



Systemsäkerhetsperspektiv och säkerhetskultur: verksamhetsöverskridande och återkommande problem och brister

Marcus Arvidsson, Lena Kecklund, Johan Lindvall

Systemsäkerhetsperspektivet



Viktiga förutsättningar

Individen måste ges rätt förutsättningar för att kunna agera säkert:

- Utbildning, ledningssystem för säkerhet, ändamålsenlig teknisk utrustning, redundanta skyddssystem och barriärer, arbetstider, bemanning etc.

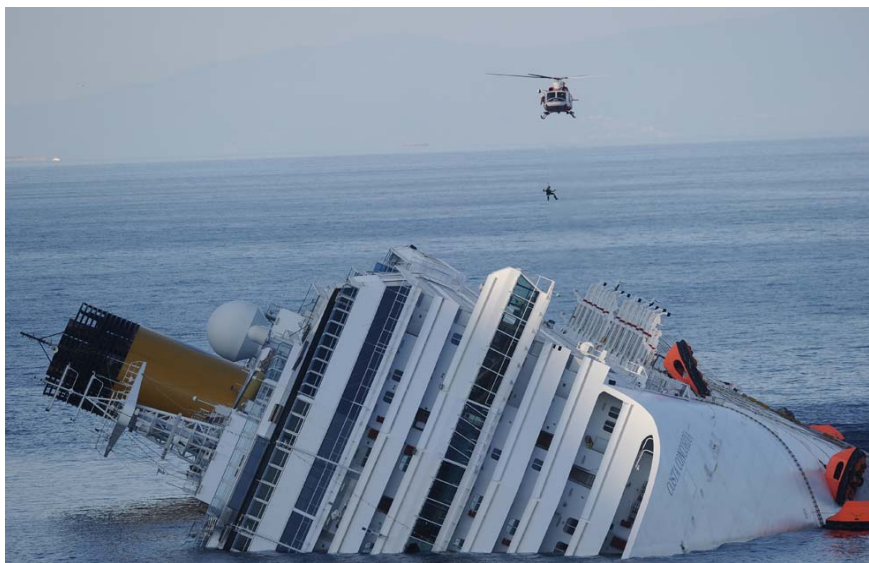
Detta förutsätter i sin tur:

- Systemsäkerhetsperspektiv
- Säkerhetskultur

Branscher och arbetsmetoder

- Kärnkraft
- Spårtrafik
- Vägtrafik
- Sjöfart
- Luftfart
- Sjukvård
- Försvar
- Bygg och anläggning
- Etc.
- Haveri- och olycksutredning
- Riskanalys
- Säkerhetskultur
- Human Factors Engineering
- Utbildning
- Granskning
- Forskning

Olika verksamheter – samma brister och problem



Ofta återkommande brister i riskhantering (1)

- Produktionsfokus
- Gradvis förändring i riskacceptans – normalisering av avvikelser
 - Man låter produktionen fortgå trots att förutsättningarna brister
- Säkerhet är inte integrerat i verksamhet och produktion
- Otydliga säkerhetsmål, bristfällig uppföljning
- Otillräcklig hantering av säkerhet i upphandlingar
- Bristfällig uppföljning av krav mot t ex underleverantörer

Ofta återkommande brister i riskhantering (2)

- Säkerhetsrelaterad teknisk utrustning dåligt underhållen, ur funktion, dåligt anpassad efter verksamheten, används ej som avsätt
- Risker identifieras ej, identifierade risker hanteras ej
- Otydliga ansvarsgränser inom organisationen och mot underleverantörer
- Brister i kommunikation
 - Överlämningar, informationsspridning, samverkan

Ofta återkommande brister på ledningsnivå

- Brist på engagemang och prioritering av säkerhetsfrågor
- Brist på kunskap och förståelse rörande säkerhet
- Bristande uppföljning och feedbackloopar mellan olika nivåer
 - Saknar kunskap om operativa förutsättningar och tillstånd

Ett exempel

- Dödsfall natten den 17 oktober 2010 på Hjärtkliniken Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
- Första olyckan inom vården som utreds av SHK
- Slutrapporten släpptes 2013-11-14

Händelsen

- En hjärtsjuk kvinna flyttas fyra dagar efter operation från Thorax-kliniken till HIA som s.k. satellitpatient p.g.a. av platsbrist på Thorax-kliniken
- På HIA kopplas hon upp mot övervakningssystemet för telemetri – vid uppkoppling markeras inte uppgiften om patientens pacemaker i övervakningssystemet
- Under natten påträffas hon livlös utan puls och andning
- Trots övervakning så upptäcks dödsfallet först efter 1.5 timmar

Ledning och styrning

- Inget ledningssystem
- Oklarheter i ansvar gällande satellitpatienter
- Otydligheter i ansvar för olika arbetsgrupper och funktioner
- Oklarheter i rutiner och arbetsbeskrivningar
 - Te x hur patientansvaret fördelas nattetid – ledningen har en uppfattning personalen en annan
- Brister i rutiner för informationsöverföring vid överlämning

Teknisk utrustning och arbetsmiljö

- Obefintlig barriär för kontroll av pacemaker
- Brister i övervakningsmiljön och skärmars placering
- Ingen möjlighet till mönsterigenkänning
- Ständigt flöde av larm – risk för larmtrötthet
- Den tekniska utrustningen används ej som avsett
- Brister i arbetsmiljön har påpekats utan resultat