

Veje til bedre diagnoser

– hvordan kommer vi videre?

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, marts 2020

Opfølgning på rapporten "Veje til bedre diagnoser"

Indhold

1. Indhold	1
2. Indledning	2
3. Problemområder	3
Problemområde: Akutte sygdomme	3
Problemområde: Kræftsygdomme	5
Problemområde: Kroniske sygdomme/multisygdom	5
Problemområde: Psykiatri	5
4. Muligheder for opfølgning	6
Udvidet undersøgelse af forekomst og mønstre	6
Nærmere kortlægning af årsager/dynamik	7
Udvikling af indikatorer til måling af diagnosefejl	8
Udvikling og afprøvning af interventioner (specifikke/generelle)	11
Organisatoriske ændringer lokalt og nationalt	12
5. Bilag	14
Bilag 1: Driverdiagram fra seminar for PSI' bestyrelse og PSI-råd	14

Indledning

Rapporten Veje til bedre diagnoser af Patienterstatningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed peger på "diagnosticeringsfejl" som et alvorligt og omfattende problem. Rapporten bygger på en analyse af Patienterstatningens data og en gennemgang af international litteratur.

Den kvantitative analyse giver et indtryk af forekomsten af diagnosefejl og hvilke sygdomme og specialer, der hyppigst er involveret.

Den kvalitative analyse kigger på, hvilke trin i den diagnostiske proces, der er særligt sårbare. Den kvalitative analyse identificerer desuden to store grupper af patientforløb, der tilsammen udgør 65 % af de gennemgåede sager, nemlig akutte tilstande 40 % (heraf 25 % akutte medicinske og 75 % bevægeapparatet) og kræftsygdomme 25 %.

Kun 4 % af sagerne i analysedataet drejer sig om psykiske lidelser. Det hænger sammen med, at psykiatri af forskellige grunde er underrepræsenteret i Patienterstatningens materiale.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har kigget på, hvilke muligheder der er for at følge op på rapporten og styrke den diagnostiske proces.

Følgende forslag er sammensat på grundlag af de ideer, der blev fremsat ved seminaret for PS!' bestyrelse og Patientsikkerhedsrådet ved lanceringen af rapporten i december 2019, de løsningsforslag, der er præsenteret i rapporten samt gennemgang af international litteratur.

I de røde bokser er refereret forslag fra PS!-seminaret, og i de grå bokse er refereret relevante artikler fra international litteratur.

I bilag 1 er gengivet det driverdiagram, der blev udviklet ved PS!-seminaret i december 2019.

I bilag 2 et eksempel på et driverdiagram fra publikationen *Change Package, Improving Diagnosis in Medicine*, der er baseret på arbejde fra Institute for Healthcare Improvement IHI, og Society to Improve Diagnosis in Medicine (SIDM). De to organisationer er internationalt vigtige aktører inden for diagnosesikkerhed.

Change Package, Improving Diagnosis in Medicine

<https://www.improvediagnosis.org/improving-diagnosis-in-medicine-change-package/>

Opdeling af problemområder

Rapporten veje til bedre diagnoser ser på den samlede forekomst af diagnosefejl, men det er klart, at årsagerne til og mekanismerne bag diagnosefejl er forskellige afhængigt af sygdommens art, fx akut/kronisk, medicinsk/kirurgisk/psykiatrisk.

På baggrund af fundene rapporten vil det være naturligt at opdele det videre arbejde for diagnosesikkerhed i forskellige grupper:

- Akutte sygdomme
 - Ortopædkir
 - Medicinske
 - Diagnosefejl i forbindelse med forværring under hospitalsophold
- Kræftsygdomme
- Andre kroniske sygdomme/multisygdom?
- Psykiatri

Muligheder for opfølgning

Rapporten *Vejle til bedre diagnoser* giver et overordnet billede af omfang og visse mønstre bag diagnosefejl i det danske sundhedsvæsen.

Formålet med rapporten har været at skabe opmærksomhed omkring diagnosefejl og starte en diskussion af, hvordan den diagnostiske proces kan styrkes.

I den kvalitative analyse er patientcasene udvalgt for at give et så bredt billede som muligt af diagnosefejl, og data i den kvalitative analyse er derfor ikke repræsentative for hele Patienterstatningens materiale.

