

## Og hvad viste mine laboratorieprøver så, doktor?

Blogindlæg på ugeskriftet.dk :: 16-09-2015

Ulrik Gerdes :: ulrik.gerdes@dadlnet.dk

### Hvad kan du læse om i dette blogindlæg?

Jeg har en skidt vane med at skrive lange blogindlæg, når et emne griber mig, så hér er lidt service til den travle og måske utålmodige læser —

- Arbejdsprocessen fra tidspunktet hvor en læge ordinerer laboratorieprøver og til patienten får resultaterne og de tilhørende fortolkninger m.m. er en på papiret enkel proces.
- Det er processerne *ikke* i den virkelige verden, som nogle nye studier fra almen praksis i England med al tydelighed viser. Det går ofte galt og kan ende farligt, og både patienter og personale spilder en masse tid.
- Sådan er det nok også i Danmark, men det bør anstændigvis undersøges nærmere.
- Jeg var engang for mange år siden fortaler for indførelse af 2-3 ugers forsinkelse på patienter adgang til deres laboratorieresultater på sundhed.dk, men vil i dag anbefale den »straks-adgang«, som var planlagt til at træde i kraft den 9. september 2015.
- Jeg deler derfor ikke Lægeforeningen lettelse og glæde over en overgangsløsning med 3-5 dages forsinkelser, som *Andreas Rudkjøbing* lufter i sin leder i Ugeskrift for Læger i denne uge, men synes vældig godt om indholdet i den sidste del af lederen.
- Der findes et måleteknisk spørgsmål allersidst i teksten.

### En på papiret enkel arbejdsproces

Scenen udspiller sig i forskellige varianter mange steder i sundhedsvæsenet, men lad os henlægge den til almen praksis, hvor trafikken er mest intens: En patient henvender sig med nogle sygdomssymptomer, eller som led i et kontrolforløb ved en kendt sygdomstilstand, eller måske til en anbefalet screening for en asymptomatisk sygdom, eller til vurdering af risikoen for senere at pådrage sig en sygdom; og lægen bestiller diverse relevante laboratorieprøver, for enten at skaffe sig data til en diagnostisk udredningsproces, data til monitorering af et sygdoms- og behandlingsforløb, eller data til estimeringer af diagnostiske sandsynligheder eller risikovurderinger.

Planen for arbejdsprocessen er så —

1. Patienten skal have taget laboratorieprøverne, hos lægen eller i et ambulatorium
2. Prøverne skal sendes/transporteres til et laboratorium,
3. Laboratoriet skal analysere dem,
4. Laboratoriet skal sende resultaterne til lægen,
5. Lægen skal modtage, se og fortolke resultaterne, og
6. Lægen skal orientere patienten om resultaterne og sine fortolkninger, og diskutere hvad de måtte give anledning til at overvejelser og handlingsplaner i forhold til udgangspunktet for processen; en delproces som —

- a. I langt de fleste tilfælde vil være en blød landing (»Det hele ser normalt ud, så det gør vi ikke mere ud af...«), eller
- b. I en del tilfælde vil medføre let panderynken og en ommer (»Der er nogle lidt skæve tal, som vi hellere må kontrollere en gang til...«, og
- c. I sjældne tilfælde kan være alarmerende og udløse akutte handleplaner (»Der er noget alvorligt galt og du skal hurtigst muligt...«).

Arbejdsprocessen ser ret enkel og overskuelig ud, og synes vanskelig at kludre i — men man bliver klogere, når et sådant skønmaleri af »*Work As Imagined*« (WAI) bliver holdt op mod systematiske kortlægninger af hvordan arbejdsprocesserne foregår i virkeligheden i den kliniske frontlinje, dvs. »*Work As Done*« (WAD).

## Arbejdsprocesserne i den virkelige verden

Jeg har ikke umiddelbart kunnet finde (nyere) danske studier af WAD inden for området, men der lavet en del amerikanske [se referencelisterne i artiklerne nedenfor], og *Ian Litchfield* og medarbejdere har i flere år studeret hvordan »*testing and result communication*« (TRC) og »*the total testing process*« (TTP) foregår i almen praksis i England. Gruppens seneste to publikationer er frit tilgængelige fra [BMJ Quality and Safety](#) og er resultaterne af kvalitative studier med kortlægninger af de i virkeligheden ganske komplekse og varierende praktikker vedrørende henholdsvis TRC og TTP. Der findes fx præsentationer af forløbsdiagrammer for processerne, eller »*service blueprints*« som forfatterne kalder dem, med markeringer af de trin i arbejdsprocesserne som er tilbøjelige til at fejle eller medføre forsinkelser, og — elegant fremstillet — både set fra patienternes synsvinkel, de praktiserende lægers synsvinkel og de involverede laboratoriers synsvinkel [se de to publikationer ved at klikke [hér](#) og [hér](#)].

