

Hur lär vi oss av misstag?

En undersökning av inlärningsprocessen i svensk hälso- och sjukvård

Abstract

In scientific investigations on how organizations can learn from their mistakes the perspective is usually that of the social engineer; the object is to prevent human errors through modeling the system in a certain way. The aim of this paper is to explore the learning process from a different standpoint; by studying the learning process in Swedish health care I seek to discover how theoretical presumptions affect the outcome in terms of what we actually learn. The theoretical framework draws on two major discussions in contemporary political science; the question of structure and agency and the question of whether to focus on formal or informal structures when explaining organizational behavior.

The investigation shows that Swedish health care tend to understand human errors as a result of formal organizational structure. Such a view leads to insufficient explanations to *why* errors occur but is useful in producing preventative measures. On the other hand, a view that focuses upon the relationship between agent and context and which relates errors to the informal structure of the organization, offers a better insight into organizational behavior but makes the creation of preventative measures more complicated.

Nyckelord: lärande organisationer, misstagsteori, lex maria, aktör-struktur, förvaltningskunskap

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte och frågeställningar.....	1
1.2	Material	2
1.3	Hur undersökningen genomförs	3
1.3.1	Om texter och tolkning.....	3
1.3.2	Om analysmodellen och hur den används.....	4
1.4	Misstag och organisatoriskt lärande.....	5
1.4.1	Vad är ett "misstag".....	5
1.4.2	Vad är "organisatoriskt lärande".....	6
2	Teori - Två perspektiv på misstag	7
2.1	Misstag som en fråga om aktör och struktur.....	7
2.2	Misstag och organisationer.....	9
3	Socialstyrelsens fallstudier och inlärningsprocessen	12
3.1	Ett aktör/strukturperspektiv.....	12
3.1.1	Misstag beror på bristande strukturer.....	13
3.1.2	Aktörsperspektiv förklätt till struktur.....	15
3.1.3	Relationen mellan aktörer och strukturer.....	16
3.2	Misstagens kontext – organisationers två sidor.....	17
3.2.1	Vilka strukturer orsakar misstag?.....	17
3.2.2	Organisationskultur som orsak och åtgärd.....	19
4	Vad lär vi oss av misstagen?	21
4.1	Vad lär vi oss av Socialstyrelsens fallstudier?	21
4.2	Att åtgärda eller förklara	23
4.3	Slutord: Att åtgärda lite mindre för att förstå lite mer.....	24
5	Referenser	26

1 Inledning

Enligt Montesquieu skiljer sig det goda styret från det dåliga i att det tar tillvara på och lär av sina misstag (Montesquieu, 1734, s 16-17). Inom svensk hälso- och sjukvård utgörs verktyget för att uppnå detta ädla ändamål av systemet för avvikelserapportering – det så kallade Lex Maria-systemet (Ödegård, 2006, s 15). Under mina fem år som timvikarie på diverse gruppboenden runt om i Malmö har jag ett antal gånger fått fylla i Socialstyrelsens blankett för avvikelshantering. Från min utsiktsplats som vikarierande undersköterska har kopplingen mellan att en patient får fel medicin, att jag fyller i en lapp och att organisationen lär sig, verkat milt uttryckt luddig. Den här uppsatsen är ett försök att skingra dimmorna. Dels kring hur svensk Hälso- och sjukvård arbetar med inläring, men också kring hur organisationer mer generellt lär sig av att saker går snett.

Sedan början av 1990-talet har Lex Maria utsatts för hård kritik, det har sagts att systemet snarare är ute efter att bestraffa än att förebygga misstag (Ödegård, 2006, s 17). Sedan dess har en rad reformer och nya förordningar genomdrivits för att lyfta fram inlärningsaspekterna i systemet (Ödegård, 2006, s 17).

Den här uppsatsen är en undersökning av hur den här inläringen egentligen ser ut. De sätt som människor organiserar sig på är aldrig neutrala eller självklara, de uttrycker alltid värderingar och föreställningar om människan och samhället som omger henne. Det finns därför inget självklart sätt att se på hur organisationer ska hantera misstag – ingen överordnad manual som inte kan problematiseras eller kompletteras med nya perspektiv.

Blanketten för avvikelshantering inom vården är inte bara ljusgul, två sidor lång och tryckt på ett tunt glansigt papper – den är också ett led i en kedja av föreställningar om vad kunskap är, hur organisationer fungerar och hur människan relaterar till samhället omkring. Min ambition är att undersöka hur denna kedja kan se ut.

1.1 Syfte och frågeställningar

Det finns en strävan i samhället efter att säkerheten inom offentlig verksamhet ska öka (Särdqvist, 2005, s 10 ff). Ett viktigt led i denna process är att ta tillvara på de misstag som sker och använda dem i det säkerhetsskapande arbetet (Särdqvist, 2005, s 10 ff). Det är därför relevant att titta på hur den här kedjan kan förstås.

Misstag och organisatorisk inläring är breda forskningsfält som sysselsätter allt från flygtrafikforskare till psykologer. Angreppssättet är vanligtvis bilmekanikerns; misstagen betraktas som grus i maskineriet och den vetenskapliga uppgiften blir att stå för reparationen. Min ambition är att studera misstag och

inlärning ur ett annat perspektiv, det här är inte en undersökning som framförallt ska resultera i en uppsättning förslag på hur man ska förstå vad misstag beror på eller hur de kan förebyggas. Jag är snarare intresserad av inlärningsprocessen som sådan; varför ser den ut som den gör och vad är det egentligen vi lär oss av misstagen? Min ansats är att undersöka hur de teoretiska antaganden som vi tar med oss in i misstagsundersökningen kommer att påverka vad vi egentligen lär oss.

Den empiriska delen av uppsatsen handlar om inlärningsprocessen inom svensk hälso- och sjukvård. Sjukvården kan på goda grunder antas vara en av den svenska välfärdsstatens fundament, vilket i sig motiverar en undersökning av hur man arbetar med inlärning och misstag.

Jag tror inte att verkligheten låter sig avbildas på ett definitivt och slutgiltigt sätt. Min poäng är därför inte att presentera den bästa versionen av organisatoriskt lärande, eller det enda sättet att förstå synen på misstag inom vården. Snarare motiveras min undersökning av en övertygelse om att perspektivrikedom är viktigt då vi ska förstå samhället omkring oss. Frågan om inlärning av misstag är förbisedd inom statsvetenskapen och samhällsvetenskapliga perspektiv är förbisedda inom forskningen om misstag. Förhoppningsvis kan en korsbefruktning bidra till nya tolkningar och synsätt.

Mina frågeställningar är:

- (i) *Vilken syn finns inom svensk hälso- och sjukvård på misstag och inlärning?*
- (ii) *Hur påverkas strategierna för inlärning av misstag utav de teoretiska antaganden som man gör?*

Min uppsats består i allt väsentligt av tre moment: en teoretisk diskussion kring misstag och inlärning, en tillämpning av denna diskussion på ett empiriskt material och därefter en analys av resultaten.

1.2 Material

I Svensk sjukvård rapporteras alla händelser där patienter utsätts för risker på grund av brister i vårdarbetet genom rapporteringssystemet *Lex Maria*. Systemet handläggs av Socialstyrelsen, som är tillsynsmyndighet för vården, och dess primära funktion är att förebygga misstag. Dels genom att utreda varför en avvikelse har inträffat, dels genom att vidta åtgärder som förhindrar att misstaget återupprepas (Ödegård, 2006, s 15-16).

Mitt primärmaterial består av Socialstyrelsens fallstudier, som är analyser av principiellt viktiga Lex Maria-anmälningar. Så här presenteras fallstudierna på Socialstyrelsens hemsida: ” *I fallstudierna presenteras de aspekter och de delar av händelseförloppet som innebär avvikelser och som ger mest lärdomar för patientsäkerheten*”. De är alltså tänkta att fungera som ett inlärningsverktyg för att föra tillbaka kunskap till vårdenheterna. Just kunskapsåterföring är det primära kvalitetssäkrande verktyget inom sjukvården (Ödegård, 2006, s 15,

www.socialstyrelsen.se). Fallstudierna torde därmed lämpa sig väl för att karaktärisera hur man ser på misstag och inläring.

Socialstyrelsens fallstudier har publicerats sedan mitten av 1990-talet, först i pappersform, men sedan 2005 på Socialstyrelsens hemsida. Då min ansats inte är att undersöka hur synen på inläring och misstag har förändrats över tid, har jag avgränsat mig till de fallstudier som har publicerats från 2006 framåt. Detta ger ett material på totalt 21 fallstudier och ett totalt sidantal på cirka 55 sidor text.

1.3 Hur undersökningen genomförs

Ett bra material betyder inte per automatik att jag får svar på mina frågeställningar – materialet måste dessutom bearbetas på något sätt. Vilken metodologi och vilka vetenskapsteoretiska antaganden man utgår från, får implikationer för hur denna bearbetning går till och i förlängningen för vilka slutsatser som kommer att dras. De centrala val jag har haft att ta ställning till har dels berört hur jag ska se på och tolka analysmaterialet och dels hur jag ska konstruera och använda en tolkningsram att filtrera detta igenom. Nedan redovisas resultaten av dessa val.