Desuden viste det sig vanskeligt ud fra de analyserede data at udpege de egentlige årsager og dynamikker, der ligger til grund for diagnosefejl.

Der kunne derfor være behov for mere tilbundsgående analyser af forekomst af og mønstre bag diagnosefejl, og derudover behov for en nærmere kortlægning af årsager til diagnosefejl og de dynamikker, der kan ligge til grund.

Det vil desuden være relevant at udvikle og afprøve forskellige interventioner for at styrke den diagnostiske proces. Interventionerne kan være generelle, fx i form af teamtræning og øget involvering af patienter og pårørende, og de kan være specifikke for bestemte områder, fx i form af tjeklister eller beslutningsstøtteværktøjer.

For at monitorere forekomsten af diagnosefejl og for at vurdere effekten af interventioner, er det nødvendigt at udvikle måleredskaber og indikatorer på området. Det kan fx være i form af et trigger tool, der kan udpege patientforløb med særlig risiko for diagnosefejl.

Endvidere er det relevant, at man lokalt i afdelinger og organisationer kigger på, hvordan arbejdet bedst kan tilrettelægges for at styrke den diagnostiske proces. Det kan fx være sikkerheden omkring overlevering af fx laboratorie- og undersøgelsesresultater. Også den regionale og nationale organisering af sundhedsvæsenet har stor betydning for diagnosesikkerheden, fx når det gælder samarbejdet mellem almen praksis og hospital.

Problemområder

Som nævnt er der stor forskel på diagnoseprocessen inden for forskellige sygdomsområder. Derfor er det naturligt at opdele det fortsatte arbejde for diagnosesikkerhed i forskellige problemområder. I det følgende gennemgås karakteristika for nogle af de største problemområder.

Problemområde: Akutte sygdomme

I analysen af Patienterstatningens materialer er der mange eksempler på diagnosefejl, der sker, når patienter kommer ind akut. Det kan være i forbindelse med læsioner, fx seneskader eller knoglebrud, dvs. ortopædkirurgiske lidelser. Eller i forbindelse med akutte medicinske tilstande, som fx hjertekarsygdomme eller infektionssygdomme.

Håndteringen af akutte patienter sker dels almen praksis, dels i akutberedskabet og hospitalernes akutmodtagelser.

Desuden kan der opstå akut forværring hos patienter under indlæggelse på hospital.

Der er forhold omkring den akutte situation, som gør den diagnostiske proces særligt vanskelig, fx tidspres, travlhed og forstyrrelser. Måske er der dårlig tid til at involvere patient og pårørende, eller patienten er for syg til at bidrage til sygehistorien.

I akutte situationer kan det være nødvendigt at stille en diagnose og starte behandling på et ufuldstændigt grundlag af informationer, fordi patientens tilstand er kritisk. Dertil kommer, at akutte tilstande – i hvert fald på hospital - forekommer på alle tider af døgnet, også på skæve tidspunkter, hvor træthed, manglende adgang til kollegial sparring og manglende adgang til erfarne speciallæger kan spille ind.

Den diagnostiske proces i akutte settings

Et multidisciplinært panel bestående af repræsentanter fra mange sundhedssystemer i USA har kigget på den diagnostiske proces i akutmodtagelsen.

Panelet har taget udgangspunkt i den definition af diagnosefejl og den model af den diagnostiske proces, der er beskrevet i rapporten *Improving Diagnoses in Medicine*, udgivet af National Academy of Medicine (NAM), 2015. Det multidisciplinære panel har modificeret såvel definition som model, så det er særligt egnet til brug inden for det akutte område.

Den tilpassede definition af diagnosticeringsfejl lyder: "a divergence from evidence-based processes that increases the risk of poor outcomes despite the availability of sufficient information to provide a timely and accurate explanation of the patient's health problem(s)." Med tilføjelsen: Diagnostic processes include tasks related to (a) acuity recognition, information and synthesis, evaluation coordination, and (b) communication with patients/caregivers and other diagnostic team members.

Panelet har arbejdet videre med NAM's model for den diagnostiske proces (se bilag 3) og tilføjet en række elementer, som er karakteristiske for den akutte situation. Herunder ad hvilken vej, patienten ankommer til hospitalet: Er det fra hjemmet, via akutberedskabet eller fra et andet hospital?

