

# Tilsyn med risikoperspektiv

*Michael 2007;4:104–110.*

## **Sammendrag**

*Risiko kan beskrives fra ulike perspektiver. Det er ikke gitt at den forståelsen av risiko som er vanlig innenfor medisinsk arbeid, uten videre lar seg overføre til tilsyn med medisinske virksomheter. I tilsynsarbeidet må man legge vekt på risiko knyttet til arbeidsprosessene, ikke bare det risikobildet man får ved å se på resultatene. Risiko må også veies opp mot andre verdier som står på spill. Statens helsetilsyn har i prioriteringen av sin tilsynsvirksomhet lagt stor vekt på risiko i form av sannsynlighet for og konsekvens av svikt, i tillegg til avveininger av forhold knyttet til rettssikkerhet og menneskers evne til å ivareta egne interesser.*

## **Risiko – et problematisk begrep**

Fra Bibelen kjenner vi fortellingen om Lot som var i Sodoma da han fikk besøk av to engler med beskjed om at byen og landet omkring skulle ødelegges. Forhåndsvarslet gikk videre ut på at han kunne berge seg og sin familie ved å flykte fra byen, og aldri se seg tilbake. Han så gjorde. Men kona hans så seg tilbake da landet ble ødelagt av svovel og ild. Da ble hun til en saltstein (1).

La dette være et eksempel på et deterministisk livsperspektiv. Det kan karakteriseres med utsagnet: *Hvis A, så B: Hvis du forlater byen uten å se deg tilbake, så skal du berge deg.* Implisitt ligger det en trussel om at hvis du ser deg tilbake, vil noe vondt skje. Usikkerheten i denne fortellingen er ikke knyttet til *om* noe negativt vil skje, men til *hva* som eventuelt vil skje. Dette livsperspektivet er trolig ganske nært for de fleste av oss, både i privatlivet og i yrkesmessige sammenhenger. Tradisjoner, tabuer, allmenne normer og ikke minst egne erfaringer danner grunnlaget for en mer eller mindre eksplisitt forståelse av hva som er mulig og hva som ikke er mulig i ulike sammenhenger. Ved å anta at det foreligger visshet om sammenhengen

mellom en spesifikk årsak eller konkret situasjon, og et mer eller mindre uspesifikt sett av negative virkninger, makter de fleste av oss å navigere både fysisk og sosialt i et ganske komplekst system bestående av andre mennesker, tekniske innretninger og naturlige elementer. Denne empirisk baserte visshetsantagelsen gjør at vi i det daglige ikke behøver å benytte særlig mye av vår kognitive eller emosjonelle kapasitet til å foreta risikovurderinger.

Men denne ganske så effektive overlevelsesalgoritmen har sine klare begrensninger. Kunnskap fra epidemiologisk forskning kan få lov til å illustrere det. Det er ikke mulig å si: *Hvis du unnlater å røyke, så skal du få leve lenger*. Utsagnet blir derimot mer i samsvar med gjeldende kunnskap dersom vi innfører adverbet *kanskje* eller til og med *sannsynligvis* i siste leddet av perioden. Da har vi brått forlatt det deterministiske perspektivet og beveget oss over i et *stokastisk* livsperspektiv. Utsagnet får da formen: *Hvis A, så B med større eller mindre sannsynlighet*. Vi legger da til grunn at det ikke er visshet, men derimot uvisshet knyttet til utfallet. På populasjonsnivå kan dette kvantifiseres i form av et tallmessig uttrykk for sannsynlighet. Men for det enkelte individ eller for den enkelte beslutning blir dette problematisk. Når man en gang i framtida vet resultatet, vil det være ja eller nei, 0 eller 1, syk eller frisk osv.

I det deterministiske perspektivet vil en god beslutning gi et godt resultat, mens i det stokastiske perspektivet så vil en god beslutning ikke nødvendigvis gi et godt resultat. Paradoksalt nok kan en god beslutning ende ut med et negativt resultat, rett og slett fordi det var en god beslutning! La oss benytte et eksempel.

