränsade resurser. Precis som säkerhet kan negativa händelser uppstå ur en mängd faktorer och interaktioner mellan dessa, som en helt normal biprodukt till strävan efter framgång under resurssnåla omständigheter. ”Budskapet är helt enkelt ... att, trots de bästa avsikter hos alla inblandade, kan målet med säker funktion hos tekniska system undergrävas av några mycket välbekanta och ’normala’ processer i organisationens liv.” (Pidgeon & O’Leary 2000, s.16). Många av dessa ”normala” processer syftar till skapa ordning och säkerhet (att lägga in ett spädbarn på IVA i stället för på en barnavdelning med hänsyn till vårdbehovet, att ha tillgång till läkemedel i bolusdoser för att kunna uppnå snabba resultat, att placera läkemedel i bokstavsordning i ett skåp, att dubbelkontrollera beräkningar, att inte störa läkare som sover när man kan ta till andra källor till expertkunnande). Men oavsiktliga, oförutsebara variationer och komplexa interaktioner kan innebära att man inte uppnår den ordning och säkerhet som man syftat till och att dessa resultat lägger sig över det normala produktionssystemet på ett icke-slumpmässigt sätt.

Vilka faktorer är det då som gör det beskrivna Kalmarfallet till en nästan ”normal” negativ händelse – systematiskt sammanlänkad med inslag i vårdssituationen så som den utvecklade sig? Förpackningarna med 20 mg/ml och 200 mg/ml kom från samma skåp, där läkemedlen var placerade i bokstavsordning. Trots att kartongerna var något olika fanns det ingen tydlig indikation på att den ena var den ”starka” dosen och den andra den ”svaga” (utöver siffrorna 20 och 200). En viss osäkerhet infann sig i systemet eftersom det var ett spädbarn man hade hand om. Man bedömde då att det var nödvändigt att minska på vätskemängden och valde därför en svagare lösning av läkemedlet. Det innebar ett avsteg från det som var rättesnöret på IVA: en styrka som normalt sett användes för injektioner skulle nu användas för ett dropp. (Ett intravenöst dropp på IVA bereddades alltid med styrkan 200 mg/ml, inte med hjälp av spruta med styrkan 20 mg/ml. På barnkliniken däremot använde man endast spruta eftersom deras patienter alltid är mycket mindre). Sedan dök siff-

ran 200 upp, både som en total läkemedelsvikt (i mg) i ett färdigblandat dropp och som en kvot (mg/ml). Men mot bakgrund av att mängden vätska som användes genom att man tog två förpackningar på vardera 5 ml, blev den förra bara en tiondel så stark som den senare. Vid överrapporteringen från IVA till barnkliniken hängde man upp sig på den dubblerade dosen (från 2 mg/ml till 4 mg/ml), vilket ledde till frågor som fördunklade feltolkningen av siffran ”200” i beräkningen så som den visades. På barnkliniken hade man inte styrkan 200 mg/ml, så man kanske inte förutsåg att detta kunde utgöra en risk. Sedan, mot slutet av historien, kan symtomen på lidokainbrist ha liknat – och därigenom maskerat – symtomen på överdosering.

Mot bakgrund av denna genomgång är det inte förvånande att liknande negativa händelser har inträffat förut och kommer att hända igen (Bates, Leape & Petrycki 1993, Senders et al. 1999, Serembus, Wolf & Youngblod 2001, Merry & McCall Smith 2001, Bogner 2004, Leape 2005, Cohen 2006). Varken sjuksköterskan eller det länssjukhus där hon arbetade var unika i någon enkel empirisk mening. Negativa läkemedels-händelser är ”normala”. De är regeln – eller åtminstone en del av den – inte undantaget. Utmaningen här är inte att bevisa att den negativa händelsen ovan var ett systemfel – så långt är det ingen större svårighet. Utmaningen är i stället att ta reda på hur människor kan försöka bevisa att det inte rör sig om ett systemfel och kanske också varför.