De to publikationer er kommenteret i to *editorials* af henholdsvis [NC Elder](#) og af [JL Kwan & P Cram](#), som begge supplerer med resultater fra andre tilsvarende studier og sætter tingene ind i nogle større perspektiver. Og hvad kan man læse i disse 4 publikationer? Meget! Og bl.a. dette —

- De færreste praksis har standardiserede procedurer eller protokoller for processen (og delprocesserne), som fx præciserer de nødvendige kompetencer, ansvarsfordelinger og metoder til overvågning og kontrol af procesforløbene (og herunder fejlfinding).
- Fejl og forsinkelser er hyppige i processerne, og sammen med forskellige andre blokeringer, medfører det at patienterne enten slet ikke får svar på prøverne og/eller lægernes fortolkninger m.m., eller får dem med store forsinkelser. Det gælder både normale og anormale resultater, og er en kilde til mange bekymringer blandt patienterne.
- Det er oftest patienterne det pålægges at skaffe sig svar på undersøgelserne, og stort set altid ved at skulle telefonere til praksis (en metode *ingen* patienter foretrak da de blev spurgt). Dette ansvar for et vigtigt trin i processen er patienterne imidlertid ikke altid klar over, og forholdene kan da også være ret mudrede, fordi nogle praksis ringer (eller skriver) til patienterne hvis der findes anormale resultater, men ikke hvis de er normale (»Hvis du ikke hører noget, er det fordi det hele er normalt«), mens andre praksis altid forventer at patienterne selv kontakter dem.
- Det er meget ofte alene patienternes (eventuelt gentagne) forespørgsler til manglende undersøgelsesresultater der afslører indtrufne fejl og/eller forsinkelser i arbejdsprocessen, helt fra rod i patient- og/eller prøveidentifikationen i forbindelse med prøvetagningen til bortkomne bytes i lægens it-system.

- Det betyder selvsagt også, at patienterne absolut *ikke* kan tage det for givet, at »...det hele er normalt«, hvis de ikke hører noget fra lægen — »*Do not assume that no news is good news...*«, som *Kwan & Cram* skriver i titlen på deres leder.
- Med mindre der indtræffer alvorlige utilsigtede hændelser med patientskader på grund af fejl og forsinkelser i arbejdsprocesserne (hvad der gør, men heldigvis kun sjældent), er det typisk ikke lægerne selv, men deres hjælpepersonale, laboratorierne og ikke mindst patienterne, der må tumle med at reparere på defekterne — med rekvisition af nye prøver, nye prøvetagninger, nye analyser etc. Det betyder, mener fx *Elder*, at lægerne ikke betragter dem som lægefejl (*medical errors*) og måske også er tilbøjelige til at tolerere en høj hyppighed i deres praksis.
- Patienterne er ofte irriterede (og frustrerede) over at skulle bruge tid på hængende i røret til praksis, og i den anden ende er man såmænd også frustrerede over at skulle bruge mange ressourcer på at svare patienterne. Mange patienter synes det ville være fint at få automatiske svar med normale resultater som SMS'er, men selvom flere gængse it-systemer i almen praksis har faciliteterne til formålet, bruges de kun enkelte steder.
- Det er sjældent lægerne selv, men hjælpepersonale (receptionister) der besvarer patienternes telefoniske forespørgsler om prøveresultater, eventuelt forsynet med et lille forklarende notat fra en læge. Mange patienter er betænkelige ved at denne helt centrale funktion i processen varetages af tilsyneladende underkvalificeret personale, dels fordi de ikke kan få understøttende lægefaglig baggrundsinformation (fx »Hvad betyder 'normal' helt præcist i lige mit tilfælde?«), dels fordi de ikke synes det er tilrådeligt (pænt sagt) at deres prøveresultater kommunikerer over telefon i et travlt, offentligt tilgængeligt lokale i en praksis, og dels fordi de oplever at resultater ofte overbringes på en forretningspræget, meget direkte og lidt fintfølede måde.
- Hvad med smartere brug af it? Både *Litchfield et al.* og lederskribenterne cirkler omkring dette emne i flere sammenhænge, og lidt forsigtige; måske for forsigtige, efter min smag. Der er fx ikke tvivl om at nogle af de mest banale teknisk-logistiske drillerier kan løses med brug af sporingssystemer, som allerede findes indbygget i nogle epj-systemer, men bare ikke altid bruges. Og der er heller ikke tvivl om, at det informationskaos (fx *information overload* og *scatter*) der lynhurtigt kan skabes ved rekvisition af mange forskellige og hyppige laboratorieundersøgelser, kan lettes eller elimineres med smartere designs af brugergrænseflader, herunder fx filtre der automatisk sorterer informationerne og algoritmer der fortolker resultaterne, så folk kan slippe for at sidde og granske tal i tabeller.

