

Aldrighändelser – undvikbara vårdskador som sjukvården själv får ersätta

Incitament för bättre vård



F ANDREW GAFFNEY, gästprofessor, Medical Management Centre, Karolinska institutet

JON AHLBERG, docent, chefläkare, Landstingens ömsesidiga

försäkringsbolag; medicinsk redaktör, Läkartidningen; båda Stockholm

jon.ahlberg@patientforsakring.se

Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) är USA:s största finansör av sjukvård och ersatte 2008 sjukvård för 511 miljarder dollar [1]. CMS har tillämpat flera olika program för att skapa incitament i avsikt att förbättra kvaliteten på vården, huvudsakligen inriktade på slutet vård [2]. Dessa kräver i allmänhet följsamhet gentemot evidensbaserade protokoll för vanliga medicinska tillstånd och kirurgiska åtgärder. Skillnader i patientkaraktäristika (case-mix) har lett till att surrogatmått används i större utsträckning än kliniska resultat. Trots att enkla och okontroversiella mått har valts, som tex tillförsel av ASA och betablockad till patienter med hjärtinfarkt, är rapporteringsrutinerna komplexa och kräver att sjukhusen avsätter avsevärda resurser för insamling och avrapportering. Inledningsvis har datainsamlingen inriktats mot att skapa offentlighet kring sjukhusens följsamhet till protokollen, men utvecklingen går mot att detta blir en del av ersättningssystemet, något som väntas växa snabbt.

Samtidigt som dessa incitamentprogram började tillämpas uppmärksammades att ersättningssystemet i sig självt skapade ett omvänt incitament. DRG-systemet, i USA precis som i Sverige, ger större ersättning för vård av patienter med komplexa sjukdomstillstånd. Det för med sig att ersättningen blir högre, inte bara för de patienter som har komplicerande sjukdomar eller drabbas av oundvikbara komplikationer utan också för dem vars vård kompliceras av undvikbara vårdskador. Sjukvården får alltså mer betalt för vård av en patient som utsätts för en vårdskada, tex ett kvarlämnat föremål vid en operation, operation på fel kroppsdel eller sida, postoperativ infektion, djup ventrombos, lungemboli, fallskada eller liknande. Detta har medfört, tycker många, »incitament för dålig vård» och bör förhindras.

Aldrighändelser

National Quality Forum (NQF) i USA, bildat av flera offentliga och privata sjukvårdorganisationer, sjukvårdsfinansierare, konsumentorganisationer mfl, har oberoende av detta ut-

vecklat en lista på händelser i vården som aldrig ska inträffa med etiska och kvalitativa utgångspunkter [3]. Man kallar dessa »never events» – aldrighändelser. För att komma med i NQF:s lista över aldrighändelser måste händelsen uppfylla kriterierna:

- entydig – tydligt identifierbar och mätbar och således möjlig att inkludera i ett rapporteringssystem
 - oftast undvikbar – erkännande av att vissa händelser inte alltid är undvikbara, med hänsyn till vårdens komplexitet
 - allvarlig – resulterar i död, förlust av kroppsdel, invaliditet eller mer än övergående förlust av kroppsfunktion
- och något av kriterierna:
- ogynnsam och/eller
 - indikation på ett problem i en sjukvårdinrättnings säkerhetssystem och/eller
 - av betydelse för allmänhetens förtroende eller för offentligt ansvarstagande.

NQF:s aktuella lista innehåller 28 aldrighändelser (Fakta 1) [3]. När listan publicerades inledde flera offentliga och privata organisationer en kampanj för att förhindra extra ersättning för en undvikbar vårdskada. Än så länge har ingen argumenterat för att all ersättning för dessa fall ska utebli. CMS har offentliggjort en lista på tio aldrighändelser (Fakta 2) [4], som inte kommer att berättiga till ersättning enligt DRG-systemet från och med 1 oktober 2009. För att placeras på CMS lista ska händelserna uppfylla följande villkor:

- representera hög kostnad, hög volym eller båda
- resultera i en DRG-kod som berättigar till högre ersättning
- rimligtvis skulle ha kunnat undvikas genom tillämning av evidensbaserade riktlinjer.

Bara fem av CMS aldrighändelser finns med på NQF:s ursprungliga lista. De är dekubitalsår, luftemboli, inkompatibel blodtransfusion, kvarlämnat föremål vid kirurgi och fallskador. De CMS lagt till är mediastinit efter koronarkirurgi (CABG), sårinfektioner efter vissa ortopediska ingrepp och bariatrisk kirurgi, undermålig diabeteskontroll samt kateterrelaterad urinvägsinfektion och CVK-relaterad infektion. Dessa står för en hög andel av mortaliteten och morbiditeten

»Sjukvården får alltså mer betalt för vård av en patient som utsätts för en vårdskada, tex ett kvarlämnat föremål vid en operation ...«

SAMMANFATTAT

Med aldrighändelser (never events) avses negativa händelser, som är undvikbara eller oftast undvikbara och som resulterar i död eller allvarlig skada.