1.3.1 Om texter och tolkning

Min empiriska undersökning är i allt väsentligt en textanalys av Socialstyrelsens fallstudier. För att analysen ska säga någonting om de frågor jag vill ha svar på, så måste de *tolkas* (Bergström & Boréus, 2005, s 23). Min utgångspunkt är att en texts innebörd inte existerar oberoende av läsaren, utan är ett resultat av en aktiv läsning (jfr: Svedner, 1999, s 205). Det finns alltså inte en oberoende innebörd i analysmaterialet som jag kan plocka ur texten. Mening är något som skapas, vilket innebär att mina resultat snarare handlar om betydelse än fakta. Min tolkning av analysmaterialet syftar till att frilägga nya innebörder och aspekter, följande tolkningsideal har fungerat som ett riktmärke för undersökningen: “... *en god tolkning innebär att man pekar på ett möjligt och poänglikt sätt att uppfatta något på*” (Alvesson, 2002, s 25).

Detta synsätt implicerar att texter kan läsas på många sätt och att det finns många olika läsningar av texter som kan vara meningsfulla. Man kan för det första skilja mellan textens *innebördsaspekt* – det vill säga de idéer om den omgivande verkligheten som texten uttrycker – och en *interpersonell aspekt* – det vill säga hur texten fungerar i olika relationer (Bergström & Boréus, 2005, s 16). Min läsning utgår enbart från texterna i sig själva, jag är med andra ord inte intresserad av hur de faktiskt används i inlärningsarbetet eller hur de relaterar till andra personer som kommer i kontakt med dem. Den praktiska användningen av fallstudierna och dess effekter lämnas därmed utanför undersökningen. Följaktligen är det texternas innebördsaspekt som undersöks.

Mitt analysmaterial har det explicita syftet att fungera som ett inlärningsmaterial för vården och det är också en sådan läsning som mina

frågeställningar förutsätter. Min läsning av materialet utesluter inte att det finns andra aspekter av texterna som är värda att ta upp. Vilka dessa är åligger emellertid andra undersökningar med andra frågeställningar att visa.

1.3.2 Om analysmodellen och hur den används

Min undersökning är ett försök att spåra ett antal idéer om misstag i analysmaterialet. Med idéer avser jag, i likhet med Bergström & Boréus, tankekonstruktioner som utmärks av en viss kontinuitet, till skillnad från mer flyktiga sinnesintryck och förnimmelser (Bergström & Boréus, 2005, s 149). För att spåra idéerna har jag konstruerat en teoretisk tolkningsram där materialet kategoriseras utifrån två perspektiv; ett aktör/strukturperspektiv samt ett formellt/informellt perspektiv på organisationer.

Aktör/strukturfrågan handlar om huruvida man förklarar samhällsfenomen utifrån aktörens intentioner eller utifrån den samhälliga kontexten. Med organisationers formella och informella sidor avses frågan om huruvida organisationer förstås som en uppsättning fastslagna regler, rutiner och mål eller om man också tar hänsyn till organisationsspecifika normer och kulturella mönster. Dessa frågor fångar upp olika dimensioner av inlärningsprocessen och ska inte förstås som ömsesidigt uteslutande. Själva poängen med analysinstrumentet är att visa hur två parallella dimensioner kan bidra till att få fram kunskap om vad synen på misstag och inläring kan innebära. De teoretiska perspektiven fångar alltså upp olika aspekter av inlärningsprocessen.

Det bör nämnas att båda dessa perspektiv tillhör några av de mest omskrivna inom samhällsvetenskapen, varför det finns mycket mer att säga om dem än vad jag kommer att göra. Min avsikt är inte att undersöka olika sätt att se på aktörer och strukturer och organisationers olika sidor, eller att hitta lösningar på dessa problem. Snarare vill jag visa hur en framkomlig väg skulle kunna se ut för dem som vill studera inlärningsprocessen ur ett statsvetenskapligt perspektiv. Jag har därför prioriterat breda karaktäriseringar av de teoretiska perspektiven framför djup. Det finns också teoretiska perspektiv som förvisso skulle kunna vara relevanta för min undersökning, men som inbegriper förhållningssätt i båda dessa frågor. Det mest uppenbara exemplet är kanske March & Olsens tappning av ny-institutionalismen (March & Olsen, 1989). Detta sätt att angripa organisationer har förvisso inspirerat mig, men kommer bara i begränsad utsträckning att användas som analysinstrument eftersom jag anser att det finns en poäng i att hålla aktörs/strukturperspektivet och organisationsperspektivet analytiskt åtskilda.

Den teoretiska tolkningsramen fungerar som en sortering av materialet. Syftet är att besvara frågeställningen givet de teoretiska perspektiven, varför aspekter av fallstudierna som faller utanför den teoretiska tolkningsramen har utelämnats. I teoriavsnittet kommer jag mer utförligt att klargöra vad indelningen utifrån de teoretiska perspektiven innebär.

Socialstyrelsens fallstudier har analyserats i tre omgångar. En gång vardera utifrån de valda perspektiven samt ytterligare en gång för att kontrollera rimligheten i mina tolkningar. Jag har valt att inte betrakta fallstudierna som

textanalytiska helheter, som placeras i kategorier utifrån det sammantagna intrycket. Framförallt för att mitt analysmaterial inte är konsekvent i hur det använder olika typer av förklaringar. I en fallstudie kan till exempel såväl formella som informella aspekter av organisationen tas upp. Om jag varit tvungen att generalisera fram en helhetsbild av varje fallstudie, så hade teoretiskt intressanta aspekter riskerat att gallras bort. Istället kommer jag att analysera de olika förklaringar och synsätt som finns i varje fallstudie.

1.4 Misstag och organisatoriskt lärande

Den här uppsatsen kretsar kring begreppen “misstag” och “organisatoriskt lärande”. Innan jag påbörjar min undersökning behöver jag klargöra vad jag egentligen menar när jag använder dem.

Debatten kring misstag och inläring handlar i många avseenden om vad misstag och inläring egentligen är för något. Det finns en fara i att jag binder mig till alltför specifika sätt att förstå dessa begrepp eftersom jag då skulle förutsätta det jag vill bevisa. Den teoretiska beskrivningen av vad misstag och organisatorisk inläring är måste alltså vara tillräckligt smal för att läsaren ska förstå vad som avses, men samtidigt tillräckligt bred för att olika betydelser av begreppen ska kunna undersökas. Det jag behöver är en terminologi att föra min diskussion i – ett slags minimivariant av vad misstag och organisatoriskt lärande är.

1.4.1 Vad är ett “misstag“?

I en artikel om olyckor inom sjukvården definierar Sheridan & Thompson misstag som:”... *an action that fails to meet some implicit or explicit standard of the actor or an observer*” (Sheridan & Thompson, 1994, s 143). Eftersom definitionen är neutral både inför vad som orsakar misstag och vad vi kan lära av dem, passar den väl för mina syften. Att den tidigare har använts inom sjukvårdsområdet torde dessutom innebära att den inte är helt uppåt väggarna med avseende på mitt empiriska analysmaterial.

Inom såväl svensk som engelsk facklitteratur förekommer en rad besläktade begrepp som det inte alltid görs tydlig åtskillnad mellan; till exempel *error*, *mistake*, *failure* samt *olycka*, *misstag*, *felhandling* och *misslyckande*. Den här typen av begreppsförvirring kan vara nog så krånglig då man försöker förhålla sig till tidigare forskning. Enligt Sidney Dekker har misstag en *manifest* sida och en *orsakssida* och begreppsförvirringen kan i stor utsträckning förklaras utifrån att dessa sammanblandas (Dekker, 2001, s 7). För att göra det så enkelt som möjligt att greppa vad jag menar kommer jag genomgående att referera till misstagens explicita uttryck – alltså dess manifesta sida – som ”misstag” och till dess

orsakssida som ”orsaker”. Min förhoppning är att undersökningen ska ha något vettigt att säga även till dem som föredrar att använda andra begrepp.

I definitionen hamnar ett avsevärt tryck på vad som egentligen menas med en ”standard”. Inom svensk sjukvård definieras avvikelser som att en patient har utsatts för fara eller risk för fara (SOSFS 2005:28), den standard som vården förväntas leva upp till är alltså *patientsäkerhet*. Detta förefaller också vara ett troligt krav från allmänheten. Man kan med andra ord se Socialstyrelsens fallstudier som analyser av misstag där man misslyckats med att leva upp till patientsäkerheten.

1.4.2 Vad är ”organisatoriskt lärande”?

Louise Comfort och Gary Zojac undersöker hur organisationer kan lära av etiska misstag utifrån två enkla antaganden om vad lärande innebär:

Learning from ethics failure occurs when an organization inquires into any of its features (...) to determine how these may have contributed to the failure. The process of inquiry generates information about organizational flaws that, if left uncorrected, could result in a recurrence of the same or a similar ethics failure. More importantly, the learning organization then uses the information generated by the inquiry to plan and implement a strategy to change organizational features that were determined to have contributed to the ethics failure.

(Comfort & Zojac, 1997, s 547-548)

Med det här synsättet består inlärningsprocessen av två steg; (1) att genom en utvärdering skaffa kunskap om vad det är som har hänt och vilka orsakerna är samt (2) att vidta åtgärder som syftar till att misstaget inte ska hända igen. Det bör noteras att ”organizational flaws” inte behöver tolkas som att det är organisationens struktur det är fel på, från ett aktörsinriktat perspektiv kan man till exempel hävda att otillförlitliga individer utgör organisatoriska brister.