## Men sådan er det jo ikke i Danmark, eller hvad?

Skønt man skal altid vogte sig for at overføre resultater fra undersøgelser i sundhedsvæsenet i andre lande til danske forhold, vil jeg vil vove det ene øje (eller lægge hovedet på *bloggen*, om man vil) og hævde, understøttet af egne, sporadiske observationer fra min tid i laboratoriemiljøet — at de engelske studier på udmærket vis eksponerer en række problemer, der også findes i Danmark.

- Det bør anstændigvis undersøges nærmere og kunne passende gøres i forbindelse implementeringen af [Den Danske Kvalitetsmodel \(DDKM\)](#) i [almen praksis](#); i hvilken forbindelse man givetvis vil kunne finde eksempler på praksis der allerede fundet gode løsninger, eller som er i fuld sving med at udvikle og afprøve nogen.
- Undersøgelser af den slags er måske ikke stor videnskab i traditionel, meriterende forstand, men det er bundsolid sundhedstjenesteforskning, der kan bane vejen for meget væsentlige kvalitetsforbedringer i mange patienters interaktioner med sundhedsvæsenet: Og ikke kun forbedringer i den patientoplevede kvalitet, men også i den faglige kvalitet.

---

Og hvad viste mine laboratorieprøver så, doktor?

- *Litchfield* og medarbejdere har noget supplerende materiale liggende online der kan bruges som udgangspunkt, hvis opgaven frister. Man må i givet fald dog håbe, at danske specialister i almen medicin vil være lidt mere imødekommende end deres kolleger i England, hvor det kun lykkedes forfatterne at få 20% af de kontaktede praksis engageret i undersøgelserne. En del af de øvrige afslog sig med at »*We are too busy*«, hvilket sikkert er sandt og bl.a. jo kan skyldes, ironisk nok, at patienterne hele tiden ringer for at høre til deres laboratorieresultater.

## Om patienters »straks-adgang« til laboratorieresultater på sundhed.dk

Der var engang...

Da [sundhed.dk](#) i sin blev etableret, sad jeg som repræsentant for [Dansk Selskab for Klinisk Biokemi](#) i et udvalg i Sundhedsstyrelsen, som skulle diskutere og fastlægge hvordan laboratorieresultater skulle præsenteres på webportalen, og om der skulle være 1-2 ugers forsinkelse i patienters adgang til resultaterne. Hvilket jeg — med skam at melde — dengang mente, at der så afgjort skulle være: Dels for at laboratorierne kunne have tid til at rette eventuelle fejl i resultaterne [og ja: De forekommer skam] inden patienterne fik dem i hænde, og dels ud fra det velmenende, men paternalistiske synspunkt, at patienterne burde skånes for risikoen for, som de første (dvs. før deres læge), at blive konfronteret med afvigende (anormale) og eventuelt alarmerende resultater, som de ikke kan fortolke. Og især på tidspunkter, fx fredage efter klokken 14, hvor store dele af sundhedsvæsenet er slået over på *stand by*.

Til mit forsvar vil jeg dog tilføje, at jeg samtidigt gjorde mig til en *meget* varm fortaler for, at man hurtigst muligt, og med inddragelse af alle gode kræfter (og speciallæger i klinisk biokemi i særdeleshed), fik publiceret nogle gode patientinformationer på [sundhed.dk](#) om brug og fortolkning af de mest gængse laboratorieundersøgelser, så patienterne under alle omstændigheder kun sjældent står på Herrens Mark med akutte, helt uindfriede informationsbehov. Dét synes alle da også var en vældig god idé, og da udarbejdelsen af [Lægehåndbogen](#) og [Patienthåndbogen](#) blev sat i sving i 2010, var det også meningen at det skulle ske. Det er dog aldrig blevet til så meget, som [det kan ses ved at klikke hér](#).