Kontinuitetsavbrottens dialektik – två skilda infallsvinklar

Då det uppstår avbrott i vårdens kontinuitet finns det samtidigt möjlighet att betrakta misstag på två olika sätt: dels som ett enkelt, direkt resultat av individuella handlingar, dels som en mera indirekt konsekvens av vårdens komplexa produktionsprocess. I detta fall, liksom i många andra, valdes det förra synsättet framför det senare. Den slingrande vägen för den läkemedelsordination som slutligen ledde fram till spädbarnets död kan beskrivas på följande sätt: först gavs den muntligt, därefter skriftligt, varpå läkemedlet blandades för att slutligen administreras. Ordinationen vandrade genom ett närmast oändligt antal aktiva handlingar och underlåtelse och lämnade efter sig ett spår med ett flertal avbrott, då den rap-

porterades över från person till person, förmedlades mellan avdelningar, överfördes från ett medium till ett annat, för att till sist omsättas i praktiken och administreras. Vilken av de många handlingarna som når upp till en lämplig nivå för att betraktas som brottslig, och vilka av de händer som utfört de olika handlingarna som tillhör lagöverträdare, är resultatet av motstridiga redogörelser för den historiska ”verkligheten”. Det kan tyckas som att dessa konkurrerande beskrivningar grundar sig på försök att få ensamrätt till vissa faktauppgifter (vilket båda sidor i en brottmålsdomstol villigt skulle förfäkta), men det är snarare så att de representerar aktuell erfarenhet och framtida intresse för dem som konstruerar dem.

Detta kan inte betyda att vissa beskrivningar är ”rätt” och andra ”fel” i någon slags faktabaserad snarare än moralisk mening (t.ex. de som vidhåller att ett särskilt mänskligt misstag innebär ett brott medan andra handlingar inte gör det). Det betyder att frågan om huruvida det alls rörde sig om ett brott aldrig kan besvaras; det kommer alltid att handla om motstridiga uppfattningar. Vad som har betydelse är den genomslagskraft den mest övertygande beskrivningen får vid den aktuella tidpunkten, eftersom *den* stakar ut den väg längs vilken spår för förbättring eller vedergällning kommer att läggas ut. I detta fall lyftes en sjuksköterska fram ur mängden, åtalades och dömdes – tre gånger om. Mycket lite gjordes utöver det. Alla andra gick fria, inklusive organisationen – sjukhusets administration och ledning. Det politiskt bekväma i att sjuksköterskan förbehållslöst tog på sig skulden (*mea culpa*) (lättvindigt till och med naivt, när man tittar i backspegeln) och de efterföljande brottmålsdomarna kan inte överskattas i detta sammanhang.

Problemet är naturligtvis att brott egentligen inte existerar (Christie 2004). Brott är konstruerade, de är en framförhandlad uppgörelse baserad på en särskild version av ”historien” som fyller sociala funktioner. Viktiga inslag är här betonandet av moraliska gränser och stärkandet av solidariteten (Ben-Yahuda 1980), upprätthållandet av en underkuvande eller asymmetrisk maktfördelning inom hierarkier (Caplan 1994) samt den allmänna förmildrande uppfattningen om stora, till synes okontrollerbara tekniker (när det gäller exempelvis hälso- och sjukvård) (t.ex. Galison 2000). Att sedan vända en handling till ett misstag och ett misstag till ett brott hänger på en successiv social fabricering av avvikelser som behöver bestraffas. En del av denna konstruktion utgår från antaganden om handlingens innersta väsen. En del av den gör det inte. Låt oss ta en titt på först det ena och sedan det andra synsättet.

Handlingens innersta väsen: kontroll och skuld

Som Christie (2004, s.10) uttryckte det: ”Handlingar är inte, de blir”. Det är troligt att den kriminella innebörden i en handling konstrueras som en funktion av (1) den grad av viljemässig beteendekontroll personen hade (var handlingen frivilligt vald eller framtvungad?), (2) viljemässig kontroll av utfallet (visste aktören vad som skulle hända?) och (3) aktörens kontroll över orsaken (vilken var hans eller hennes unika påverkan på utfallet?) (Alicke 2000). För denna triad gäller ”faktorer som innebär personlig kontroll intensifierar skuldbeläggningen, medan begränsningar av personlig kontroll potentiellt sett mildrar skulden” (Alicke 2000, s.557).