Der er indføjet et triagetrin – hvor man inden den egentlig diagnostiske proces går i gang bedømmer, hvor akut patientens tilstand er. I selve cirklen omkring den diagnostiske proces er indføjet to ekstra elementer: Nemlig "intervention", hvor effekten af en given intervention kan bidrage til at stille diagnosen, og Kommunikation, hvor panelet understreger vigtigheden af kommunikation med patient og pårørende og kommunikation blandt kolleger i det diagnostiske team.

Endnu en vigtig pointe i den nye model er feedback. Det er vigtigt at medlemmerne af det diagnostiske team får tilbagemelding om, hvorvidt diagnosen var korrekt, og hvordan det gik med patienten efterfølgende. Mangler denne feedback, mistes et vigtigt potentiale for læring.

An Operational Framework to Study Diagnostic Errors in Emergency Departments: Findings From A Consensus Panel.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31790012>

Problemområde: Kræftsygdomme

Forsinket diagnose af kræftsygdomme fylder meget i det analyserede materiale. Det drejer sig oftest om de hyppigste typer af kræft, såsom bryst-, tarm- og lungekræft. Det drejer sig ofte om forløb, hvor mistanken om kræft ikke er opstået, eller at en eventuel mistanke ikke har ført til yderligere undersøgelser, dvs. i faserne inden patienten henvises til pakkeforløb.

Et stort tema i diagnosesikkerheden omkring kræftsygdomme er samarbejdet mellem almen praksis og hospital, herunder den praktiserende læges adgang til at konsulterer speciallæger på hospitalet, og mulighed for at henvise patienter til undersøgelser og udredning.

Problemområde: Kroniske sygdomme/multisygdom

I forhold til kroniske sygdomme vedrører diagnoseproblematikken ikke så meget grundsygdommen, men der er i analysen af Patienterstatningens materiale fundet eksempler på, at kronisk sygdom kan "skygge" for diagnosen af ny sygdom.

Desuden er der tal, der tyder på, at diagnosefejl forekommer hyppigt hos patienter, der i forvejen har et højt komorbidietsindex (multisyge eller svært kronisk syge).

Improving Diagnostic Fidelity: An Approach to Standardizing the Process in Patients With Emerging Critical Illness.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31485571>

Problemområde: Psykiatri

En nylig svensk analyse viser, at mennesker med psykiske lidelser er mere udsatte for forebyggelige utilsigtede hændelser end andre patienter. Hyppigt drejer det sig om diagnosticeringsfejl i form af manglende eller forsinket diagnose af somatisk sygdom.

Patient-related factors associated with an increased risk of being a reported case of preventable harm in first-line health care: a case-control study

<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-1087-4>

Imidlertid er det kun 4 % af sagerne i den kvalitative analyse af Patienterstatningens materiale, drejer sig om psykiske lidelser. En årsag hertil kan være, at sagerne i analysen er udvalgt blandt anerkendte sager, hvor patienter har fået erstatning. Generelt er der en lav anerkendelsesprocent i de psykiatriske sager, bl.a. fordi der oftest er tale om meget syge patienter, der efter loven skal tåle en del, før de har krav på erstatning. Dertil kommer, at en del patienter med psykiatriske lidelser er uden for arbejdsmarkedet, og derfor ikke har et økonomiske tab i form af tabt arbejdsfortjeneste og erhvervsevnetab, der ofte er de store erstatningsposter. Hvis man får anerkendt en sag, vil der blive trukket et egetbidrag fra erstatningen på 7.625 kr. (2019-niveau), og hvis det samlede erstatningsbeløb kommer under dette beløb, vil sagen blive afvist.

Det er derfor ikke muligt ud fra Patienterstatningens data at afgøre forekomsten af diagnosefejl blandt mennesker med psykisk sygdom.

Foreslået ved PSI-seminar:

- Der bør sætte uddybende arbejde i gang om patienter med psykiske lidelser og diagnosefejl

Muligheder for opfølgning

Formålet med rapporten *Veje til bedre diagnoser* har som nævnt været at skabe opmærksomhed omkring diagnosefejl og starte en diskussion af, hvordan den diagnostiske proces kan styrkes. Rapportens analyser giver et skøn over omfang og mønstre, men langt fra et udtømmende billede af området.

