

Den föränderliga sjukvården en utmaning för patientsäkerheten

RENÉ AMALBERTI, med dr, professor, patientsäkerhetsexpert vid Haute Autorité de Santé, Paris, Frankrike

JON AHLBERG, docent, senior rådgivare, Patientförsäkringen LÖF
Jon.ahlberg@patientforsakring.se

Två tankemönster har präglat sjukvårdens, och i synnerhet sjukhusens, utveckling under 1900-talet. Det ena är idén om den unika tekniska kompetensen. Vård och behandling för allvarliga eller livshotande sjukdomar kunde bara ges på sjukhus där det fanns en tillräckligt avancerad teknisk utrustning och kompetens. Vård utanför sjukhus tillämpades vid enklare sjukdomar eller skador, när det inte krävdes någon särskild teknisk utrustning. Om tillståndet kunde medföra handikapp eller förlust av liv krävdes vård på sjukhus. I bästa fall ledde detta till bot eller överlevnad för en mer eller mindre begränsad tid.

Det andra tankemönstret, som kan kallas »extra allt«, har sin bakgrund i att mycket av den nya teknik som utvecklats under de senaste 50–60 åren (exempelvis nya läkemedel, metoder för visualisering, transplantationer och proteskirurgi) har lett till ett ökande antal vårdtillfällen, fler sjukhussängar, fler och större sjukhus, fler läkare, fler sjuksköterskor och ständigt ökande kostnader.

Huvuddelen av patientsäkerhetsarbetet har utvecklats i denna miljö och kommit att inriktas mot misstag, missbedömningar, felaktigt utförda ingrepp, försummelse, uteblivna åtgärder och liknande.

Av flera skäl är de två ovan beskrivna tankemönstren inte längre möjliga att hålla fast vid. Huvudskälet är inte begränsade ekonomiska resurser eller finansiella kriser, vare sig pågående eller kommande, utan stora medicinska framsteg. Vi ser redan i dag hur de gamla mönstren har brutits i Sverige och hur det lett till nya risker, särskilt i sjukvårdens övergångar.

Medicinska framsteg har i stor omfattning transformerat akuta livshotande sjukdomar till kroniska tillstånd. Det gäller flera cancerformer, infektioner, HIV, stroke, hjärtinfarkt, hjärtinsufficiens och många fler. Allt fler blir dessutom allt äldre och bär med sig en kronisk sjukdom, och riskerar att drabbas av ytterligare en eller flera under sitt återstående liv.

Medicinska framsteg och innovationer har resulterat i kortare vårdtider. Dagkirurgi och radiologiska interventioner leder inte bara till mycket kort vistelse på sjukhus, utan även till snabbare återgång till ett normalt liv, i många fall utan behov av specifika rehabiliteringsinsatser. En vidareutveckling av preventiva åtgärder, screening samt tillämpning av genomik kommer sannolikt att resultera i att diagnoser kan ställas tidigt och att behovet av kraftfullare behandlingsmetoder minskar.

En förändrad struktur behövs i framtiden

Den nuvarande sjukvårdsstrukturen har två väsentliga utmaningar. Den ena är att uppfylla patienters behov och önskemål, den andra är att uppfattas som prisvärd, det vill säga ge

»Medicinska framsteg har i stor omfattning transformerat akuta livshotande sjukdomar till kroniska tillstånd.«



SERIE PATIENTSÄKERHET Detta är den andra artikeln i serien. Den första publicerades i nr 16.

ett tillräckligt utbyte för ett lands insatser i form av finansiella resurser, oavsett om dessa kommer från offentliga eller privata källor.

Patienter med kroniska sjukdomar åldras med sitt tillstånd och kan återgå i arbete, leva ett normalt familjeliv och genomföra sina privata livsprojekt samtidigt som de anpassar sig till den livsstil eller de behov deras sjukdom kräver. Det traditionella sjukhuset är inte anpassat till att vara deras »huvudleverantör« av hälso- och sjukvård, och framför allt inte att vara kärnan i sjukvårdssystemet. I USA konsumerar 30 procent av befolkningen 90 procent av sjukvårdsresurserna [1]. Fortsätter utvecklingen med »extra allt« behövs en omfattande utbyggnad av sjukhus för dessa patienter. Det resulterar i en avsevärd kostnadsökning, och det är osannolikt att det ger denna växande patientgrupp den service de behöver, med individanpassad och lättillgänglig vård nära bostaden.

Det är därför troligt att vi behöver sjukhus med den senaste avancerade teknologin och kompetensen med resulterande korta vårdtider, och ett relativt litet behov av vårdplatser, kanske med en kompletterande utlokaliserad satellitverksamhet. Stora volymer ger säkrare kirurgi, och det gäller i synnerhet de äldre multisjuka [2-4]. Men vi måste också förändra primärvården och öka dess förmåga att ta hand om de allt fler äldre i samverkan med sjukhusansluten vård, särskilda boenden, hemsjukvård och en alltmer avancerad geriatrik.

