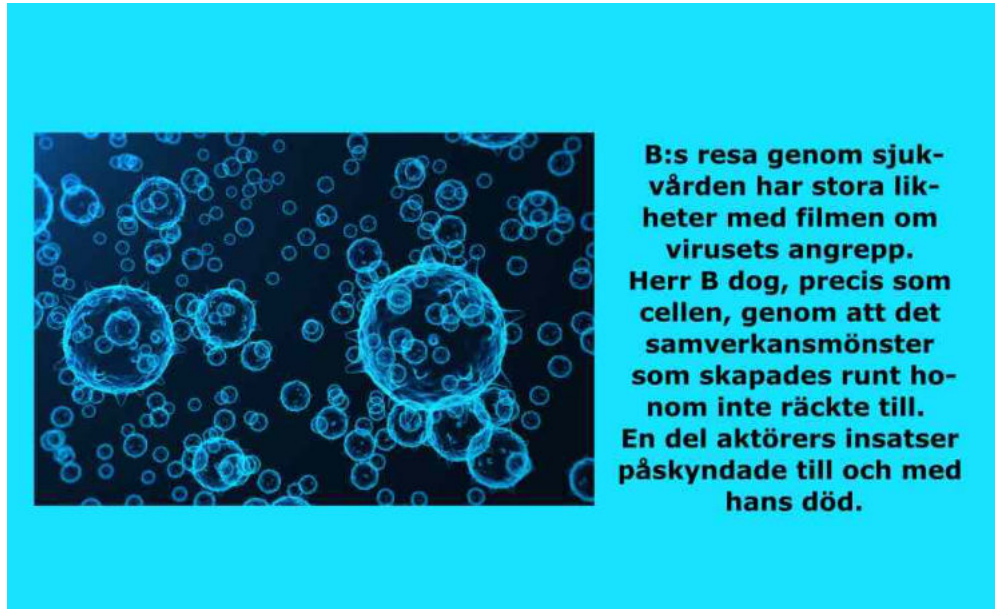


Vad var det som dödade herr B?

av Bengt-Åke Wennberg



För några dagar sedan såg jag på ett program, "Cellens sista strid". Det var så obehagligt så jag stängde av. Det var en fantastisk filmatisering av mikrovärlden där ett virus angrep en cellkärna. Viruset omprogrammerade cellkärnan för att skapa en hord nya virusar som sedan gav sig ut på jakt. Sedan väntade döden för värdjuret människan. Det var detta som berörde mig så starkt.

Filmen visade en dynamisk värld med många aktörer. Några som försvarade cellen och försökte neutralisera viruset. Andra som hjälpte till och slutligen några som viruset engagerade som hjälpare i sitt angrepp. Så kom jag då att tänka på [Maciej Zarembas artikel i DN 17 februari 2013 – Vad var det som dödade herr B?](#)

Bilden som Zaremba förmedlar av B:s resa genom sjukvården har stora likheter med filmen om virusets angrepp. Herr B dog, precis som cellen, genom att det samverkansmönster som skapades runt honom inte räckte till. En del aktörers insatser påskyndade till och med hans död. Skulle det som gjordes runt Herr B kunnat ha gjorts annorlunda?

För några år sedan skrev vi en [rapport för dåvarande Landstingsförbundet](#) baserad på tre framstående utvecklingschefer som alla hade denna fråga som utgångspunkt. Jag skall här presentera en tillämpning på fallet herr B på den tankebyggnad de lyfte fram och själva använde sig av.

Mina påpekanden handlar således om hur samverkansmönstret skulle kunnat se ut. Det ger några ledtrådar till vad allmänhet och landstingsledning skulle kunna fokusera på i sin kritik av dagens vård om man nu inte bara vill hålla med Zaremba.

Jag för därmed ett så kallat kontrafaktiskt resonemang. Vad som skulle kunna hänt om... Om det jag föreslår verkligen skulle hjälpt herr B vet varken jag eller andra. Det kan bara visa sig i praktiken. Kanske skulle allt i alla fall blivit likadant. Det är problemet med kontrafaktiska resonemang.