Vad gäller viljemässig beteendekontroll kan man säga att IVA-sjuksköterskan handlade med eller utan avsikt. Observatörer skulle läsa in mer kontroll i hennes handling om hon hade uppträtt avsiktligt och medvetet. I tingsrätten berättade sjuksköterskan att hon kunde ha läst fel på etiketten på förpackningen. I Högsta domstolen vittnade hon om att detta sannolikt inte var fallet: hon har felaktigt trott att 200 mg/ml var den styrka hon skulle ha. Som ett resultat av detta noterade Högsta domstolen (Högsta domstolen B 2328-05, 19 April 2006, s.3–4) hur sjuksköterskan

”under målets gång på olika sätt beskrivit hur det kunde komma sig att hon blandade infusionslösningen med fel koncentration av Xylocard. Vad hon därvid anfört förefaller inte ge uttryck för vad hon verkligen minns att hon upplevt. Snarare framstår hennes berättelser som försök att i efterhand finna en förklaring till det inträffade. Hennes uppgifter är alltså närmast hypotetiska till sin natur och de medger inte någon säker slutsats om varför hon handlade som hon gjorde.”

Med andra ord vändes hennes oförmåga att veta eller minnas hur ett ”misstag” skedde (vilket är helt normalt – se t.ex. Reason 1990) till en oförmåga att motbevisa att hon haft viljemässig kontroll över sitt beteende. Domstolen, som höll fast vid den felaktiga föreställningen att sjuksköterskan var privilegierad nog att i minnet ha tillgång till sina egna tidigare handlingar, kunde varken utesluta eller bekräfta om hon hade handlat medvetet eller avsiktligt. Uppfattningen om hennes viljemässiga beteendekontroll stärktes också av att det inte fanns begränsningar i fråga om kapacitet och situationsbetingade faktorer (se Alicke 2000). Högsta

domstolen underströk att sjuksköterskan hade tjugofem års erfarenhet och gott om tid att bereda lösningen. Det handlade inte om brist på kunskap eller erfarenhet (även om hon aldrig förut hade blandat just detta läkemedel till ett spädbarn), hon hade just gått på sitt pass, det rådde ingen stress eller brist på personal den morgonen. Dessa förhållanden skulle också ha hjälpt sjuksköterskan att förutse konsekvenserna av sitt handlande: ”Oavsett om NNs ouppmärksamhet bestod i att hon tog, såg eller räknade fel när hon iordningställde infusionen står det klart att om hon hade läst anteckningen i läkemedelsjournalen noggrannare, räknat noggrannare på den blandning hon tillredde eller gjort en allmän rimlighetsbedömning av koncentrationen, så skulle hon ha insett sitt misstag och de allvarliga konsekvenser det kunde medföra.” (Högsta domstolen domen B 2328-05, 19 april 2006, s.4–5). Med andra ord fanns det också möjlighet till viljemässig kontroll av resultatet: sjuksköterskan var tillräckligt erfaren och hade tillräckligt gott om tid för att ta reda på vad som skulle kunna hända.

Antaganden om viljemässig resultatkontroll är djupt förankrade inom den västerländska traditionen. Kyrkofadern Augustinus, en tänkare som haft stort inflytande över den judisk–kristna moralfilosofin, ansåg att mänskligt lidande inte inträffade bara på grund av enskilda individers felande (Pagels 1988) utan beroende på människans val, hennes medvetna, avsiktliga, rationella val att göra fel. Idén om att det är ett rationellt val att fela är djupt rotad i den västerländska tanketraditionen. I efterhand kan det ofta tyckas som om folk har valt att göra fel, trots att det funnits tillgänglig information som signalerade att de var på väg att göra ett felaktigt val och trots att deras egen kunskap och erfarenhet borde ha lett dem rätt. I berättelsen om syndafallet, och i synnerhet då i Augustinus tappning, hade Eva en överläggning med ormen om hon skulle synda eller inte, om hon skulle göra fel eller inte. Allegorin åberopar samma medvetna närvaro av signaler, drivkrafter och kunskap i fråga om att inte göra fel som också betonas av Högsta domstolen i sjuksköterskans fall. Med sin förmodat fria vilja valde Eva ändå att fela – och så gjorde också sjuksköterskan. Det är så man i den judisk–kristna traditionen betraktar misstag, överträdelser och dess konsekvenser. Man talar om personer med tillräckligt intellekt, som fått lämplig indoktrinering (”ät inte den frukten”), som har förmågan att reflektera och bedöma och som faktiskt också har tid att välja mellan rätt och fel. Och ändå väljer de det felaktiga alternativet. Det är alltså inte syndafallet som ligger bakom

