

# När ska man straffas för ett misstag?

Diskussionsunderlag inför konferensen *Lära av misstag eller upprepa dem?*  
22-23 april 2008, Carlstad Conference Center, Karlstad, Sverige

Konferensen genomfördes av Räddningsverket och NCO. En utförlig presentation av konferensen finns på [Räddningsverkets webbsida](#).

**Författare:** Mattias Strömgren<sup>a, c</sup>, Lars Harms-Ringdahl<sup>b, c</sup> och Thomas Gell<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Räddningsverket, <sup>b</sup>Institutet för Riskhantering och Säkerhetsanalys, <sup>c</sup>Karlstads universitet, <sup>d</sup>Nationellt centrum för lärande från olyckor (Räddningsverket)

Skrivelsen redovisar författarnas åsikter och ger inte uttryck för någon myndighets eller organisations ståndpunkter. Lena Svenaeus, chefsjurist vid Akademikerförbundet SSR och tidigare generaldirektör för Statens haverikommission, har bidragit med juridisk rådgivning.

## 1. Problem kring olyckor

Det offentliga samhället har skilda system för att hantera efterspelet till en olycka. Ansvariga myndigheter, rättsvärdande instanser, vårdinrättningar och massmedia har olika arbetsuppgifter efter en olycka och det leder lätt till komplicerade relationer mellan inblandade parter. De olika aktörerna har olika synsätt och syften, vilka ibland förefaller motverka varandra. Vi kan också konstatera att rättssystemet inte fungerar på samma sätt inom alla samhällssektorer, vilket kan leda till orättvisor och rättsosäkerhet. En väckarklocka för oss har varit de olika synsätt och problem inom vårdsektorn som bl.a. tydliggjorts i det rättsliga efterspelet till dialysolyckan i Linköping 1983 och vid läkemedelsförväxlingen i Kalmar 2002, där behandlande sjuksköterskor dömts för vållande till annans död.

Syftet med denna skrift och den aktuella konferensen är att synliggöra och diskutera de problem som kan uppstå efter allvarliga olyckor och andra liknade händelser. Vi menar att det finns fördelar med att olika kunskapsråden och aktörer debatterar och förstår varandra för att åstadkomma bättre ”rättvisa” och effektivare säkerhetsarbete. Kungliga Tekniska Högskolan i Stockholm arrangerade 2007 ett seminarium om ansvar, skuld och säkerhet i vården, samtidigt som en bok<sup>1</sup> på detta tema publicerades. Också inom andra områden har det ordnats seminarier som har belyst problemen med att få till stånd ett effektivt säkerhetsarbete. Uppenbarligen finns behov av att ömsesidigt lära sig mer om olika traditioner och synsätt inom olika samhällssektorer och yrkesgrupper. Vi hoppas också att det ska få flera av samhällets aktörer att intressera sig för frågorna och på så sätt bidra till en positiv utveckling.

Sverige har en stark syndabockskultur som bland annat tar sig uttryck i att man alltför snabbt frågar efter vems fel det är att en olycka inträffat. Det verkar i många sammanhang närmast vara presumtion för skuld i samband med olyckor och detta är både allvarligt och olämpligt enligt vårt synsätt. *Vi förespråkar ett mer förlåtande samhällsklimat med en respektfull*

<sup>1</sup> Ödegård, S., Red. (2007). I rättvisans namn - Ansvar, skuld och säkerhet i vården, Liber (www.liber.se).

*inställning bland myndigheter och massmedia, där man inte per automatik utgår från att olyckor är resultat av brottsliga handlingar. Vi tror att det finns vinster för både samhället och enskilda personer om hotet om straffansvar inte alltid skulle vara så tungt efter olyckor. Naturligtvis är en del olyckor relaterade till grova fel och ibland är det riktigt att ett adekvat ansvarsutkrävande sker. Så en relevant fråga blir då: När ska man straffas för ett misstag?*

Denna frågeställning har uppmärksammats under en längre tid, och man kan urskilja några grundläggande problemområden. En bakomliggande orsak till problemen verkar vara att de olika synsätten på ansvar och straff är djupt grundade i olika traditioner.

### 1) Principer för säkerhet och samhällsordning

Grundläggande principer för säkerhetsarbete är att fördela ansvar och upprätta regler och rutiner för säkerheten. En viktig komponent i dessa principer är utkrävande av ansvar genom kontroll samt påföljder vid avvikelser från reglerna. Utkrävande av ansvaret när det skett en olycka är komplicerat, juridiken är oklar och det finns även olika syn i det allmänna rättsmedvetandet.

### 2) Rättvisa vid olyckor

Det finns flera problem inom detta område, t.ex.

