

Kvalitet: Fokus på diagnostiske fejl

Blogindlæg på ugeskriftet.dk

Ulrik Gerdes :: ulrik.gerdes@dadlnet.dk

[Indlægget blev publiceret på ugeskriftet.dk den 15-10-2015]

»Nej, jeg ved ikke hvad patienten døde af, men det var vist ikke noget alvorligt« [Anonym]

Et brag af en rapport fra *Institute of Medicine* i USA

Nogen har lige rullet en stor, tonstung og knaldrød kampvogn tværs gennem det ofte ret uoverskuelige og sammenfiltrede kvalitets- og patientsikkerhedskrat i sundhedsvæsenet, og har parkeret den lige midt på kvalitetsudviklingsmiljøernes centrale markeds- og udsigtsplads.

Disse »nogen« er ikke nogen-hvem-som-helst, men en stor arbejdsgruppe under det amerikanske *Institute of Medicine* (IOM; siden juli 2015 en sektion under the *National Academies of Science, Engineering, and Medicine*) — og kampvognen er publikationen af »*Improving Diagnosis in Health Care*« — en cirka 450 sider lang rapport, med en imponerende bredt anlagt, dybdeborende og videnskabeligt underbygget kritisk konstruktiv analyse af de omfattende og mangeartede problemer med diagnostiske fejl i sundhedsvæsenet. Og med forslag til forbedringer, naturligvis.

Jeg er i skrivende stund ikke helt færdig med at nærlæse rapporten, men vil ikke desto mindre varmt anbefale alle der er beskæftiget med og/eller interesserer sig for kvalitetsforbedringsarbejde i sundhedsvæsenet at gøre det. Det gælder især læger (en nærmere forklaring følger).

Hent hele rapporten, en kort version og mere information

Det er nemt —

- [Link til *The National Academies website*](#), hvorfra det hele kan hentes kvit og frit, eller kan læses online.
- Der findes samme sted links til to ældre skelsættende rapporter fra IOM, nemlig »*To Err is Human: Building a Safer Health System*« fra 2000 og »*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*« fra 2001.
- Hvis man har brug for en motiverende appetitvækker, kan jeg anbefale en lille perspektiverende artikel i *New England Journal of Medicine* i september 2015 af Khullar et al. »*Reducing diagnostic errors – why now?*«

Baggrunden for arbejdet med rapporten

Forfatterne indleder med at konstatere [side 1-1] —

»For decades the delivery of health care has proceeded with a blind spot: Diagnostic errors—inaccurate or delayed diagnoses—persist throughout all care settings and harm an unacceptable number of patients. Getting the right diagnosis is a key aspect of health care, as it provides an explanation of a patient's health problem and informs subsequent health care decisions. Diagnostic errors can lead to negative health outcomes, psychological distress, and financial costs. If a diagnostic error occurs, inappropriate or unnecessary treatment may be given to a patient, or appropriate—and potentially lifesaving— treatment may be

withheld or delayed. However, efforts to identify and mitigate diagnostic errors have so far been quite limited. Absent a spotlight to illuminate this critical challenge, diagnostic errors have been largely unappreciated within the quality and patient safety movements. The result of this inattention is significant: It is likely that most people will experience at least one diagnostic error in their lifetime, sometimes with devastating consequences«

Der udtrykkes flere steder i rapporten en vis undren, eller ligefrem forbavelse over, at dette vigtige emne så længe har være ignoreret eller forsømt i kvalitetsforbedrings- og patient-sikkerhedsmiljøerne i sundhedsvæsenet. Der kan være flere forklaringer, men fraværet af entydige definitioner af diagnostiske fejl og metodologiske vanskeligheder ved at måle forekomsten af fejlene (eller kvaliteten af diagnostik i det hele taget), har givetvis spillet en rolle. Der har sandsynligvist også været en betydelig gøgeungeeffekt af de mange andre kvalitetsforbedringsaktiviteter der udfoldes, dvs. at emnet er blevet lempet ud af reden. Og måske som en uheldig konsekvens af, at der har været for få læger i miljøet til at fremhæve og forsvare emnets centrale betydning.