Der er derfor en række muligheder for uddybning og opfølgning.

Følgende forslag er sammensat på grundlag af:

- ideer, der blev fremsat ved seminaret for PS!' bestyrelse og Patientsikkerhedsrådet ved lanceringen af rapporten i december 2019.
- løsningsforslag, der er præsenteret i rapporten *Veje til bedre diagnoser*
- gennemgang af international litteratur.

Udvidet undersøgelse af forekomst og mønstre

Yderligere analyser på Patienterstatningens data

Den kvantitative analyse af Patienterstatningens data dækker en ti-årig periode og 13.000 sager og må formodes at give et ret præcist billede af forekomsten af diagnosefejl blandt Patienterstatningens data.

Den kvalitative analyse er imidlertid foretaget på et begrænset antal sager, 225 sager i alt. De gennemgåede sager er udvalgt for at være så diverse som muligt og dække et bredt billede af, hvordan diagnosefejl kan optræde.

En kvalitativ analyse af et større antal sager, ville potentielt kunne give uddybende informationer. Det kunne give mulighed for at foretage yderligere analyse på disse sager, fx sammenhæng mellem den eller de berørte faser i den diagnostiske proces og skadens alvorlighedsgrad.

Dette er fx gjort på et større amerikansk materiale fra databasen Comparative Benchmarking System, Controlled Risk Insurance Company Ltd. (CRICO) (se bilag 4).

Medical Malpractice in America. 2018 CRICO Strategies National CBS Report (side 20-22)

<https://www.rmfm.harvard.edu/Malpractice-Data/Annual-Benchmark-Reports/Medical-Malpractice-in-America>

Analyser på andre datakilder,

fx UTH-rapporter fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase ol.

Audit på patientcases og journaler,

fx på patientgrupper, hvor forekomsten af diagnosefejl forventeligt ville være høj, fx

- a. patientforløb, hvor der har været MAT-kald
- b. patienter, der bliver genindlagt inden for to dage efter besøg på akutmodtagelse
- c. patienter, der uventet må overflyttes til intensiv

Diagnosefejl blandt indlagte patienter

Mayo Clinic i USA har gennemført audit på patientjournaler, hvor der i forløbet er kaldt på mobilt akutteam. Dette er en patientgruppe, hvor man regner med at finde en særlig høj forekomst af diagnosefejl op til MAT-kaldet.

I alt 130 patientjournaler er gennemgået ved hjælp af et redskab, der kaldes Taxonomy of where and what error occurred (udviklet af Schiff 2005).

Man fandt, at der hos 23 ud af de 130 patienter var sket en diagnosefejl i form af en forkert eller forsinket diagnose op til MAT-kaldet.

Blandt de patienter, der var udsat for diagnosefejl, var der 60%, der døde under indlæggelsen, mod 18 % i gruppen uden diagnosefejl. Et højt index for komorbiditet gav øget risiko for diagnosefejl, tydende på, at multisygdom (eller alvorlig grundsygdom) øger risiko for diagnosefejl.

Den fase i den diagnostiske proces, der oftest var ramt af fejl, var trinnet "assessment", dvs. lægens kliniske ræsonnement og vurdering af patientens tilstand.

Improving Diagnostic Fidelity: An Approach to Standardizing the Process in Patients With Emerging Critical Illness.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31485571>

Diagnosing diagnosis error (Schiff 2005)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20492/>

Analyser af forekomst af diagnosefejl i psykiatrien

Som nævnt er det vanskeligt ud fra Patienterstatningens data at konkludere noget om diagnosefejl blandt patienter med psykisk sygdom.

Man ved, at der er en underdiagnosticering af somatisk sygdom hos mennesker med psykisk sygdom, og det ville være relevant at kigge nærmere på dette fænomen.

Desuden kunne det være relevant at kigge på, hvor ofte der sker forkert eller forsinket diagnose af psykisk sygdom, og hvilke konsekvenser det kan have. Diagnosefejl i forhold til suicidalrisiko er også relevant.