- a) Slumpmässighet och godtycke rörande vilka olyckor som leder till åtal eller annan typ av formellt sanktionsförfarande. Inom vården vet vi exempelvis att en stor mängd människor omkommer till följd av olyckor och felgrepp. Men det är under 20 års tid så vitt vi vet endast två personer som har dömts för vållande till annans död. Om systemet varit rättvist skulle antingen dessa två personer gått fria eller så skulle många fler sjuksköterskor eller läkare ha dömts.
- b) Det juridiska systemet och moderna säkerhetsteorier utgår från två skilda synsätt på orsaker till olyckor. Juridiken tenderar att fokusera på en person som olycksorsak medan säkerhetshandlingen mer förutsättningslöst försöker finna alla inblandade aktörer och alla bidragande olycksorsaker. Det juridiska systemet blir i viss mening tillfredsställt då en person eller ett fåtal personer befunnits "skyldiga", medan utvecklingen av säkerheten förutsätter korrigerande av systembrister och måste beakta interaktionen mellan många aktörer.
- c) Ska misstag vara straffbara? I många olyckor är ofta enkla misstag och felgrepp centrala olycksorsaker. Karaktären på dessa är många gånger att vem som helst kan göra samma typ av misstag i samma situation. Misstagen är inte knutna till en individ utan är möjliga p.g.a. brister i utformning av tekniska eller organisatoriska system. En relevant fråga är om det inte är en mänsklig rättighet att till en viss gräns få begå misstag och göra felbedömningar.

### 3) Principiella synsätt på skuld och ansvar för att förhindra olyckor

Det finns ett antal huvudprinciper eller synsätt på hur man bäst förhindrar att misstag och olyckor upprepas. Vi har här valt att lyfta fram tre områden i form av motsatspar.

#### a) Skuldbeläggande och icke-skuldbeläggande traditioner

- i) Den skuldbeläggande traditionen bygger på tanken att straff är förebyggande genom att vara avskräckande. Detta avses leda till större uppmärksamhet och noggrannhet och nya misstag ska därmed kunna förhindras. Ett annat syfte med straff är att bidra till upprättelse för dem som drabbats av olyckan genom att vara vedergällande.

- ii) Den icke-skuldbeläggande traditionen utgår från att mänskliga fel är naturliga och att dessa inte ska leda till sanktioner, så länge syftet med handlandet är gott. Idén här är att kunskap om inträffade misstag behövs för att kunna undvika liknande problem i framtiden. Förutsättningar för ett lärande från inträffade händelser är ett förlåtande synsätt och öppenhet om egna och andras misstag.
- b) *Det personliga ansvaret på olika nivåer*  
En viktig utveckling som skett inom säkerhetsområdet är distinktionen mellan en enskild operatör och ledningen för verksamheten samt samspelet mellan olika delar i ett system och dess betydelse för säkerheten.
- i) Betoning av ansvar på operatörsnivå innebär att fokus riktas mot den eller de personer (operatör) som är ”ytterst” i systemet och som därigenom direkt kan ha betydelse för att utlösa eventuella olyckor.
  - ii) Betoning av ansvar på ledningsnivå fokuserar hela det tekniska och organisatoriska systemet i syfte att finna systematiska fel och brister som kan rättas till. Tyngdpunkten ligger här främst på ledningen för en verksamhet, d.v.s. hur styrning och utformning av systemet inverkar på säkerheten.
- c) *Utkrävande av ansvar för individ eller organisation*  
Här accentueras om ansvaret för säkerheten ligger på en enskild person eller på organisationen som helhet.
- i) Personligt ansvar bygger på att en individ kan ställas till ansvar för misstag eller underlåtenhet som lett till en olycka. Denna person kan vara antingen långt ner i systemhierarkin (operatör) eller högt upp i ledningen (VD eller chef).
  - ii) Organisatoriskt ansvar utgår från att den juridiska personen (företag, organisation, myndighet etc.) kan ställas till ansvar. I vissa länder är denna ansvarsprincip långt utvecklad och man har eller utvecklar lagstiftning avseende ”corporate manslaughter”.

## 2. Allmänt om olyckor

Olyckor, tillbud, incidenter, missöden, störningar och avvikelser är exempel på händelser där någonting gått fel, i något avseende. Begreppet *olycka* används som ett vardagligt ord om allt från triviala situationer som spilld mjölk vid frukostbordet till tragiska händelser med död och förödelse. Inom specifika branscher eller sammanhang kan ordet ha en mer precis innebörd och vad som räknas som olycka eller inte kan variera stort mellan olika sektorer.

Här avser vi med olyckor plötsliga och oförutsedda händelser med någon form av negativ konsekvens. Vanligen talar man om att händelserna ska vara oavsiktliga, men även avsiktliga händelser ses ibland som olyckor. I Nationalencyklopedin beskrivs olycka<sup>2</sup> som händelseförlopp med många orsaker som oavsiktligt leder till skador på människor, materiel eller miljö.

<sup>2</sup> Synonymer: olycksfall, olyckshändelse

Det engelska ordet för olycka är *accident*, vilket kan härleds till latinets *accidens* med betydelsen *att falla, att hända*.

På samhällsnivå är olyckor i viss mån möjliga att förutse och kontrollera men på individnivå blir olyckor slumpmässiga, oförutsägbara och hotande. Olyckor är ofta relaterade till förlorad kontroll över en situation, en maskin, någon farlig substans, etc. Vi människor har en stark längtan efter att kunna kontrollera och styra det mesta i samhället. Därför kommer ofta en enskild olycka som en överraskning; som en oplanerad och oönskad händelse i samband med att vi själva eller någon annan förlorat kontrollen över något med potens att orsaka skada.

