

AKTUELT

30. JAN 2015

<http://ugeskriftet.dk/debat/maaling-af-patientsikkerhed-nybrud-eller-gang-paa-stedet>

Måling af patientsikkerhed – nybrud eller gang på stedet?

BIRGIT VISKUM & HENRIETTE LIPCZAK

Overlæge Birgit Viskum, formand for Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Kvalitetsafdelingen, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg E-mail: birgit.viskum@svs.rsyd.dk Overlæge Henriette Lipczak, bestyrelsesmedlem i Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dokumentation & Kvalitet, Kræftens Bekæmpelse E-mail: hlz@cancer.dk Interessekonflikter: ingen

Sygehusene skal måles på antallet af patientskader. Det har regeringen og regionerne bestemt. Nu har hospitalerne møjsommeligt indsamlet data og sendt deres første afrapporteringer. Men de er baseret på invalide målingsmetoder og siger ikke noget om de faktiske forhold.

I økonomiaftalen 2013 mellem regeringen og Danske Regioner er det aftalt, at antallet af skader på patienter skal reduceres med 20 procent over tre år.

Regionerne har besluttet, at anvende metoden Global Trigger Tool (GTT) til at monitorere udviklingen i patientskader over tid i relation til målet i økonomiaftalen. Det skal ske ved, at regionerne gennemgår 20 journaler pr. hospital pr. måned og afrapporterer opgørelserne halvårligt. Hospitalerne har netop afleveret data fra første halvår 2014 (januar-juni) og data fra en baseline, der består af minimum otte målepunkter fastlagt på baggrund af journaler fra 2012 eller 2013. Når Danske Regioner publicerer de nævnte data, vil man kunne se tal for udviklingen i skader målt med GTT. Problemet er, at det ikke siger noget om den faktiske udvikling, fordi GTT-metoden ikke er tilstrækkelig pålidelig.

Resursekrævende dataindsamling

Regeringen sætter med den nye sundhedsstrategi fokus på kvalitet og patientsikkerhed. »Sundhedsvæsenet skal måles på kvaliteten i behandlingen, og hvilken effekt patienterne har af den«, og »Unødvendige dokumentationskrav og procesmål skal undgås« [1]. Effekt og gennemsigtighed for patienterne skal i fokus i stedet for »bevidstløs« resursekrævende dataindsamling, der ikke gør den store forskel for kvaliteten og patientsikkerheden. Regeringens ambition er, at målinger af effekt og kvalitet skal føre til løbende kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet. Det er ambitiøst, udfordrende og meningsfuldt.

Forskningsnetværk for Patientsikkerhed og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (FPKS), der blev dannet i 2010, har en lignende ambition; et ønske om praksisnær og vidensbaseret

udvikling af kvalitet og patientsikkerhed. FPKS har fokus på de større nationale indsætter, specielt den lovbestemte rapportering af utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase [2] og de tiltag, som indgår i regionernes økonomiaftale for 2013, hvor målet er en reduktion af antallet af patientskader på 20% over tre år (3). FPKS' fokus har især været på, om man ud fra den foreliggende viden kan sandsynliggøre, at de iværksatte indsætter kan forventes at give de tilsigtede resultater. Målinger er en vigtig del af dette.

Uklare mål

Dansk Patientsikkerhedsdatabase er ikke tænkt som et måleredskab. Alligevel bliver den indimellem brugt som sådan. Måske fordi rapporteringssystemet er blevet tildelt en helt central plads i den nationale indsats for at bedre patientsikkerheden, eller fordi det fra starten ikke har været tydeligt, hvad rapporteringssystemet kan og specielt hvad det ikke kan bruges til. Til trods for, at der er brugt mange ressourcer på rapporteringen, er det vanskeligt at sige noget om effekten af systemet. Det er også uvist, om rapporteringssystemets design er optimalt i forhold til forbedring: Er fokus på udvalgte hændelsestyper hensigtsmæssig? Er balancen mellem fritekst og afkrydsningsfelter fordelagtig? Bliver information om kontekst og eksisterende sikkerhedsbarrierer samlet op? Får vi identificeret indsætter, der kan udbedre specifikke sikkerhedsproblemer? Ved et FPKS-arrangement om hændelsesrapportering i 2014 var der et generelt ønske om mere viden om de mange ubesvarede spørgsmål. Derudover var der tilslutning til at se rapporteringssystemet som blot én blandt flere metoder til belysning af sikkerheden – og til at få rapporteringen af utilsigtede hændelser placeret i og sammenlignet med øvrige relevante datakilder og -metoder (f.eks. indikatormåling, patientrapporterede oplysninger, daglige sikkerhedstjek, klagesager og sikkerhedskulturmåling).