För att organisationen verkligen ska lära sig något så måste de olika komponenterna i inlärningskedjan vara logiskt sammanbundna. Det innebär att den kunskap som genereras i utredningsfasen verkligen leder till åtgärder som riktar sig tillbaka mot de identifierade orsakerna. Denna enkla modell kan ses som något slags överlappande konsensus inom forskningen om inläring och misstag; även om etiketter och innebörder skiftar mellan förespråkare för olika sätt att se på den lärande organisationen, så tycks enigheten vara stor kring att detta är byggstenarna i lärandeprocessen (*se t ex*: Rollenhagen, 2003, s 37-39. Särndqvist, 2005, s 20. Zojac & Comfort, 1997, s 547-548). Även inom vården består inlärningskedjan av dessa byggstenar; avvikelshantering innebär att händelsen registreras och utreds samt att verksamheten vidtar förebyggande åtgärder (Ternow, 1998, s 181).

2 Teori - Två perspektiv på misstag

Min ambition är att diskutera misstag och inläring ur två teoretiska perspektiv; utifrån frågan om aktörer och strukturer samt utifrån hur man ser på organisationer. Dessa frågor relaterar till en hel del forskning om misstag och inläring, men de teoretiska perspektiven problematiseras sällan och görs så gott som aldrig explicita. Syftet med min teoretiska diskussion är att visa hur dessa perspektiv kan användas som analysinstrument för att förstå misstag och inlärningsprocesser.

2.1 Misstag som en fråga om aktör och struktur

Varje undersökning av samhället bygger på föreställningar om vad som krävs av en samhällsvetenskaplig förklaring (Shapiro & Wendt, 1992, s 197). Detta gäller också undersökningar av misstag. Ett sätt att besvara frågan om vad en sådan förklaring förutsätter är i termer av aktörer och strukturers relativa påverkan. Måste vi titta på aktörens agerande eller strukturernas utformning för att vi ska förstå varför ett misstag har inträffat?

Frågan om aktörer och strukturer kan enkelt sagt sägas kretsa kring i vilken utsträckning vi som aktörer styr våra liv och i vilken bemärkelse våra liv är ordnade av vår externa omgivning (McAnulla, 2002, s 271). En aktörsorienterad förklaring av en händelse kommer att lägga fokus på aktörens intentioner och egenskaper. Det implicerar en viss grad av autonomi hos individen och en förmåga att ställa sig utanför kontexten då hon beslutar hur hon ska agera (Hay, 2002, s 94-95). Emellertid behöver inte aktören nödvändigtvis förstås som en enskild person, också företagsledningar, regeringar och nationalstater kan agera intentionellt.

Med struktur avses istället det sammanhang som ett samhällsfenomen uppkommer i – kontexten till det som ska förklaras (Hay, 2002, s 94). Det kan handla om fysiska strukturer (som när stadsarkitekter planerar städer för att minimera brottslighet), om sociala strukturer (som när representation på universitet förklaras utifrån social bakgrund) eller om kulturella strukturer (som när svenskens beteende förklaras utifrån jantelagen). Att luta sig mot en strukturorienterad förklaring av ett samhällsfenomen innebär emellertid något mer. Colin Hay skriver:

...by appealing to a notion of structure to describe context or setting, political scientists (...) are referring to the ordered nature of social and political relations –

to the fact that political institutions, practices, routines and conventions appear to exhibit some regularity or structure over time.

(Hay, 2002, s 94)

Strukturorienterade förklaringar av händelser bygger alltså på att det finns en viss ordning som kan förklaras utifrån de sammanhang som omger aktörerna.

Tillämpat på inlärningsprocessen handlar detta om vad som förutsätts då vi ska förklara ett misstag. Aktörorienterade perspektiv kommer att trycka på aktörens intentioner (eller oförmåga att leva upp till dessa), förklaringen finns här i aktörens agerande och egenskaper istället för i det sammanhang som omger henne. En strukturorienterad förklaring, å andra sidan, kommer att sätta detta sammanhang i centrum av förklaringen av misstaget. Anledningen till att saker går snett är att de strukturella förutsättningarna ser ut på ett visst sätt och att dessa får aktören att agera på ett visst sätt. Därför kommer förhållningssättet i frågan om aktörer och strukturer att avspeglas i vilka faktorer som man undersöker.

Aktör/strukturfrågan är återkommande i forskningen om misstag och säkerhet, även om den sällan görs explicit (Ödegård, 2005, s 22ff. Reason, 1990. Cook & Woods, 1994). I en översikt av misstags- och säkerhetsforskningens utveckling över tid beskriver Synnöve Ödegård en rörelse från ett tydligt aktörsfokus mot mer strukturorienterade perspektiv (Ödegård, 2005, s 22ff). Sidney Dekker kallar detta för en ny respektive gammal syn på misstag (Dekker, 2001, s 3). Enligt Dekker karaktäriseras den gamla synen av ett fokus på enskilda individers eller grupper av individers otillförlitlighet, denna förklaring utgår alltså från aktören. Organisationer betraktas som i grunden säkra och misstag är som ruttna äpplen i en fruktkorg (Dekker, 2001, s 3). Inlärningsprocessens första steg kommer att inriktas på att få kunskap om vilka aktörer som är otillförlitliga och det andra steget på vad man kan göra åt denna otillförlitlighet, hur man rensar fruktkorgen på ruttna äpplen.

Inom den nya synen finns en rad olika sätt att förstå och studera misstag på, men ett gemensamt drag är att man ser misstagen som symptom på problem i organisationen som helhet. Misstagen studeras alltså här utifrån hur strukturerna ser ut. Ett centralt begrepp inom den strukturfokuserade misstagsforskningen är så kallade *barriärer*. Vad man menar med detta begrepp varierar i stor utsträckning, men den dominerande synen är att barriärer utmärks av att de syftar till att begränsa konsekvenserna av misstag, istället för att rikta sig mot misstagen i sig själva (Ödegård, 2005, s 33ff). Att använda cykelhjälm är till exempel en barriärfunktion; avsikten är inte att förhindra att man trillar, utan att man inte ska slå sig när man trillar.

Andra forskare som utgår från ett strukturfokus undersöker hur människan relaterar till tekniska hjälpmedel (Sheridan & Thompson, 1994) eller hur misstag ska förstås i relation till kunskapsnivån inom organisationen (Cook & Woods, 1994). I olika utsträckning relaterar denna forskning framförallt misstagen till den strukturella kontexten. Frågan om aktör och struktur behöver emellertid inte ses som ett "antingen eller". Dekker själv menar att misstag förklaras utifrån relationen mellan aktörer och strukturer. Han skriver:

The point in learning about human error is not to find out where people went wrong. It is to find out why their assessments and actions made sense to them at the time, given how their situation looked from the inside.
(Dekker, 2001, s 10)

Utifrån det här synsättet ska man studera relationen mellan aktörer och strukturer, snarare än dessa båda separat. Enligt Dekker är det i den här riktningen som det nya sättet att se på misstag bör utvecklas (Dekker, 2001, s 10). På ett motsvarande sätt argumenterar många för att samhällsvetenskapliga förklaringar måste inbegripa både aktörer och strukturer (Hay, 2002, s 114). Samtidigt som aktörer agerar inom strukturella ramverk, kan dessa bara skapas och förändras av aktörerna själva (jfr: Lundqvist, 1993).

Det finns alltså tre huvudsakliga sätt att undersöka och förklara misstag utifrån aktör/strukturperspektivet på; man kan undersöka aktörens agerande och egenskaper, man kan undersöka de strukturer som omger aktören och man kan undersöka hur aktören förhåller sig till strukturen, det vill säga relationen i sig. Inom misstagsforskningen ses det här vanligtvis som empiriska frågor som går att besvara genom att studera faktiska misstag (se t ex Rollenhagen, 2003. Bogner, 1994). Det är alltså undersökningen som avgör om misstaget orsakas av aktörs- eller strukturfaktorer. Utgångspunkten i den här uppsatsen är istället att aktörers och strukturers förklaringsvärde är en ontologisk fråga som föregår empirin (Hay, 2002, s 90ff).

I varje givet fall finns såväl potentiella aktörs- som strukturförklaringar, vilka vi anser vara relevanta för förståelsen av misstaget beror på vilken ontologi vi grundar vår undersökning på (Hay, 2002, s 90-91). Om vi ska förklara franska revolutionen – för att använda ett lånat exempel – så kan vi vara helt överens om de faktiska händelser som inträffade, men ändå dra olika slutsatser om orsakerna i termer av aktörer och strukturer (Hay, 2002, s 90). På motsvarande sätt kan vi vara överens om vad ett misstag består i, men dra olika slutsatser om orsaken är att aktören var opålitlig eller strukturen gjorde så att han/hon agerade opålitligt.

Detta innebär att vårt förhållningssätt till misstagen föregår våra iakttagelser och styr vilka aspekter av misstaget som vi kommer att identifiera som relevanta. Om vi till exempel menar att misstag orsakas av att aktörer betar sig otillförlitligt, så kommer vi inte att undersöka vilka strukturer som omger aktören och om vi på motsvarande sätt menar att misstag orsakas av strukturer så kommer aktörens intentioner inte att vara av intresse för vår undersökning. På det här sättet styr våra föreställningar om aktörer och strukturer vad inlärningsprocessen kommer att fokusera på.

