

Behov for nytænkning i arbejdet med utilsigtede hændelser

Birgit Viskum¹, Andreas Granhof Juhl², Inge Pedersen¹ & Michael Dyre Stæhr¹

STATUSARTIKEL

1) Center for Kvalitet, Region Syddanmark, og
2) Granhof Juhl Aps, Risskov

Formålet med rapportering af utilsigtede hændelser er forbedring af patientsikkerheden. Det har siden 2004 været op til regionerne at indfri formålet i forhold til sygehusene. Evalueringen af arbejdet med utilsigtede hændelser i det sekundære sundhedsvæsen er alene gennemført som en evaluering af personalets oplevelse af rapporteringssystemet [1], mens der ikke er gennemført evaluering af eventuelle konsekvenser i form af færre patientskader eller i forhold til det metodiske og teoretiske fundament for arbejdet med patientsikkerhed.

HISTORIK

I 2003 blev det besluttet, at sundhedsfagligt personale fra 2004 skulle rapportere utilsigtede hændelser på sygehusene [2] med henblik på læring og forbedring af patientsikkerheden. Det skete på et tidspunkt, hvor hovedstadens sygehuse havde været igennem

akkreditering med *joint commission* (JC), og i Sønderjyllands Amt var man i gang med akkreditering med *health quality service* og var i den sammenhæng begyndt at rapportere utilsigtede hændelser. Hændelserne i Region Hovedstaden blev undersøgt med kerneårsagsanalyse i overensstemmelse med det af JC anbefalede. Kerneårsagsanalysen blev efterfølgende »den nationale model« for undersøgelse af utilsigtede hændelser, og den blev i den danske begrebsforståelse nærmest synonym med en dybdegående analyse. I Sønderjyllands Amt valgte man den såkaldte menneske, teknologi, organisation (MTO)-metode [3]. MTO er en analysemetode, hvor relationerne mellem mennesker, aktiviteter og den organisatoriske og teknologiske kontekst analyseres. MTO er også en metafor for systemtænkning i forhold til sikkerhed. Valget af metoder blev hverken på det tidspunkt eller senere gjort til genstand for en nærmere undersøgelse og refleksion på nationalt niveau.

KVANTITATIVE OPGØRELSE AF DE RAPPORTEREDE UTILSIGTEDE HÆNDELSER

Antallet af rapporter om utilsigtede hændelser på sygehusene er steget fra knap 5.000 i 2004 til 25.000 i 2009 [4]. Det er en succes mht. personalets villighed til at rapportere, som det også blev konstateret i evalueringsrapporten [1]. Ud over opgørelse af antallet af rapporterede hændelser er der kommet flere temarapporter, hvor man med kvantitative opgørelser forsøger at indkredse patientsikkerhedsproblemerne og på den baggrund anbefaler tiltag til forbedring af patientsikkerheden. De kvantitative opgørelser har både på nationalt niveau ved Sundhedsstyrelsen og på regionalt niveau bidraget til forestillingen om, at Dansk Patient-Sikkerheds-Database (DPSD) er en egentlig database, hvorfra man kan udarbejde meningsfuld statistik. Det beror imidlertid på en misforståelse: I forarbejdet til loven om rapportering af utilsigtede hændelser fra sygehusene fandt man alene ud fra en journalgennemgang i 9% af alle indlæggelser dokumentation for en utilsigtet hændelse [5]. Man skulle således forvente over 100.000 rapporterede utilsigtede hændelser om året, hvor det faktiske antal i 2009 var 25.000. Det er kun toppen af isbjerget, der ses i rapporteringssystemet. Og de rapporterede util-



Det er kun en lille del af de faktiske utilsigtede hændelser, der rapporteres.

sigtede hændelser er ikke repræsentative for det, der faktisk sker. Samme hændelse kan således rapporteres af forskellige sundhedspersoner, og det er velkendt, at antallet af rapporter stiger, når man fokuserer på et særligt område som f.eks. forebyggelse af falduheld. Endelig har et område som f.eks. infektioner været underreporteret, og det er ikke kun et dansk fænomen [6]. DPSD er således hverken komplet eller repræsentativ for de faktiske utilsigtede hændelser. Man kan ikke anvende kvantitative opgørelser til at belyse omfanget af utilsigtede hændelser eller til at give et validt billede af risici som udgangspunkt for en prioritering af forbedringsarbejdet. Antallet af rapporterede utilsigtede hændelser kan ikke i sig selv anvendes til monitorering af forbedringsarbejdet [7].