Ett olycksförlopp är ofta en komplex och svårgripbar företeelse. Från ett säkerhetsperspektiv är det vanligt att betrakta olyckor som händelsekedjor med många aktörer, orsaker och beroendesamband. Modern säkerhetsforskning har visat att det är många komplexa socio-tekniska och psykologiska samband som tillsammans förklarar orsaker och förhållanden vid en olycka. Det är i allmänhet många personer inblandade som gör goda prestationer utifrån sina förutsättningar, men tillsammans kan de ändå begå medvetna eller omedvetna fel och misstag, som leder fram till en olycka. Således kan man normalt inte peka ut endast en olycksorsak eller en enskild individ som har gjort fel.

Uttrycket *mänskliga faktorn* används ibland ursäktande för att betona den mänskliga naturens otillförlitlighet som orsak till olyckor. Vänder vi på perspektivet så ser vi att människans förmåga till flexibelt handlande i de mest skiftande situationer i själva verket är en förutsättning för att skapa funktion och säkerhet. Det finns exempel där missnöjda personalgrupper bokstavligt börjat tillämpa existerande regler och därmed nästan lamslagit en verksamhet. Detta kan ge fog för misstanken att våra komplexa socio-tekniska system till en viss del fungerar *trots* alla regler och *tack vare* människans inneboende förmåga till kunskapsbaserat och situationsanpassat beslutsfattande.

Självklart är ingen människa perfekt, utan alla gör fel ibland. Vanliga typer av fel i samband med olyckor kan vara att man:

- Missat att göra något som man borde ha gjort – på grund av exempelvis glömska, okunskap, tankefel
- Gjort på fel sätt – t.ex. förväxlingar mellan arbetsmoment eller valt fel arbetsmetod
- Gjort för mycket eller för lite – t.ex. påbörjat ett arbetsmoment men ej gjort klart; fyllt på för mycket vätska i ett kärl
- Gjort felbedömningar – t.ex. feltolkning av information
- Begått en överträdelse – t.ex. medvetna avvikelser från regler och rutiner

I efterhand är det lätt att bedöma misstag och fel normativt och fördömande; man borde ha insett etc. Men för de inblandade personerna i den aktuella situationen kan agerandet ha varit helt naturligt och baserat på korrekta bedömningar utifrån de omständigheter som rådde just då. I en given situation har man sällan fullständig information och överblick över alla följd-effekter av ett visst agerande.

### 3. Hur vi lär oss från olyckor och misstag

Sedan barnsben har vi lärt oss av våra misstag och successivt blivit bättre på att undvika tidigare misstag. När misstagen får konsekvenser för andra människor blir lärandet genast mer komplicerat och de sociala relationerna sätt på prov. Att ta lärdom av inträffade händelser och därigenom förebygga olyckor har en lång tradition. På 1800-talet när tekniken med ångmaskiner var ny dog många människor i olyckor med exploderande ångpannor. Genom förbättrad utrustning och säkerhetsventiler minskade sådana olyckor undan för undan. Inom flyget talar man om *fly-fix-fly* som en strategi för säkerhet. Man flyger och med tiden störtar ett plan och man tar då reda på vad som gick snett, fixar till felaktigheterna och flyger igen. Flyget har kommit att utvecklas till ett säkert transportmedel.

Säkerhetsarbete med avsikten att förebygga skador och förluster finns inom alla samhällssektorer. Däremot finns stora skillnader när det gäller typ av skador, strategier, arbetssätt och graden av systematik. Olika områden och branscher har utvecklats successivt och grundas ofta på långa traditioner. Det finns många olika styrmedel och verktyg för säkerhetsarbete varav några exempel redovisas i tabell 1.

Typ av styrmedel och verktyg		Kommentarer och exempel
<b>Samhälle</b>	Lagar	Allmänna lagar, föreskrifter etc.
	Myndigheter	Myndigheters påverkan och maktmedel
	Uppföljning	Regler, inspektion, tillstånd, statistik, räddningstjänst, polisarbete (delvis del av myndigheter)
	Sanktioner	Straff, vitesförelägganden, ekonomiska krav, verksamhetsförbud (delvis del av myndigheter)
<b>Verksamhetsutövare</b>	Riskhantering	Regler, policy, rutiner, riskanalys, avtal
	Utformning av system	Tekniska utformningen ger grundläggande säkerhet. Robusta system ger minskad sårbarhet vid problem.
<b>Utveckling och lärande</b>	Allmänt	Olika aktörer kan lära sig genom erfarenheter; gäller både samhälle och verksamhetsutövare
	Analys av olyckor och skador	Olycksutredningar, olycksstatistik
	Analys av system	Riskanalys, inspektion, tillsyn, information om olyckor, etc.
	Revision och utvärdering	Oberoende granskningar av olika aktörer - av vad de gör, resultat och hur de lär sig
	Värdering av säkerhetsarbete	Utveckling av kriterier för effektivitet och effekt. Granskning av målsättningar och avgränsningar
	Forskning	Utvärdering och utveckling av säkerhetsarbete och vetenskapliga studier av risker

Tabell 1: Exempel på styrmedel och verktyg i säkerhetsarbetet hos några aktörer.