I forlængelse af regionernes og regeringens aftaler med mål om reduktion af antallet af patientskader [3] blev det – formentlig i mangel af bedre – besluttet at monitorere udviklingen i skadesforekomsten med det såkaldte GTT [4].

Problemerne ved GTT som metode er beskrevet i forskellige studier – senest i en systematisk gennemgang af Pronovost [5]. Studierne viser, at pålideligheden af målingerne er for dårlig til at give et retvisende billede af udviklingen i skader:

- GTT omfatter ikke alle skader. Blandt andet er skader som følge af unkladelse af handlinger ikke inkluderet.
- Mange triggers og skader er ikke tilstrækkeligt defineret. Det giver anledning til subjektive vurderinger.
- Risikoen for utilsigtede hændelser afhænger af sygdommens kompleksitet og af behandlingstyper. Variation over tid i patientgrundlaget (case mix) vil derfor påvirke antallet af skader – uden at det er udtryk for et ændret skadesmønster på sygehuset

- GTT er baseret på journalgennemgang og dermed afhængig af, om hændelser er dokumenteret/sporbare i journalen.
- Lige nu er alle sygehuse i Danmark i gang med at bruge betydelige resurser på GTT-måling af skader og dermed tilvejebringe data, som i værste fald kan være vildledende.

Pronovost konkluderer, at GTT har de samme metodiske svagheder som rapporteringssystemer til utilsigtede hændelser med hensyn til at kunne give et dækkende billede af skader [5]. Det konkluderes, at den primære gevinst ved brug af GTT er at skabe grundlag for hypoteser og refleksion i forhold til, hvad der kan ske for den næste patient. Altså samme gevinst, som man kan få af rapporterede utilsigtede hændelser.

Forkert metode

Hvis regeringens ambitiøse strategi skal lykkes, skal der fokuseres på indsatser, der giver mening og forbedrer patientsikkerheden. Målinger skal således give et retvisende billede af patienternes sikkerhed i går, i dag og i morgen. Og den læring, der er central i arbejdet, skal ikke blot identificere risici, men også føre til forbedring. Her slår GTT som metode ikke til. Nationale eksperter skal bruges til at få arbejdet på rette vej. Eksperterne kan i den sammenhæng være patienterne, der kan bidrage med stor viden om de patientnære processer og det samlede forløb. Men der er også brug for klinikere med faglig indsigt og viden om kvalitets- og sikkerhedsudfordringer samt måleeksperter, der kan give allerede anvendte måleværktøjer et kritisk eftersyn samt kaste lys over deres anvendelsesområder og eventuelle begrænsninger.

Regeringens udspil til højnelse af kvalitet i patientbehandlingen lægger op til nytænkning og justering af eksisterende aktiviteter. I den forbindelse vil FPKS opfordre til:

- at det afdækkes, hvilket videns- og forskningsbehov om patientsikkerhed der er behov for på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet, herunder til henholdsvis måling, styring og forbedring af patientsikkerheden
- at der ikke kun arbejdes med data om skader i går, men også fokuseres på styring af sikkerheden i morgen
- at metoder, der anvendes til måling af patientsikkerheden, underkastes en faglig vurdering af måleegenskaberne, så anvendelsesområde og eventuelle begrænsninger er kendte
- at der investeres i udvikling af pålidelige mål for patientsikkerheden og implementeres effektive monitorerings- og feedbacksystemer
- at der investeres i udvikling af automatisk datafangst, hvor det er muligt at trække meningsfulde og pålidelige data automatisk, så resursetrækket til dataindsamling minimeres

- at handling på identificerede sikkerhedsproblemer synliggøres, så der bliver en tydelig sammenhæng mellem monitorering og forbedring.