KVALITATIV ANALYSE AF DE RAPPORTEREDE UTILSIGTEDE HÆNDELSER

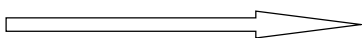
Kerneårsagsanalysen

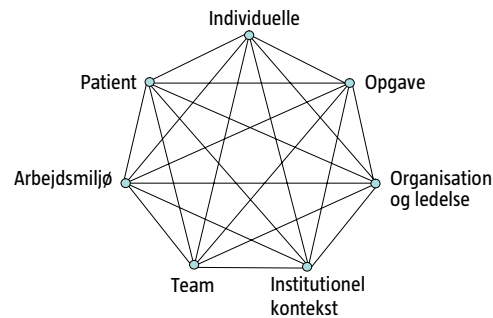
Som nævnt indledningsvis har den dominerende analysemodel i sundhedsvæsenet i Danmark været kerneårsagsanalysen [8]. Ideen i analysen er, som navnet angiver, at der ledes efter »kerneårsagen« ved med »hvorfor«-spørgsmål at undersøge, hvad der gik galt, indtil kerneårsagen/årsagerne er fundet. Kerneårsagen er karakteriseret ved en relativt simpel og lineær forståelse af årsager og virkning med en forudsrettet tilgang (man undersøger det, der er sket) samt en adskillelse af analyse og handling. Kerneårsagsanalysen er dermed velegnet til undersøgelse af simple systemer som f.eks. mekaniske systemer, hvor man kan lokalisere problemet og dernæst dets årsag. Altså en relativt simpel sammenhæng mellem årsag og virkning. Ved at man løser eller fjerner et problem, kommer systemet til at fungere igen. Dette er baseret på en antagelse om, at hvis de identificerede årsager løses, er risikoen for gentagelser fjernet eller minimeret. Men sundhedsvæsenet er et levende system under konstant forandring, hvor en ny dag aldrig er en kopi af den foregående. Komplekse systemer som sundhedsvæsenet kendetegnes bl.a. ved, at de enkelte komponenter (faktorer) påvirker hinanden [9].

Figur 1 illustrerer henholdsvis den lineære tilgang med fokus på årsag/årsagerne og den komplekse [10] med fokus på relationerne mellem forskellige komponenter. I komplekse systemer er man nødt til at fokusere på relationerne mellem komponenterne og variationen i disse og derfor også se ud over de konkrete hændelser, der er rapporteret. Ulykkerne skal ansues dynamisk, idet risici ændres løbende, og der skal træffes beslutninger i et stadigt foranderligt klinisk miljø. Derfor er man nødt til at anvende flere og andre metoder.

FIGUR 1

Øverst en simpel lineær model og nederst en kompleks socioteknisk model. Den sociotekniske model er karakteriseret ved, at de enkelte komponenter påvirker hinanden, således at det er samspil, relationer og handlemønstre over tid, der er vigtige.

Årsag  Virkning



Taylor-Adams & Vincent [11] har tilsvarende kritiseret kerneårsagsanalysen for at være en over-simplificering og har derfor arbejdet på at udvikle en alternativ metode, den såkaldte »Londonprotokol«, hvor man i højere grad fokuserer på forløbet og med-virkende forhold. Hændelsen anvendes som et udgangspunkt for at forstå den kontekst og den sammenhæng, hændelsen skete i.

Reason & Hollnagel [12] anfører, at hvis man anvender kerneårsagsanalysen på komplekse sociotekniske systemer som f.eks. sundhedsvæsenet, vil man opleve, at de samme hændelser gentager sig gang på gang, trods grundige analyser og håndtering af de risici, der afdækkes.

Wu et al [13] beskriver både de manglende *peer review*'ede studier af kerneårsagsanalysen i forhold til betydningen for forbedring af patientsikkerheden og i forhold til resurseanvendelsen til analysen. Der peges både på de problemer, der er relateret til selve analysen, og på problemerne med, hvilket niveau anbefalingerne adresseres til. Således peges der på, at de handlemuligheder, der er inden for den enkelte organisatoriske enhed, ofte vil være svagere end mulighederne på højere niveau.

Ved en systematisk litteraturgennemgang [14] er der ikke fundet evidens for, at rapportering af utilsigtede hændelser og kerneårsagsanalyser medfører øget patientsikkerhed.

PERSPEKTIVER FOR ARBEJDET MED PATIENTSIKKERHED

Landrigan et al [15] har i et retrospektivt, randomiseret studie undersøgt udviklingen i skader med anvendelse af *global trigger tool*. Undersøgelsen omfattede



FAKTABOKS

Der har været et lovpligtigt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser ved sygehusene siden 2004.

Den mest anvendte analyseform for den enkelte rapporterede hændelse har været kerneårsagsanalysen. Den er karakteriseret ved en relativt simpel lineær forståelse af årsager og virkning. Den forståelse er mere velegnet til simple mekaniske systemer end til komplekse sociotekniske systemer som f.eks. sundhedsvæsenet.