I tabellen finns två huvudgrupper av aktörer angivna; den offentliga samhällssektorn och verksamhetsutövarna, samt en allmän beskrivning av funktionen utveckling och lärande. En viktig strategi från myndigheternas sida är att tydliggöra verksamhetsutövarens ansvar för säkerheten. Inom flera områden finns det krav på administrativa system som ska säkerställa detta. Genom utvecklingen mot outsourcing och liknande organisatoriska förändringar har en sådan ansvarsmodell blivit ännu mer komplex.

### *Vad utmärker en lärande säkerhetskultur?*

Begreppen kultur, organisationskultur respektive organisatoriskt lärande är var för sig mångfacetterade och svårgripbara. Några generella egenskaper som ändå skulle kunna användas för att beskriva visionen om den goda, lärande säkerhetskulturen kan vara:

- En informerad kultur – en kultur som är ”transparent”, där information inte undertrycks och där alla medarbetare har en delad vision om det gemensamma säkerhetsarbetet.
- En rättvis kultur – en kultur där ”whistle-blowers” (tipsare) inte bestraffas, där gränsen mellan acceptabelt/oacceptabelt beteende är tydliggjord och där straff inte utmäts slumpmässigt eller godtyckligt.
- En förlåtande/rapporterande kultur – en kultur där medgivande och berättande om egna misstag och andra säkerhetsbrister premieras.
- En förbättringsinriktad kultur – en kultur som vågar ifrågasätta egna invanda beteenden och etablerad praxis, som inte avfärdar nytänkare och som söker systemfel bakom inträffade misstag och olyckor.

Den enskilt starkaste faktorn för att åstadkomma kulturförändringar åt detta håll, i en enskild organisation eller i hela samhällsmaskineriet torde vara ledarskapet, både det verksamhetsinriktade och det politiska. En grundläggande förutsättning för ett framgångsrikt säkerhetsarbete är tillgången till rapporter om inträffade misstag och olyckor. Detta förutsätter normalt någon typ av rapporteringssystem. Erfarenheten visar att framgångsrika sådana system bl.a. kännetecknas av:

- Immunitet mot disciplinära åtgärder/straff – (inom rimliga gränser)
- Konfidentialitet eller avidentifiering
- Rapportering till en organisation som är skild från tillsynsfunktioner
- Snabb och användbar återkoppling
- Enkelhet i rapportering

I Sverige tycks vi ha få system som fyller dessa krav. I flertalet fall drivs rapporteringssystemen just av tillsynsmyndigheterna. Samma händelse kan dessutom underkastas rapporteringsskyldighet till flera myndigheter. Återkopplingen är bristfällig och rapporteringen allt annat än enkel. I vissa fall tycks även organisationer med en hög rapporteringsfrekvens bestraffas. I de fall media kommer över förteckningar över rapporterade incidenter från exempelvis flygsektorn, industrin eller kärnkraftverken framställs dessa som bevis på en dålig säkerhetskultur, när det i verkligheten torde vara tvärtom.

## **4. Juridiska och etiska dimensioner**

Ibland betraktas de misstag, brister eller felbedömningar som upptäcks när olyckor utreds som brottsliga handlingar. Samhällets legala normer säger att vissa handlingar måste föranleda någon form av rättsliga konsekvenser. I juridiska sammanhang talar man här om oaktsamhet och om oaktsamheten är klandervärd är den i vissa fall straffbar. Krav på straff kan också finnas i det allmänna rättsmedvetandet. Straff kan förekomma i många olika former. I denna skrift ligger fokus på det juridiska systemet och straff kopplat till straffrätten. Men även andra former av bestraffningssystem och disciplinåtgärder, branschvisa eller företagsinterna, före-

kommer. I praktiken kan människor även förlora sina anställningar, få lägre lön etc., bli utfrysad på arbetsplatsen eller på annat sätt ”straffas”.

Om man ska straffas för någon handling man gjort förutsätter det normalt att man har ett val att handla på olika sätt. Ett felaktigt val kan leda till rättsliga konsekvenser och ett rätt val leder inte till några juridiska följder. I många situationer som föregår olyckor finns inte denna medvetna valmöjlighet utan man är i många stycken ”låst” av de yttre omständigheter som råder i det aktuella systemet. Det vill säga att valfriheten att välja sina handlingar kan i praktiken vara mycket begränsad, även om det i efterhand kan uppfattas som om personerna i fråga hade möjlighet att välja olyckan eller ej.

### *Tidiga straffbestämmelser för vållande till olyckor*

Att personer som varit vållande till annans död genom olyckor straffas är en mycket gammal företeelse. I Babyloniens lag Codex Hammurabi från 1760 f.Kr. finns straffbestämmelser för byggmästaren om huset rasar och orsakar skada. Om olyckan orsakade dödsfall var det i vissa fall dödsstraff för byggmästaren. Även i Bibeln finns straffregler för vållande till olyckor. En tydlig distinktion görs mellan uppsåtligt mord och om en person råkat döda en annan genom olycka. I det senare fallet finns inte dödsstraff. Straffet var i praktiken förvisning till en särskilt utsedd fristad<sup>3</sup>.

