

Notat om oplæg til sikkerhedsforskning

Erik Hollnagel

Indledning

En konkretisering af forskning omkring patientsikkerhed må begynde med at skabe klarhed over, hvad der menes med patientsikkerhed. Dette kan selvsagt ikke gøres uden at referere til, hvordan begrebet *sikkerhed* anvendes i almindelighed – ikke mindst i de former for industri og virksomhed som sundhedssektoren ofte bruger som forbilleder. Men allerførst må det fastslås, at sikkerhed – og dermed også patientsikkerhed – i sin natur er en social konstruktion. Det betyder, at beskrivelser, målinger og tolkninger af sikkerhed grundlæggende afhænger af en fælles forståelse af, hvad begrebet sikkerhed indebærer. Denne forståelse kan være karakteristisk for en bestemt organisation, branche, eller kultur, og er som regel blevet udviklet gennem mange år. Sikkerhed således er ikke et naturvidenskabeligt fænomen, som f.eks. tyngdekraften, eller en hård kendsgerning¹ som Mont Blanc eller diabetes mellitus, og adskiller sig dermed fra en stor del af de fænomener, som sundhedssektoren til daglig beskæftiger sig med.²

Sikkerhed I: At undgå det forkerte

Sikkerhed har traditionelt været defineret ved sin modsætning, dvs. ved manglende sikkerhed. Hvis en situation eller et system mangler sikkerhed, betyder det, at noget går galt eller kan gå galt. Sikkerhed er derfor defineret som tilstand kendetegnet ved, at noget ikke går galt – eller at *intet* går galt. For eksempel definerer US AHQOR (Agency for Healthcare Research and Quality) sikkerhed som:

'freedom from accidental injury' (frihed fra skader ved uheld)

eller

'avoiding injuries or harm to patients from care that is intended to help them' (undgå skader på patienter som følge af behandling der har til formål at hjælpe dem)

(Til sammenligning defineres sikkerhed af den internationale civile luftfartsorganisation ICAO (International Civil Aviation Organization) som *'the state in which the risk of harm to persons or of property damage is reduced to, and maintained at or below, an acceptable level through a continuing process of hazard identification and risk management.'*)

Konsekvensen af denne definition af sikkerhed er, at sikkerhed – og dermed også patientsikkerhed – opnås ved at forhindre, at noget går galt. Fokus for patientsikkerhedsarbejde – og dermed også patientsikkerhedsforskning – bliver derfor det, som går galt eller som kan gå galt, f.eks. utilsigtede hændelser (UTH) og ulykker. For at forhindre at noget går galt, må man ifølge den traditionelle årsags-virknings hypotese først forstå, hvorfor det kan gå galt. Dvs., at man må

1 I moderne filosofi skelnes mellem *institutionalised facts* og *brute facts*. Med denne sprogbred er sikkerhed et *institutionalised fact*.

2 Det samme gælder selvfølgelig for alle andre begreber, som er sociale konstruktioner, som f.eks. kvalitet.

fastlægge årsagerne til manglende sikkerhed. Dernæst må man prøve at forhindre, at noget kan gå galt, f.eks. ved at fjerne årsagerne eller svække mulige årsags-virknings relationer. Og endelig må man prøve at måle resultatet, dvs. øget sikkerhed, ved at tælle hvor mange færre ting som går – eller gik – galt.

Denne forståelse af sikkerhed er vidt udbredt, hvilket f.eks. kan ses af hjemmesiden for Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Patientsikkerhed defineres her som:

“sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.”

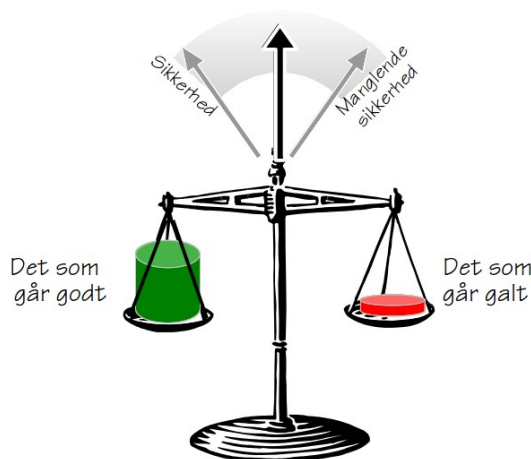
Det forklares videre, at man for at opnå denne sikkerhed må finde de grundlæggende årsager til at noget går galt eller kan gå galt, f.eks. gennem en *kerneårsagsanalyse*.