Det er kun en lille del af de utilsigtede hændelser, der rapporteres. Og de hændelser, der rapporteres, er ikke repræsentative for det, der faktisk sker. De rapporterede utilsigtede hændelser kan ikke anvendes til en kvantitativ monitorering af forbedringsarbejdet.

Der er behov for et metodisk paradigmeskift og forskningsbaseret udvikling på området.

2.341 indlæggelser fordelt på ti hospitaler over en periode på seks år. De ti hospitaler var kendt som aktive i nationale kampanjer for patientsikkerhed. Resultatet af undersøgelsen var, at man ikke kunne konstatere signifikante ændringer i omfanget af skader.

Efter seks års arbejde med rapportering af utilsigtede hændelser i Danmark og med en udvidelse til hele sundhedsvæsenet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser finder vi det vigtigt, at man på nationalt niveau forholder sig til effekten i form af forbedret patientsikkerhed, herunder om ressourcerne anvendes hensigtsmæssigt. Som det også er påpeget på internationalt niveau, er der behov for, at der ikke kun fokuseres på rapporteringsdelen, men også på arbejdet med interventioner og evaluering af interventioner [7]. Vi mener, at der er behov for:

- Nyttænkning af arbejdet med patientsikkerhed med afsæt i forståelse af komplekse og levende systemer, hvilket betyder nye udfordringer både metodisk og i forhold til kompetencer til at understøtte lærings- og forbedringsarbejdet.
- Mere forskningsbaseret udvikling både med henblik på at sikre dokumenteret forbedring af patientsikkerheden og for at udvikle bedre redskaber til overvågning og analyse på området.
- En national strategi for arbejdet med patientsikkerhed og udviklingen af området.

SUMMARY

Birgit Viskum, Andreas Granthof Juhl, Inge Pedersen & Michael Dyre Stæhr:

Need for innovation in working with adverse events
Ugeskr Læger 2011 May 2 [Epub ahead of print]

Patient safety has been in focus in the Danish health care for the past five years, with a mandatory reporting system for adverse events/incidents at hospitals. The incidents have been

analysed with the Root Cause Analysis. This analysis is a relatively simple linear cause effect analysis, however, not suitable for the use in a complex sociotechnic health-care system. There is a need for other methods and approaches, which can reflect this complexity and focus on the future prospective prevention.

KORRESPONDANCE: Birgit Viskum, Center for Kvalitet, Region Syddanmark, P.V. Tuxensvej 5, 5500 Middelfart. E-mail: birgit.viskum@dadlnet.dk

ANTAGET: 16. marts 2011

FØRST PÅ NETTET: 2. maj 2011

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Rambøll Management. Evaluering af lov om patientsikkerhed. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2006.
2. Lov nr. 429 af 10. juni 2003 om patientsikkerhed (bestemmelserne er senere indarbejdet i sundhedsloven).
3. Ternov S. Människor och misstag i sjukvården. Lund: Studentlitteratur, 1998.
4. Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Årsrapport 2009. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
5. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskr Læger 2001;163:5370-8.
6. Vincent C. Is health care getting safer? BMJ 2008;337:1205-7.
7. Pham JC, Gianci S, Battles J et al. Establishing a global learning community for incident-reporting system. Qual Saf Health Care 2010;19:446-51.
8. Jensen EB. Kerneårsagsanalyser, et kompendium for risikomanagere og andre med ansvar for analyse af utilsigtede hændelser. Dansk Selskab for patientsikkerhed, 2004. <http://www.sikkerpatient.dk/professionelle/materialer/laeringsaet/kernearsagsanalyser.aspx> (4. april 2011).
9. Nøhr C. Sociotekniske studier kan skaffe indsigt i komplekse arbejdsgange. Ugeskr Læger 2010;172:787-90.
10. Koester T. Terminology work in maritime human factors. København: Bogforlaget Frydenlund, 2007.
11. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents: The London Protocol. Clin Risk 2004;10:211-20.
12. Reason J, Hollnagel E, Paries J. Revisiting the "Swiss cheese" model of accidents. EEC Note No. 13/06.
13. Wu AW, Lipshutz AKM, Pronovost PJ. Effectiveness and efficiency of root cause analysis in medicine. JAMA 2008;299:685-7.
14. Jensen HI, Christensen M, Hansen MD et al. Patientsikkerhed i medicinsk teknologivurderingsperspektiv. Ugeskr Læger 2010;172:1606-9.
15. Landrigan CP, Parry CJ, Bones CB et al. Temporal trends in rates of patient harm. N Engl J Med 2010;363:2124-34.