mänsklighetens ständiga felhandlingar – så som Augustinus menade. Idén om den fria viljan genomsyrar vårt moraliska tänkande och påverkar hur vi ser på mänskligt handlande ännu i dag.

Slutligen några ord om orsakskontroll. Inom den följd av avbrott och övergångar i vården som beskrivits här skulle det finnas otaliga möjligheter att hitta andra som bidragit till utgången av händelsen, vilket skulle minska den betydelse som nu enbart tillskrivits sjuksköterskan. Likväl gjorde sjuksköterskans inledande *mea culpa* att man senare inte brydde sig om att vända sig till ytterligare aktörer, vilkas medverkan var nödvändig för det inträffade. Ett exempel är den barnläkare som gav barnet den slutliga överdosen. Han förfäktade framgångsrikt att hans tillförsel av läkemedel inte skulle ha fått den dödliga effekt den nu fick om läkemedelslösningen hade varit korrekt – vilket han hade anledning att tro att den var. Förmildrande omständigheter relaterade till att rutinerna för läkemedelshantering på sjukhuset under lång tid undergrävts, avfärdades med att dessa inte på något avgörande sätt hade bidragit till att utgången blev som den blev. Även om domstolen medgav att det ”förelåg allvarliga brister i sjukhusets rutiner. Dessa brister har emellertid inte begränsat NNs ansvar för att själv kontrollera att beredningen blev riktig.” (Högsta domstolen domen B 2328-05, 19 April 2006, s.5).

Medan domstolens analys av den förmodade orsakskontrollen var ytlig och okunnig om den växande kunskapsbasen kring organisatoriska olyckor, hittade media på sin egen version av orsakskontroll. De skapade på så vis ännu mer trovärdighet kring hur uppmärksammade olyckor är konstruerade. Man började tala om sjuksköterskan ”som gav” barnet överdosen. Genom att uttrycka det så skapades på ett mera öppet sätt en ökad närhet i både tid och rum mellan aktören och konsekvenserna av handlingen, därigenom stärktes kopplingen avseende orsakskontrollen. Men nu var det inte denna sjuksköterska ”som gav”. Hon bara blandade.

Sjuksköterskan "som gav"?

Det som framkallar bilden av en händelse från det förflutna i minnet är det som bekräftar den, det som gör den levande och det som gör den till en del av vår nuvarande erfarenhet. Detta ger oss orden, retoriken, vi senare bär med oss (Vásquez 2006). IVA-sjuksköterskan blev ihågkommen som den som ”gav” överdosen. En förklaring till att minnet fungerar så kan handla om ekvivalens mellan konsekvens och orsak: om man blir

dömd för vållande till annans död (en dålig konsekvens) måste man ha gjort något lika dåligt (givit en överdos). På ett sätt verkar det vettigt: att bara blanda läkemedlet skulle inte vara tillräckligt. På samma gång: om en aktör får skulden för en annan, om än påföljande, handling som uppenbarligen inte begicks av den aktören (men som tydligen i högre grad förtjänade att bestraffas så som gjordes), uppstår problem vad gäller kontroll- och skuldhypotesen. Denna hypotes kunde trots allt förklara varför en sjuksköterska fick nästan hela eller hela skulden, men däremot inte varför hennes förbrytelse fick sådana proportioner att den överskuggade den bristande kontinuiteten i vårdens processer.