Nærmere kortlægning af årsager/dynamik

I den kvalitative analyse af Patienterstatningens data har det været vanskeligt at indkredse præcise årsager til de fundne diagnosefejl. Ud fra journalmateriale, lægevurderinger og afgørelsen fra Patienterstatningen, var det svært at se, hvilke overvejelser der var gjort, og hvilke omstændigheder de diagnostiske overvejelser var foregået under. Man kan fx ikke af Patienterstatningens materiale afgøre, om lægen har været under tidspres eller er blevet forstyrret i den diagnostiske proces. Det fremgår fx også sjældent af journalerne, hvorvidt patienten og de pårørende er blevet hørt og inddraget. Det har også været af betydning, at undersøgelsen er retrospektiv, og at der ikke har været adgang til at udforske omstændigheder omkring de kliniske situationer yderligere.

En mulighed for at kortlægge de grundlæggende årsager og dynamikker bag diagnosefejl kunne være metoder som fx observationsstudier eller interviewundersøgelser.

Foreslået ved PSI-seminar

- Observationsstudier almen praksis, hospital (skadestue, ambulatorium, stuegang) – antropologisk tilgang

Omvendt kunne det også være relevant at analysere den diagnostiske proces og opliste de kompetencer hos de sundhedsprofessionelle, der er nødvendige for at gennemføre processen sikkert.

12 nøglekompetencer, der styrker diagnostisk sikkerhed

De sundhedsfaglige uddannelser kan med fordel formidle viden og kompetencer i den diagnostiske proces, mener en tværfaglig ekspertgruppe fra en række hospitaler og organisationer i USA. Faktuel viden om de enkelte sygdomme er nødvendigt for en sikker diagnostik, men ikke tilstrækkelig, mener ekspertgruppen. Den har identificeret 12 kompetencer, der i højere grad kan ruste sundhedsvæsenet og de ansatte til en sikker diagnoseproces. Af de 12 kompetencer er seks individuelle, tre er teambaserede og tre systemrelaterede (se bilag 5).

Blandt de individuelle kompetencer er evnen til at indsamle de relevante informationer og formulere en diagnostisk hypotese, inklusive differentialdiagnoser. Desuden kompetencer i at anvende beslutningsstøtteredskaber og opsøge second opinion, hvis nødvendigt. Og evne til at reflektere og tænke kritisk i forbindelse med den diagnostiske proces.

Blandt teamkompetencerne er inddragelse af patient og pårørende, samarbejde med relevante kolleger og sikker overlevering af patienter og undersøgelsesresultater.

Blandt de systemrelaterede kompetencer er forståelse for, hvordan menneskelige faktorer spiller ind i den diagnostiske proces, udvikling af en kultur med psykologisk tryghed og åbenhed omkring og læring af diagnostiske fejl.

Ekspertgruppen pointerer, at disse kompetencer er relevante ikke blot for læger, men - i tilpasset form - for alle der arbejder sundhedsvæsenet.

Ekspertgruppen har derudover identificeret en række menneskelige attituder, der er fremmende for den diagnostiske proces, fx ydmyghed, empati, nysgerrighed og tålmodighed.

Competencies for improving diagnosis: an interprofessional framework for education and training in health care

<https://www.degruyter.com/view/j/dx.2019.6.issue-4/dx-2018-0107/dx-2018-0107.xml>

Udvikling af indikatorer til måling af diagnosefejl

For at monitorere forekomsten af diagnosefejl og for at vurdere effekten af eventuelle interventioner, er det nødvendigt at udvikle måleredskaber og indikatorer på området. Dette forudsætter, at der er klarhed om definitionen af diagnosefejl. Internationalt anvendes forskellige definitioner, og eventuelt kunne der være behov for en fælle dansk definition. Det kan dog være praktisk at

anvende forskellige definitioner afhængigt af den kliniske setting. Fx har amerikanske forskere tilpasset en definition til brug i akutte patientforløb (se side 4).

For at identificere diagnosefejl i patientforløb er det praktisk at have en række kliniske kriterier, der "fanger" patientforløb med mulige diagnosefejl. Internationalt er man begyndt at udvikle "triggere", dvs. bestemte hændelser eller kriterier, der optræder i patientforløb, hvor patienten er i risiko for diagnosefejl. Det kunne fx være 'genindlæggelse efter mindre end 48 timer efter udskrivelse fra akutmodtagelse', 'pludselig seponering af flere lægemidler samtidig', 'tilkald af mobilt akutteam' osv.