Etter de første hektiske «barneukene» for den blåøyde, langhårete, hvite katten Trulli, ble det klart at hun var døv. Matmor sto da ovenfor en etisk utfordring som krevde en risikoavveining. Skulle Trulli forbli en inne katt og dermed få minimalisert sannsynligheten for ulykkesdød i trafikken? Eller skulle Trulli få leve et fullverdig katteliv og daglig bevege seg utendørs? Matmor erkjente at det deterministiske perspektivet tilsa at *hvis Trulli blir inne katt, får hun et langt liv*. Det stokastiske perspektivet tilsa derimot at *hvis Trulli får ha et uteliv, kan det innebære ulykkesdød*. Matmor hadde ingen empiriske data på dødstrusselen ved et aktivt uteliv for en døv katt, så verdimesse antagelser om kattens glede ved å få leve et fullverdig katteliv med en passe dose uteliv ble avgjørende for beslutningen. Gitt de foreliggende opplysningene var dette trolig en god beslutning. Relevante forhold var belyst, og alle tilgjengelige data ble brukt. Verdimesse betraktninger ble avgjørende. Men resultatet ble likevel sørgelig. Etter noen aktive sommer måneder i full blomst som katt, ble hun drept av en bil som hun ikke hørte komme. Den gode beslutningen fikk et negativt resultat.

Risiko i dette perspektivet kan gjerne defineres som kombinasjonen av mulige konsekvenser (utfall) og tilhørende usikkerhet (2). For så vidt kan en si at risiko i dette perspektivet handler om usikkerhet om framtida, i praksis gjerne med vektlegging av utfall som oppleves som negative.

Den nevnte tilnærmingen til risiko atskiller seg noe fra den tilnærmingen som er vanlig innenfor medisinen (3). Innenfor medisin og epidemiologi kan det hevdes at man har lagt vekt på risiko som en beskrivelse av observerte egenskaper ved en populasjon eller et system, gjerne inn mot kausalitets- og effektvurderinger. Som kunnskapsmessig grunnlag for beslutninger innenfor forebyggende arbeid og klinisk praksis, er denne tilnærmingen av stor betydning. Men den har sin begrensning ved vurderingen av om handlinger utført i en konkret situasjon har vært faglig forsvarlig, eller om en gitt virksomhet er i stand til å yte forsvarlige tjenester. Det vil regelmessig være slik at andre forhold knyttet til den enkelte pasienten, geografi, etikk, politiske preferanser, økonomi, juss m.v. vil påvirke beslutningene slik at gyldigheten av den medisinske og epidemiologiske kunnskapen ikke blir maksimal i den konkrete situasjonen.

Dette er for øvrig forhold som er godt kjent fra debattene omkring evidensbasert medisin og medisinsk metodevurdering som beslutningsgrunnlag i klinisk arbeid (4).

### **Sårbarhet og risiko avveid mot andre hensyn**

Det er typisk for det stokastiske perspektivet at man ofte ikke bare må ta hensyn til årsak-virkning-forhold, men også til et sammensatt bilde av uavhengige og avhengige variabler. Risikoen i form av sannsynlighet for og konsekvens av uønskete hendelser må balanseres opp mot andre verdier som står på spill.

Fra allmenn risikoteori kan begrepet *sårbarhet* være til hjelp her. Sårbarhet kan oppfattes som kombinasjonen av mulige konsekvenser og usikkerhet, gitt at systemet utsettes for en initierende hendelse (2).

Det betyr i praksis at det systemet eller fenomenet som undersøkes må vurderes ikke bare ut fra en ideell situasjon, men også ut fra situasjoner der forholdene blir satt under press, kapasitetsmessig eller kompetansemessig. En del av den samlede risikovurderingen blir derfor å gjøre seg opp en mening om hvorvidt systemet er designet slik at det kan svare på de forventningene til ytelse som med rimelighet kan forventes.