En mängd källor, däribland Nietzsche, poängterar vilken roll rädsla spelar i människors önskan att finna och bestraffa själva orsaken till en ödesdiger händelse (t.ex. Galison 2000). Alla slutsatser om orsaker – hur formell, rörig, ofullständig eller ytlig den analysväg än må vara som följs för att komma fram till dessa slutsatser – är konstruktioner som har bäring på framtiden, inte på det förflutna, och detta gäller oavsett intressentens natur. De handlar inte om att göra det förflutna förståeligt eller förklarligt utan om att göra framtiden hanterlig och kontrollerbar (se Kelley 1972, Schlenker et al. 1994), eller åtminstone om att skapa en illusion som får det att verka så. Högsta domstolen medgav att dess agerande delvis handlade om att lugna ned människors oro: ”Med utgångspunkt i hänsynen till patienternas trygghet och förtroendet för sjukvården måste NNs handlande vid en samlad bedömning av omständigheterna vara så klandervärd att det innefattar straffbar oaktsamhet. På grund härav kan hon inte undgå ansvar för vållande till annans död” (Högsta domstolen domen B 2328-05, 19 april 2006, s.5–6). För att upprätthålla ”förtroendet för hälso- och sjukvårdssystemet” krävs att man konstruerar en uppmärksammas berättelse: att en antihjälte pekas ut och får ta på sig skulden och bära den förklarande och moraliska bördan för barnets död.

Denna uppmärksammas berättelse kanske får människor att känna tilltro till vården inför framtiden. Men för somliga, även inom vården, låter den faktiskt helt rimlig, även som historisk förklaring. I så fall är den verkliga syndabocken, enligt René Girard, den som ingen uppfattar som sådan (Mellema 2000). Generaldirektören för Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) kommenterade i media, i sina egna strävanden att matcha konsekvens med orsak, att denna sjuksköterskas agerande saknade motstycke och att hon varit särskilt försumlig. (Trots domen åter-

kallade HSAN dock aldrig hennes legitimation.) Generaldirektören menade att denna händelse var av en dignitet som inträffar en gång vart tionde år. Så grov, så enastående grov var sjuksköterskans överträdelse. Då det gäller att få fram orsaken, eller att identifiera en tänkt kärna av felhandling, verkar riktighet eller rättvisa inte spela någon roll. Människor fasar för möjligheten att fel kan genereras av den sammanflätade komplexiteten i interaktioner i normala vardagliga system. De verkar nöjda med att det finns moderna inkvisitorer (HSAN och HD) som kämpar för att lyfta fram historier där fel har sitt ursprung i en enda spårbar, kontrollerbar kärna. Att vara rädd är värre än att ha fel. Att bli lugnad är bättre än att vara rättvis. Att utse en syndabock som får bära förklaringsbördan för en olycka eller incident är det billiga pris människor betalar för illusionen att de faktiskt har kontroll över en riskfylld, komplex, oåtkomlig, osammanhängande teknik, så som den moderna hälso- och sjukvården är.

Den senmoderna tid vi lever i har i hög grad reducerat den totala risknivån inom vissa livsområden, samtidigt som den har producerat strukturer och tekniker (såsom vår hälso- och sjukvård) som skapar nya former av risker. Människor varken förväntar sig eller känner sig särskilt väl rustade för att hantera sådana kvardröjande eller nytillkomna risker. Faktum är att moderniteten har gjort den personliga interaktion som behövs för att utföra många sociala funktioner mera opersonlig, abstrakt och upplöst, vilket gör det svårt att se de verkliga personer och det konkreta arbete som ligger bakom systemets uppbyggnad och användning. På samma gång utmärks den senmoderna tiden enligt många, av anomi – en kollaps eller frånvaro av moraliska normer som styr socialt samspel och ansvarstagande (Giddens 1991). Ett förutsägbart svar är att på nytt göra anspråk på en känsla av kontroll genom att fabricera avvikande beteenden (inom lokala, klart urskiljbara grupperingar) som man kan ta till när omständigheterna och den allmänna meningen så tillåter. I dag kanske människor behöver ta till sig antihjältar för att kunna förneka sin brist på förståelse för och kontroll över hur de komplexa teknikerna i själva verket kan generera både framgång och misslyckande. På så sätt kan de hålla tillbaka den ångest som detta annars skulle skapa.