2.2 Misstag och organisationer

Teorier om hur man kan lära av misstag kommer inte bara att handla om det som går fel, utan också om *var* det går fel. Eftersom inlärningsprocessen sker i organisationer så kommer idéer om misstag och motåtgärder också att uttrycka

idéer om organisationer. Misstagsundersökningar står här inför ett vägval mellan två olika perspektiv; betraktar man organisationen som en uppsättning formella regler, rutiner och mål, eller består de också av informella normer och kulturaspekter.

Den centrala frågan då man betraktar misstag ur ett organisationsperspektiv är vad organisationsmedlemmarna har att förhålla sig till. Ett sätt att betrakta organisationer är som en uppsättning spelregler som ramar in aktörens agerande och som han/hon måste förhålla sig till (Rothstein, 1996, s 145). Detta ramverk kan antingen betraktas som formaliserade mål, regler och rutiner, eller som informella dito (Rothstein, 1996, s 145. Christensen et al, 2004, s 12-13).

Ett formellt synsätt kommer framförallt att beskriva spelreglerna i termer av de bestämmelser som finns fastslagna i officiella dokument (Christensen et al, 2004, s 32). Rutinerna förstås som procedurer som föreskriver vad som ska utföras och hur detta ska gå till och de ska helst finnas formulerade i handböcker, föreskrifter, verksamhetsplaner eller dylikt (Christensen et al, 2004, s 37). Organisationsmedlemmens agerande kommer alltså att betraktas i ljuset av de formella regelverken och det förväntade beteendet kommer att sammanfalla med dessa.

Med det här synsättet blir organisationen ett mer eller mindre välanpassat verktyg för att utföra sina uppgifter; organisationer ses alltså som *målrationalella* (Christensen et al, 2004, s 12). Organisationsmedlemmens agerande förstås som ett resultat av konsekvenskalkyler där olika alternativ vägs mot varandra och där det som bäst överensstämmer med de mål som organisationen har och som aktören uppfattar, kommer att väljas. Ur det här perspektivet betraktas alltså misstag som ett avsteg från de formella målen, det vill säga som resultatet av misslyckade konsekvenskalkyler. Eftersom aktören agerar utifrån de formella reglerna så kommer åtgärder att generera ett nytt förväntat beteende hos organisationsmedlemmarna (Christensen et al, 2004, s 12).

Många forskare har ifrågasatt hur väl det formella synsättet stämmer överens med hur organisationer faktiskt fungerar. Med en lång rad olika angreppssätt har man argumenterat för att organisationer också styrs av interna normer och värderingar som inte finns formaliserade (Christensen et al, 2004, s 12-13). Ett ofta återkommande begrepp för att beskriva detta är *organisationskultur*.

De formella dragen kan utifrån det här synsättet liknas vid ett skelett, för att vi ska kunna förse den organisatoriska kroppen med organ och muskelvävnad måste vi också se organisationens informella spelregler (Christensen et al, 2004, s 52). Organisationer går inte på ett enkelt sätt att reducera ner till en uppsättning formella regler:

Most people most of the time follow predefined rules of behavior, and most of these rules are not formalized or other written regulations. Instead they are "routines," "customs," "compliance procedure," "habits," "decision styles," or even "social norms" and "culture".

(Rothstein, 1996, s 145)

Organisationens agerande måste alltså enligt detta perspektiv också förstås mot bakgrund av informella rutiner, vanor och svårfångade värderingar. De fungerar därför inte bara som instrument för att uppnå speciella mål, utan agerar också utifrån institutionaliserade spelregler som i sig påverkar dess beteende. Individen kommer med det här synsättet inte att handla utifrån vad som anses vara det bästa för att uppnå ett speciellt mål, utan utifrån en logik om vad som är kulturellt lämpligt (March & Olsen, 1989, s 38. Christensen et al, 2005, s 12-13). Vi kan därför inte förvänta oss att styrsignaler från ledningen på ett oproblematiskt sätt kommer att genomföras.

I forskningen om misstag och säkerhet är det formella sättet att se på organisationer klart dominerande (*se t ex* Bogner, 1994). Vissa forskare, företrädesvis de som hör hemma i naturvetenskapliga discipliner, fokuserar på vilken teknik som organisationen har tillgång till, vilka formella regler man oftast bryter mot och hur nya regler kan införas för att öka säkerheten. Ofta arbetar man med att göra stora statistiska sammanställningar där misstagen kategoriseras utifrån dess olika karaktärsdrag. Inom vissa grenar av misstagsforskningen fokuserar man förvisso på vikten av att skapa en "säkerhetskultur" som fungerar som ett nät av värderingar i organisationen, men denna förklaras och förstås för det första framförallt i termer av formella åtgärder från ledningen och innebär för det andra inte ett avsteg från synen på organisationer som målrationala (Haukelid, 2008, 415-417).

Vilken syn man har på organisationen kommer att påverka hur man undersöker och lär sig av misstag. En formell syn kommer att relatera misstagen till de officiella målen och reglerna och åtgärderna kommer att handla om hur dessa ska utformas för att misstagen ska minimeras. Ett informellt synsätt innebär att man också måste undersöka hur aktören förhåller sig till organisationsspecifika normer. Om åtgärderna handlar om att modellera organisationens formella strukturer kan man inte på ett enkelt sätt anta att dessa alltid kommer att besvaras av organisationsmedlemmarna.

3 Socialstyrelsens fallstudier och inlärningsprocessen

Socialstyrelsens fallstudier är ett inlärningsmaterial för den svenska Hälso- och sjukvården. Dess huvudsyfte är att föra tillbaka kunskap till verksamheten för att vårdens kvalitet ska kunna förbättras och misstag ska kunna förebyggas. Jag kommer först att analysera fallstudiernas syn på misstag och inläring ur ett aktör/strukturperspektiv. Jag kommer därefter att undersöka om det är organisationens formella eller informella sida som lyfts fram i analysen.

3.1 Ett aktör/strukturperspektiv

Socialstyrelsen presenterar på sin hemsida sin syn på misstag på följande sätt:

Vår utgångspunkt är att det är mänskligt att fela. Därför måste vården utveckla säkra system, så mänskliga fel och misstag inte leder till att patienter kommer till skada.

(www.socialstyrelsen.se)

I presentationen av fallstudierna får vi reda på att:

Socialstyrelsens fallstudier är analyser av händelser i hälso- och sjukvården där patienter kommit till skada eller utsatts för risker. En analys visar varför det gick fel och hur bristerna kan åtgärdas ur ett systemperspektiv.

(www.socialstyrelsen.se)

I dessa programförklaringar verkar fokus snarare vara hur vården är organiserad än hur aktören agerar i organisationen. Det ser med andra ord ut som ett tydligt strukturfokus. En analys av fallstudierna visar emellertid att synen på misstag inte låter sig fångas riktigt så enkelt. I fallstudierna finns det tre återkommande sätt att se på misstag. Ett första som i enlighet med den officiella synen är entydigt strukturorienterad, ett andra sätt som i förlängningen faller tillbaka på aktörsförklaringar samt ett tredje sätt som förklarar misstag utifrån hur aktörer och strukturer relaterar till varandra.

3.1.1 Misstag beror på bristande strukturer

Fallstudierna följer en återkommande mall där man först beskriver *händelseförloppet* och de *utlösande orsakerna* till misstaget, detta handlar med Sidney Dekkers terminologi om misstagets manifesta sida. Därefter slår man fast vilka som är de *bakomliggande orsakerna* och avslutningsvis tar man upp *åtgärder* för att misstaget inte ska återupprepas. Detta handlar med andra ord om de två stegen i inlärningskedjan.

De utlösande orsakerna beskrivs ofta ur ett aktörsperspektiv medan de bakomliggande nästan alltid formuleras i termer av strukturer. I fallstudie nr 25 förklaras till exempel varför ett ambulansbilbatteri blir urladdat på följande sätt:

Laddningskabeln krävde manuell koppling, vilket gör förfarandet sårbart med tanke på att människor kan glömma. I det här fallet hade ambulanssteamet glömt att koppla laddningskabeln till ambulansen när de kom tillbaka till stationen efter det tidigare genomförda uppdraget.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 25)

Den utlösande orsaken är alltså ambulanssteamets glömska. Men eftersom det är mänskligt att glömma förklarar man istället misstaget utifrån hur arbetet är organiserat:

Det saknades larm som aktiverades när batteriet inte laddades eller höll på att bli urladdat. På ambulansstationen saknades också hjälpmedel för att snabbt kunna tillföra ström till en strömlös ambulans.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 25)

Misstaget beror alltså inte på ambulanssteamets glömska, utan på att det saknades skyddsbarriärer som gjorde så att ambulanssteamets glömska fick konsekvenser för verksamheten. Förklaringen av misstaget finns alltså i den organisatoriska kontexten, det är avsaknaden av larm och snabb strömtillförsel som gör att ett misstag sker. Åtskillnaden mellan utlösande aktörsfaktorer och bakomliggande strukturfaktorer görs tydligt i många av fallstudierna. I fallstudie nr 18 skriver man:

Att be vårdpersonal att öka uppmärksamheten leder inte till ökad patientsäkerhet eftersom faktorer som stress och trötthet kan störa koncentrationen. Bättre skydd är att till exempel upphandla datorsystem som förhindrar att vårdpersonalen kan ta fel bland likalydande patientnamn.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 18)

De mänskliga tillkortakommandena anses på det här sättet inte vara en orsak till misstaget, det är istället hänsynen som bör tas till dessa som är central. Även om en utlösande orsak är aktörens bristande uppmärksamhet, så är det centrala ur inläringssynpunkt att se till så datorsystemen är konstruerade på rätt sätt. I många av fallstudierna så hoppar undersökningarna helt enkelt över varför aktören

handlade som han/hon gjorde, för att istället fokusera på den strukturella kontexten.