I DDKM er begrebet sikkerhed ikke defineret direkte, men indgår som en del af definitionen af kvalitet, nemlig i form af ‘minimal patientrisiko.’ En minimal risiko betyder, at sandsynligheden for, at noget går galt, er (acceptabelt) lille. Dette stemmer overens med den klassiske opfattelse af sikkerhed, som f.eks. i ICAOs definition. I handlingsplanen for Region Syd tales der på samme måde om patientrettet risikostyring, men også om patientsikkerhed og risikostyring. Intet af begreberne defineres dog nærmere.

Selv om den traditionelle opfattelse af sikkerhed er vidt udbredt, står den dog ikke uimodsagt. Kritikken er heller ikke ny, men går mindst 20-30 år tilbage. Det er dog først i løbet af det sidste årti, at kritikken er blevet mere udbredt. Det har været medvirkende til udviklingen af alternative opfattelser og ikke mindst til den alternative praksis, der henvises til i det følgende.

En analogi

Man kan illustrere problemet ved det traditionelle synspunkt ved at anvende en analogi med en almindelig skålvægt.



Hvis man tager viserens retning som udtryk for, om noget er sikkert eller usikkert (dvs. risikabelt), så fortæller analogien, at sikkerheden øges, hvis indholdet af højre vægtskål mindskes. Dvs., man bliver mere sikker ved at reducere og/eller eliminere risici og farer. Dette svarer til den traditionelle måde at bedrive sikkerhedsforskning og sikkerhedsudvikling på, f.eks. DDKMs ide

om minimal patientrisiko. (For at analogien skal passe, må man antage, at tab 'vejer mere' end gevinster.)

Analogien viser dog også, at det er muligt at opnå det samme resultat på en anden måde, nemlig ved at sikre sig at noget går godt, hvilket svarer til, at indholdet af venstre vægtskål øges. Denne forståelse er i overensstemmelse med principperne for *resilience engineering*, som siden begyndelsen af det 21. århundrede er blevet udviklet som et alternativ til den traditionelle sikkerhedsforskning. Og det er ikke kun en konklusion af analogien. Rent faktisk forholder det sig i den makroskopiske verden sådan, at hvis noget går godt, så kan det ikke samtidigt gå galt. Med andre ord, hvis man kan sikre sig, at noget går godt, så opnår man samtidigt, at det ikke går galt.

Sikkerhed II: At gøre det rigtige

Som alternativ til den traditionelle definition af sikkerhed (*Sikkerhed I*), kan man foreslå en definition, som stemmer overens med principperne for *resilience engineering*. Her defineres *resilience* som:

‘et systems evne til at justere sin måde at fungere på før, under eller efter ændringer og forstyrrelser, således at det kan opretholde sin virksomhed under både forventede og uventede forhold.’³

Det betyder, at definitionen af sikkerhed ændres fra at være ‘at undgå det forkerte’ til at blive ‘at gøre det rigtige.’ Denne ændring har flere interessante konsekvenser.

- Når man i den traditionelle fremgangsmåde forsøger at forhindre, at noget går galt, så fremmer man ikke samtidigt, at noget går godt. Det er fordi, *Sikkerhed I* antager, at uheld og skader (UTH) har særlig årsager, som man skal forsøge at eliminere eller svække. I modsætning hertil antager *Sikkerhed II* og *resilience engineering* at alt sker på samme måde, uanset om det går godt eller galt. Med andre ord, der er ikke særlige ‘mekanismer,’ som forårsager, at noget går galt (en ulykke), mens andre ‘mekanismer’ forårsager, at noget går godt.
Sikkerhed I antager, at sikkerheden kan forbedres ved at eliminere eller svække årsagerne til det, der går galt. Denne antagelse bygger på *hypotesen om forskellige årsager*. Indholdet af denne hypotese er, at årsagerne til det, der går galt, er forskellige fra årsagerne til det, der går godt. Thi hvis dette ikke var tilfældet, ville man ved at fjerne årsagerne til det, der går galt, også fjerne muligheden for, at noget kan gå godt. Hypotesen om forskellige årsager er imidlertid ikke holdbar, og dermed bortfalder grundlaget for *Sikkerhed I*.
- Ved at gå fra *Sikkerhed I* til *Sikkerhed II* mindskes forskellen mellem sikkerhed og kvalitet. Formålet med kvalitetsarbejde er, at noget lykkes og at man gør det rigtige. Og formålet med sikkerhedsarbejde er, at noget lykkes og at man gør det rigtige. Dvs. i princip nøjagtigt det samme. (Der er selvfølgelig også forskelle, f.eks. i konsekvenserne af dårlig kvalitet og dårlig sikkerhed – i det mindste hvis man ser på de umiddelbare konsekvenser.) Men hvis

