



Magna Andreen Sachs, docent, chefläkare, Beställarkontor Vård, Stockholms läns landsting
(magna.andreen-sachs@sl.se)

Högt pris när säkerheten i vården brister



II Patientens säkerhet i samband med vård och behandling torde vara den viktigaste kvalitetsdimensionen inom hälso- och sjukvården. Vad hjälper aldrig så god telefontillgänglighet om man inte kan lita på att rätt saker görs på rätt sätt? Hälso- och sjukvårdslagen föreskriver att vården skall »vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen«. Hälso- och sjukvård är förvisso en riskfylld verksamhet, vilket ställer höga krav på system för riskanalys och förebyggande säkerhetsarbete.

Internationellt har patientsäkerhetsfrågorna kommit i fokus de senaste åren, bl a tack vare en avslöjande rapport från Institute of Medicine, USA, i vilken det beräknades att cirka 44 000 personer – kanske så många som 98 000 – varje år dör som resultat av undvikbara skador i samband med vård på amerikanska sjukhus [1]. Det är fler än de som omkommer i motortrafikolyckor under ett år i USA!

Uppmärksammade avslöjanden om säkerhetsproblem i bl a den engelska hälso- och sjukvården [2] har också bidragit till den internationella fokuseringen på patientsäkerhet.

Socialstyrelsen publicerade förra året rapporten »Patientsäkerhet och patientsäkerhetsarbete« där det anges att 150 personer årligen avlider i Sverige till följd av undvikbara skador uppkomna i samband med vård och behandling. Siffran är sannolikt bara toppen av ett isberg. En dansk journalstudie visade att avvikande händelser inträffade bland 9 procent av inneliggande patienter, att nära hälften av händelserna var undvikbara och att var fjärde ledde till bestående men eller undvikbar död [3].

Landstingens patientförsäkring mottar anmälningar om skador i vården från 0,2 procent av samtliga patienter som vårdas på landets sjukhus. Hälften av dessa anmälningar leder till utbetalning av ersättning, dvs skadan bedöms som »undvikbar« [Kaj Essinger, Stockholm, pers medd, 2003].

17 miljarder dollar i extra vårdkostnad

Nyligen publicerades i JAMA en studie där 18 patientsäkerhetsfaktorer (»patient safety indicators« [PSI]) applicerats på samtliga utskrivningsregistreringar (7,5 miljoner) från 994 sjukhus i 28 stater i USA (motsvarande 20 procent av slutna akutsjukvård i USA) under år 2000 [4]. Med hjälp av sofistikerade statistiska analyser och noggrann kontroll av sk störfaktorer beräknar författarna att för USA som helhet står en-

När säkerheten i vården brister blir priset högt – både för patienten och för samhället. I Sverige beräknas 150 personer dö varje år i samband med vård och behandling på grund av skador som kunde ha undvikits – och troligen är detta bara toppen av ett isberg.

FOTO: ROSENFELD IMAGES LTD/SCIENCE PHOTO LIBRARY

bart dessa 18 PSI för 2,4 miljoner extra vård dagar, 9,3 miljarder dollar i extra vårdkostnader och 32 600 ytterligare dödsfall inom slutenvården per år! Beräkningarna vid Institute of Medicine var högre vad gäller både dödsfall (se ovan) och extra vårdkostnader (17 miljarder dollar), men dessa beräkningar gällde alla vårdrelaterade skador – inte enbart de som berörs av dessa 18 PSI.

PSI är en grupp indikatorer som tagits fram av det statliga amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality för att screena administrativa källor på information om avvikande förlopp/komplikationer inom slutenvården i samband med kirurgiska ingrepp samt andra åtgärder och förlossningar. Information om indikatorerna och hur de tagits fram finns på www.qualityindicators.ahrq.gov/data/hcup/psi.htm. Ett exempel på PSI är »anestesikomplikation«, vilken motsvaras av ett 15-tal koder enligt den kliniska modifikationen av den internationella sjukdomsklassifikationen ICD 9-CM (allt från felplicerad endotrakealtub till biverkan/överdos av anestesimedel). Exempel på andra PSI är trycksår, förlossningsskada och vårdrelaterad infektion.