Syndabockar är de som uppenbarar det verkliga problemet men som inte skapar det. Det verkliga problemet är att människor inte besitter den kontroll de skulle vilja ha, eller förväntar sig, över de riskfyllda tekniker de bygger och använder sig av. Det tvingar dem att inse att misstag är en framträdande egenskap, att erkänna att ”misstag, missöden och katastro-

fer är socialt organiserade och systematiskt producerade av sociala strukturer,” att dessa misstag är normala och kan förväntas eftersom de ligger ”inbäddade i banaliteten i organisationens liv” (Vaughan 1996, s.xiv). Skadliga resultat kan uppkomma också i system som är konstruerade för att förhindra sådana. Att behöva ta till sig detta är djupt besvärande; det skapar ångest därför att det signalerar att man kan förlora kontrollen. Längtan efter att finna en orsak har rädslan som drivkraft.

Tidigare perioder med snabb teknisk utveckling har också gett upphov till en allmän känsla av att ha förlorat kontrollen, av en förvirring kring moraliska gränser. De häxjakter som pågick i Europa mellan 1300- och 1700-talet, och i synnerhet deras tilltagande betydelse då kyrkans makt började krympa och insikterna om vetenskap och teknik började växa till (Rotenberg 2003), ger oss viktig kunskap när det gäller mönster för social anpassning till okontrollerbar förändring och upplevt moraliskt förfall. Häxjakterna under sen medeltid och tidig renässans sammanfaller med framväxten av en ny social ordning och den gamla ordningens sönderfall, genom att människor vid denna tid i allt större utsträckning började flytta in till städerna. Kvinnornas roll och ansvar i samhället förändrades, kyrkan började förlora sitt kunskapsteoretiska tolkningsföreträde och kunskap blev mera lättillgänglig och spridd i vidare sammanhang (t.ex. genom boktryckarkonsten och bruket av andra språk än latin).

Det tillstånd av vanmakt och normlöshet som människor upplevde förstärktes av klimatförändringar och demografiska förskjutningar (inklusive digerdöden), som i kombination med den gradvisa upplösningen av den geografiska och teologiska uppfattningen om världen kan ha bidragit till en känsla av en nära förestående undergång (Ben-Yahuda 1980). Denna upplösning av människans medeltida världsåskådning måste ha skapat goda förutsättningar för den blomstrande häxkulten. Häxor anklagades bland annat för att förgifta oskyldiga personer och döda odöpta barn (Levack 1987). Att hitta på och framhäva avvikande beteende genom att peka ut häxor (eller i vårt senmoderna samhälle: sjuksköterskor som betraktas som lagöverträdare) och märka ut moraliska gränser, förstärkte samhörigheten bland de ”icke-avvikande” (Ben-Yahuda 1980) och återupprättade en chimär kontroll över ödet i en i övrigt komplex och förvirrande värld. Bilden av en häxa som blandar brygder och är inblandad barnamord skulle kunna ha lika stor attraktionskraft i dag som den hade då.

Slutsats

Kontinuitetsavbrott inom hälso- och sjukvård representerar både systemets komplexitet och människans roll då det gäller att bygga säkerhet genom att skapa smidiga övergångar, hantera störningar och dubbelkontrollera överlämningar. Samma brister i vårdens kontinuitet tillåter också att man lyfter ut en ensam antihjälte från ett rörigt, oordnat mönster av flera olika faktorer som bidragit till att en händelseutveckling blivit på ett visst sätt. Sådana slutsatser om orsaken är inte förklaringar till det förflutna utan innebär att man till viss del tagit en osäker framtid i besittning. De förebådar och föreskriver de varierande handlingsrepertoarer som olika intressenter anser nödvändiga för att uppnå (sin illusion av) kontroll. Antingen man förklarar en olycka som orsakad av ett ”männskligt misstag” eller av systemet är det med nödvändighet så att den lämpliga diagnosen inte beror så mycket (om än alls) på den situation i vilken olyckan inträffade utan på hur intressenterna (från arbetsgivare till allmänhet) på bästa sätt kan hantera de aktuella och framtida konsekvenserna av situationen.