På det här sättet förflyttas misstagen från aktören till strukturen i nästan alla fallstudier. I de fall där personalens bristande kompetens orsakar misstag blir orsaken att de inte fått tillräcklig utbildning (Socialstyrelsens fallstudier, nr 22) eller att arbetsfördelningen inte fungerar (Socialstyrelsens fallstudier, nr 15) och när personalen fattar felaktiga beslut, så förklaras det utifrån rutinerna på arbetsplatsen (Socialstyrelsens fallstudier, nr 12). På det här sättet finns strukturperspektivet med i samtliga fallstudier, ofta är det dominerande. Undersökningarna handlar om vilka strukturer som orsakar misstag, antingen – som i exemplet ovan – i termer av vilken teknologi som finns tillgänglig, eller i termer av hur rutinerna är utformade.

Teknologin spelar en framträdande roll i fallstudierna, dess funktion blir ofta som i exemplet ovan att fungera som en skyddsbarriär mot mänskliga fel, i fallstudierna fokuserar man då på vilka barriärfunktioner som saknas. I fallstudie nr 21 förklaras på det här sättet att en patient riskerat att få fel blod vid en blodtransfusion med att tekniken är utformad på ett sätt som möjliggör att personalen tar fel blodpåse. Ett av åtgärdsförslagen lyder:

Ta hänsyn till mänskliga tillkortakommanden för att skapa skydd mot vårdskador, till exempel genom att införa streckkodsystem i samband med beställning, iordningsställande, utlämning och förberedelse för transfusion.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 21)

Poängen med tekniken är att minimera konsekvenserna av mänskliga fel som alltid kommer att inträffa, i fallstudien ovan definieras den primära orsaken till misstaget som att tekniken inte har en sådan utformning. Med den här typen av förklaring blir aktörens agerande irrelevant för förståelsen av orsaken till misstaget, bristen på skyddsbarriär kommer ju att föreligga oavsett om aktören gör ett misstag eller inte. Aktörens agerande sätts inte i samband med något.

I andra fallstudier fokuserar man istället på de rutiner som styr verksamheten. En standardförklaring som återkommer i drygt hälften av fallstudierna är att det saknas en rutin som hade fått aktören att agera på ett annat sätt än det hon faktiskt gjorde, eller att aktören inte kände till de rutiner som fanns. I fallstudie nr 20 är bristande rutiner en av orsakerna till att all patientinformation försvinner i en datakrasch:

Informationen gick förlorad även av den orsaken att det på IT-enheten saknades rutiner för att säkerhetskopiera (spara all information på en annan server), innan arbete med uppgradering skulle påbörjas.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 20)

Misstagets manifesta sida är alltså att en datakrasch har skett utan att det gjorts en säkerhetskopiera och den bakomliggande orsaken att det saknas rutiner som ser till så att aktören alltid tar en säkerhetskopiera. Det är inte svårt att gissa sig till vilket åtgärdsförslaget blir; att införa en rutin som ser till så att det görs en

säkerhetskopior (Socialstyrelsens fallstudier, nr 20). Den här förklaringen av misstaget bygger på antagandet att *om* en sådan rutin hade förelagts, så hade aktören agerat utifrån den. Även här förklaras alltså misstaget i termer av att strukturer saknas.

Det är intressant att nästan alla strukturförklaringar på det här sättet inte fokuserar på vilka strukturer som fick aktören att agera som han/hon gjorde, utan snarare vilka strukturer som hade kunnat få aktören att agera på ett annat sätt. I den teoretiska diskussionen framgick att strukturförklaringar förklarar aktörens agerande utifrån hur aktörens kontext ser ut. Här är förklaringen istället att aktören agerar som han gör för att kontexten *inte* ser ut på ett speciellt sätt.

Utifrån inlärningsprocessens två steg innebär det här synsättet att de orsaker som identifieras finns i den kontext som omger misstaget. Åtgärderna kommer i det andra steget att fokusera på hur denna kontext kan utformas för att inte orsaka misstag.

3.1.2 Aktörsperspektiv förklätt till struktur

Det dominerande synsättet i fallstudierna verkar alltså vara ett tydligt strukturfokus. I vissa fall är emellertid detta en chimär, där man i själva verket faller tillbaka på aktörsoorienterade förklaringar genom att se orsakerna som ett annat misstag högre upp i organisationen. Detta är vad Sidney Dekker kallar för “...*falling in to the trap of saying human error all over again*” (Dekker, 2001, s 9). Den här typen av förklaringar förekommer i en knapp tredjedel av fallstudierna, även om de sällan ges speciellt mycket utrymme.

Om ett misstag är ett resultat av en fallerande struktur faller det sig naturligt att fråga varför strukturerna ser ut som de gör. I vissa av fallstudierna beror detta på att ledningen inte har tillgodosett de krav på organisationens struktur som god patientsäkerhet förutsätter. I fallstudie nr 13 har en diabetespatient av misstag fått med sig en tom insulinpenna:

Det saknades rutiner för kontroll av vilka pennor patienten hade med sig hem, trots att några ur personalen hade försökt göra ledningen uppmärksam på risken att patienter skulle kunna komma att använda fel penna. En orsak var att ledningen inte gjorde vårdpersonalen delaktig i klinikkens riskförebyggande patientsäkerhetsarbete.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 13)

En av anledningarna till att den ansvariga sjuksköterskan skickade med fel penna var alltså de bristande rutiner som omgärdade förfarandet, om sådana rutiner hade funnits så hade också sjuksköterskan skickat med rätt insulinpenna. Det framgår i fallstudien att det är ledningens uppgift att se till så att sådana rutiner föreligger, genom att ha ignorerat personalens varningar har man bidragit till att skapa en struktur som gjorde så att misstaget kunde inträffa. I en annan av fallstudierna förklaras på ett liknande sätt varför en patient opereras på fel sida av kroppen:

Kirurgklinikens ledning hade inte gjort en fullgod operationsplanering med tidsmässigt utrymme för kontrollåtgärder.
(Socialstyrelsens fallstudier, nr 15)

Eftersom bristande rutiner och bristfällig operationsplanering i sig utgör ett hot mot patientsäkerheten, givet beskrivningen i fallstudierna, så blir detta per definition också avvikelser från patientsäkerheten. På det här sättet innebär förklaringen av misstaget bara att ett nytt misstag identifieras, fast högre upp i den organisatoriska hierarkin.

Resonemanget visar på en viktig insikt i frågan om aktörer och strukturer; nämligen att aktörer också ingår i och påverkar de strukturella förutsättningarna för andra aktörer. Samtidigt som ledningen agerar inom en struktur, så kommer deras agerande påverka strukturen som andra aktörer verkar inom. Innebörden är att samtidigt som alla aktörer verkar inom strukturer, så kan strukturerna bara skapas av aktörer (Colin Hay, 2002, s 115ff). Denna insikt problematiseras emellertid inte i fallstudierna. Förklaringen av misstaget stannar vid att en annan aktör har gjort ett misstag. Varför ledningen inte har involverat personalen i det riskförebyggande arbetet eller gjort en fullgod operationsplanering, får läsaren inte reda på (Socialstyrelsens fallstudier, nr 13. Socialstyrelsens fallstudier 15).

3.1.3 Relationen mellan aktörer och strukturer

I en dryg fjärdedel av fallstudierna finns ett helt annat sätt att förhålla sig till aktörer och strukturer. Misstagen orsakas inte här av aktörer *eller* strukturer, istället förklaras misstag med att aktören förhåller sig till strukturen på ett speciellt sätt i en given situation.

I fallstudie nr 19 leder en tidigarelagd hemtransport till en stressad situation där en patient får fel medicin:

En annan orsak till den stressade situationen var att sjuksköterskan kände att hon inte kunde begära den tid hon behövde för att förbereda hemtransporten av patienten på ett säkert sätt. Hon upplevde att hon inte hade mandat att framhäva patientsäkerheten framför den tidigarelagda hemtransporten eftersom man på avdelningen inte hade tydliggjort att patientens säkerhet alltid skulle sättas i första rummet.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 19)

I citatet är inte fokus på vilka strukturer som finns och inte finns, utan på hur sjuksköterskans relaterar till sitt sammanhang. Detta ger undersökningen ett annat fokus; det intressanta är inte hur arbetet är ordnat och vilka tekniska hjälpmedel som finns till hands, utan hur relationen mellan aktören och rutinerna och tekniken ser ut. Hur aktören upplever situationen, hur hon känner sig, blir här relevant för förklaringen av misstaget.