I 1600-talets England kunde man bli åtalad för mord om man varit vållande till annans död genom olycka. I ett exempel från 1650-talet, där en flicka omkommer i samband med att hon blir påkörd av en hästskjuts, åtalas kusken för mord men döms sedan för dråp. Efter en av de första stora tågolyckorna i Sverige, Lagerlundaolyckan 1875, genomfördes en omfattande undersökning. Stationsinspektorn i Bankeberg ansågs utan uppsåt ha orsakat olyckan och dömdes till avsättning och fängelse.

### *Straffrättsligt ansvar för en olycka i dagens lagstiftning*

I brottsbalken finns bestämmelser om straffansvar som kan bli aktuella att tillämpa efter en olycka. Förundersökning inleds om polis eller åklagare bedömer att det ”finns anledning att anta” att ett brott har begåtts. I regel är det följande brott som kommer i fråga: *vållande till annans död, vållande till kroppsskada eller sjukdom samt framkallande av fara för annan*. En förutsättning för straffansvar är antingen uppsåt eller oaktsamhet. De nämnda brotten är oaktsamhetsbrott.

I ordet vållande ligger att det måste finnas ett orsakssamband mellan det som läggs en person till last och den skada/effekt som inträffat. Det ställs vissa krav på sambandet. Ett begrepp som ofta används är ”adekvat kausalitet”. Det innebär att sambandet ska vara relevant. Den felaktiga handlingen ska ha inneburit en påtaglig risk för att just den effekt skulle inträffa som faktiskt inträffade. Det är ofta problematiskt att fastställa vad som är orsak till en olycka. Vanligen handlar det om samverkande omständigheter. Utredningens djup och bredd har självklart stor betydelse för vilka slutsatser åklagare och domstol kommer fram till beträffande orsaken till olyckan.

<sup>3</sup> Se t.ex. 4 Mosebok kap. 35 och 5 Mosebok kap. 19 ([www.bibeln.se](http://www.bibeln.se)).

I en förundersökning är syftet att undersöka om enskild person kan ställas till ansvar. Siktet är därmed snävare inställt än i en olycksutredning, där uppgiften är att förutsättningslöst kartlägga vad som orsakat olyckan och bedöma hur den kunnat undvikas. Det finns rättsfall där domstolen sannolikt skulle ha bedömt orsakssambandet annorlunda om man haft tillgång till en bredare och mer kvalificerad utredning av olycksorsaken än den som tagits fram inom ramen för förundersökning och rättegång.

Nästa led i ansvarsbedömningen – under förutsättning att orsakssamband anses föreligga – är att ta ställning till om felhandlingen varit oaktsam. Hur borde den som misstänks för brott ha handlat? Svaret på den frågan söker man, när det gäller yrkesutövare, i de författningar som beskriver hur arbetet ska utföras på rätt sätt. För vissa yrkeskategorier, t.ex. inom sjukvården, är kraven utomordentligt högt ställda och toleransen för misstag mycket liten när följderna blivit en allvarlig olycka. I domstolsutslagen på detta område betonas kravet att upprätthålla förtroendet för sjukvården. Tydligt utgår rättsväsendet från att en hård bedömning av aktsamhetskravet är nödvändig för patientsäkerheten.

Att personer som medvetet tar risker och av nonchalans utsätter andra för fara ska kunna bestraffas, kan man knappast invända mot, även om detta problem bäst löses genom att den som är ansvarig för utbildningen eller verksamheten på ett tidigt stadium identifierar dessa individer och ser till att de inte ges ett ansvar de inte lever upp till. Men de allra flesta yrkesutövare vill faktiskt göra sitt bästa. Betoningen av den enskilda yrkesutövarens eget ansvar medför att rättssystemet i liten utsträckning tar hänsyn till de faktiska möjligheterna för individen att handla korrekt.

### *Moraliskt ansvar*

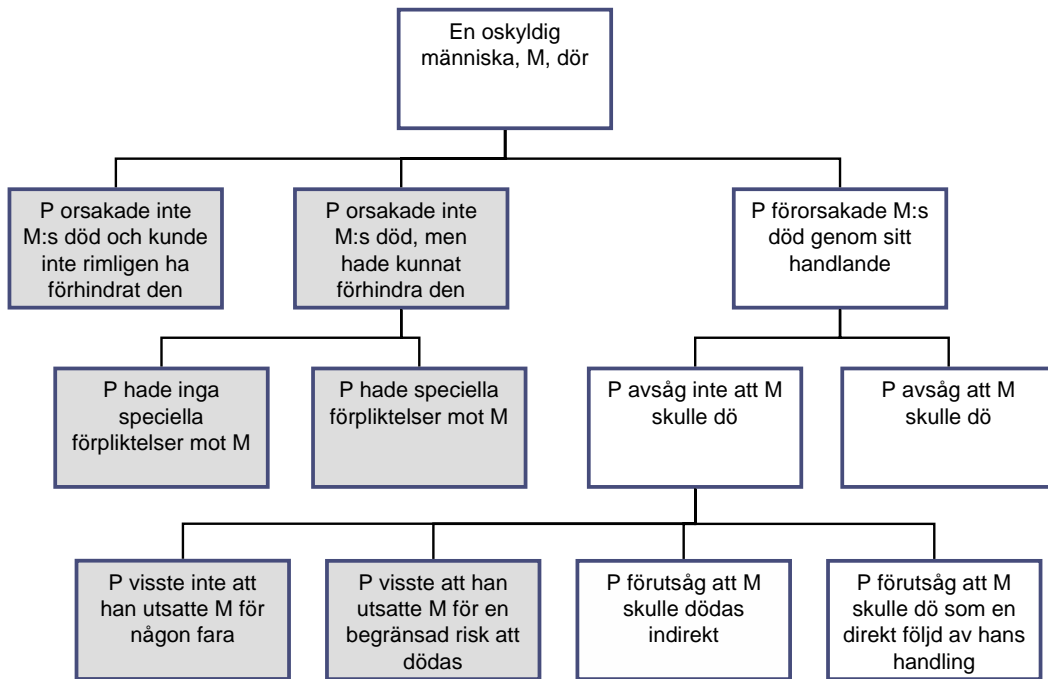
Möjligheten att förutse konsekvenserna av våra handlingar gör att vi ofta kan inse att vissa handlingar innebär risker för oss själva och andra. Detta medför personligt ansvar för de egna handlingarna. Intentionerna med handlingarna och de mått av risk som är förknippade med dessa utgör grund för en moralisk bedömning och slutligen även en straffrättslig bedömning.

