

Uhensigtsmæssige hændelser?

Blog på ugeskriftet.dk

ulrik.gerdes@dadlnet.dk :: [@ulrikgerdes](https://twitter.com/ulrikgerdes)

[Indlægget blev publiceret på ugeskriftet.dk den 13-01-2016]

»*We collect too much and do too little*« [Carl Macrae, 2015]

Med Folketingets vedtagelse i 2004 af »Lov om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet«, som i 2010 blev integreret som Kapitel 61 i [Sundhedsloven](#), blev Danmark et af de første lande i verden til at pålægge sundhedspersonale pligt til at rapportere om fejl og utilsigtede hændelser i forbindelse med patientbehandling i sundhedsvæsenet.

Til formålet etablerede man »[Dansk Patientsikkerhedsdatabase](#)« (DPSD), som både kan anvendes til online-rapporteringer, sagsbehandlinger og analyser af hændelserne. Ansvar for driften af DPSD og analyserne af hændelserne (på nationalt plan) blev lagt i hænderne på Patientombuddet, som nu hører under [Styrelsen for Patientsikkerhed](#).

Som omtalt i [Ugeskrift for Læger den 12-11-2015](#), udkom [Rigsrevisionen primo november 2015](#) med en temmelig kritisk beretning om analysearbejdet i Patientombuddet. Og fik i samme ombæring også båtøttet [Sundheds- og Ældreministeriet](#) lidt på næsen for — lidt groft sagt — ikke at have haft mere hånd i hanke med tingene og udviklingen, og herunder at have været en anelse for tilbagelænedede i fastsættelsen af resultatmålene for Patientombuddets arbejde.

Hvad skrev Rigsrevisionen?

Nøglepunkterne i kritikken, som faktisk sigter mod hele det eksisterende system til rapportering, behandling og analyser af utilsigtede hændelser, er at —

- Der er ikke kapacitet til at analysere de tusindvis af rapporter, som sundhedspersonale pligtskyldigt møller ind i systemet — fx i alt cirka 167.000 alene i 2014.
- Det kniber derfor med at skabe det centrale overblik over de utilsigtede hændelser, og især årsagerne til dem, som det ellers var meningen med systemet, dvs. at der muligvis findes et stort læringspotentiale i rapporterne, som ikke udnyttes.
- Det forekommer lidt tilfældigt, hvilke kvalitets- og patientsikkerhedsproblemer man vælger at plukke ud og sætte fokus på, dvs. at aktiviteten ikke er et resultat af en systematisk afdækning af sammenhænge, mønstre og tendenser i de mange data.
- Det vides derfor heller ikke (med sikkerhed) om arbejdet, og herunder produktionen af diverse publikationer og udadrettede undervisningsaktiviteter, faktisk bidrager med ny viden til regionerne, kommunerne og frontpersonalet i sundhedsvæsenet. Og, især —
- Det er temmelig uklart, eller i hvert fald meget usikkert, om aktiviteterne faktisk hjælper regionerne og kommunerne i deres arbejde med patientsikkerhed.

Hér kan jeg som frimodig blogger tilføje noget der *ikke* direkte står i den ellers fornemme beretning fra Rigsrevisionen, nemlig at vi jo heller ikke aner om det mangeårige og omfattende arbejde har haft den ønskede, ultimative effekt på forekomsten af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet: At der er blevet færre af dem.

Rigsrevisionen cirkler også lidt undrende omkring spørgsmålet, hvorfor Sundhedsstyrelsen kun i begrænset omfang har anvendt data fra rapporter om utilsigtede hændelser i sit

tilsynsarbejde? Det spørgsmål vil jeg ikke røre ved, bortset fra lige at bemærke, at der let kan snige sig noget snavs ind i hele maskineriet, hvis grænserne mellem ikke-sanktionerende og sanktionerende systemer udviskes.

Ovre i England...

... har de også et nationalt system til rapportering af utilsigtede hændelser, eller *patient safety incidents*, som det hedder på de kanter. Og er tilsyneladende også rendt ind i problemer med at bruge de mange data effektivt og konstruktivt, dvs. at få dem konverteret til brændstof for forbedringer af patientsikkerheden.

Psykolog og ph.d. i sikkerhed og risikostyring [Carl Macrae](#) fra *Department of Experimental Psychology, University of Oxford*, som også er knyttet til *The Health Foundation*, publicerede hér i efteråret en fin lille kritisk-konstruktiv artikel i *BMJ Quality & Safety* om »*The problem with incident reporting*«.

