

## Öppet brev till Sveriges regering

# Bättre lagstiftning behövs för att förebygga olyckor – Dialysolyckan i ett tioårsperspektiv

Den 28 november 1983 inträffade en olycka på dialysavdelningen vid regionsjukhuset i Linköping. Tre patienter dog. Tolv andra som var anslutna till samma apparat svävade i livsfara. I februari 1985 dömde tingsrätten i Linköping en sjuksköterska som ensam ansvarig för att genom grov oaktsamhet ha vållat tre patienters död och utsatt tolv andra för livsfara. Domen bekräftades i hovrätten, och Högsta domstolen vägrade att ta upp fallet.

### **Varför ta upp olyckan igen?**

Varför ska man ta upp olyckan på nytt - har inte det mesta sagts? Vårt huvudskäl för att göra detta inlägg är att det kvarstår allt för många grundläggande brister som blivit tydliggjorda genom olyckan, genom hanteringen av den juridiska processen och genom gjorda debattinlägg.

Vi som skrivit brevet är forskare inom olika discipliner och med skilda tillämpningsområden där risker kommer in på olika sätt. Vi har dock konstaterat att våra olika perspektiv överensstämmer i hög grad när det gäller hanteringen av olycksrisker i samhället. Dialysolyckan inträffade i sjukvården, men frågeställningarna är allmängiltiga. Dessa frågor är viktiga både för dem som ansvarar för verksamheter som kan skada andra, och för alla oss som riskerar att skadas om något går fel.

Hanteringen i samhället av olycksrisker förbättras alltför långsamt. Man drar inte full lärdom av inträffade olyckor. I juni i år inträffade en ny dödsolycka med en dialysutrustning, nu vid Danderyds sjukhus. Det finns flera paralleller till den förra dialysolyckan.

Vi befarar att säkerheten kan försämrans på viktiga områden. Personalminskningar kan ge ökad press på den personal som blir kvar att hantera teknik och system. Införandet av datorer kan innebära att mer komplicerad och svårförståelig utrustning används. Utrustningar med alltmer automatik och storskalighet kan leda till att konsekvenserna av fel blir allvarigare än förut.

### **Olyckor**

Olyckor kan först verka vara något enkelt, både att förstå och att åtgärda. Men ofta handlar det om komplicerade förlopp, vilket visats i åtskilliga olycksutredningar. Vanligtvis måste flera förhållanden samverka för att en olycka ska inträffa. Det kan handla om enkla tekniska fel och olika slag av mänskliga handlingar. Det kan också finnas dolda tekniska felaktigheter, som upptäcks först när det är för sent. Utrustningens konstruktion, hur underhåll planeras, och hur instruktioner och rutiner ser ut - allt påverkar risken för olyckor.

En aktuell illustration till komplexiteten bakom olyckor är Statens haverikommissions utredning om det passagerarplan som störtade vid Gottröra 1991. Utredningen lyfte bl.a. fram de brister i rutiner som funnits och poängterade flygbolagets ansvar. Luftfartsverket fick rekommendationen att förvissa sig om att SAS hade en väl fungerande egenkontroll.

### **Felhandlingar**

En viktig orsak till olyckor är att någon gör fel. Vanligen tänker man på den handling som direkt utlöste olyckan. Men man måste se upp med vad "fel" betyder. I efterhand kan det vara lätt att se att en människa skulle handlat annorlunda.

I en olyckas händelsekedja kan det finnas många tidigare felhandlingar, som påverkar systemets säkerhet på olika sätt. Det kan vara fel i specifikationer, konstruktionsarbete, planering, underhåll osv. Denna typ av felhandlingar är minst lika viktig som den, som direkt utlöser en olycka. I dialysfallet var det möjligt att förutsäga att det förelåg stor risk för felhandlingar på grund av ett olämpligt utformat larmsystem. Den risken ansvarade inte sjuksköterskan för.

Det här innebär förstås inte att det inte skulle finnas allvarliga fel som orsakas av försumlighet, eller att det inte finns personer som är olämpliga för vissa uppgifter. Vad vi menar är att också kompetent och noggrann personal genom systemens utformning kan försättas i situationer där de framkallar olyckor.

### **Det borde vara självklart**

Problemet med olycksrisker är gammalt och känt, och det finns kunskap om hur risker bör hanteras. Nedanstående punkter borde därför vara självklara:

- Tekniska system med väsentliga olycksrisker ska utformas och granskas systematiskt med stor hänsyn till säkerheten. Det krävs lösningar som är bra ur både teknisk och mänsklig synpunkt.
- Personer som arbetar med farliga system behöver stöd. De ska uppmuntras och även ha skyldighet att ta upp olyckstillbud, problem, och även svårigheter att förstå hur systemet fungerar. Dessa erfarenheter ska användas som underlag för förbättringar.
- Det ska finnas organisatoriska lösningar och rutiner som säkerställer att system utformas och drivs på ett säkert sätt.
- Den tillgängliga kunskapen bör utnyttjas väl när det gäller att förebygga olyckor och att klargöra vad som hänt. Att arbeta efter "vetenskap och beprövad erfarenhet" borde vara en självklar regel för säkerhetsfrågor inom myndigheter, företag och organisationer.