Här finns en spännvidd mellan tillsynes slumpartade misstag och en uppsåtlig handling som ibland gör bedömningarna svårare. Vi utgår här från att en olycka inte är planerad och avsiktlig. Men hur blir det då med en alkoholpåverkad bilförare som orsakar en olycka? Troligen har den aktuella föraren inget uppsåt att vålla en olycka, men det fanns en avsikt att ta bilen trots en medvetenhet om att det är både olämpligt och förbjudet. Det kan också finnas en avsikt att åstadkomma skada, men konsekvensen blir värre än man avsett. Branden på Backaplan i Göteborg 1998, med 63 omkomna, är ett exempel på en sådan händelse där man tänkte på medvetet och avsiktligt, men där de fruktansvärda konsekvenserna inte var önskade av dem som tänkte på.

Graden av moraliskt ansvar för att ha orsakat en olycka kan kopplas till en indelning i olika handlingsalternativ relaterat till dödsfall av en eller flera personer (figur 1). Olyckor är i huvudsak relaterade till de gråmarkerade handlingsalternativen i modellen ovan. Alternativet ”P visste att han utsatte M för en begränsad risk att dödas” är troligen det vanligaste vid olyckor när adekvat kausalitet kan fastställas. I många fall kan en person även vara vållande till annans död utan att denne visste att den utsatte någon för fara (alternativet längst ner till vänster). Rent faktiskt är det dock så att vi hela tiden utsätter andra människor för viss dödsfara. Ett normalt mänskligt liv går inte att leva utan att våra handlingar får konsekvenser för



andra. Att vissa handlingar är moraliskt förkastliga och behöver åtföljas av rättsliga konsekvenser är helt naturligt och nödvändigt i ett modernt rättssamhälle. Felaktigt agerande som skadar andra människor måste också i vissa fall kunna leda till krav på gottgörelse.



Figur 1: Modell över etiska utgångspunkter för att avsiktligt eller oavsiktligt döda en annan människa<sup>4</sup>. Handlingsalternativen längre åt höger i modellen kan generellt betraktas som mer moraliskt förkastliga än i vänstra delen.

### De drabbade

Starka känslor, t.ex. sorg, ångest, skuld, besvikelse, hämnd, förlåtelse och längtan efter förståelse, upprättelse eller vedergällning, kan vara komplexa och beröra ett flertal personer efter svåra olyckor. Inblandade parter är offer för omständigheter och situationer som ingen önskar. En smärtsam förlust av något slag är alltid fruktansvärd för de drabbade men kan i motsvarande grad ge psykologiska trauman och en livslång skuldbörda för den ”orsakat” olyckan. I äldre lagstiftning och i andra samhällskulturer kan exempelvis hämnden ha en framträdande plats. I en demokrati med mänskliga rättigheter som grundval är det samhället som sköter rättskipningen och där finns ingen plats för hämnd. Att ta rättvisan i egna händer är inte acceptabelt.

Vilket utrymme finns det för förlåtelse efter olyckor i det svenska samhället? Som sekulär stat kanske Sverige inte kan ta utgångspunkt i religionen men etiska reflektioner blir ändå nöd-

<sup>4</sup> Modell efter Möller, G. (1986). Risker och människolivets värde: en etisk analys. Doktorsavhandling. Teologiska institutionen. Uppsala universitet. Uppsala

vändiga. I exempelvis kristendomen är förlåtelse ett mycket centralt tema och kopplas till både uppsåtliga handlingar och misstag. Bibelcitat<sup>5</sup> som belyser detta är "... om någon slår dig på högra kinden, så vänd också den andra mot honom" och om att förlåta "... inte sju gånger utan sjuttiosju gånger". Det är i detta sammanhang möjligt att läsa Bibeln som att det gamla testamentet representerar regelstyrning och ett skuldbeläggande synsätt, med lagen i centrum och en straffande Gud. I säkerhetstermer kan det nya testamentet sägas representera en icke-skuldbeläggande systemsyn. Alla gör fel. Jesu död tillgodoser en gång för alla behovet av en syndabock, så att människorna blir förlåtna om de tillstår (rapporterar) sina misstag via bikt och syndabekännelse.