Visse triggere har potentiale til at være real time advarselssignaler, der kan forebygge at diagnosefejl sker hos den konkrete patient. Det kunne fx være, at der er rekvireret tilsyn fra tre eller flere specialer inden for en given tidsramme.

Anvendelse af triggere i den elektroniske patientjournal er en oplagt mulighed, der vil reducere tidsforbrug til gennemgang af journaler.

I Change Package, Improving Diagnosis in Medicine, er foreslået en række indikatorer (se bilag 6).

Screening for diagnosefejl blandt indlagte patienter

En oversigtsartikel i tidsskriftet Diagnosis har samlet en række eksempler på kliniske kriterier, der har været anvendt til at screene patientforløb for diagnosefejl. Generelt mangle validering af de nævnte triggere (bortset fra tilkald af mobilt akutteam). Eksempler fra artiklen er:

Betydelig klinisk forværring

Død, uventet død, død af anden årsag end forventet

Hjertestop, hjertestopkald

Tilkald af mobilt akutteam

Overflytning (uventet) til intensiv, overflytning til højere "level of care", genindlæggelse på intensiv

Dødsfald efter hjertestop/mat-kald, dødsfald efter overflytning til intensiv

Intubation, dialyse, akut kirurgi, uventet procedure

Ikke forventet tidsmæssig udvikling i sygdommen

(Hver sygdom/tilstand har et forventet tidsmæssigt forløb, her prøver man at finde afvigelser fra dette forventede mønster)

Genindlæggelser inden for bestemt tidsrum

Forlænget indlæggelsesforløb

Forsinket behandling, fx (antal hospitalsdage før første kirurgi)

Overflytning til nyt klinisk team/speciale

Overflytning til andet hospital

Overflytning til andet speciale

Ny ansvarlig læge/klinisk team

Ændring i behandlingsplan

Pludseligt stop af medicinsk behandling, fx seponering af fire eller flere lægemidler inden for en sekstimers periode op til 48 timer efter indlæggelse eller 24 timer før udskrivelse.

Ændring fra medicinsk til kirurgisk behandling eller omvendt

Ændring i den registrerede diagnose

Ændring i diagnosen i patientjournalen (fx diagnosen flytter organsystem, fx pancreatitis/AMI)
Patologieresultat er i uoverensstemmelse med tentativ diagnose

Diagnostisk usikkerhed

Tilsyn fra multiple specialer, fx tre eller flere

Clinical criteria to screen for inpatient diagnostic errors: a scoping review.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26097801>

Safer Dx Instrument

Amerikanske forskere har udviklet et redskab, Safer Dx Instrument, til ud fra patientjournalen at identificere patientforløb med diagnosefejl. Redskabet er først udviklet til brug i brug i primærsektoren, men siden tilpasset i et bredt spektrum af settings i sundhedsvæsenet. Det er et screeningsredskab, der ved journalaudit hjælper med at afgøre, om der er sket en diagnosefejl.

Redskabet hjælper revieweren med at gennemtænke fem vigtige aspekter af den diagnostiske proces, 1) mødet mellem læge og patient med sygehistorie, objektiv undersøgelse og ordination af undersøgelser, 2) gennemførelse og fortolkning af diagnostiske test, 3) follow up, 4) henvisning og 5) patientrelaterede faktorer. Redskabet har i alt 13 punkter, der af reviewerne kan scores fra 1-7 (se bilag 7).

Recommendations for using the Revised Safer Dx Instrument to help measure and improve diagnostic safety

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31287795>

Accuracy of the Safer Dx Instrument to Identify Diagnostic Errors in Primary Care

https://www.researchgate.net/publication/295688663_Accuracy_of_the_Safer_Dx_Instrument_to_Identify_Diagnostic_Errors_in_Primary_Care

Advancing the science of measurement of diagnostic errors in healthcare: the Safer Dx framework

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25589094>

Udvikling af elektronisk trigger tool

En artikel beskriver en systematik ud fra hvilken der kan udvikles elektronisk triggere til identifikation af diagnosefejl.