Det skulle naturligtvis vara bekvämt att påstå att denna uppmärksammade historia – inklusive allt det som Högsta domstolen sagt om den – bygger på att det har blivit ”fel”. När allt kommer omkring hämtar den ju sin näring från ett mjukt område där ofullkomlig mänsklig intuition och tro från icke-expertter uttalas och piskas upp av ett irrationellt, högröstat mediedrev. Omvänt kan också de ”verkliga”, objektivt identifierbara orsakerna till denna läkemedelsolycka anses höra till en värld av hårda, materiella fakta som kan upptäckas av experter försedda med de rätta metodologiska redskapen. Förvisso innehöll detta fall många uppfordringar till sjukhusadministrationen och domstolsväsendet att göra just precis det: låta riktiga experter smutsa ner sina händer, låta dem göra sitt arbete för att sedan komma fram till vad som ”verkligen” gick fel och vad man kan göra åt det. Men kan en saklig analys verkligen få fram ”sanningen”, när sjuksköterskan som blandade i mångas ögon är sjuksköterskan som gav? Sanningsvärdet hos en särskild historia från förr kommer till uttryck i aktuella angelägenheter och mål och bedöms inte mot något allmänt åtkomligt förflutet – vilket när allt kommer omkring inte är något annat än en divergerande samling bilder som glider in i synfältet från konkurrerande intressen.

Sådana mer teleologiskt formade orsaksbegrepp, som alltså handlar om alltings ändamålsenlighet, motsäger den modernistiska objektifieringen av historien. Ett sådant tänkande (fångat i exempelvis uttalanden om ”sannolik orsak” i olycksrapporter, lika väl som i medialt uppmärksammade historier om olyckor) håller det förflutna för att vara ett förgånget stelnat objekt (se Vázquez 2006). I stället är det förflutna en dimension av vår nuvarande erfarenhet som erbjuder alla slags möjligheter att uttrycka och hantera aktuella frågor. Vad som skiljer det förflutna från det aktuella är godtyckligt. Härav följer att orsaken till en olycka aldrig är något man finner utan något man konstruerar (Hollnagel 2004), med språkliga eller retoriska försäkringar att vissa efterföljande handlingar är legitima eller till och med möjliga (t.ex. att jaga en ensam person som får bära skulden) och andra inte. Inget säkerhetsbaserat samhälle har råd att förbise sådana konstruerade signaler, även om ett mera okomplicerat, hoppingivande, upplyst projekt alltid är lockande: god vetenskap borde räcka för att få fram ”vad som hände” och vad man ska göra åt det. Men så är det inte. Meningsfulla säkerhetsinterventioner i ett så mångfasetterat, socialt inbäddat och komplext system som hälso- och sjukvården kan inte enbart bygga på ”god vetenskap”, t.ex. bra metoder för att generera orsaker och motåtgärder. De behöver på något sätt vara känsliga för vilka berättelser om framgång och misslyckande som skapas och hur detta sker.

En häxa blandade brygder och åkte fast för barnamord. Det är den berättelse som återstår i dag. Efter Högsta domstolens beslut finns det i stort sett inga fler instanser att överklaga till. Vad som nu räknas som historisk sanning, inskriven i protokollet för en modern inkquisition, och slutsats om sjuksköterskan och hennes unika roll, är särskilda intressegruppers egendom. En sådan ”sanning” är aldrig neutral, aldrig skild från ideologi, politik, makt. Historien skrivs av segrarna. Men i detta spel står segrarna – det vill säga samhället, representerat av de inkvisitorer som hade hand om fallet för samhällets räkning – kvar med en värdelös, illusorisk seger. Det system i vilket sjuksköterskan arbetade kommer inte att bli säkrare till följd av domen. Patientsäkerheten kommer inte att vinna på den. Däremot pekar en mängd forskningsresultat i motsatt riktning. Rapportering av egna misstag kommer troligtvis att minska eller till och med upphöra. Systemförbättringar kan bli fördröjda, bortrationaliserade eller nonchalerade, eftersom barnets död berodde på en ensam brottslings handlingar. För det är just precis vad historien säger. Ett litet barns liv släcktes ut. En sjuksköterskas liv nästan också. Och hälso- och sjukvårds-

systemet blev inte ett dugg säkrare på grund av det. När vi försöker ta kontroll över våra komplexa, riskfyllda system genom att hänga ut och straffa enskilda individers agerande, finns det inga segrare, bara förlorare.