Udvikling af en begrebsmodel og en definition

Udvalget konkluderede tidligt i arbejdet, at et snævert fokus på reduktioner af diagnostiske fejl ikke ville kunne understøtte og medføre de nødvendige omfattende ændringer af tingenes tilstand. De udviklede derfor en begrebsmodel til beskrivelsen af den diagnostiske proces, beskrivelser af de arbejdsrelaterede (work system) forhold og faktorer der påvirker denne proces, og til identifikation af de muligheder der findes for at forbedre den diagnostiske proces og resultaterne (outcomes), først og fremmest for patienterne, men også for systemet.

Ud over dette grundlæggende værktøj, blev de blev også enige om en robust definition på diagnostiske fejl, hvor synsvinklen i høj grad er patienternes, nemlig —

A diagnostic error is the failure to (a) establish an accurate and timely explanation of the patient's health problem(s) or (b) communicate that explanation to the patient.

Definitionen kan måske ligne noget der lige er rystet ud af ærmet over en kop kaffe en sen eftermiddag, dvs. at være for simpel og uigennemtænkt. Det er absolut ikke tilfældet.

Strukturen i rapporten

Efter et indledende kapitel er rapporten er organiseret i 3 sektioner —

- Den første består af kapitel 2 og kapitel 3, som er henholdsvis en meget grundig og lærerig indføring i den diagnostiske proces (og herunder de finurlige kognitive funktioner og analytiske ræsonnementer vi mennesker benytter os af) og et tilsvarende grundigt og læseværdigt overblik over diagnostiske fejl i sundhedsvæsenet: Definitioner, overforbrug i diagnostiske processer, samt målinger og vurderinger af diagnostiske fejl.
- Den anden sektion består af kapitel 4 til 8, som vedrører —
 - Diagnostiske teams og opgaver: Forbedring af patientinvolvering og sundhedsprofessionelles uddannelse og træning i diagnostik
 - Teknologi og værktøjer i den diagnostiske proces, med særligt fokus på anvendelsen af sundheds-it.
 - Organisatoriske karakteristika, fysiske miljøer og den diagnostiske proces, med fokus på forbedringer af læring, kultur og understøttende arbejdsprocesser.

- Indflydelsen af eksterne miljøer på diagnostik, hvor der ses på rapportering og læring af diagnostiske fejl, ansvar og erstatningssager, risikostyring og økonomiske afregningsmodeller der understøtter den diagnostiske proces.
- Forskning i den diagnostiske proces og diagnostiske fejl. Det fremhæves som meget vigtigt i rapporten, da manglende forskning i diagnostik antageligt er en af årsagerne til at emnet er blevet så stedmoderligt behandlet i mange kvalitetsudviklingsmiljøer. Der gives også en lang række konkrete forslag til områder der kan og bør undersøges nærmere.
- Den sidste sektion er et afsluttende kapitel 9 med en række overordnede konklusioner, og aggregerede redegørelser og argumenter for rapportens 8 mål eller målsætninger; se nedenfor.

Rapportens 8 mål og tilhørende anbefalinger

Baggrundene for disse mål (eller målsætninger) og de tilhørende, mere specifikke anbefalinger fremgår af teksterne i rapportens anden og tredje sektion.

1. *Facilitate more effective teamwork in the diagnostic process among health care professionals, patients, and their families*
2. *Enhance health care professional education and training in the diagnostic process*
3. *Ensure that health information technologies support patients and health care professionals in the diagnostic process*
4. *Develop and deploy approaches to identify, learn from, and reduce diagnostic errors and near misses in clinical practice*
5. *Establish a work system and culture that supports the diagnostic process and improvements in diagnostic performance*
6. *Develop a reporting environment and medical liability system that facilitates improved diagnosis through learning from diagnostic errors and near misses*
7. *Design a payment and care delivery environment that supports the diagnostic process*
8. *Provide dedicated funding for research on the diagnostic process and diagnostic errors*

Diagnostiske fejl er et voksende problem

Det fremhæves flere steder i rapporten, at problemerne med diagnostiske fejl (eller svigtende kvalitet af de diagnostiske processer) er voksende, især som følge af –

- En voksende population af især ældre mennesker med multiple sygdomme, og tilsvarende blandede og mudrede sygdomsbilleder.
- Et voksende udbud af flere og mere avancerede diagnostiske værktøjer, herunder fx også genomiske og andre –omiske teknikker, som det kan være svært for klinikerne at overskue og anvende korrekt, både når de skal rekvireres og når resultaterne skal fortolkes.
- Et højere og hurtigere turnover af patienter, som medfører at klinikerne har mindre tid til at samle, sortere og fortolke de mange informationer der indgår i en diagnostiske proces.
- Flere fraktionerede (diskontinuerte) patientforløb med involvering af klinikere fra forskellige sektorer eller specialer, som medfører tab af informationer eller andre kilder til nedbrud i de diagnostiske processer.

