

Säkerhetsartikeln

OECD-panel föreslår internationella patient-säkerhetsindikatorer

Vårdens aktörer har blivit alltmer medvetna om de säkerhetsproblem som är förknippade med hälso- och sjukvårdsverksamhet. Patientsäkerhet har därmed blivit en uppmärksam dimension av vårdens kvalitet. I och med att kvalitetsarbetets fokus delvis förskjutits mot säkerhetsproblematiken har det blivit aktuellt att utveckla specifika indikatorer inom detta område.

II Säkerhetsindikatorer behövs för att kunna följa upp och utvärdera effekter av säkerhetsfrämjande åtgärder, men också för att jämföra kvaliteten mellan olika vårdgivare, regioner och sjukvårdssystem.

Denna artikel beskriver ett förslag till internationella patientsäkerhetsindikatorer, som tagits fram av en expertpanel inom OECD.

Har saknat uppgifter om kvalitet

I många länder, däribland Sverige, pågår diskussioner om hälso- och sjukvårdens optimala struktur, organisation och finansiering samt huruvida olika systemlösningar påverkar vårdens kvalitet och kostnadseffektivitet [1]. Internationella jämförelser och »benchmarking« mellan olika länders sjukvårdssystem kan bidra till att belysa frågorna, men möjligheterna till meningsfulla jämförelser har hittills varit begränsade, då internationell statistik över hälsosektorn saknat uppgifter om vårdens kvalitet och utfall.

Beslutsfattare som velat jämföra hälso- och sjukvården i Sverige med andra länder har i de flesta fall fått nöja sig med övergripande uppgifter om sjukvårdens ekonomi och befolkningens sjuklighet såsom de presenterats till exempel i OECDs statistikpublikationer och databaser [2]. I bästa fall har man kunnat hitta jämförelser av frekvenser av operativa ingrepp (t ex bypass-operationer eller kejsarsnitt), men dessa uppgifter har ett begränsat värde när man skall bedöma kvaliteten i vården.

OECDs kvalitetsindikatorprojekt

För att få fram mer gediget underlag för internationella jämförelser av olika hälsosystem etablerade OECD våren 2003 ett projekt för utveckling av internationella kvalitetsindikatorer, OECD Health care quality indicator project [3].

Genom kontakter mellan OECDs projektsektariat och Nordiska ministerrådets kvalitetsindikatorprojekt kom Sverige och de övriga nordiska länderna tidigt med i samarbetet.

I det nordiska kvalitetsprojektet hade man redan tagit fram 13 övergripande kvalitetsindikatorer inom sju olika områden, vilka sedermera publicerats i en sammordisk rapport [4]. Tillsammans med de indikatorer som en internationell arbetsgrupp under The Commonwealth Fund föreslagit och testat [5] utgjorde den nordiska listan ett centralt underlag för arbetet.

Relevans, stringens och användbarhet

Totalt omfattade OECDs indikatorprojekt ett 20-tal länder. Vid projektets första expertmöte fastställdes tre gemensamma kriterier för valet av kvalitetsindikatorer:

Relevans (importance), vetenskaplig stringens (scientific soundness) och användbarhet (feasibility).

Varje kriterium har flera dimensioner. Till exempel innefattar relevanskriteriet en bedömning av indikatorområdets betydelse för befolkningens hälsa samt dess vikt i policyavseende, det vill säga i vad mån politiker, administratörer, vårdproducenter och konsumenter fäster vikt vid det fenomen som indikatorn avser mäta. För att fylla relevanskriteriet bör indikatorn också vara känslig för ändringar i hälso- och sjukvården, oberoende av inverkan av potentiella störfaktorer.

Efter att ha fastställt kriterierna bedömde expertgruppen ett stort antal tentativa kvalitetsindikatorer, som föreslagits av Commonwealth Fund, Nordiska

ministerrådets arbetsgrupp och andra instanser. Genomgången resulterade i ett förslag till en så kallad A-lista på indikatorer på vårdens kvalitet. De flesta av dessa är välbekanta i Sverige, eftersom de ingår i de nationella kvalitetsregistren och har använts i nationell uppföljning i Hälso- och sjukvårdens lägesrapport [6], exempelvis 30-dagarsdödlighet efter hjärtinfarkt, relativ 5-års överlevnad vid olika cancerformer och HbA_{1c}-värde vid diabetes.

Därutöver identifierades viktiga områden med behov av fördjupat samarbete för att välja indikatorer: hjärtsjukvård, diabetesvård, psykiatrisk vård, patientsäkerhet samt hälsofrämjande arbete och primärvård. Nedan redovisas erfarenheter från den expertpanel som fick i uppdrag att ta fram förslag till patientsäkerhetsindikatorer.