Vidare krävs nytänkande när det gäller hur sjukvårdssystemet övervakas och granskas. Mycket av det som i dag registreras manuellt kan i en framtid genomföras per automatik och ge mycket stora datamängder – »big data«. Vi behöver gå från

SAMMANFATTAT

Västerländsk sjukvård förändras snabbt till följd av medicinska framsteg och demografiska förändringar.

Tidigare akut livshotande sjukdomar kommer i större omfattning förvandlas till kroniska.

Sjukvårdens specialisering och centralisering lär öka. Mycket av det som i dag utförs på sjukhus kommer att flyttas ut.

Med denna utveckling följer nya patientsäkerhetsrisker.

IT-utvecklingen kan komma att reducera vissa av dagens risker, men nya tillkommer.

Lättillgänglig information om sjukvårdens risker kan öka förtroendet mellan patienter, vårdgivare, myndigheter och finansärer.

Viktigt för framtiden är ökat patientinflytande, men även ett ansvar för att tillsammans med personalen medverka till en säkrare vård.

registrering av enskilda vårdtillfällen, interventioner och mottagningsbesök till att kunna följa patientens resa genom vårdssystemet. Slutligen kommer vi att nödgas tänka i nya banor rörande betalningssystem för att anpassa dem till hur flera olika värdenheter tillsammans, kollektivt och beroende av varandra bidrar i en vårdkedja.

För att realisera dessa idéer krävs en patientmedverkan i en utsträckning vi hittills inte sett, och för det behövs bättre, tydligare och mer transparent information så att patienter kan ta aktiv del i sin vård och behandling.

En faktor som skyndar på utvecklingen är informationsteknologin och en öppen rapportering. Öppna jämförelser kan ses som ett embryo till en mycket mer omfattande genomlysning av värden och ett skifte från granskning av enstaka ingrepp eller värdepisoder till att följa en hel vårdkedja.

En annan pågående förändring är att yngre generationer av sjukvårdspersonal i allt större utsträckning kommer att prioritera familjeliv och fritid framför arbetet på ett annat sätt än de som varit verksamma fram till i dag. Den ovan beskrivna strukturomvandlingen av sjukvården med sammanslagningar eller nedläggningar av sjukhus, minskande antal vårdplatser, stängningar av akutmottagningar och ökande krav på primärvården leder till förändringar för sjukvårdspersonalen, som kan uppleva en smärtsam omställningsprocess.

Hela vårdkedjan måste följas

Den skisserade utvecklingen skapar nya utmaningar för arbetet med patientsäkerhet. En del risker kan troligen reduceras genom ett utvecklat IT-stöd. Datoriserade checklistor, säkra läkemedelsordination och administration samt förbättrad spårbarhet kan förväntas (även om erfarenheterna hittills inte är positiva). Även om det är svårt att förutse kommande risker är några redan nu på väg att öka. Misstag på grund av bristande koordination och kommunikation mellan vårdgivare är redan i dag ett problem, men kan förväntas öka ytterligare. Skador orsakade av misstag i postoperativ vård är vanligare än kirurgiskt tekniska fel [5, 6]. Evidensbaserad vård är i de flesta fall utvecklad för patienter med en enstaka väldefinierad sjukdom, och kan inte alltid strikt tillämpas för äldre multisjuka utan att riskera överbehandling. Den kliniska bedömningen blir då allt viktigare för att ge rätt vård med hänsyn till patienternas önskemål och behov.

Screening, genetik och molekylär diagnostik kan resultera i överbehandling. Den moderna visualiseringstekniken resulterar inte bara i korrekta diagnoser, utan även i många bifynd, till exempel incidentalom [7]. Röntgenstrålning vid datortomografier beräknas vara bidragande orsak till 0,4 procent av

all cancer som diagnostiseras idag i USA [8]. Eftersom användningen av DT ökar snabbt beräknas denna siffra framöver stiga till 1,5–2,0 procent [9].

De händelse- och riskanalyser som görs i dag måste förändras så att de inkluderar en hel vårdkedja och inte bara enstaka värdepisoder. Det gäller inte minst vård efter ett kirurgiskt ingrepp eller annan intervention. Eftersom vårdtiderna blir allt kortare kommer komplikationer och vårdskador att upptäckas och bli diagnostiserade av nästa vårdgivare – eller kanske nästnasta. På mikronivå – avdelning, klinik – kommer strategier för att tidigt och snabbt upptäcka och åtgärda komplikationer vara av stor betydelse. På mesonivå – division, sjukhus – måste fokus ligga på en värdeskapande vård och inte enbart på ekonomiskt utfall [10]. På makronivå – lands-ting, region, stat – blir mortalitet och undvikbara sjukhusinläggningar väsentliga kvalitetsmått [11, 12].