Konkrete eksempler på triggere, der kan anvendes i forbindelse med elektronisk patientjournal er:

- Konsultation i ambulatoriet efterfulgt af uplanlagt hospitalsindlæggelse

- Henvendelse til akutmodtagelsen indenfor 72 timer efter besøg i akutmodtagelsen eller efter udskrivelse
- Rettelse i radiologiske beskrivelser

Eksempler på triggere, der har potentiale til at anvendes real time og fange fejl i det aktuelle patientforløb er:

- Abnormt testresultat, som ikke følges op inden for en given tidsramme
- Mangler i anamnese
- Manglende ordination af relevante undersøgelser

Application of electronic trigger tools to identify targets for improving diagnostic safety

<https://qualitysafety.bmj.com/content/28/2/151>

Udvikling og afprøvning af interventioner (specifikke/generelle)

For at styrke den diagnostiske proces er det oplagt at udvikle og afprøve forskellige interventioner. Interventionerne kan være generelle, fx i form af teamtræning og øget involvering af patienter og pårørende, og de kan være specifikke for bestemte områder, fx i form af tjeklister eller beslutningsstøtteværktøjer.

Eksempler på forslag til interventioner fra PSI-seminar:

- Læger fra somatisk afdeling skal gå stuegang på psykiatrisk afdeling – sådan at man tidligere opdager somatisk sygdom
- Henvielse af den bøvlende patient til "der er noget galt"-ambulatoriet
- Aktiv lytning, teamtræning, 'stop the line' for patienten
- Decision support, it, støtte til både diagnosticering, differentialdiagnose og sjældne tilstande
- Fra studiestart til pension: læring og træning i diagnostiske reasoning og teamsamarbejde
- Tværfagligt forum for svære "cases", interessant for lægerne og fører til diagnose for patienter, som længe har været uafklarede

Afprøvning af interventioner til at reducere diagnostiske fejl

En oversigtsartikel fra Australien vurderer forskellige strategier, der har til formål at reducere forekomsten af diagnosefejl. I alt 26 studier indgår, hvoraf 9 er randomiserede, kontrollerede undersøgelser (RCT). De afprøvede interventioner falder inden for følgende temaer: Kommunikation, auditprocesser, ekstra bedømmelse af patienter, it beslutningsstøtte systemer, tjeklister og uddannelse.

Generelt fandt man begrænset evidens for alle typer af interventioner. Dog er der et ældre studie, der viser, at en langtidsindsats med flere interventioner, uddannelse, feedback, fejl-analyse, havde effekt på antallet af fejl i bedømmelse af røntgenbilleder i akutmodtagelsen.

Strategies to reduce diagnostic errors: a systematic review

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31470839>

Reducing errors made by emergency physicians in interpreting radiographs: longitudinal study

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10720354>

Organisatoriske ændringer lokalt og nationalt

De overordnede organisatoriske rammer har stor betydning for den diagnostiske sikkerhed. Aktivitetspres, kompetenceniveau hos de sundhedsprofessionelle, mulighed for kollegial sparring, mulighed for henvisning til undersøgelser, ventetider, patientflow osv. Disse faktorer og mange andre giver muligheder og sætter begrænsninger for den diagnostiske proces.

Rapporten *Veje til bedre diagnoser* opfordrer til, at man lokalt i afdelinger og organisationer kigger på, hvordan arbejdet bedst kan tilrettelægges for at styrke den diagnostiske proces.

Det kan fx være sikkerheden omkring overlevering af fx laboratorie- og undersøgelsesresultater.

Også den regionale og nationale organisering af sundhedsvæsenet har stor betydning for diagnosesikkerheden, fx når det gælder samarbejdet mellem almen praksis og hospital.

En mulighed for at styrke området på landsplan er at inkorporere indsatsen for diagnosesikkerhed i det nationale kvalitetsprogram.

Bud på handlingsplan for en organisation

Hospitalssystemet Geisinger i Pennsylvania, USA, har udviklet en fem-punkts handlingsplan, der skal styrke den diagnostiske proces på organisationens hospitaler og klinikker. Planen er udarbejdet i samarbejde med den internationale ekspert på området, professor Hardeep Singh, fra *Center for Innovations in Quality, Effectiveness and Safety, Michael E. DeBakey VA Medical Center i Houston, Texas*.