Jag skiljer mig i mina resonemang starkt från Zaremba. Han kritiserar organisation och styrning – exempelvis New Public Management (NPM) och dylikt. Han kan säkert ha rätt – men frågan blir med en sådan analysform stor och ohanterlig och åtgärderna orimliga. Följer vi Zarembas tankelinje måste vi angripa och kritisera vad ledningen gör och inte gör. Resonemangen blir då av intresse bara för de "styrande" men saknar relevans för "allmänheten". Vi vet också alla hur lätt det är att flytta på, och påverka, dem som bestämmer. Det är inte lätt alls. Vanmakten ökar snarare än minskar.

Patientorientering, så som de tre utvecklingscheferna använder sig av utgår istället från att *det är själva samspelet mellan olika professionella aktörer runt patienten som skall ge det goda resultatet*. Detta samspelande kan alla förstå sig på. Detta samspelande går också att ändra om de som deltar bara lär sig hur och varför.

Jag påstår därför att det är samspelet mellan aktörerna man inte förstår sig på, och som inte utvecklats tillräckligt och som gjort att herr B dör. Problemet är som jag ser det mycket likartat virusangreppet. Skillnaden är bara att det inte är ett angrepp från ett virus som skall avväjas utan herr B som skall räddas.

Vill man ta patientorientering till utgångspunkt för resonemangen så finns det några självklarheter som måste påpekas. Olika verksamheter klarar sin samverkan på olika sätt. Varje verksamhet har sin kollektiva kompetens. Den växer fram genom erfarenhet. Om herr B hade kommit

till en annan institution hade han därför eventuellt kunnat räddas om man där, och på denna institution, hade haft just den kollektiva kompetens som krävdes för hans specifika fall.

Därför är det rätt, som Zaremba gör, att kritisera en politisk ledning som fokuserar på att tvinga fram speciella resultat istället för att låta de professionella aktörerna bredda sin verksamhet så mycket de kan genom att lära sig tackla de många olikartade "fall" som de möter. Specialisering och fokusering innebär inte en effektivisering och besparing inom sjukvården.

Sjukvården är ingen fabrik som skall producera likvärdiga produkter. Vi är alla – som patienter – gudskelov olika. Därmed blir också resultatet olika. Likvärdig vård är en orimlig utopi. Det är utvecklandet av professionaliteten som skall stödjas, inte standardiseringen.

Jag skall här med hjälp av herr och fru B illustrera vad jag menar.

En viktig resurs i patientens tillfrisknande är dennes anhöriga. De ingår i "systemet". Fru B hade självklart stor omsorg om Herr B och följde honom genom hela vårdprocessen. Hon tappade dock ganska snart förtroendet för vårdens professionalitet vilket naturligtvis får katastrofala effekter. Samspelet mellan henne och vårdgivarna blev så småningom så motsägelsefullt att hon ansåg att hon själv måste gripa in för att se till att vårdpersonalen fick korrekt information – exempelvis om herr B:s medicinering.

Fru B:s bristande förtroende ledde till att hon i samband med herr B:s död misstänkte att man, utan att meddela henne, hade gett herr B aktiv dödshjälp genom att underlåta att sätta in livsuppehållande behandling. Avbrytandet kan mycket väl ha varit en korrekt medicinsk bedömning i slutfasen av herr B:s liv. Men fru B hade inte fått reda på det. Med henne talade någon av läkarna istället om herr B:s kommande rehabilitering.

Den tekniska termen för det samtal som borde hållits med fru B är "brytsamtal". Nu är det emellertid så att det inte alltid är entydigt bra att hålla brytsamtal – varken för anhöriga eller patienten. Informationen att man avbryter all behandling kanske helt enkelt bara förstör den tid som återstår. Att sätta upp resultatmål och mäta antalet brytsamtal, som man nu gör i många landsting, blir således orimligt. Det är bedömningen i det enskilda fallet som ständigt måste förbättras. Inte bara om brytsamtal skall hållas utan också när, var och hur och av vem.

Det är exempelvis inte alltid läkaren som är mest lämplig att ensam hålla i och medverka i samtalet. Relationen mellan patient, anhörig och alla andra vårdgivare är viktig. Den kollektiva kompetens som krävdes för att lösa detta administrativa dilemma saknades uppenbarligen i detta fall. Att den saknades medförde sannolikt att samtalet inte blev av. Det är ett observandum.