En risikovurdering av et helsetjenestesystem må derfor både omfatte forhold knyttet til de interne prosessene som blir iverksatt innenfor systemet, og de ytre forhold som dette systemet skal kunne betjene. Ut fra dette er det nærliggende å hevde at det i et stokastisk risikoperspektiv er en nær



*Den så sørgelig avdøde katten Trulli (Foto: T. Undheim)*

sammenheng mellom faglig forsvarlighet innenfor den enkelte virksomhet og overordnet eiers «sørge for»-ansvar, for eksempel slik dette er formulert i spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a og kommunehelsetjenestelovens § 1-1.

Videre er det slik at en rekke forhold er antatt å være av så grunnleggende karakter at de ikke skal underlegges stokastiske vurderinger. Det kan være forhold som taushetsplikt, dokumentasjonsplikt, kvalifikasjonskrav m.v. Der kan man for så vidt si at lovgiver har antatt et deterministisk perspektiv, jf. tekstens innledning. Det er ikke irrelevant å trekke sammenligninger mellom et stokastisk risikoperspektiv og en konsekvensetisk tilnærming, samt mellom et deterministisk perspektiv og en pliktetisk tilnærming, uten at dette skal analyseres nærmere her.

### **Statens helsetilsyns praksis**

I likhet med alle andre statlige tilsynsorganer er Statens helsetilsyn de senere årene i økende grad blitt avkrevd å drive et risikobasert tilsyn (5). Det legges dessuten til grunn at alle statsetater skal utføre risikovurderinger

knyttet til sine egne aktiviteter (6). Kompetanse innenfor risikovurderinger er således i alle fall av betydning for Statens helsetilsyn i forbindelse med disse aktivitetene:

- Prioritering av tilsynsarbeidet i forhold til utvelgelse av tema og virksomheter.
- Utforming og gjennomføring av det enkelte tilsynsoppdraget.
- Vurdering av risikohåndteringen hos de virksomhetene man fører tilsyn med.
- Vurdering av egen tilsynsvirksomhet, herunder evne til å nå fastsatte mål i tilsynsarbeidet.

I strategiplanen for Statens helsetilsyn for årene 2004 – 2006 ble det lagt opp til å styrke tilsynet gjennom systematisk bruk av risikoinformasjon (7). Et av tiltakene for å oppnå dette, har vært at det i forbindelse med utvelgelsen av områder for landsomfattende tilsyn det etterfølgende året er blitt oppsatt førende kriterier for prioriteringsprosessen. Det vil være galt å si at disse kriteriene har hatt full gjennomslagskraft ved den endelige prioriteringen, men erfaringen har vært at de har medvirket til å holde fokus på risiko gjennom utvelgelsesprosessen. De fire kriteriene som er benyttet kan beskrives slik:

- Høy sannsynlighet for svikt i tjenesteytingen.
- Alvorlig konsekvens av svikt i tjenesteytingen.
- Viktige rettssikkerhetsgarantier står på spill.
- Tjenestemottakeren er i en særlig sårbar situasjon eller ikke i stand til å ivareta sine egne interesser.

De to første kriteriene kan sies å bygge på et stokastisk perspektiv, mens de to siste nok drar mer i retning av et deterministisk perspektiv. Dette gjør at det vanskelig kan sies at tilsynet fullt ut blir risikobasert. Mer korrekt er det sannsynligvis å si at Statens helsetilsyn legger til grunn at tilsynet skal drives *risikoinformert*, ved at risikoinformasjon rutinemessig skal benyttes ved utvelgelse av områder for tilsyn og ved gjennomføringen av arbeidet.

I en erkjennelse av at Statens helsetilsyn ennå har behov for å utvikle metodene for å arbeide med risikobetraktninger, og fordi begrepsapparatet på dette området er flertydig, er utviklingsarbeid knyttet til risiko videreført i den nye strategiplanen for 2007- 2009 (8).