## 5. Två system i konflikt

En stark betoning av den enskilda individens ansvar är både positivt och negativt för säkerheten. Stora problem uppstår dock när man ser misstag som onormala och anser att straff är enda sättet att eliminera risken för misstag. I modernt säkerhetsarbete talar man ofta om att mänskliga fel är symptom på svagheter djupare in i ett system. Säkerhetsstrategierna handlar då om att minska möjligheten för individer (vem som helst) att begå farliga misstag, ibland kallade förlåtande system. En grundförutsättning för att utforma säkra verksamheter och system är att få kunskap om befintliga brister och fel. Genom icke-skuldbeläggande rapportering och utredning av olyckor och misstag skapas kunskapsunderlag och säkerhetskulturer som möjliggör säkerhetsförbättringar.

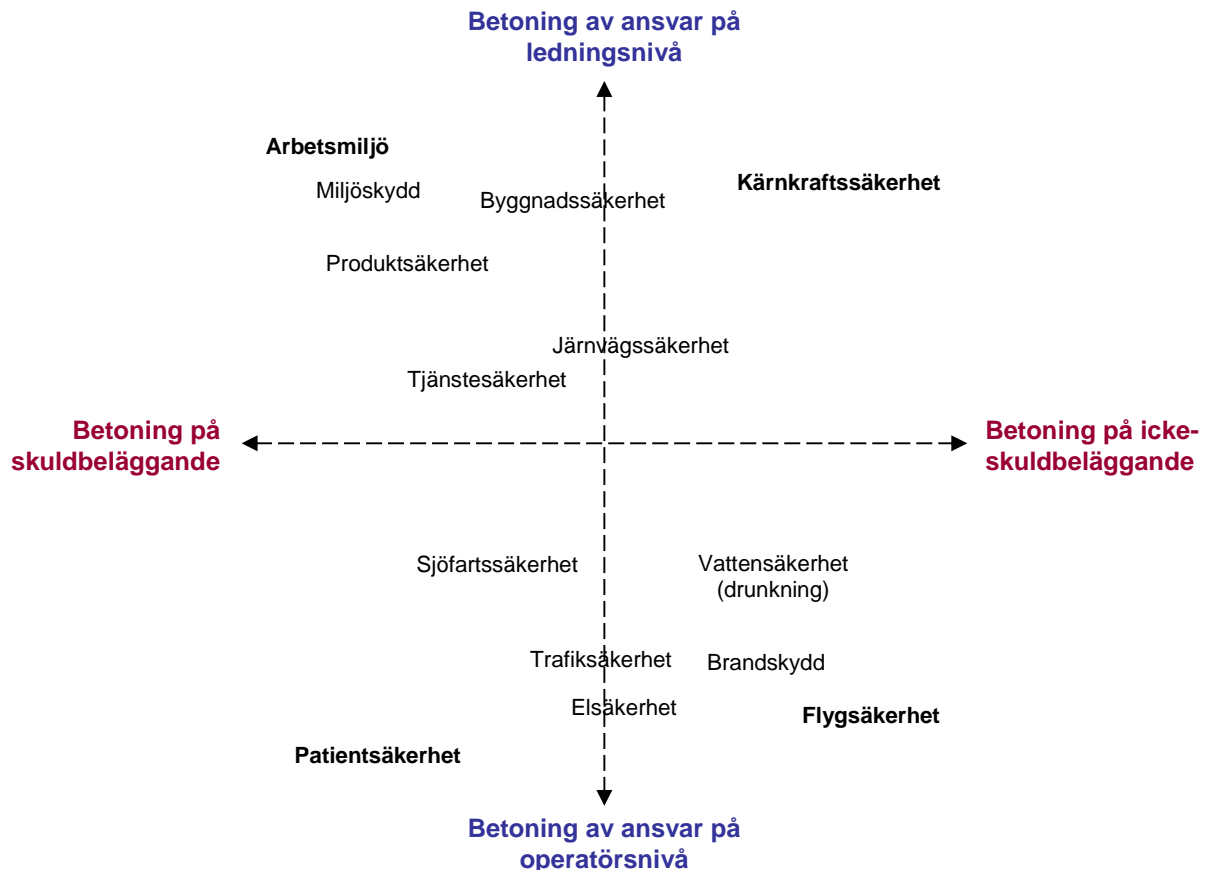
Många yrkesgrupper arbetar i spänningsfältet mellan de skuldbeläggande och icke-skuldbeläggande traditionerna. Rättsvårdande myndigheter, tillsynsmyndigheter och myndigheter och institutioner med fokus på säkerhetsförbättringar samt företags- och verksamhetsledning är exempel på instanser som berörs av problematiken kring att fria eller fälla och samtidigt lära för ökad säkerhet och trygghet i samhället. Ibland uppstår låsta positioner mellan inblandade parter och det är inte ovanligt att säkerhetsintresset och det rättsvårdande intresset ställs mot varandra. Trots dessa målkonflikter saknas både kunskap och respekt för varandras synsätt och arbetsformer. Det är av stor vikt att t.ex. polis och åklagare liksom media får en större förståelse för hur ett modernt säkerhetsarbete bedrivs och innebörden av tillbudsrapportering och säkerhetsutredningar av olyckor. På motsvarande sätt behöver olycksutredare och andra säkerhetsexperter bättre förstå hur det straffrättsliga systemet fungerar och hur polis och åklagare arbetar.