### Og så var der den 9. september 2015

Der *blev* dengang indført en forsinkelse på 2-3 uger (som erfaringsmæssigt dog ofte er længere) i patienters adgang til laboratorieresultater og notater fra patientjournaler på [sundhed.dk](#), men den skulle efter planen have været fjernet fra og med den 9. september 2015.

Det blev forsinkelsen som bekendt ikke, men dog reduceret til 3-5 dage. Det er Lægeforeningen både meget lettede over og glade for, som man kan læse i *Andreas Rudkjøbings* leder i [Ugeskrift for Læger](#) i indeværende uge. Og det kan man godt forstå, for det var netop Lægeforeningen som i 11. time fik stukket en kæp i hjulet på [Danske Regioners](#) tilsyneladende lidt for løbske udrulning af deres visioner om »[Borgernes sundhedsvæsen](#)« — og med det hovedargument, at det i kritiske sammenhænge både er bedst for patienterne *og* for lægerne, hvis de sidstnævnte er de første til at vide noget vigtigt om de førstnævnte, end de selv gør.

Jeg forstår argumentet, men er uenig hvad angår »straks-adgang« til laboratorieresultater, af tre grunde —

- Flere udenlandske undersøgelser har vist at hovedpersonerne, og det er jo altså patienterne, helst vil have »straks-adgang« — se fx [denne fine oversigt på Dansk Selskab for Patientsikkerheds website](#),
- De præsenterede undersøgelser ovenfor viser, at det i vidt omfang alligevel er patienterne som har det reelle ansvar for at holde snor forløbene med processerne

---

Og hvad viste mine laboratorieprøver så, doktor?

(logistikken), og herunder at detekttere og afbøde potentielt alvorlige brister i patientsikkerheden (fx på grund af bortkomne eller ikke-videre-kommunikerede laboratorieresultater), og

- Undersøgelserne peger også på, at de indskudte forsinkelser kan være kilder til spild af tid og resurser for alle parter, hvis de medfører at der fortsat skal telefoneres meget om især normale resultater.

Og hvis jeg har vaklet lidt i mine overvejelser, har jeg fundet godt tankegods i *Nicolai Döllners* leder i *Dagens Medicin* nr. 16/2015, og — med omvendt fortegn — i nogle af de kommentarer, som nogle læger har knyttet til lederen.

## Og hvad nu?

*Andreas Rudkjøbings* leder i *Ugeskrift for Læger* hedder »Patienterne skal have hurtigere svar«, og skønt jeg ikke glæder mig med Lægeforeningen over bevarelsen af forsinkelser på laboratorieresultater på sundhed.dk, glæder jeg mig over det ambitiøse træk *Andreas Rudkjøbing* foretager på skakbrættet et stykke henne i teksten, hvor han inviterer til generelle ny- og fintænkninger af arbejdsgangene med informationshåndtering og dialoger mellem patienter og læger. Og slutter med den indlysende korrekte konstatering, at uden ændret adfærd i klinikken får man ingen forbedring for patienterne.

Lederskribenterne i *BMJ Quality & Safety* har også nogle gode slutbemærkninger, skønt selvsagt noget mere bidske efter al tumleriet med de problemerne de refererede undersøgelser har afsløret. *Kwan & Cram* slutter fx af med at skrive: » *Clearly, the time is now for policymakers to take notice of test result management, an integral part of healthcare quality and patient safety in urgent need of attention*«

Til sidst vil jeg rejse et måleteknisk spørgsmål, som hverken skal forestille at være drillende eller retorisk. Det fremgår, at Danske Regioner betragter de nuværende 3-5 dages forsinkelse på laboratorieresultater m.m. som en overgangsløsning til »straks-adgang«, og at dette »...giver mulighed for at indhøste de nødvendige erfaringer«.

Det lyder umiddelbart meget fornuftigt og også besnærende, at man således har tænkt sig at *måle* på effekterne af overgangsløsningen, for siden at kunne evaluere den (hvad der jo må være tale om). Mit spørgsmål er: *Hvordan* har man dog tænkt sig at gøre det?