3 (På engelsk er definitionen: ‘the intrinsic ability of a system to adjust its functioning prior to, during, or following changes and disturbances, so that it can sustain required operations under both expected and unexpected conditions.’)

formålet med kvalitetsarbejde og sikkerhedsarbejde er det samme, er der ikke nogen egentlig grund til at bruge to forskellige begreber. Patientsikkerhed og kvalitet er dermed ikke længere noget som skal forfølges i to parallelle spor, men i stedet to perspektiver på eller tolkninger af det daglige arbejde i sundhedssektoren.

- Hvor *Sikkerhed I* som regel opfattes som en tilstand eller en kvalitet – ‘medicinamnesen er sikker,’ ‘patientsikkerheden er høj’ – så er *Sikkerhed II* noget der *sker*. Sikkerhed er ikke hvad man har, men hvad man gør! Man kan ikke *være* sikker, men man kan *arbejde* på en sikker måde. Sikkerhed kan derfor ikke måles som resultater (eller som manglende resultater, f.eks. færre ulykker). Sikkerhed må måles ved at karakterisere processen, dvs. den måde, hvorpå et arbejde udføres eller et forløb sker. En evt. forskel i sikkerheden af to forløb kan derfor ikke bestemmes ved at sammenligne resultater (f.eks. antal UTH), men kun ved at sammenligne forløbene selv.

Konsekvenser for patientsikkerhedsforskning

Sikkerhed II betyder, at målet for forskning omkring patientsikkerhed bliver at få folk til at gøre det rigtige. En forudsætning for at kunne få folk til at gøre det rigtige, for at kunne forbedre en arbejdsgang eller et forløb, er at man ved – eller kan få viden om – hvordan arbejdet rent faktisk sker. Fordi patientsikkerhedsforskning har været baseret på *Sikkerhed I*, har vi søgt efter viden om hvorfor, hvornår og hvordan noget ikke virker. Men der er mere brug for viden om hvorfor, hvornår og hvordan noget virker! Det betyder, at forskningen må fokusere på det, der faktisk sker i hverdagen – dvs. fokusere på processer snarere end resultater – og at den må omfatte alle niveauer af en organisation såvel som organisationen som helhed. Det giver også god mening, fordi det er processerne man skal styre for at ændre resultaterne. Og man kan som bekendt kun styre noget, hvis man ved, hvordan det sker.

Et skift fra *Sikkerhed I* til *Sikkerhed II* afskaffer dog ikke de eksisterende problemer i patientsikkerhed. Men et skift medfører, problemerne må angribes på en anden måde, både metodisk og analytisk. Som et første forslag kan forskningen grupperes således:

- **Forskning om hvad man skal måle.** Dette svarer til det generelle problem om indikatorer. Eksempler på forskningsproblemer er: træge og ledende indikatorer; hyppigheden af målinger; målingers pålidelighed (reliabilitet) og validitet; specifikke (lokale) og generelle (globale) indikatorer; forskelle i anvendelsen af indikatorer (f.eks. styring versus rapportering).
- **Forskning om hvordan man kan forstå, hvad der sker.** Her kan man dels se på enkelte hændelser, f.eks. ulykker eller UTH: hvordan kan disse rapporteres, analyseres, fortolkes, og bruges i styringen af arbejder? Eller man kan se på forløb, f.eks. patientovergange (korte, som i FAM eller lange som i kronikerproblemet). Eller på tilpasninger som følge af ændringer (nyt udstyr, nye regler, indførelse af pakkeforløb, ny organisation, ny administration; ny ledelse).

Et skift fra *sikkerhed I* til *sikkerhed II* betyder også, at det bliver meget enklere at studere problemerne, at indsamle data og observationer. Det skyldes simpelthen, at der er så mange flere situationer hvor det går godt, end situationer hvor det går galt.

- **Forskning om hvordan man kan påvirke eller ændre arbejdet.** At konstatere, at noget er tilfældet, er ikke interessant, med mindre det er muligt, at gøre noget ved det. For at kunne ændre på noget, må man vide både hvor man er, og hvor man vil hen, man må vide hvordan processen fungerer (som man skal ændre), og man må vide, hvordan man effektivt kan ændre processens forløb. (Disse forudsætninger er helt generelle for styring og gælder uanset om man forsøger at styre et samfund eller en økonomi, et sygehus, en behandling, en industriel process, en uddannelse, eller en bil.)