FPKS finder det overordentlig positivt, at regeringen med sit nye sundhedsudspil søger at forbedre behandlingskvaliteten via synlighed og åbenhed om resultater. Det er afgørende, at de resultater, der anvendes som styringsværktøj, er reelle mål for kvalitet og patientsikkerhed og ikke blot elastik i metermål.

FAKTABOKS:

Fakta om GTT

GTT-metoden er baseret på en gennemgang af en stikprøve af journaler på afsluttede indlæggelser. Via forekomsten af såkaldte triggere i journalerne identificeres patientskader, og skadernes alvor vurderes.

Triggere er blot signaler om, at der kan være sket en patientskade. F.eks. giver positiv bloddyrkning (triggeren) anledning til at undersøge, om der er tale om en hospitalserhvervet infektion, som i givet fald vil være en (midlertidig) skade. En trigger er således et advarselssignal, der giver anledning til nærmere og målrettet undersøgelse for eventuelle skader. Rationalet bag anvendelsen af triggere er, at en positiv trigger kan give et fingerpeg om, hvor i journalen man skal lede efter en eventuel skade, således at man undgår at skulle nærlæse hele indlæggelsesforløbet.

En skade defineres som: »Utsigtet fysisk overlast, opstået helt eller delvist som følge af behandling og pleje, og som medfører øget monitorering, behandling, hospitalsindlæggelse eller død«.

LITTERATUR

- Jo før – jo bedre. Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. Regeringen, 2014. www.altinget.dk/misc/Sundhedsudspil-Jo-foer-jo-bedre-aug-2014.pdf.
- Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). <http://dpsd.demo.privatsite.dk/>.
- Aftale om regionernes økonomi for 2013. Regeringen og Danske Regioner, 2012. www.regioner.dk/~media/Aftale_DR_endelig%202012.ashx.
- Global Trigger Tool. En oversættelse af IHI's værktøj tilpasset danske forhold. Middelfart: Center for Kvalitet, Region Syddanmark, 2008. <http://centerforkvalitet.dk/wm325293>.
- Pronovost PJ, Wachter RM. Progress in patient safety: a glass fuller than it sSeems. *Am J Med Qual* 2014;29:165-9.

SVAR:

Sundhedspolitisk direktør Erik Jylling, Danske Regioner: ejy@regioner.dk
Interessekonflikter: ingen

I kronikken »Måling af patientsikkerhed« kritiserer forfatterne måleinstrumentet Global Trigger Tool (GTT) for at være uegnet til at måle udviklingen i patientskader. Svaghederne ved GTT redegøres der udmærket for i kronikken, og Danske Regioner er grundlæggende enige i kritikken.

Som nævnt i kronikken anvendes GTT i dag som måleværktøj i forhold til målet om 20 procents reduktion i antallet af patientskader. Et mål, der fremgår af aftalen om regionernes økonomi fra 2013.

I forbindelse med de årlige økonomiaftaler mellem regionerne og regeringen fastsættes der skiftende service- og kvalitetsmål. Disse mål er udtryk for et legitimt krav fra centralt hold om at kunne måle, om samfundet får en tilfredsstillende kvalitet i sundhedsydelserne for skattekroneerne.

Danske Regioner ser gerne, at der findes et alternativ til GTT. Udbyttet ved at anvende GTT har ikke levet op til de forhåbninger, man havde, da værktøjet i sin tid blev valgt. Samtidig har det vist sig meget resursekrævende at arbejde med GTT. Der er således skabt et tungt registreringsbureaukrati, som det ikke giver meget mening at opretholde.

Da økonomiaftalen fra 2013 naturligvis skal overholdes, er det en præmis, at et nyt måleværktøj skal være bedre end GTT. Hvis kritikken af GTT skal have nogen effekt, må man derfor foreslå brugbare alternativer.