Fem kärnområden

Efter en första gemensam diskussion enades patientsäkerhetspanelen om att det blivande förslaget borde täcka fem kärnområden inom patientsäkerhet: sjukhusinfektioner; allvarliga händelser som aldrig bör förekomma (»sentinel events«); operativa och postoperativa komplikationer; obstetriska komplikationer; andra vårdrelaterade komplikationer. Genom att systematiskt gå igenom tidigare arbeten avseende kvalitetsindikatorer identifierades 59 förslag till patientsäkerhetsindikatorer. Dessa härstammade från följande källor (många av indikatorerna förekom i flera av källorna):

Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ (USA); Canadian Institute for Health Information, CIHI; Australian Council for Safety and Quality in Health Care; Beth Israel Complications Screening Programme (USA); Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organisations, JCAHO, (USA).

Speglar kvaliteten

Varje paneldeltagare fick välja ut 20 indikatorer med största potential med avseende på internationella jämförelser. Efter ett antal e-postmeddelanden och livliga telefonmöten komprimerades förslagen till en lista som innehöll 21 indikatorer (se Tabell). Vid den slutliga avvägningen var det inte bara varje enskild indikatorns värde som var avgörande, utan också behovet av indikatorer som kompletterar varandra.

De listade indikatorerna speglar den medicinska och tekniska kvaliteten av specialistvård på sjukhus. Detta beror på att de nationella initiativ som hittills tagits till exempel i USA främst haft ambitionen att ge underlag för jämförelser

Tabell. OECD-panelens förslag till internationella patientsäkerhetsindikatorer.

Område	Indikatornamn
<i>Sjukhusinfektioner</i>	Pneumoni i samband med respiratorvård Postoperativ sårinfektion Vårdrelaterade infektioner (både medicinsk och kirurgisk vård) Dekubitalsår
<i>Operativa och postoperativa komplikationer</i>	Komplikationer till anestesi Postoperativ höftfraktur Postoperativ lungemboli eller djup venös trombos Postoperativ sepsis Teknisk svårighet eller komplikation vid en procedur
<i>Händelser som aldrig bör förekomma (»sentinel events«)</i>	Transfusionsreaktion Förväxling av blodgrupp Förväxling av sida vid kirurgiskt ingrepp Kvarbliven främmande kropp Missöden vid användning av medicinsk utrustning Felaktig användning av läkemedel
<i>Obstetrik</i>	Förlossningsskada Obstetrisk skada vid vaginal förlossning Obstetrisk skada vid kejsarsnitt Allvarliga komplikationer till förlossning: moderns död eller allvarlig följdsjukdom
<i>Andra vårdrelaterade komplikationer</i>	Fallolyckor Höftfraktur eller fallolycka under sjukhusvistelse

mellan sjukhus och kliniker. Expertpanelen efterlyser insatser för utveckling av indikatorer inom andra områden där säkerhetsproblemen är omfattande, exempelvis när det gäller läkemedelsanvändning i primärvården.

Som framgår av tabellen är några av indikatorerna delvis överlappande. Att flera indikatorer inom närliggande områden tagits med på listan beror på att det kan finnas lokala skillnader i registre-

ring av vårddata, vilka påverkar användbarheten av enskilda indikatorer. De flesta av de föreslagna indikatorerna kan konstrueras utifrån sjukhusadministrativa data, i Sverige utifrån uppgifter från patientregistret.

Kan variera

Rapporteringsbenägenheten kan dock variera. Preliminära erfarenheter av det amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ, från att använda patientadministrativa data som underlag för patientsäkerhetsindikatorer har presenterats i Läkartidningen [7, 8].

Erfarenheterna talar för att indikatorerna inte utgör tillförlitligt underlag för bedömning av patientskadornas prevalens. OECDs expertpanel varnar därför för förhastade slutsatser när det gäller att utifrån registerbaserade indikatorvärden dra slutsatser om patientsäkerhetsproblemens verkliga storleksordning.

Närmare information om de föreslagna indikatorerna samt specifikationer på hur dessa tekniskt kan konstrueras redovisas i OECDs rapport *Selecting indicators for patient safety at the health systems level in the OECD countries* [9].

Användbara i Sverige och i Norden?