Carl Macrae har tidligere beskæftiget sig med sikkerhed i luftfartindustrien, hvor rapporteringer af utilsigtede hændelser meget tidligt indgik som et vigtigt værktøj i udvikling og implementering af strategier for forbedring af sikkerheden. Og skriver i indledningen af sin artikel om problemerne med at få det til at fungere i sundhedsvæsenet

—
»These problems can be traced to what was lost in translation when incident reporting was adapted from aviation and other safety-critical industries, with fundamental aspects of successful incident reporting systems misunderstood, misapplied or entirely missed in healthcare«

Han fremhæver, og det er vist desværre sandt, at forventningerne til effekterne af rapporteringer af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet har været bedragerisk simple, hér vist i min notation: [Problem] => [Rapport om Problem] + [Analyse af Rapport om Problem] = [Læring] => [Løst problem].

Sådan kan (eller *kunne*) tingene måske fungere i visse, meget konkrete sammenhænge, men Carl Macrae hævder, at sundhedsvæsenet helt mangler den dybt forankrede og vidt udbredte sociale infrastruktur der findes i andre sikkerhedskritiske arbejdsmiljøer. Som er nødvendig for hurtigt at kunne opdage, rapportere, systematisk undersøge og forstå (lære af...) vigtige hændelser — og tilsvarende hurtigt at kunne finde og implementere løsninger på problemerne.

Resultatet er, skriver Carl Macrae, at man i sundhedsvæsenet i stedet har fokuseret på at samle og ordne store (enorme) antal rapporter — en situation han kalder »*The filing cabinets*« — med reference til at *British Airways* i 1989 havde 47 kartoteksskabe med hver 4 skuffer proppet med papirer om hændelser og undersøgelser, dvs. en samling af informationer som ingen nogensinde ville have en jordisk chance for at kunne bruge til noget fornuftigt.

Complications, confusions and contradictions

Størstedelen af indholdet i [Carl Macrae's artikel i BMJ Quality & Safety](#) er en systematisk og indsigtfuld gennemgang af en række mismatches mellem de principper og praktikker for rapporteringer af utilsigtede hændelser, som de anvendes i sundhedsvæsenet sammenlignet med andre sikkerhedskritiske virksomheder. Og som peger på, at sundhedsvæsenets tilgang til tingene er u hensigtsmæssig — deraf titlen på dette blogindlæg.

Jeg vil ikke gennemgå hele dette indhold, men forsøger at uddrage nogle vigtige pointer, delvist styret af mine egne erfaringer med det danske rapporteringssystem.

Rapportér [ikke] rub og stub

Vi tilskyndes til at rapportere *alt* hvad der på en eller anden måde, uanset hvor fjernt, kan ses eller opfattes knyttet til patientsikkerhed, og uanset om det er hændelser der er set utallige gange før. Vi synes også at have den opfattelse, at mange rapporteringer i sig selv afspejler en bedre sikkerhedskultur, dvs. er et succeskriterium.

Andre steder fokuserer man på hændelser der er alvorlige, usædvanlige eller overraskende, og derfor mest lærerige. Og er omvendt bekymret, hvis antallene af rapporteringer vokser og/eller vedrører samme typer af hændelser. Dels fordi det risikerer at oversvømme rapporteringssystemet med støj der kan skjule vigtige, alvorlige signaler, og dels fordi det jo peger på, at man ikke har fundet og løst de problemer som skaber hændelserne.

Kvalitet og kategorisering af en rapport er [ikke] vigtig

Vi opfordres til at gøre os umage med beskrivelserne af utilsigtede hændelser, deres konsekvenser og vores forslag til forebyggelse, og bliver under rapporteringen styret gennem et ganske omfattende og tidskrævende arbejde med at få en hændelse tids- og stedsbestemt, samt minutiøst kategoriseret (klassificeret) på mange forskellige leder og kanter. Det sidstnævnte gælder både for rapportørerne i de kliniske frontlinjer, men i høj grad også (tro mig) for sagsbehandlerne bag frontlinjerne.

Andre steder er man ikke så nøjeregnende med kvaliteten og kategoriseringer af rapporter om utilsigtede hændelser, fordi man for længe siden har erkendt, at det jo ikke er rapporterne i sig selv der kan forbedre sikkerheden, men derimod de undersøgelser og efterfølgende kvalitetsforbedringsaktiviteter rapportererne kan udløse.

Oversigter over utilsigtede hændelser er [ikke] vigtige

Vi producerer en lind strøm af oversigter og statistikker over forekomsten af rapporterede utilsigtede hændelser, fx fordelt på sektorer og kategoriseret på forskellige måder (så vidt det er muligt), og lader skrivelserne cirkulere rundt i diverse strata af politiske og administrative ledelser, og især mellem hinanden i kvalitetsudviklingsmiljøerne. Forventningen (eller håbet) er, at denne trafik af informationer på en eller anden mirakuløs måde forvandler sig til effektive løsninger på de kortlagte patientsikkerhedsproblemer.