Operationen av herr B var ett gränsfall. Den lyckades emellertid. Enligt Zarembas redovisning var det själva narkosen som sådan som ställde till problem i eftervården. Herr B blev psykotisk. Detta är inte ovanligt men problemen som då uppstår ligger utanför intensivvårdens kompetens. Specialister från psykvården måste tillkallas.

Därmed uppstår en samarbetsituation som man enligt Zaremba inte klarar av att hantera. Mellan 60 och 80 läkare blev inblandade i själva medicineringen. Herr B blir på grund av denna röra läkemedelsförgiftad vilket enligt Zaremba kan vara ett skäl till att han avlider. Så kan det vara på flera ställen, men som jag ser det är inte grundorsaken enskilda läkares bristande kompetens. Läkare är inga gudar som kan allt. Samarbetsproblemet som sådant har helt andra orsaker.

För att få den kompetens som skulle krävas för att klara herr B skulle man behöva ha betydligt större erfarenhet av att samarbeta över de olika klinikgränserna kring den typ av reaktioner som kan uppstå efter en narkos. En sådan erfarenhet är svår att åstadkomma på grund av att den administrativa styrningen och professionsgränserna är utformade som de är.

Gränserna skapar ett nollsummespel (vad den ene vinner förlorar den andre) och försvårar den ömsesidighet, och därmed förståelse för varandra, som kunde ge den kollektiva kompetens som behövs. Var och en tvingas värna om sina egna resurser och sin egen prestige. Vad den ena kliniken får av resurser och prestige måste tas av den andra. Herr B:s fall hamnar då mellan stolarna. Ju mer vården får karaktären av samarbete mellan olika "specialister" desto sämre blir den utförd om den administreras som i dag.

Fallet herr B visar oss på det orimliga att försöka dela upp B:s besvär på olika specialiteter. Denna organisationsprincip och klassifikationssystem gör det inte möjligt varken för fru B eller för journalisten Zaremba att hitta någon enskild person eller institution som är "skyldig" till att det gick som det gick.

Trots att alla vill väl så blir det ändå en katastrof till slut. Men det värsta är att fru B, Zaremba och alla vi andra inte ges möjlighet att förstå varför. Undersökningar och utredningar läggs ner eftersom processen är för komplex för att reda ut så länge man använder sig av den "vanliga" hierarkiska förståelsemodellen. Med detta synsätt kan man inte hitta någon "skyldig".

Ansvaret hissas upp och ned i den vertikala linjen, men fäster aldrig någonstans på vägen. Klinikchefen säger nobelt att det är han som har ansvaret. Han och ingen annan. Men svaret är orimligt. Det är just där som knuten ligger.

Letar man syndabockar i den vertikala linjen är en förståelse av samverkansprocessen inte möjlig. Problemet kan inte beskrivas i termer av ideologiska överväganden eller vem som har makt över vem. Principalen – det vill säga landstinget – har inte, och kan inte ha, kontroll över alla sina agenter – vårdpersonalen. De gör, och måste göra, som de tycker är bäst. Precis som i fallet med virusangreppet, handlar en bättre beskrivning av vad som kunde bota herr B då om hur alla goda krafter tillsammans skall kunna göra herr B frisk igen och varför man gemensamt kan misslyckas med detta.

Inte förrän den typ av fall som representeras av fallet "herr B" blir bredare belysta och man får grepp på vad som faktiskt medför att samverkansmönstret blir som de blir i dessa olika fall så kan man också förstå vad som hände just i herr B:s färd genom systemet. Först då, och med denna konkreta information som bas, kan man också föra en diskussion om hur vår framtida och förbättrade sjukvård skall utformas.

Att man borde göra en sådan utforskande aktivitet är inte svårt att förstå. Detta vore ett helt nytt sätt – som de tre utvecklingscheferna förordade – att skapa sådan information och därmed skapa förståelse för vilken kunnighet som kan underlätta samhandlingen i framtiden. Hur är det på ditt jobb och i din verksamhet. Vilka processer borde ni se på?

Referenser

Zaremba M (2013): Vad var det som dödade Herr B? Dagens Nyheter 2013-02-17.

<https://www.dn.se/kultur-noje/vad-var-det-som-dodade-herr-b/>

Wennberg B-Å, Hane M (2004): Plattform för patientorientering. Degerfors: Samarbetsdynamik AB.

https://naetverkssamhaellet.se/Filerpdf/Kabnrappporter/104Plattform_for_patientorientering.pdf