Valet av patientsäkerhetsindikatorer, liksom valet av kvalitetsindikatorer generellt, är beroende av tilltänkt använd-

ningsområde och vårdnivå. På lokal nivå kan verksamhets specifika, känsliga och snabba indikatorer vara att föredra för att omedelbart upptäcka och åtgärda kvalitetsproblem. För planering och resursallokering på regional och nationell nivå kan det vara minst lika viktigt att få en bild av verksamhetens långsiktiga kvalitet. Samma gäller internationella jämförelser.

OECDs förslag utgör ett första försök till att identifiera övergripande mått på patientsäkerhet, vilka kan användas i ett större antal länder. En särskild utmaning i internationella jämförelser är att de gemensamma indikatorerna måste uppfattas som meningsfulla i de deltagande länderna, trots eventuella skillnader i vårdkultur och traditioner.

Det är viktigt att vårdprofessionerna »känner igen sig« i de säkerhetsindikatorer som appliceras och att datainsamling kan ske som en naturlig del av vårdens vardag. Problem i detta hänseende kan uppstå om sjukdomarnas epidemiologi och tyngdpunkten i vårdverksamheten skiljer mellan länderna.

Möjliga att vidareutveckla

Eftersom indikatorförslaget i hög grad bygger på tidigare arbeten i Norden och i andra västländer, bör de flesta av indikatorerna vara intressanta och möjliga att testa och vidareutveckla i Sverige. I USA publicerar och uppdaterar AHRQ en mycket detaljerad guide till hur säkerhetsindikatorer kan konstrueras, inklusive råd avseende riskjusteringar vid vissa jämförelser [10].

I det fortsatta nordiska samarbetet avseende kvalitetsindikatorer i vården tillhör vidareutveckling av patientsäkerhetsindikatorer de prioriterade arbetsområdena. För närvarande diskuteras på Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen konstruktion av säkerhetsindikatorer utifrån de svenska ICD-10-koderna.

Förutom patientadministrativa data ➤

annons

finns i Sverige även andra källor till kunskap om brister och problem i patientsäkerhet.

I de nationella kvalitetsregistren registreras många uppgifter som speglar patientsäkerhet, till exempel antal sårinfektioner och blödningar efter operativa ingrepp. Redan idag sker regelbunden återföring av data från kvalitetsregistren till de deltagande sjukhusen i syfte att underlätta benchmarking mellan kliniker.

I och med att kvalitetsregistrens täckningsgrad håller på att förbättras blir dessa alltmer användbara som underlag för kvantitativa jämförelser med hjälp av gemensamt överenskomna patientsäkerhetsindikatorer.

Kan inte ersätta andra strategier

Uppgifter från Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (Patientförsäkringen), landstingens och kommunernas patientnämnder samt Socialstyrelsens riskdatabas kan också användas för att följa upp och åtgärda brister i vårdens kvalitet och säkerhet. Sammanställningar av Patientförsäkringens skadedata återförs regelbundet av Landstingens ömsesidiga försäkrings-

bolag till sjukhusen. Därutöver har exempelvis vårdens säkerhet inom utvalda verksamheter/specialiteter och könsskillnader i risker och säkerhet analyserats [11, 12].

Eftersom liknande system för ersättning och registrering av patientskador finns även i de övriga nordiska länderna, kan det här finnas möjligheter till samnordiska analyser av skadornas uppkomst.

Mot bakgrund av att registreringarna bygger på spontanrapportering kan det dock vara tveksamt att konstruera patientsäkerhetsindikatorer utan omfattande valideringsstudier gentemot patientjournaler eller andra datakällor.

Arbetet med att utveckla kvantitativa, övergripande patientsäkerhetsindikatorer kan inte ersätta andra strategier för att främja hög kvalitet och säkerhet i vården. Snarare bör säkerhetsindikatorerna ses som en del av ett bredare kvalitetstänkande i vården.

Genom att använda indikatorer som fångas i patientadministrativa system kan man förhoppningsvis i framtiden följa upp effekter av olika säkerhetsfrämjande åtgärder. Ett viktigt utvecklingsområde är att med hjälp av indikatorer följa om en patientsäkerhetskultur

utvecklas i vårdorganisationen. Patientsäkerhetsarbete bör dock fokusera inte bara på skador till följd av utförda åtgärder (»failures of commission«), utan också på huruvida patienten fått den behandling som hon/han enligt evidensbaserad medicinsk kunskap rimligen bör erhålla [13]. Brister i detta avseende (»failures of omission«) kan vara lika livshotande som komplikationer till följd av utförd vård.

För att förbättra patientsäkerheten är det därmed angeläget att utveckla indikatorer på samtliga dimensioner av vårdens kvalitet, inklusive mått på tillgång till evidensbaserad diagnostik, vård och behandling.