I fallstudie nr 6 förklaras på ett liknande sätt varför en sjuksköterska inte ber att få en ordination hon inte begriper förtydligad:

En annan orsak var att sjuksköterska inte ville visa sig osäker och okunnig inför kardiologen [som hade skrivit ordinationen]. Varför ville hon då inte det? Den kultur som rådde på arbetsplatsen var sådan att det sågs som en svaghet att visa osäkerhet, särskilt inför personal från andra enheter.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 6)

Orsaken till misstaget är alltså att sjuksköterskan i en given situation förhåller sig till strukturerna – i det här fallet en organisationskultur – på ett speciellt sätt.

Den ontologiska utgångspunkten är här inte längre att aktörens agerande på ett enkelt sätt går att reducera till organisationens strukturer. För att vi ska förstå misstaget måste vi också förstå vad som fick aktören att göra det hon gjorde i den givna situationen. Både aktören och strukturen blir alltså synlig i förklaringen av misstaget. Detta anknyter till Sidney Dekkers angreppssätt där den relevanta frågan är vad som fick aktören att göra det hon gjorde i den givna situationen (Dekker, 2001, s 10).

Trots att den här typen av förklaringar återkommer i en hel del av fallstudierna, blir intrycket att de trivialiseras. Dels för att de textmässigt riskerar att drunkna bland förklaringar om hur tekniken och rutinerna är utformade (de citerade fallstudierna är bra exempel), dels för att de är svåra att följa upp i åtgärdsförslagen. Om det identifierade problemet är att en rutin saknas, så blir lösningen på problemet uppenbar; att införa en dylik rutin. Men om problemet istället är hur en relation ser ut är det inte lika lätt att säga vad som ska göras. I de flesta fall så riktar sig därför åtgärderna mot att man inför rutiner eller förbättrar teknologin, alltså i princip samma typ av förslag som i de renodlade strukturförklaringarna.

3.2 Misstagens kontext – organisationers två sidor

I fallstudierna förstås misstag per definition som ett avsteg från det formella målet om patientsäkerhet. Det behöver emellertid inte betyda att misstagens orsaker förstås i termer av formella strukturer, eller att åtgärderna nödvändigtvis behöver betyda formella regler. Vi har sett hur det utifrån aktör/strukturperspektivet finns tre huvudsakliga sätt att se på misstag i analysmaterialet. I det här avsnittet vänder vi uppmärksamheten mot hur misstagen kontextualiseras; placeras de bland organisationens formella regler och mål, eller bland informella normer och organisationskultur?

3.2.1 Vilka strukturer orsakar misstag?

I majoriteten av fallstudierna beror misstag på fallerande strukturer, oftast för att det saknas en skyddsbarriär eller en rutin som hade sett till så att misstaget inte inträffade. Det blir därför irrelevant huruvida aktören som begår misstaget

förhåller sig till organisationens formella eller informella sidor. Vad som fick aktören att göra det hon gjorde, är ju med den här typen av förklaring inte en orsak till misstaget. Frågan är alltså vilka saknade strukturer som orsakar misstag samt vilka strukturer det är som behöver införas för att misstagen ska åtgärdas.

Då problemet är att det saknas en barriär som skyddar systemet mot konsekvenserna av mänskliga fel, så handlar det oftast om hur teknologin är utformad; vilka funktioner vissa datorprogram ska ha, vilka nya funktioner som kan införas och vilka tekniska hjälpmedel som hade kunnat ställas till vårdens förfogande. Vi betraktar återigen exemplet med ambulansbatteriet:

Målsättningen måste vara att finna tekniska lösningar som bygger bort problemet så att människan inte behöver göra något aktivt för att batteriet ska laddas.
(Socialstyrelsens fallstudier, nr 25)

Det här är ett formellt synsätt på teknologin som organisationsstruktur. Om fokus istället hade varit samspelet mellan personal och teknik hade man kunnat tänka sig att det var fråga om en informell aspekt av organisationen, till exempel eftersom det fanns en kultur i personalgruppen att inte använda vissa tekniska hjälpmedel eller att använda dem på ett felaktigt sätt.

Den andra typen av strukturförklaring bygger på att misstag orsakas av att det saknas en rutin som hade fått aktören att agera på ett annat sätt än det han/hon gjorde. Det är inte lika lätt att kategorisera vad "bristande rutiner" innebär. Man kan dels tänka sig att det handlar om formaliserade arbetssätt, rutinerna blir då närmast att betrakta som regler för hur verksamheten ska bedrivas. Men de kan också vara sånt som man bara gör, utan att det finns en bestämmelse som säger att man ska göra det. Det är då snarare fråga om standardförfaranden, som internaliserats inom organisationen och som inte utgör delar av de formella arbetssätten.

Det är det första av dessa båda synsätt som dominerar i fallstudierna:

Den mer erfarna bakjournen kontaktades inte eftersom jourläkaren inte kände till akutmottagningens rutiner om att bakjournen alltid skulle kontaktas när det gällde självmordsnära patienter. (...) Rutinerna fanns heller inte beskrivna i det vårdprogram som jourläkaren använde sig av.
(Socialstyrelsens fallstudier, nr 22)

Ett av åtgärdsförslagen lyder:

Utforma introduktion av inhyrd, vikarierande och nyanställd personal så att de omgående får information om de mest väsentliga rutinerna för en säker vård.
(Socialstyrelsens fallstudier, nr 22)

Rutinerna beskrivs som ett formellt arbetssätt som ledningen ansvarar för att all personal ska känna till, de bör finnas nedskrivna och tas upp i utbildningen av ny personal. På det här sättet fungerar rutinerna som instrument för att uppnå god patientsäkerhet; om bara rätt rutiner finns så förväntas aktören agera utifrån dessa,

i enlighet med det formella synsättet på organisationer så är relationen mellan aktören och spelreglerna oproblematiskt. Att förebygga misstag handlar om att så långt som möjligt ha en organisationsstruktur som uppmuntrar ett felfritt beteende och som ser till så att misstagens konsekvenser inte får några effekter på verksamheten.

Inlärningsprocessens första steg handlar alltså i majoriteten av fallstudierna om att se hur aktören förhåller sig till organisationens formella sidor. I det andra steget så handlar åtgärderna oftast om att modellera de formella reglerna så att misstag förebyggs.

3.2.2 Organisationskultur som orsak och åtgärd

I vissa av fallstudierna förhåller sig organisationsmedlemmen emellertid inte bara till de formella regelverken och hjälpmedlen, utan också till en organisationskultur på arbetsplatsen. I en tredjedel av fallstudierna tar man också upp organisationens informella drag. Oftast sker detta då förklaringen utgår från relationen mellan aktörer och strukturer, vilket blir tydligt om vi går tillbaka till citatet om sjuksköterskan som misstolkat en ordination i fallstudie nr 6. Anledningen till att sjuksköterskan valde att inte fråga läkaren om vad ordinationen betydde var ju att kulturen på arbetsplatsen såg ut på ett speciellt sätt (Socialstyrelsens fallstudier, nr 6), hon handlade alltså inte bara i förhållande till de formella regelverken utan också i samspel med en kultur på arbetsplatsen. I en annan fallstudie har en patient fått fel medicin på grund av att en ordinationslista inte går att tyda:

Den patientansvarige läkaren hade inte upptäckt att ordinationen kunde tolkas som 20 mg/ml när han bekräftade ordinationen med sin signatur, eftersom han inte granskade listan noggrant. Kulturen på intensivvårdsavdelningen var sådan att läkarna förlitade sig på att sjuksköterskorna reagerade om något var fel med ordinationerna.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 24)

Orsaken till misstaget är alltså att läkaren inte gör det som förväntas av honom – det vill säga att kontrollera ordinationslistan noggrant – på grund av en organisationskultur på arbetsplatsen. Här finns alltså en krock mellan det formella arbetssättet, enligt vilket läkaren ska kontrollera alla ordinationer, och den informella kulturen. Om vi har ett informellt synsätt på organisationen så kommer aktören aldrig bara entydigt att kunna förhålla sig till en struktur. Det kommer att finnas parallella uppsättningar av institutionaliserade regelverk på arbetsplatsen, som inte nödvändigtvis behöver uppmana aktören att handla likadant.

På ett liknande sätt ges begreppet rutiner i enstaka fallstudier en mer informell innebörd:

Rutiner och riktlinjer växer inte sällan fram relativt osystematiskt och baseras oftast på en allmän erfarenhet av vad som kan utgöra problem eller vilka

arbetsmoment som visat sig kunna vara svåra eller riskfyllda. För en bättre kvalitet bör rutinerna istället bygga på en systematisk kartläggning och riskanalys av verksamhetens vårdprocesser och administrativa processer.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 8)

Den här synen på rutiner påminner mer om standardförfaranden - det vill säga informella regler för hur verksamheten ska bedrivas som är specifika för det organisatoriska sammanhanget (Lowndes, 2002, 103ff). Poängen är att rutiner inte behöver vara formaliserade för att aktören ska agera utifrån dem, standardförfaranden för olika situationer kan växa fram och påverka hur arbetet bedrivs i precis lika hög utsträckning som de formella rutinerna (Lowndes, 2002, 103). Innebörden tycks emellertid vara att de informella rutinerna inte är helt pålitliga. I de fall där den här typen av arbetssätt och rutiner tas upp i fallstudierna, så är det uteslutande som en orsak till misstag. I sista meningen på citatet framkommer att lösningen blir att istället formalisera rutinerna. I åtgärdsförslagen utgår man med andra ord från att om man bara formaliserar arbetssätten, så kommer aktörerna att förhålla sig till dessa snarare än opålitliga informella rutiner och arbetssätt.

