

# Bevissthet om svikt og læring i helsevesenet- ja takk, begge deler!

*Sindre Høyland, doktorgradskandidat, Universitetet i Stavanger*

*Geir Sverre Braut, assisterende direktør, Statens helsetilsyn*

## Læringens natur

Det ligger i menneskets natur å svikte, på samme vis som organisasjoner og menneskeskapt systemer før eller siden svikter. Menneskelig, organisatorisk og systemrelatert svikt gir erfaringer som er nødvendige for læring og utvikling. I en optimalt sikkerhetsdyrkende organisasjon, erkjenner en at svikt skjer og belønner heller enn å straffe rapporteringsinitiativ. Resultatet er en kultur for rapportering og læring fra topp til bunn i organisasjonen. En slik gjennomsyrende læringsmentalitet finnes verken innen luftfart, petroleumsvirksomhet eller helsetjeneste, selv om sterke læringstrekk kan spores til hver av sektorene. Konkret vil vi hevde at bildet som skisseres i media, av blant annet svikt i journalsystemer, rapportering og feilbehandling, bare representerer den ene siden av de faktiske realiteter i frontlinjen hvor helsepersonell utøver sitt yrke. Den andre siden er de lærende trekk, ved både mennesker, organisasjoner og system, som oppstår i kjølvannet av svikt. Våre påfølgende refleksjoner baseres på resultater fra en studie av kirurgiske operasjoner ved et større regionalt sykehus.

## Individuelle erfaringer med svikt må systematiseres

Først og fremst må vi avlive myten om at utfallet av en operasjon står og faller på kirurgens utførelse av selve inngrepet. Utfallet er snarere bestemt av summen av handlingene til alle som er involvert i en gitt operasjon. Det vil si hele operasjonsteamet og tilretteleggelsen av systemet som foreligger før og som omgir operasjonene, så som tilgang på utstyr, rom, bemanning med mer.

Hva har så dette med læring å gjøre? Jo, læring ses konkret i de handlingene som medlemmer av operasjonsteamet utfører for å skape sikkerhet på operasjonsstuen. Et eksempel er evnen teammedlemmene har til å håndtere flere kilder til informasjon, så som røntgenbilder, kollegaers vurderinger, og egen erfaring før beslutninger tas om hvordan en prosedyre skal gjennomføres. Læringen er her et resultat av erfaring med tidligere *svikt*. Et annet trekk ser en i teammedlemmenes evne til å forvente fremtidige hendelser, så som operasjonssykepleieren som er i forkant av å forberede instrumenter hun vet kirurgen senere kommer til å nytte, eller anestesisykepleieren som gjør klar medikamenter han senere vet det vil bli behov for. Denne evnen til å forvente, forstått som et læringstrekk, er et resultat av tidligere erfaringer med både hva som har *sviktet* og hva som har fungert i praksis. Nok et trekk ser en i enkeltpersoners evne til å tilsidesette stress og bruke tiden som er nødvendig for å gjøre en skikkelig jobb.. Dette er også et læringsresultat, hvor en gjennom erfaring er blitt bevisst hvordan enkelte situasjoner må håndteres mer overveid (gjennom bruk av tid) enn andre for å unngå *svikt*.

Trekkene over er uttrykk for individuelle kvalifikasjoner, men som snarere enn å være lærebokbasert er tilegnet gjennom praktisk arbeid. Disse kvalifikasjonene representerer *vesentlige* sider ved hvordan læring og sikkerhet utvikles i helsetjenestens møte med pasientene. Her mener vi at et løft

til et høyere læringsnivå kan oppstå dersom en tilrettelegger for møter hvor personellet kan formidle denne typen kompetanse seg imellom. Et mulig læringsprang ligger også i å bruke i mer formaliserte læringsformer, som for eksempel systematisk bruk av simulering. Utviklingen av organisert simulering, som SAFER i Stavanger og BEST i Bergen, kan være nøkler til suksess. Det sentrale er at en makter å systematisere de individuelle kvalifikasjonene som er lært gjennom praksis. Dette er helt i samsvar med paragraf 4 i helsepersonelloven om at *”helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.”*

### **Systembetingelser er et lederansvar**

Mens koblingen mellom svikt og læring fremstår betydningsfull på individ- og teamnivå, er koblingen minst like relevant ved vurderingen av systembetingelsene. Negative systembetingelser kommer til syne gjennom blant annet krevende operasjonsskjema (mange pasienter venter), svikt i utstyr, og forstyrrelser utenfra, blant annet gjennom bruk av mobiltelefoner. Gjennom intervjuer og samtaler med ledere og operasjonsteam, har vi gode holdepunkter for å hevde at dette er godt kjent og at det så langt som mulig blir tatt høyde for ulike typer forstyrrelser og svikt i operasjonsstuen, for eksempel gjennom ekstra bemanning, utstyr og operasjonsrom (*”systembuffere”*). Denne sikkerhetsfremmende organiseringen sammenfaller med kravene i paragraf 2-2. i spesialisthelsetjenesten, om at *”spesialisthelsetjenesten skal tilrettelegge sine tjenester slik at personell som utfører tjenestene, blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, og slik at den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert tjenestetilbud.”* Dette må gjøres systematisk og planmessig. For å sørge for optimale systemer, er det med andre ord viktig å involvere ledere på alle nivåer i gjennomgangen av erfaringer med forstyrrelser og svikt. Svikt må ikke bare være et tema blant personell som møter pasientene.

### **Oppfølging av svikt handler om mer enn tilsyn**

Kirurgiske operasjonsvirksomhet er tydelig preget av kontinuerlig læring, forankret i erfaringer med svikt. Men vi anser det som vesentlig for ytterligere forbedringer at denne læringen systematiseres bedre enn det som er vanlig i dag. Praktisk erfaring med svikt bør betraktes som en kilde til læring og styrket sikkerhet, snarere enn et onde. Oppfølgingen av svikt er en sentral utfordring for kliniske ledere. Det er ikke noe som kan overlates alene til utenforstående instanser som for eksempel tilsynsorganer.