Kan vi bruge denne IOM-rapport til noget i Danmark?

Det skulle jeg mene. Eller håbe. Og jeg oplevede i hvert fald et pudsigt tidsmæssigt sammenfald mellem udgivelsen af IOM-rapporten og et møde en uge senere.

Lægerne (tilbage) på banen i kvalitetsforbedringsarbejdet

Foreningen af Speciallæger holdt årsmøde fredag den 02-10-2015, med spørgsmålet »Kvantitet og kvalitet på samme tid?« som tema. Og hvor vi bl.a. hørte et særdeles udmærket og inspirerende foredrag af *Bent Hansen* (formand for Danske Regioner), som pointerede, at nu da Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) bliver udfaset i sygehusvæsenet, som Overlægeforeningen længe har ønsket, er det aldeles ikke ensbetydende med at læger kan skubbe stolene tilbage (eller lade dem forblive skubbet tilbage) i arbejde med kvalitetsforbedringer i sygehusvæsenet. Tværtimod.

Det forventes i høj grad, at vi nu hér i 2015 og 2016 rykker stolene frem og bidrager meget aktivt til et forestående stort arbejde med konkretisering og implementering af forbedringsinitiativer i et nyt kvalitetsprogram, der, som *Bent Hansen* sagde, »... skal massere kvalitetsarbejde ind i alle hjørner«. Der skal skabes en kulturændring (som DDKM ikke formåede at skabe), og der skal samarbejdes om at opstille og forfølge en række konkrete kvalitetsmål som er meningsfulde for både borgere, patienter, sundhedsfagligt personale og for aktører i de politisk-administrative strata i sundhedsvæsenet. Der er ikke tid og plads til gratister mere, og der kommer politisk fokus på at kvalitetsmålene opfyldes. Ingen tvivl om det. Og helt i tråd med den opmærksomhed som kvaliteten af sundhedsvæsenets har fået i befolkningen — [se eventuelt også denne beretning i Ugeskrift for Læger fra mødet](#).

Og det vil jo passe fint, for ikke at sige perfekt, hvis vi som læger får lov at trække inspiration fra IOM-rapporten med ind i arbejdet med den nye kvalitetsmodel, som Danske Regioner allerede er ved at skitsere, og snarest får skaffet os både råderum og ansvar for et kvalitetsforbedringsarbejde vedrørende diagnostik. Og måske også kan få afsat nogle midler til løse nogle af de forsknings- og udviklingsopgaver som arbejdet kræver.

Overblikket over et stort område

Og lidt om noget helt andet, som [jeg tidligere har blogget om](#). Det er dejligt at læse en så godt detaljeret og gennearbejdet rapport om et centralt emne vedrørende kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet, og opdage, at der i rapporten faktisk tegner sig et stort og flot landskabsbillede (et oversigtskort), med referencer til næsten alle lag, områder og emner der vedrører kvalitet og patientsikkerhed i et sundhedsvæsen: Rapporten kan anvendes som et godt udgangspunkt for konstruktionen af et effektivt mindmap. Det vil jeg prøve.

Overdiagnosticering?

Det kan diskuteres om overdiagnosticering af sygdomme (og deraf følgende overbehandlinger) skal betragtes som diagnostiske fejl, da det primært vedrører fejl på populationsniveau og ikke (nødvendigvis) individniveau. Overdiagnosticering er imidlertid et problem for både befolkningen og for sundhedsvæsenet, og påvirker kvaliteten af patientbehandlingen, så det bør forebygges.

Jeg vil hér tillade at gøre lidt reklame for [et heldagsmøde om emnet i Jydsk Medicinsk Selskab lørdag den 14-11-2015 på Aarhus Universitetshospital, Risskov](#) [notat den 08-11-2015: Der er desværre lukket for tilmeldinger til mødet].