I de fallstudier där informella drag hos organisationen ses som orsaker till misstag, så förutsätts oftast att dessa kan trumfas av formella rutiner och arbetssätt. Organisationskulturen verkar ta vid i det vakuum som uppstår där organisationsmedlemmen inte får tydlig vägledning av de formella reglerna. I ett fåtal av fallstudierna ser man emellertid istället organisationskulturen som ett verktyg. Ett av åtgärdsförslagen i fallstudie nr 6 lyder:

En kultur på arbetsplatsen som sätter patienternas säkerhet i första rummet. Det är en ledningsuppgift att verka för ett klimat där osäkerhet accepteras lättare än tvärsäkerhet, och där det anses bättre att fråga en gång för mycket än för lite.

(Socialstyrelsens fallstudier, nr 6)

På det här sättet kan alltså de informella sidorna också förstås som ett verktyg för att öka patientsäkerheten. Det här synsättet ligger nära den gren av misstagsforskningen som fokuserar på att skapa en ”säkerhetskultur” (Haukelid, 2008, s 415ff). Denna blir en informell norm för hur verksamheten ska bedrivas som påverkar aktörens agerande. Poängen verkar vara att få organisationskulturen att överensstämma med det formella målet om en god patientsäkerhet. I de fall där organisationskulturen tas upp som en möjlighet, är perspektivet att ledningen kan – och till och med har ett ansvar för att – se till så att kulturen syftar till patientsäkerheten. I dessa förklaringar kan alltså även organisationskulturen fungera som ett instrument för att uppnå de formella målen.

Helhetsbilden blir emellertid att organisationer framförallt betraktas ur ett formellt perspektiv, där aktören antas agera utifrån de regler och rutiner som ledningen slagit fast. Vidare antas beteendet i stor utsträckning förändras efter de nya rutiner som införs.

4 Vad lär vi oss av misstagen?

Den här undersökningen har för avsikt att besvara två frågor; hur inlärningsprocessen ser ut i svensk hälso- och sjukvård samt hur inlärningsprocessen kan förstås i termer av de teoretiska perspektiven. I fallstudierna framstår inlärningsprocessen i hög grad som en inventering av organisationens formella regler och teknologi där de hål som hittas fylls med nya regler eller bättre teknologi. I vissa av fallstudierna finns emellertid en ansats till ett annat synsätt där fokus istället blir relationen mellan aktörer och strukturer och där även informella aspekter av organisationen vävs in i förklaringen. De här olika förhållningssätten ger olika svar på frågan om vad vi egentligen lär oss av misstagen.

4.1 Vad lär vi oss av Socialstyrelsens fallstudier?

Organisatoriskt lärande av misstag innebär för det första att organisationen utreder vad det är som orsakat ett misstag och för det andra att man vidtar åtgärder som ska förhindra att misstaget återupprepas. Frågan nu är hur dessa ställningstaganden påverkar den kunskap vi får, vad vi faktiskt lär oss av misstagen.

Hur besvarar en strukturorienterad förklaring frågan: Varför sker misstag? Det generella svaret borde bli: *misstag sker på grund av vissa strukturer*. I ett konkret fall från en av fallstudierna ser strukturförklaringen ut såhär:

Strukturförklaring: Anledningen till att *två blodpåsar förväxlades* (misstag) inför en blodtransfusion var *bristande rutiner* (orsak/struktur). (Socialstyrelsens fallstudier, nr 21)

I fallstudien framgår att ”bristande rutiner” innebär att blodpåsar riskerar att sammanblandas, vilket som av en händelse också är precis vad som har hänt (Socialstyrelsens fallstudier, nr 21). Förklaringen kan därmed skrivas om:

Strukturförklaring (ii): Anledningen till att *två blodpåsar förväxlades* (misstag) inför en blodtransfusion var *bristande rutiner som gjorde så att man riskerade att förväxla blodpåsar* (orsak/struktur).

Det här är en cirkelförklaring, där orsaken till misstaget definieras i termer av misstaget självt. Svaret på frågan om vad som orsakar misstag blir därmed: *misstag sker på grund av att vissa strukturer orsakar misstag*. Den här typen av

förklaringar säger inte varför misstag sker, bara var de sker, vilken struktur det är som bär skulden.

Det här blir tydligt om vi beaktar de två standardförklaringarna i fallstudierna. Enligt den första standardförklaringen så orsakas misstag av att det saknas skyddsbarriärer som ser till så att misstaget inte får återverkningar på verksamheten. Utgångspunkten är att människan alltid kommer att göra misstag och att dessa förebyggs genom att man utformar tekniken så bra som möjligt. Den här typen av förklaringar säger ingenting om varför något händer, bara vad som hade kunnat hindra att det fick negativa konsekvenser.

Den andra typen av förklaring går ut på att misstag sker eftersom det saknas rutiner som gör att folk inte begår misstag. Om det bara funnits en rutin som hade fått aktören att agera ”rätt” så hade misstaget inte inträffat. Inte heller den här förklaringen säger något om varför misstag sker, utan om vad som hade kunnat göra så att något annat händer istället.

Det andra steget i inlärningsprocessen blir att införa de saknade strukturer som identifierats i den första fasen. Det är här som fallstudiernas formella fokus kommer in i bilden. För att man på ett oproblematiskt sätt ska kunna införa nya regler eller rutiner och för att man ska kunna utgå från att personalen handlar utifrån dessa, så måste man också tro att aktören framförallt förhåller sig till de formella organisationsstrukturerna. För att se hur det kan se ut i ett konkret fall återvänder vi till exemplet där ett ambulansbatteri har blivit urladdat:

Åtgärd: Genom att *införa bättre säkerhetssystem* (åtgärd/formell struktur) kan man förhindra att personal glömmet att ladda ambulansbilbatteriet (misstag). (Socialstyrelsens fallstudier, nr 25)

I fallstudien framkommer att bättre säkerhetssystem innebär att personalen varnas då batteriet håller på att laddas ur, syftet är alltså att förekomma personalens glömska. Åtgärdsförslaget kan därför skrivas om:

Åtgärd (ii): Genom att *införa bättre säkerhetssystem som förhindrar att personalen glömmet att ladda ambulansbilbatteriet* (åtgärd/formell struktur) så kan man förhindra att *personalen glömmet att ladda ambulansbilbatteriet* (misstag).

Den här typen av åtgärder har den oroväckande fördelen att de gäller för alla fall; oavsett vilket misstag vi vill undersöka kan vi alltid säga att orsaken var att det inte fanns någonting som hindrade att det skedde. Det gör att åtgärdsförslagen riskerar att inte säga någonting alls, de blir truismer med innebörden; *genom att införa strukturer som förebygger misstag kan man förebygga misstag*.

Det dominerande sättet att förstå misstag i fallstudierna ger oss alltså egentligen ingen förståelse för varför misstag uppstår. De är emellertid synnerligen bra på att identifiera åtgärder. I de fall där man utgår från relationen mellan aktörer och strukturer ser förklaringarna helt annorlunda ut:

Aktör/strukturförklaring: Anledningen till att *ordinationen feltolkades* (misstag) var att *sjuksköterskan* (aktör) inte ville fråga läkaren eftersom *kulturen på arbetsplatsen* (struktur) var att man inte skulle visa sig dum inför personal från andra avdelningar. (Socialstyrelsens fallstudie, nr 6)

Här beror inte misstaget på att strukturen fallerar, utan på att aktören väljer att förhålla sig på ett visst sätt till sin kontext i den givna situationen. Både aktören och strukturen blir synlig i förklaringen. Frågan som besvaras är inte var det har gått fel, utan vad det var som fick det att verka rimligt för aktören att agera såsom hon gjorde. Utifrån den här förklaringsmodellen blir svaret på frågan om varför misstag sker; *misstag sker för att aktören förhåller sig på ett speciellt sätt till sin kontext i en given situation.*

Den här förklaringen skiljer sig från den ensidiga strukturförklaringen i att den inte definierar orsakerna till misstaget i termer av misstaget självt. Vi får faktiskt information om processen som ledde fram till att något gick snett. Det är dock inte lika lätt att se vilka åtgärderna blir utifrån detta perspektiv. För det första orsakas misstaget av att en relation mellan aktören och strukturen ser ut på ett speciellt sätt och det är inte givet vilken av dessa komponenter man ska laborera med, eller om det ens är möjligt. För det andra förhåller sig aktören inte bara till de formella reglerna, utan också till informella normer och värderingar inom organisationen. Utifrån ett sådant synsätt är det långt ifrån säkert att en ny formell regel kommer att följas.

De 21 fallstudier som ingår i mitt analysmaterial ges förslag på över trettio nya rutiner som kan införas och över tjugo tekniska innovationer som kan förebygga misstag. Men de säger inte speciellt mycket om hur det är att arbeta inom vården och hur de som begår misstag möter sina förutsättningar. Fallstudiernas fokus är på inlärningsfasens andra del, att generera åtgärder, och det på bekostnad av förståelsen för vad som orsakar misstag.