Studien har gjorts genom sökning på bl a DRG-, diagnos- och åtgärds-koder, vårdtid och fakturerade kostnader i patientadministrativa system.

Författarna inleder artikeln med att konstatera att kunskaperna om vårdskadors prevalens, effekter och prevention är bristfälliga. Den genomförda studien kan dock inte användas för bedömning av skadornas prevalens, vilket författarna själva noga påpekar. Visserligen anges beräknad frekvens för olika PSI i det studerade materialet, men på grund av varierande rapporteringsrutiner kan inga slutsatser dras om verklig förekomst. Uppslag till hur vårdrelaterade skador kan förhindras genom ett systematiskt kvalitetsförbättrande arbete saknas också i artikeln.

Men studien ger en god bild av effekterna av PSI-relatera-

de komplikationer på vårdtider, kostnader och dödlighet. Här skall dock påpekas att det är ökad dödlighet endast under vårdtiden som studerats – inte efter utskrivning från akutsjukhuset. Postoperativ sepsis var den komplikation som orsakade såväl den största ökningen i mortalitet (+ 22 procent) som de största extra vårdkostnaderna (+ 57 700 dollar) och de flesta extra vård dagarna (+ 10,9). Zhans och Millers studie styrker alltså uppfattningen att komplikationer i samband med vård har stora konsekvenser för såväl patienterna och hälso- och sjukvårdssystemet som samhället som helhet.

Det räcker inte med siffror – nytt förhållningssätt krävs

I en ledare [5] i samma nummer av JAMA bekräftas studiens resultat som skrämmande samtidigt som värdet av administrativa data och PSI som underlag för ett processrelaterat förbättringsarbete starkt ifrågasätts. Dels förmår inte PSI skilja mellan undvikbara och icke-undvikbara händelser, dels är underreporteringen av negativa händelser under vårdtiden i administrativa databaser betydande. Sådana databaser är visserligen lättillgängliga och billiga att nyttja för att hämta information ur, men frågan är om de håller måttet för att spegla kvalitet på ett trovärdigt och åtgärdbart vis. Ledarskribenterna jämför sökande i administrativa databaser med att »leta under lampan«, och de menar att det krävs robustare mått och datakällor, vilka ännu ligger i skuggan.

För egen del skulle jag vilja tillägga att det inte räcker med siffror. Det behövs också ett annat förhållningssätt till avvikande händelser och skadeförebyggande arbete i vården än det vi vanligen ser. Det behövs ett förhållningssätt som kännetecknas av öppenhet och aktiv uppmärksamhet på alla avvikande händelser, avsaknad av skuldbeläggande beteende och ett självklart organisations- och professionsöverskridande samarbete inriktat på att analysera avvikelser och risker och på att göra nödvändiga förändringar för att förhindra upprepning. Ett utmärkt och beprövat redskap härvidlag är gemensamma fallkonferenser (anglosaxiska motsvarigheten: mortality and morbidity conferences). Men hur många sjukvårdsorganisationer har idag regelbundna fallkonferenser där det ges möjlighet att öppet och prestigelöst tillsammans lära av inträffade, oplanerade och oönskade händelser?

Ett sådant förhållningssätt och agerande är en förutsättning för att tillgodose patientens behov av att känna trygghet i vården och med behandlingen.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson M, editors. To err is human. Building a safer health system. Washington DC: Institute of Medicine, National Academy Press; 1999.
2. Werkö L. Vi måste kunna lita på den högspecialiserade vården. Läkartidningen 2003;100:2226-8.
3. Schiöler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Forekomsten af utilsigtede haendelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. Ugeskr Laeger 2001;163:5370-80.
4. Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalisation. JAMA 2003;290:1868-74.
5. Weingart SN, Iezzoni LI. Looking for medical injuries where the light is bright. JAMA 2003;290:1917-9.