Danske Regioner er i dialog med Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse om GTT, og der er i regionerne sat gang i en proces for at finde alternativer til GTT. Men Danske Regioner er også åbne for gode forslag udenfor egne rækker. Kritikerne af GTT er derfor meget velkomne til at bidrage med forslag til måleværktøjer, der er mere velegnede end GTT til måling af udviklingen i patientskader.

Kommentarer:

Kim Lyngby Mikkelsen 2. Feb 2015 16:26

Det er glædeligt at Danske Regioner tager kritikken af Global Trigger Tool (GTT) ad notam, og det også kun rimeligt, at de beder kritikerne være konstruktive og komme med forslag til, hvad der kan erstatte GTT, som (bedre) kan give et retvisende billede af patientsikkerheden.

Sikkerhedsmål eller risikomål?

Måling af sikkerhed er et stort problem både for sikkerhedsforskere og for patientsikkerheds- og kvalitets-organisationen i sundhedsvæsnet. Problemet er, at vi ikke rigtigt er i stand til at formulere positive mål for sikkerheden, og derfor i stedet tyr til at anvende negative mål for sikkerhed, ofte udtrykt som "antallet af tilfælde af fravær af sikkerhed", som fx antallet af fejl, hændelsesrapporter, patientskader, osv., og vi stiller os tilfredse med at udtrykke sikkerhed bagvendt, som fravær af sådanne negative hændelser, eller et relative lavt antal hændelser per måleenhed (fx per sengedag). Men sådanne skarpe "fravær af sikkerhed"-hændelser er et dårligt mål for sikkerhed, - det er et risikomål.

Sikkerhed kan i stedet løst defineres som "en kontinuert proces af sikre handlinger i en sikker organisation". Med en sådan definition bliver det hurtigt klart, at de negativt formulerede mål "tilfælde af fravær af sikkerhed" er særdeles ringe. Risikomålene er ringe alene af den grund, at de kun siger, at sikkerheden har været brudt, men de give ikke nogen direkte anvisning på, hvad der skal til, for at forbedre sikkerheden. Men de er ringe særligt fordi de er bagvendte, - i dobbelt forstand. De er bagvendte fordi de er formuleret negativt som risikomål, men de er også bagvendte fordi de ikke er procesmål. I en Donabedians model - med trioens struktur, proces og outcome, - måles risiko i outcome-kategorien, mens sikkerhed skal måles i proces og struktur. Når sikkerhed måles bagvendt som risiko, er det derfor bagvendt ikke blot i en formel forstand, men også i kvalitativ forstand.

Når Danske Regioner skal finde en erstatning for GTT, så er opfordringen derfor den følgende: Led i første omgang efter processer som er hyppige og centrale for patientsikkerheden, og undersøg om disse processer forløber sikkert hver gang, og undersøg, om de strukturer, der skal understøtte disse processer, er optimale. Oprems alle de processer, som skal forløbe sikkert hver gang, og udvid gradvis antallet af overvågede processer, fra globale processer (analog til "global" i GTT) til mere (måske afdelings- eller sygdoms-) specifikke processer, og udvikl parallelt hermed et databasebaseret feedback-system, der kan give klinikerne mm. et tidstro overblik over patientbehandlingen. Samtænk alle de sundhedsdata, der allerede eksisterer, fx de kliniske kvalitetsdatabaser, de patientadministrative systemer, ledelsesinformationssystemer og de tværgående registre i staten. Måske er der allerede en lang række overvågede processer, som direkte, eller i modificeret form, kan bruges som patientsikkerhedsmål?

Kim Lyngby Mikkelsen

Læge, ph.d. og tidl. sikkerhedsforsker.

Lars Ulrik Gerdes 9. Feb 2015 00:00

Jeg kan absolut ikke være mere enig i synspunkterne fra Henriette Lipczak og Birgit Viskum, eller med Kim Lyngby Mikkelsen. Se

http://www.kliniskbiokemi.net/pdfiles/Ugeskr_Blog_UlrikGerdes_MaalingKvalitet.pdf