4.2 Att åtgärda eller förklara

Min andra frågeställning handlar om hur inlärningsprocessen kan begripliggöras utifrån dess teoretiska grundantaganden. Undersökningen av fallstudierna visar att förhållningssättet i aktör/strukturfrågan och till organisationers två sidor i hög utsträckning avgör vad man väljer att undersöka och därmed vad man får kunskap om.

En strukturorienterad syn kommer inte att förklara varför misstag sker, eftersom den inte utgår från vad aktören såg och förhöll sig till i den givna situationen. Detta blir tydligt i analysen av fallstudierna, där orsakerna till misstaget definieras i termer av sig själva och åtgärderna i termer av misstaget som ska åtgärdas. Fokus i inlärningsprocessen kommer utifrån det här synsättet att hamna på åtgärdsfasen på bekostnad av förståelsen.

Det blir här uppenbart att kraven på strukturorienterade förklaringar av misstag och strukturorienterade förklaringar i största allmänhet skiljer sig. Om vi

istället för ett misstag vill förklara den franska revolutionen så kommer en strukturförklaring som säger att den skedde eftersom inga strukturer stoppade den, att se ut som fullkomligt nonsens. Då vi utreder misstag finns emellertid ett andra steg, nämligen att misstaget ska åtgärdas och då förefaller plötsligt kunskapen om vad som hade kunnat hindra en händelse relevant. Förutsatt att vårt fokus är att vidta åtgärder.

Om vi istället utgår från att misstag beror på att aktören förhåller sig på ett speciellt sätt till sin kontext i en given situation, så kommer fokus att hamna på att förklara misstaget. Här besvaras en *varför*-fråga istället för en *vad*-fråga. Å andra sidan kommer kunskapen inte på ett lika tydligt sätt att leda till åtgärdsförslag.

På motsvarande sätt gör en formell syn på organisationer det enklare än en informell att föreslå åtgärder. Det finns inga svårfångade normer och kulturella faktorer som stör implementeringsfasen, men å andra sidan riskerar man att missa viktiga aspekter av organisationen genom att reducera den till en uppsättning formella regler (jfr: Rothstein, 1996, s 146). I analysmaterialet problematiseras inte heller införandet av nya rutiner och ny teknologi, grundantagandet är att dessa kommer att följas om de bara införs. Om man anlägger ett instrumentellt perspektiv på organisationers arbetssätt, så behöver inte införandefasen problematiseras. Utredningarna behöver inte gå längre än att dumpa ett gäng förslag i knäet på vårdverksamheten.

4.3 Slutord: Att åtgärda lite mindre för att förstå lite mer

Min ambition har varit att visa hur mina två teoretiska perspektiv kan begripliggöra inlärningsprocessen. Jag tror inte att det sätt att förstå inlärningsprocessen som jag har presenterat är det slutgiltiga. Jag är däremot säker på att förståelsen av misstag och organisationer skulle må bra av fler undersökningar, med mer elaborerade teoretiska analysinstrument och för all del gärna med helt andra utgångspunkter. Min undersökning har mer än någonting annat övertygat mig om att det är relevant för statsvetare att studera hur organisationer hanterar misstag och relevant för misstagsforskare att inkorporera statsvetenskapliga perspektiv i sin forskning.

En avslutande reflektion kring mina resultat är att min förförståelse av vad misstag och inläring är har ställts på huvudet. Då jag påbörjade den här uppsatsen tänkte jag mig inlärningsprocessen som en linjär resa från utredningar som identifierade orsaker, till åtgärder som riktar sig tillbaka mot dessa orsaker. I Socialstyrelsens fallstudier kan man lika gärna se det som att fallstudierna primärt är ute efter att producera ett antal åtgärder, och att man förhåller sig till aktör/strukturfrågan och organisationers två sidor, på ett sätt som gör det enkelt att komma fram till vad som kan göras. Det kan lika gärna vara åtgärderna som generar orsaker, som vice versa. En sådan logik kan kanske vara nog så passande för att beskriva hur problemlösningen går till (jfr: March & Olsen, 1972).

Betyder detta att fallstudierna är odugliga? Det beror på vad vi vill att organisatoriskt lärande ska vara. För organisationer kan det vara lika viktigt att agera handlingskraftigt som rationellt (jfr: March & Olsen, 1972); innan vi slänger fallstudierna i papperskorgen bör vi överväga om vi hade accepterat misstagsundersökningar som genomfördes utifrån devisen: *misstag är för komplexa för att vi ska kunna göra någonting åt dem.*

Men om utgångspunkten är att vi faktiskt ska *förstå* misstagen så måste vi acceptera att vi får åtgärda lite mindre. Det dominerande förhållningssättet i mitt analysmaterial, som förvisso förefaller handlingskraftigt, måste bytas mot mer reflekterande och inträngande undersökningar, som inte nödvändigtvis behöver leverera åtgärder. Kanske ska organisationer inte försöka utreda bort misstagen, utan istället se misstagsundersökningar som ett sätt att med jämna mellanrum få en välbehövlig dos självinsikt i hur organisationsmedlemmarna relaterar till såväl formella som informella strukturer.

5 Referenser

- Alvesson, Mats, 2002. *Kommunikation, makt och organisation*. Andra upplagan. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Bergström, Göran & Boréus, Kristina, 2005. *Textens mening och makt: Metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Bogner, Marilyn Sue, 1994, "Human Error in Medicine, a Frontier for Change". Bogner, Marilyn Sue (red), 1994. *Human Error in Medicine*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Christensen, Tom, Lægreid, Per, Roness, Paul G., Røvik, Kjell Arne, 2005. *Organisationsteori för offentlig sektor*. Malmö: Liber.
- Cock, Richard I. & Woods, David D, 1994. "Operating at the Sharp End: The Complexity of Human Error". Bogner, Marilyn Sue (red), 1994. *Human Error in Medicine*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dekker, Sidney, 2001. "4th International Workshop on Human Error, Safety and Systems Development: Opening Words". Dekker, Sidney, 2001, *Proceedings of the 4th international workshop on Human Error, Safety and Systems Development*. Linköping: Linköping Institute of Technology.
- Hall, Peter A., 1986. *Governing the Economy: The Politics of State Intervention in Britain and France*. Cambridge: Polity Press.
- Haukelid, Knut, 2008. "Theories of (safety) culture revisited – An anthropological Approach", *Safety Science*, nr. 46, s. 413-426.
- Hay, Colin, 2002. *Political Analysis: A Critical Introduction*. Hampshire: Palgrave.
- Lowndes, Vivien, 2002. "Institutionalism". March, David & Stoker, Gerry, 2002. *Theory and Methods in Political Science*, 2nd edition, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Lundqvist, Lennart, 1993. *Det vetenskapliga studiet av politik*. Lund: Studentlitteratur.
- March, James G. & Olsen, Johan P., 1972. "A Garbage Can Model of Organizational Choice", *Administrative Science Quarterly*, vol. 17, nr. 1, s. 1-25.
- March, James G. & Olsen, Johan P., 1989. *Rediscovering Institutions*. New York: The Free Press.
- McAnulla, Stuart, 2002. "Structure and Agency". March, David & Stoker, Gerry, 2002. *Theory and Methods in Political Science*, 2nd edition, Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Montesquieu, Charles de, 1734. *Considerations on the Causes of the Greatness of the Romans and Their Decline*. New York: Free Press.
- Reason, James, 1990. *Human Error*, Cambridge: Cambridge University Press

- Rollenhagen, Carl, 2003. *Att utreda olycksfall: Teori och praktik*. Studentlitteratur: Lund.
- Rothstein, Bo, 1996. "Political Institutions: An Overview". Goodin, Robert E. & Klingemann, Hans-Dieter, 1996. *A New Handbook of Political Science*. New York: Oxford University Press.
- Shapiro, Ian & Wendt, Alexander, 1992. "The Difference that Realism Makes: Social Science and the Politics of Consent", *Politics & Society*, vol. 20, nr. 2, s. 197-223.
- Sheridan, Thomas B. & Thompson, James M., 1994. "People Versus Computers in Medicine", Bogner, Marilyn Sue (red), 1994. *Human Error in Medicine*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2005:28, *Författningshandbok 2007*, Malmö: Liber
- Socialstyrelsens fallstudier, nr 6-26;
http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/patient_klientsakerhet/specnavigatio n/Erfarenheter/Fallstudier/index.htm
- Socialstyrelsens hemsida: www.socialstyrelsen.se, 2008-05-25.
- Svedner, Per Olov, 1999. "Litteraturläsningen: betydelseskapande och positionsval". Säfström, Carl Anders & Östman, Leif (red), 1999. *Textanalys*. Lund: Studentlitteratur.
- Särdqvist, Stefan, 2005. *Olycksundersökning*. Karlstad: Räddningsverket.
- Ternow, Sven, 1998. *Människor och misstag i sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.
- Zajac, Gary & Comfort, Lousie K., 1997. "'The Spirit of Watchfulness': Public Ethics as Organizational Learning", *Journal of Public Administration Research and Theory*, nr. 4, s. 541-569.
- Ödegård, Synnöve, 2006. *Säker vård: patientskador, rapportering och prevention*. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.