### **Systemfel**

Men i praktiken är detta i alltför många sammanhang inte självklart. Det finns många bidragande orsaker till detta. Vi vill här peka på några "systemfel" i samhället som behöver uppmärksammas och hanteras bättre.

Med "systemfel" menar vi i det här fallet att regler och utformningen av ett visst system innehåller motstridigheter eller dolda svagheter. Dessa kan leda till fel och oönskade resultat, trots att alla aktörer följer reglerna efter bästa förmåga.

Ett övergripande "systemfel" är förknippat med synen på "ansvar" och på "oaktsamhet". Enligt Svensk ordbok innebär *ansvar* skyldighet att se till att viss verksamhet fungerar och att ta konsekvenserna om så inte sker. När det gäller det juridiska begreppet "oaktsamhet" definieras det inte i lagtexten. Synen på vad det innebär är långt ifrån enhetlig.

I lagar och föreskrifter och från myndighetshåll framhåller man att det är den som driver en farlig verksamhet som ska ha det yttersta ansvaret för säkerheten. Men i åtskilliga fall blir det personer som är satta att sköta delar av verksamheten som får ta de rättsliga konsekvenserna vid olyckor.

Det finns flera exempel på detta. Fortfarande anger juristerna sköterskan som huvudansvarig för dialysolyckan i Linköping, vilket vi menar är orimligt. I mars i år fälldes en lokförare av Högsta domstolen för vållande till annans död vid en tågolycka 1990 i Sköldinge. Detta trots att det bakom olyckan låg åtskilliga tekniska och organisatoriska brister.

Ett annat "systemfel" är egentligen en följd av det förra. Säkerhetsfrågor och arbete för att förebygga olyckor anges som viktiga men ges ändå för låg prioritet i praktiken. Det gäller både tilldelning av resurser och utveckling av kompetens i hanteringen. I en undersökning utgiven av Arbetsmiljöfonden, pekar både myndigheter och sakkunniga från industri och organisationer på att ett allvarligt problem är bristen på intresse och motivation för olycksförebyggande arbete hos ansvariga i företag och förvaltningar.

Till exemplen på "systemfel" kan man lägga att ansvaret för att förebygga olyckor i samhällsapparaten är splittrat och tämligen dåligt samordnat. Det finns ett tjugotal statliga myndigheter och minst sex departement som på olika sätt är berörda av olycksrisker. Därtill kommer riskförebyggande aktiviteter i länen och kommunerna.

### **Våra rekommendationer**

Vi anser att det finns ett klart behov av förbättringar. Det behövs en medveten förbättringsprocess i samhället när det gäller att förebygga olyckor. Det gäller att utforska systemfelen och försöka åstadkomma att olyckor förebyggs effektivare. Myndigheter och departement bör ta ett ansvar för detta.

Vi föreslår att ett urval olyckor utreds av tvärfackliga grupper. Där kan ingå myndigheter, jurister och forskare från olika områden. Syftet skulle vara att analysera och föreslå förbättringar av den riskförebyggande verksamheten i samhället. Detta skulle utgöra ett komplement till haverikommissionen. Värdefulla erfarenheter kan man också få från en tvärfacklig riskvärdering av utrustningar med stora olycksrisker.

Lagar och rättspraxis måste reglera ansvarsförhållanden så att den förebyggande och förbättrande verksamheten prioriteras, och strävan att finna syndabockar tonas ner. Lagen är idag alltför otydlig när det gäller begrepp som oaksamhet, risker, rimlig risknivå etc, och därmed sammanhängande ansvarsförhållanden.

För att komma till rätta med detta behövs ett lagstiftningsarbete i samverkan mellan jurister, myndigheter och experter, däribland också riskforskare. Vi uppmanar justitieministern att initiera ett sådant arbete omgående.

*Bo Bergman,*

professor i kvalitetsteknik, Tekniska högskolan i Linköping

*Boel Berner,*

professor, Tema Teknik och social förändring, Universitet i Linköping

*Berndt Brehmer,*

professor i psykologi, Uppsala universitet

*Lars Harms-Ringdahl,*

teknologie doktor, Institutet för Riskhantering och Säkerhetsanalys, Stockholm

*Lena Jacobsson Kecklund,*

psykolog, doktorand, Stockholms universitet

*Bengt Klefsjö,*

professor i kvalitetsteknik, Högskolan i Luleå

*Anders Lundberg,*

docent i matematik, Militärhögskolan, Stockholm

*Kjell Ohlsson,*

professor i teknisk psykologi, Högskolan i Luleå

*Carin Sundström-Frisk,*

forskningspsykolog, Arbetsmiljöinstitutet, Solna

*Claes Tingvall,*

professor i trafiksäkerhet, Chalmers tekniska högskola, Göteborg, och Folksam, Stockholm