Pia Maria Jonsson

med dr, hälsosystemforskare,
Medical management centre, MMC,
Karolinska institutet, medlem i OECDs
patientsäkerhetspanel
pia.maria.jonsson@mmc.ki.se

Hans Rutberg

docent, chefläkare,
Universitetssjukhuset i Linköping,
Socialstyrelsens representant i OECDs
kvalitetsindikatorprojekt

Referenser

1. Utvecklingskraft för hållbar välfärd. Delbetänkande av Ansvarskommittén. Stockholm; 2003. SOU 2003:123. <http://www.sou.gov.se/ansvar/las.htm>
2. OECD Health Data 2004. Paris: OECD; 2004.
3. OECD Health Care Quality Indicators Project http://www.oecd.org/document/31/0,2340,en_2649_37407_2484127_1_1_1_37407_00.html
4. Kvalitetsmåling i Sundhedsväsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan; 2003. NHV-Rapport 2003:1. <http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/publikationer/NHV-Rapport/NHV-rapport%202003-1.pdf>

5. Hussey PS, Anderson GF, Osborn R, et al. How does the quality of care compare in five countries? *Health Affairs* 2004;23:89-99.
6. Hälso- och sjukvård – Lägesrapport 2003. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004. <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2004/5109/2004-131-4.htm>
7. Andreen Sachs M. Högt pris när säkerheten i vården brister. *Läkartidningen* 2004;101:1158-9.
8. Rutberg H, Weeks WB. Stor satsning för bättre patientsäkerhet i USA. *Läkartidningen* 2004;101:2276-9.
9. Millar J, Matthe S, and the Members of the OECD Patient Safety Panel. Selecting indicators for patient safety at the health systems level in the OECD countries. <http://www.oecd.org/dataoecd/>

- 53/26/33878001.pdf
10. AHRQ Guide to Patient Safety Indicators, Ver. 2.1, Rev. 3, January 2005. http://www.qualityindicators.ahrq.gov/psi_download.htm
11. Pukk K, Lundberg J, Penelozza-Pesantes RV, Brommels M, Gaffney FA. Do women simply complain more? National patient injury claims data show gender and age differences. *Qual Manag Health Care* 2003;12:225-31.
12. Jonsson PM, Räf L. Kvinnor får sämre sjukvård än män? Två av tre ersatta skador drabbade kvinnor. *Läkartidningen* 1997;94:865-8.
13. Aspden P, Corrigan JM, Wolcott J, Erickson SM, editors. *Achieving a new standard for care*. Washington DC: Institutet of Medicine, The National Academies of Science Press; 2003.

Det ter sig oförsvarbart, oetiskt och oekonomiskt att införa ett skattningssystem som GAF-skalan utan att vare sig syftet eller användningssättet anges och utan att tidigare användning eller forskning visat att måttet är säkert relevant för någonting över huvud taget.

Om man har en skattningsskala för hur kallt man tror att människor tycker att det är vid olika temperaturer och jämför skattningarna med motsvarande avlästa temperaturer, kan man med cirkelresonemang och statistisk okunskap få fram fina »korrelationer« som man tycker »validerar« skattningsskalan.

Sedan tar man medelvärdena (!) av folks skattningar på olika orter i Sverige

GAF-skalan inom psykiatri – kejsarens nya kläder?

för att få en kvantitativ jämförelse över var det är bäst att bo.

Denna typ av cirkelresonemang och felaktiga användning av en skala i ett annat sammanhang än den är avsedd för gör NYSAM (Nyckeltal i samverkan) med GAF-skalan inom psykiatri i flera landsting i Sverige i den falska tron att man därmed kan jämföra vårdkvaliteten mellan olika kliniker.

GAF-skalan är framtagen för att man ska kunna skatta och följa en individuell patients sjukdomsutveckling i jämförelse med henne själv. Nu har en lång rad landsting i Sverige beslutat att alla patienter ska »gaffas« vid intagningen och

vid utskrivningen. Sedan ska medelvärdet av alla patienters GAF-värden beräknas och användas som så kallade nyckeltal för jämförelser mellan olika klinikers arbete inom »NYSAM – Nyckeltalssamverkan«, tydligen i tron att GAF-medelvärdena är ett mått på klinikernas kvalitet och effektivitet!

Eftersom det omedelbart inger betänkligheter att en skala, som är framtagen för ett visst ändamål, plötsligt börjar användas för andra ändamål, tittade vi, läkargruppen vid vuxenpsykiatriska kliniken i Växjö, närmare på GAF-skalan och NYSAM-rapporterna [1, 2].

Till vår förfaran fann vi sådana