### *Fördelning av ansvar och skuld*

Det är inte enkelt att beskriva synen på skuld och säkerhetsansvar bland de olika samhällssektorerna. Vi gör dock ett försök att visa på bredden och de huvudsakliga skillnaderna bland säkerhetsarbetet inom några olika sektorer. Jämförelsen sker utifrån skuldbeläggande och icke-skuldbeläggande samt fördelning av säkerhetsansvaret mellan ledningsnivå och operatörsnivå. Klassificeringen i figur 2 är schablonmässig och avsedd att tjäna som ett discussionsunderlag. Vår bedömning är att områdena arbetsmiljö, kärnkraftssäkerhet, patientsäker-

<sup>5</sup> Matt 5:38-39 och Matt 18:21-22 ([www.bibeln.se](http://www.bibeln.se)).

het och flygsäkerhet utgör lite av ytterligheterna i modellen. Inom arbetsmiljöområdet finns en skuldbeläggande tradition med betoning på ansvar för personer på ledningsnivå (ägare, VD, ansvarig chef, etc.). Även inom kärnkraftssäkerheten vilar ansvaret tungt på ledningsnivån men området utmärks av en mer icke-skuldbeläggande tradition. Områdena patientsäkerhet och flygsäkerhet skiljer sig åt när det gäller skuld kontra icke-skuld men har båda en lång tradition av att lägga ett mycket stort ansvar för säkerheten på operatörsnivån (t.ex. läkare, sjuksköterskor, piloter, flygledare). Detta ansvar tar sig bland annat uttryck i att man ofta har någon form av behörighetssystem (certifiering, legitimering, etc.) för personal på operatörsnivå.



Figur 2: Modellen är försök att visa tyngdpunkten inom några olika sektorer, med avseende på betoningen av skuld och ansvar.

Säkerhetsarbetet har vanligen en stor variation inom en sektor, så modellen är en förenkling, vilket innebär att det i många fall inte renodlat går att tala om endast en tradition eller ett synsätt inom sektorerna. Vidare är synen på och innebörden av individernas roller och ansvar i säkerhetsarbetet egentligen oerhört komplex. Vad vi kan se är dock att det finns olika traditioner och förhållningssätt inom vilket effektivt säkerhetsarbete förväntas bedrivas.

## 6. Stegen vidare

För att kunna ta viktiga steg vidare behövs en bred och konstruktiv diskussion mellan inblandade parter, och då inte minst politiker, myndighetsföreträdare, näringslivsrepresentanter, forskare och samhällsdebattörer. Det behövs samtal om hur framtidens säkerhetsarbete och sammanhängande lagstiftning ska vara utformad. Vi anser att vi behöver främja en säkerhetskultur istället för en straff- och syndabocksinriktad kultur. Viktiga frågeställningar som kan bli utgångspunkter för en sådan dialog är:

- Vilka strategier för säkerhetsarbete och lärande från inträffande händelser ska samhället ha?
- Krävs det ett vidare perspektiv och bättre kvalitet i de rättsliga orsaksbedömningarna (förundersökningar)?
- Vilka lagändringar behövs för att säkerställa en mer nyanserad oaksamhetsbedömning som mindre fokuserar på individen och mer på de faktiska möjligheterna att göra rätt i den situation som förelåg vid olyckstillfället? Vi behöver en lagstiftning som inte motverkar säkerhetsarbetet.
- Hur ska Sverige, när det gäller hälso- och sjukvårdområdet, implementera EU:s rekommendation<sup>6</sup> där det fastslås att respektive regering ”should ensure that no legal action is taken in case of self-reported incidents”? Borde inte denna princip även gälla andra samhällssektorer?
- Kan vi utveckla (anonyma) rapporteringssystem som ger stor trovärdighet och användbarhet i säkerhetsarbetet?
- Vilken möjlighet finns att förändra medias förhållningssätt i dessa frågor?
- Är det ett reellt problem med parallella processer, d.v.s. skuld och icke-skuld; exempelvis haverikommissionens undersökningar av olyckor och åtalsanmälan, brandutredning och förundersökning, etc.
- Hur ska vi tackla de etiska dilemman kring straff – icke-straff, hämnd – förlåtelse, brottsbeivring – lärande från olyckor, slutenhet – öppenhet som kan uppstå?
- Hur kan vi medvetandegöra problemen bland de yrkesgrupper som möter människor som varit inblandade i olyckor?
- Hur påverkar ett mångkulturellt och mångreligiöst samhälle synen på skuld och ansvar efter olyckor?
- Stämmer analysen i figur 2, och är det i så fall rimligt att ha så skilda synsätt inom de olika samhällssektorerna?

<sup>6</sup> Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care (Adopted by the Committee of Ministers on 24 May 2006 at the 965th meeting of the Ministers’ Deputies)