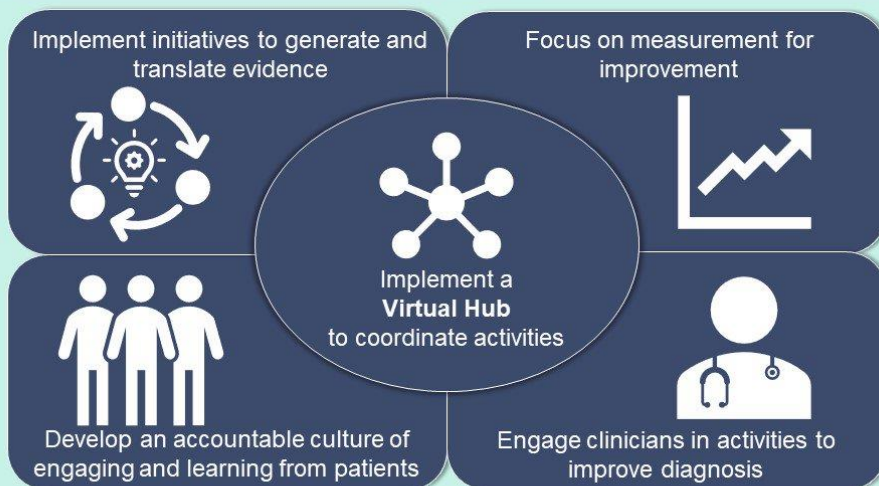
Geisinger har gennem en årrække arbejdet for at forebygge diagnosefejl og opbygget erfaring på området. Strategien kaldes Learning and Exploration of Diagnostic Excellence, LEDE.

Erfaringerne fra Geisinger kan være relevante i forhold til en ny dansk rapport om diagnoser og patientsikkerhed "Veje til bedre diagnoser", der er offentliggjort af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i samarbejde med Patienterstatningen.

De fem handlinger, som en organisation kan iværksætte for at styrke den diagnostiske proces:

- Etablere en komite, der på tværs af organisationen koordinerer indsatsen for forbedrede diagnoser, indsamler erfaringer, identificerer risici, prioriterer interventioner og fremmer lærings- og sikkerhedskultur.
- Bidrage til indsamling af videnskabelig viden og evidens på området og afprøvning af nye tiltag i praksis.
- Iværksætte målinger med det formål at forbedre – ikke til belønning og straf.
- Involvere klinikere i arbejdet for at styrke den diagnostiske proces og italesætte eventuelle hændelser som potentiel mulighed for læring – og ikke negativt som individuelle fejl.
- Styrke en kultur, hvor man engagerer og lærer af patienter og pårørende.

An Action Plan for Developing LEDE Organizations LEDE = Learning & Exploration of Diagnostic Excellence



Singh H, Upadhyay DK, & Torretti D. Developing health care organizations that pursue learning and exploration of diagnostic excellence: An action plan. *Acad Med.*

Handlingsplanen er beskrevet i en artikel i tidsskriftet Academic Medicine, Journal of the Association og American Medical Colleges.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31688035>

<https://insights.ovid.com/crossref?an=00001888-900000000-97395>

Geisingers indsats for en styrket diagnostisk proces er beskrevet på organisationens hjemmeside:

<https://www.geisinger.edu/research/research-and-innovation/learning-healthcare-system/safer-dx>

Og på hjemmesiden for organisationen Society to Improve Diagnosis in Medicine, SIDM:

<https://www.improvediagnosis.org/act-for-better-diagnosis/learning-from-diagnostic-opportunities/>

Bilag

Bilag 1: Driverdiagram fra seminar for PS!' bestyrelse og PS!-råd

Driverdiagram for en styrket diagnostisk proces

MÅL	PRIMÆRE DRIVERE	SEKUNDÆRE DRIVERE
Rette diagnose til rette tid	Team/udvidet team	
	Organisation	
	Viden/kompetencer	
	IT	
	Kultur/dialog	
	Lægens rolle	
	Patientens rolle	
	Data	



Dansk Selskab for
PatientSIkkerhed

Vi arbejder for at forbedre patientsikkerheden i
det samlede sundhedsvæsen. Borgere og patienter
skal opleve tryghed, effektivitet og sammenhæng
- hele tiden og for alle.

c/o Frederiksberg Hospital
Vej 8, indgang 1, 1. sal
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

patientsikkerhed.dk

PS!