REFERENSER

- Alicke, M.D. (2000). Culpable control and the psychology of blame. *Psychological Bulletin*, 126(4), 556–574.
- Bates, D.W., Leape, L. L., & Petrycki, S. (1993). Incidence and preventability of adverse drug events in hospitalized adults. *J Gen Intern Med*, 8, 289–294.
- Ben-Yahuda, N. (1980). The European witch craze of the 14th to 17th centuries: A sociologist's perspective. *The American Journal of Sociology*, 86(1), 1–31.
- Bogner, M.S. (red.) (2004). *Misadventures in health care: Inside stories*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Caplan, P. (1994). *Lifting a ton of feathers*. Toronto, ON: Council of Ontario Universities.
- Christie, N. (2004). *A suitable amount of crime*. London: Routledge.
- Cohen, M.R. (2006). *Medication errors*. Huntingdon Valley, PA: ISMP
- Cook, R.I., Render, M., & Woods, D.D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*, 320, 791–794.
- Dekker, S.W.A. (2004). The hindsight bias is not a bias and not about history. *Human Factors & Aerospace Safety*, 4(2), 87–99.
- Galison, P. (2000). An accident of history. I Galison, P. & Roland, A. (red.). *Atmospheric flight in the twentieth century*. Dordrecht, NL: Kluwer Academic. S. 3–44.
- Gawande, A. (2002). *Complications: A surgeon's notes on an imperfect science*. New York: Picado.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Hollnagel, E. (2004). *Barriers and accident prevention*. Aldershot, UK: Ashgate Publishing Co.
- Kelley, H.H. (1972). Attribution in social interaction. I E. E. Jones, D. E. Kanouse, H. H. Kelley, R.E. Nisbett, S. Valins, & B. Weiner (Eds.). *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, NJ: General Learning Press, s.1–26.
- Leape, L.L. (red.) (2005). *To do no harm: Ensuring patient safety in health care organizations*. San Francisco: Wiley.
- Levack, B.P. (1987). *The witch-hunt in early modern Europe*. New York: Longman Inc.
- Mellema, G. (2000). Scapegoats. *Criminal Justice Ethics*, Winter/Spring, 3–9.
- Merry, A. & McCall Smith, A. (2001). *Errors, Medicine and the Law*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Perrow, C. (1984). *Normal Accidents*. New York: Basic Books.
- Pidgeon, N., & O'Leary, M. (2000). Man-made disasters: Why technology and organizations (sometimes) fail. *Safety Science*, 34, 15–30.
- Reason, J.T. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rosenthal, M.M., & Sutcliffe, K.M. (2002). *Medical error: What do we know, what do we do*. San Francisco: Wiley.
- Rotenberg, M. (2003). *Damnation and deviance: The protestant ethic and the spirit of failure*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Schlenker, B.R., Britt, T.W., Pennington, J., Murphy, R., & Doherty, K. (1994). The triangle model of responsibility. *Psychological Review*, 101, 632–652.

- Senders, J.W., Schneider, P.J., McCadden, P., Grant, R.S., Torres, C.H., & Cohen, M.R. (1999). *Error, negligence, crime: the Denver nurses trial. Enhancing patient safety and reducing errors in health care proceedings*. Chicago: National Patient Safety Foundation, s.65–76.
- Serembus J.F., Wolf Z.R., & Youngblood, N. (2001). Consequences of fatal medication errors for health care providers: a secondary analysis study. *MedSurg Nurs*, 10(4), 193–201.
- Turner, B. A. (1978). *Man-Made Disasters*. London: Wykeham Science Press.
- Vásquez, R. (2006). Thinking the event with Hannah Arendt. *European Journal of Social Theory*, 9(1), 43–57.
- Vaughan, D. (1996). *The Challenger launch decision*. Chicago, IL: University of Chicago Press.