

## Når svikten ligger i struktur og ledelse

**En hjelpepleier doserte insulin feilaktig under et hjemmebesøk. Helsetilsynet vurderte at det generelt ikke er forsvarlig å delegere blodsuktermåling og administrering av insulin til en hjelpepleier, men i dette tilfellet var det gitt mangelfull opplæring, og det var ikke etablert et system for å etterspørre hjelp i uavklarte situasjoner.**

En eldre førstegangsfødende med misfarget fostervann kom inn på en meget travel vakt. Assistentlegen og overlegen hadde hendene fulle. Registrering av fosterets hjerteaktivitet (CTG) viste patologiske funn, men jordmoren var usikker på hvordan hun skulle tolke disse funnene. Overlegen mistet pasienten av syne, og nødvendig keisersnitt ble forsinket. Statens helsetilsyn fant at det ikke var utarbeidet retningslinjer for tilkalling av hjelp ved overbelastning, og at samhandlingen mellom jordmoren og legen om overvåkning og rapportering var uklar og mangelfull.

Disse to hendelsene er eksempler på at dagens helsetjeneste i stor grad utføres i et samspill mellom mange aktører med kompliserte samhandlingsmønstre og bruk av avansert teknologi. Uheldige hendelser er ofte en følge av uklare ansvarsforhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet.

Statens helsetilsyn har ved utvikling av tilsynsmetodikken i større grad ønsket å vurdere systemet ved tilsyn etter uheldige hendelser. Mennesker i systemet vil ikke kunne unngå å vurdere eller handle feil. Virksomhetens ledelse må identifisere de risikofylte områdene eller situasjonene og etablere strukturer for å forhindre at menneskelig svikt fører til uheldige resultater.

- Helsetjenesten må organiseres slik at aktørene settes i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.
- Det må være en gjennomgående sikkerhetskultur i organisasjonen.
- Det må etableres sikkerhetsbarrierer som skal forhindre uheldige hendelser.
- Det må være en åpen kultur for analyse og læring av hendelser.

Planlagt tilsyn ved hjelp av systemrevisjoner tar utgangspunkt i virksomhetens ledelse og styringssystemer, og analyserer hvordan de etablerte strukturene og rutinene vil kunne påvirke sluttresultatet. Tilsyn etter hendelser tar utgangspunkt i at den uheldige hendelsen allerede har inntruffet. Analysen består i å finne ut hva som skjedde, hvordan det skjedde, og hvorfor det skjedde. Først når analysen klarer å nærme seg disse spørsmålene, vil forholdene ligge til rette for institusjonell læring i forbindelse med avvikshendelser.

Både lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten inneholder bestemmelser om at den som er ansvarlig for virksomheten, skal sørge for forsvarlig drift. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten angir en rekke punkter om hvordan virksomheten skal planlegges og drives for å sikre forsvarlig drift, samt at virksomheten har plikt til å analysere avvikshendelser og rette opp forholdene.

I vår vurdering av tilsynssaker skal vi ha oppmerksomheten rettet mot virksomhetens styringssystem. Dette omfatter flere nivåer i organisasjonen:

- Vi skal etterspørre gjeldende rutiner for den aktuelle situasjonen.
- Vi skal identifisere mulige områder for systemsvikt.
- Vi skal etterspørre organisering og styring knyttet til hendelsen.
- Vi skal utfordre virksomheten til intern gransking.
- Vi skal vurdere handlingene til det involverte personellet i lys av de styringsmessige forholdene som er avdekket.

For å få klarlagt hendelsesforløpet og få kunnskap om de styringsmessige forholdene kan det være hensiktsmessig å avholde et møte med virksomheten tidlig i saksbehandlingen. Dette vil også kunne bidra til å peke på virksomhetens plikt til intern gransking av hendelsen, og dermed bidra til en bedre læringseffekt.

«Uheldige hendelser er ofte en følge av uklare ansvarsforhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet.»