Andre steder har man længe vidst at sådan noget ikke fungerer, og sørger i stedet for at få informationerne bragt tilbage til det personale i frontlinjen som hændelserne vedrører, og at skabe betingelser for deres aktive og kollektive medvirken til at få de grundlæggende problemer undersøgt og løst. Og at personalets medvirken i øvrig også foregår uden risiko for at de får ørerne i maskinen, hvad enten det fx skyldes at de påpeger kritisable forhold, som ledelsen måske ikke bryder sig om at høre om, eller selv har været involveret i utilsigtede hændelser.

Hændelser producerer [ikke] læring

Vi synes at have en tendens til at tro, at optræden af en utilsigtet hændelse, og rapporteringen af den, automatisk producerer »en læring« som — *hokuspokus* — forhindrer gentagelser.

Andre steder ved man udmærket godt at læring (og effekterne af det) er en langt mere kompleks proces, og at det ikke er hverken hændelsen i sig selv eller rapporteringen, der skaber læring og forbedringer, men granskninger af baggrunden for hændelsen der gør det.

Hvordan kommer vi ud af dødvandet?

Der er måske ikke alverden af nyt og overraskende i det ovenstående. [Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet \(FPKS\)](#) holdt i februar 2014 en én-dags-konference om rapportering af utilsigtede hændelser, hvor det meste af det nævnte blev

luftet — især af [emeritus professor Charles Vincent](#), som bl.a. står bag en storartet publikation fra *The Health Foundation* om »[The measurement and monitoring of safety](#)«.

Mere forskning

Carsten Engel og Birgit Viskum fra bestyrelsen i FPKS skrev i [en kommentar i Dagens Medicin den 04-12-2015](#), med reference til [Rigsrevisionen beretning om Patientombuddets arbejde](#) og selskabets konference i 2014, at »... *der i dag er en ubalance mellem 'kroppen og hovedet' i arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed...*« og at der er et grundlæggende behov for forskning der kan hjælpe os til bedre at forstå, hvordan der kan skabes og fastholdes forbedringer i komplekse systemer som sundhedsvæsenet.

Der kan efter min mening også være brug for mere forskning og udviklingsarbejde med henblik på at optimere anvendelsen af alle de mange data der (fortsat) ophobes i [sundhedsvæsenets rapporteringssystem](#). Og især at udvikle meget hurtigere og smartere måder at sortere skidt fra kanel på, end manuelle gennemgange af rapporterne.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (som Sundheds- og Ældreministeriet hed dengang) og Patientombuddet gennemførte i foråret 2014 [et serviceeftersyn af rapporteringssystemet for utilsigtede hændelser](#), og pegede bl.a. på mulighederne for at anvende [computeriseret tekstmining \(text mining\)](#) af friteksterne i rapporterne for at kunne identificere generelle eller tværgående problemstillinger. Tekstmining er en spændende teknologi, som [jeg selv har arbejdet med på fritekster fra elektroniske patientjournaler](#). Men et udviklingsarbejde er også, som alle andre udflugter i udforskede områder, [bestemt ikke uden udfordringer](#).

Slip uafhængige patientsikkerhedsundersøgelsesteams løs

Ifølge [Carl Macrae](#) bliver der i april 2016 i England etableret en permanent, national og uafhængig instans med mandat til at undersøge de alvorligste utilsigtede hændelser og systemiske risici for patientsikkerheden i sundhedsvæsenet. Det sker bl.a. på baggrund af nogle triste sager derovre, fx [skandalen på Mid Staffordshire](#), men også ud fra nogle mere overordnede overvejelser, som Carl Macrae og Charles Vincent samlede og [publicerede i en artikel i 2014](#).

Den slags jagthunde er der mig bekendt ikke planer om at anskaffe i Danmark, men vi får noget der ligner lidt: Danske Regioners nye kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet findes endnu ikke i en færdig version, men dele af den er allerede skrevet ind i [økonomiaftalen for 2016 mellem Regeringen og Danske Regioner](#). Her kan man læse om planer for såkaldte lærings- og kvalitetsteams —

»Gode resultater og viden om, hvad der virker bedst, skal udbredes hurtigst muligt, og lærings- og kvalitetsteams skal derfor understøtte det lokalt forankrede kvalitetsarbejde. Indholdet fastlægges i 2015 og de første teams etableres og opstartes trinvist fra primo 2016«.

Idéen ser ud til at være hentet i den tidligere regerings planer fra april 2015 for [et nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018](#) [se side 8], hvori der dog tegnes et billede af teams med lidt småhyggelige tilgange til opgaverne, dvs. noget der leder tankerne hen på puddelhunde i sammenligning med de engelske jagthunde.

Men lad os nu vente og se, hvad det bliver til: Kvalitetsudviklingsområdet inden for sundhedsvæsenet er erfaringsmæssigt fyldt med overraskelser, både fordi det er et stort og kompliceret område, men også fordi det stadig er [en værre rodebutik](#).