Viktigt att ta tillvara patientens kunskap

Allmänhetens tillgång till patientsäkerhetsdata kommer att öka. Det leder till öppenhet, men även till en tydligare fördelning av ansvar, vilket kan skapa ett ökat förtroende mellan patienter, vårdgivare, myndigheter och finansärer [13]. Metoder för att samla in adekvata data är en påtaglig utmaning, liksom att säkerställa att alla enheter rapporterar på ett likartat sätt [14]. Om man därtill adderar meningsfull rapportering från patienter kan den dramatiska spridningen av negativa rapporter i sociala och andra medier balanseras. I sammanhanget måste också betonas vikten av tydlig, objektiv och uppriktig information till patienter som drabbats av en vårdskada. Det är en uppenbar rättighet, men kan ändå vara svårt om det inte existerar en god organisationskultur, som även innefattar en säkerhetskultur [15, 16]. I en fragmenterad vård kan information om en vårdskada många gånger lämnas av andra än dem som var delaktiga i händelsen [17]. För läkaren kan det försvåra relationen både till patient och till kollega [18]. Patienter kan också bli ett slags experter på patientsäkerhet, kanske genom erfarenhet av tidigare händelser eller tillbud, och kan dela med sig till medpatienter, allmänheten och till värden både direkt och via internet.

En viktig uppgift i framtiden är att ta till vara patienternas kunskap, och inte bara ge dem större medbestämmande och inflytande utan också ge dem ansvar för att sprida sina erfarenheter, och tillsammans med personalen medverka till en säkrare vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Frost & Sullivan. The CEO's 360 degree perspective. Healthcare 2020 [citerat 3 sep 2014].
2. http://www.gilcommunity.com/files/6313/6251/3856/360_perspective_Healthcare_2020.pdf
3. Finks J, Osborne N, Birkmeyer J. Trends in hospital volume and operative mortality for high-risk surgery. N Engl J Med. 2011;364:2128-37.
4. Ghaferi A, Birkmeyer J, Dimick J. Hospital volume and failure to rescue with high risk surgery. Med Care. 2011;49:1076-81.
5. Howell A, Panezar S, Burns E, et al. Reducing the burden of surgical harm: a systematic review of the interventions used to reduce adverse events in surgery. Ann Surg. 2014;259:63041.
6. Anderson O, Davis R, Hanna G, et al. Surgical adverse events: a systematic review. Am J Surg. 2013;206:253-62.
7. Symons N, Almoudaris A, Nagpal K, et al. An observational study of the frequency, severity, and etiology of failures in postoperative care after major elective general surgery. Ann Surg. 2013;257:1-5.
8. Orme NM, Fletcher JG, Siddiki HA, et al. Incidental findings in imaging research: evaluating incidence, benefit, and burden. Arch Intern Med. 2010;170:1525-32.
9. Brenner D, Hall E. Computed tomography – an increasing source of radiation exposure. N Engl J Med. 2007;357:2277-84.
10. National Cancer Institute. Radiation risks and pediatric computed tomography (CT): a guide for health care providers [citerat 3 sep 2014]. <http://www.cancer.gov/cancer-topics/causes/radiation/radiation-risks-pediatric-CT>
11. Nordenström J. Värdebaserad vård: är vi så bra vi kan bli? Stockholm: Karolinska institutet University Press; 2014.
12. Notte E, McKee M. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. Health Affairs. 2008;27(1):62-71.
13. Gusmano M, Rodwin V, Weisz D. New way to compare health systems: avoidable hospital conditions in Manhattan and Paris. Health Affairs. 2006;25(2):510-20.
14. Werner RM, Asch DA. The unintended consequences of publicly reporting quality information. JAMA. 2005;293:1239-44.
15. Resnic F, Welt F. The public health hazards of risk avoidance associated with public reporting of risk-adjusted outcomes in coronary intervention. J Am Coll Cardiol. 2009;53:9825-30.
16. Weingart S, Pagovitch O, Sands D, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. J Gen Intern Med. 2005;20:830-6.
17. Davies E, Cleary PD. Hearing the patient's voice? Factors affecting the use of patient survey data in quality improvement. Qual Saf Health Care. 2005;14(6):428-32.
18. Volk S, Sine D, Paull D. Institutional disclosure: promise and problems. J Healthc Risk Manag. 2014;33:2432.
19. Gallagher TH, Mello MM, Levinson W, et al. Talking with patients about other clinicians' errors. N Engl J Med. 2013;369:17527.

■ SUMMARY

Western health care is expected to undergo dramatic changes over the coming decades with centralization of high tech health care and development of advanced primary care. The driving forces are not financial restrictions but medical advances and demographic changes. This will have profound implications for health care hazards demanding new approaches in implementing patient safety.