## Hvorfor arbeide med risikoforståelse?

Arbeid med å utvikle teori og praksis knyttet til risikoforståelse og risiko-håndtering har selvsagt flere jordnære, pragmatiske formål. For tilsynet handler det om å finne fram til de tilsynsaktivitetene der vi kan gjøre mest nytte ved bruk av våre tildelte ressurser. For tjenesteyterne handler det om å redusere sannsynlighet for og konsekvenser av svikt i tjenesteytingen.

Men dette arbeidet har også et mer overordnet formål. Vi lever i en tidsalder der de fleste av oss liker å ta selvstendige valg, og å få lov til å gjøre saker vi selv setter stor pris på. Men vi lever også i en tid der vi samtidig forventer at kollektivet skal tre inn med hjelp når vi har «hatt uflaks». Litt grovt kan dette uttrykkes som at vi elsker risiko, men aksepterer ikke å trekke det korteste strået.

Sosiologen Anthony Giddens har gjort noen betraktninger omkring dette. Han beskriver noe han kaller *fateful moments* (9). Dette er øyeblikk i et menneskes eller en organisasjons liv der mye står på spill ved at utfallet er usikkert og helt eller delvis avhengig av kloke beslutninger. De som mestrer slike situasjoner er i følge ham vinnere i livets spill. De som ikke mestrer slike situasjoner, vil i det lange løp tape. Men enda mer interessant er det kanskje at de som ser på enhver situasjon og beslutning som et *fateful moment*, i det lange løp sliter seg ut og sløser med sine ressurser.

Denne siste betraktningen er av vesentlig betydning for både tjenesteytere og tilsyn innenfor sosial- og helsesektoren. Ropet etter uendelig sikkerhet er stort, mulighetene for å svare på dette ropet er ikke til stede. Utfordringen både for tjenesteytere og tilsyn blir da å ha gode prosesser for å identifisere og analysere *fateful moments*. Den faglige forsvarligheten og oppfyllelsen av sørge-for-ansvaret hviler nettopp på at man har slike prosesser.

Det er vurderingen av dette som er kjernetema for tilsynet, både ved behandlingen av saker knyttet til svikt i tjenesteytingen og ved gjennomføringen av planlagte tilsyn.

## Litteratur

1. *Bibelen*. 1 Mos 19, 26.
2. Aven T. *Risikostyring*. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
3. Thelle DS. Risikobegrepet i medisin og epidemiologi. I: Thelle DS m.fl. (red). *På den usikre siden. Risiko som forestilling, atferd og rettesnor*. Oslo: Cappelen akademisk forlag, 2001.
4. Bjørndal A (red). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2006.
5. St. meld. nr. 17 (2002-2003). *Om statlige tilsyn*. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2003.

6. Gobel BN (prosjektleder). *Risikostyring i staten. Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen*. Oslo: Senter for statlig økonomistyring, 2005.
7. *Strategiplan for tilsyn med sosial og helsetjenestene 2004-2006*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2003.
8. *Strategiplan for klagebehandling og tilsyn med sosial- og helsetjenestene 2007-2009*. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
9. Giddens A. *Modernity and self-identity*. Stanford: Stanford University Press, 1991.

*Lars E. Hanssen*  
*direktør, Statens helsetilsyn*  
*e-post: lha@helsetilsynet.no*

*Geir Sverre Braut*  
*ass. direktør, Statens helsetilsyn*  
*e-post: gsb@helsetilsynet.no*

## **Om forfatterne**

*Lars E. Hanssen (f. 1949) har vært direktør (tidl. helsedirektør) for Statens helsetilsyn siden 2001. Fra 1994 var han assisterende helsedirektør. Han er professor II i medisin ved Universitetet i Bergen. Tidligere har han vært sjeflege ved Rikshospitalet og professor i medisin ved Universitetet i Oslo. Han er spesialist i indremedisin, gastroenterologi og endokrinologi.*

*Geir Sverre Braut (f. 1955) har vært assisterende direktør i Statens helsetilsyn siden 2002. Han er førstelektor II i helse- og sikkerhetsfag ved Høgskolen Stord/Haugesund. Fra 1994 til 2001 var han fylkeslege i Rogaland. Han er spesialist i samfunnsmedisin.*