I USA har National Quality Forum (NQF) utarbetat en lista på 28 aldrighändelser och i England och Wales har National Patient Safety Agency (NPSA) gjort en motsvarande lista på åtta aldrighändelser.

I både USA, England och Wales kommer inträffade aldrighändelser att påverka vårdens ersättningssystem så att ingen extra ersättning ges för den vård som orsakas av händelsen.

Systemet kräver en ansenlig dokumentation, kodning och registrering av patientens tillstånd vid inläggning på sjukhus liksom vid utskrivning.

Målet är att skapa ekonomiska incitament för säkrare vård. Om detta uppnås är inte utvärderat.

FAKTA 1

National Quality Forums lista på 28 negativa händelser som definieras som aldrig-händelser (never events) [3].

1. Kirurgi på fel kroppsdel
2. Kirurgi på fel patient
3. Fel ingrepp genomfört på en patient
4. Kvarlämnat föremål efter kirurgi
5. Dödsfall hos frisk patient i samband med eller omedelbart efter kirurgi
6. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till kontaminerade läkemedel, utrustningar eller biologiska produkter
7. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till felaktig användning av eller tekniskt fel på utrustning
8. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till intravaskulär luftemboli
9. Barn utskrivet från sjukhus till fel person
10. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till att patienten försvinner i mer än fyra timmar
11. Patient som begår självmord eller självmordsförsök resulterande i grav invaliditet
12. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till fel eller misstag med läkemedel
13. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till transfusion av felaktig blodgrupp
14. Dödsfall eller grav invaliditet (hos modern) i samband med värbete eller förlösning vid en lågriskgraviditet
15. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till hypoglykemi
16. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till hyperbilirubinemi hos nyfödd
17. Svåra trycksår uppkomna på sjukhuset
18. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till spinal manipulationsterapi
19. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till elektrisk chock
20. Varje tillfälle då en slang avsedd för syrgas eller annan gas innehåller fel gas eller är kontaminerad av toxiska produkter
21. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till brännskada uppkommen på sjukhuset
22. Dödsfall relaterat till ett fall på sjukhuset
23. Dödsfall eller grav invaliditet relaterat till användning av tvångsbälten eller sänggräcken
24. Varje tillfälle där vård ordinerats eller givits av någon som oriktigt utger sig för att vara läkare, sjuksköterska, farmaceut eller annan legitimerad sjukvårdspersonal
25. Bortrövande av patient
26. Sexuellt övergrepp mot patient
27. Dödsfall eller grav invaliditet (hos patient eller personal) relaterat till fysiskt övergrepp på sjukhuset
28. Artificiell insemination med fel donatorsperma eller fel donatorägg

för de patienter vars vård finansieras av CMS, och det är motivet för detta tillägg, som innebär en omfattande utvidgning av aldrighändelserna. Det utlöste ändå inte någon uttalad opposition.

Några exempel

För en patient som vårdas för pneumoni och som under vårdtiden faller och får en höftfraktur inskränks ersättningen till densamma som för enbart pneumoni. Sjukvårdsinrättningen står själv för kostnaden för operation av och rehabilitering efter höftfrakturen. En patient som genomgår CABG och utvecklar postoperativ mediastinit berättigar till ersättning endast för CABG men inte för den förlängda vårdtid som den svåra infektionen orsakar. Sjukhusen är genom lagstiftning förhindrade att försöka fakturera patienten för de extra kost-

FAKTA 2

CMS lista på aldrighändelser (hospital acquired conditions) för vilka ingen extra ersättning utgår enligt DRG-systemet från och med 1 oktober 2009 [4].

1. Kvarlämnat föremål efter kirurgi
2. Luftembolism
3. Inkompatibel blodtransfusion
4. Trycksår grad 3–4
5. Fall och trauma: fraktur, luxation, intrakraniell skada, krosskada, brännskada, elektrisk chock
6. Kateterrelaterad urinvägsinfektion
7. CVK-relaterad infektion
8. Manifestation av undermålig diabeteskontroll: ketoacidosis, hyperosmolärt koma utan ketoacidosis, hypoglykemiskt koma, sekundär diabetes med ketoacidosis, sekundär diabetes med hyperosmolaritet
9. Sårinfektion:
 - mediastinit efter kornarkirurgi (CABG)
 - efter ortopediska ingrepp på ryggrad, halsrygg, axel, armbåge
 - efter bariatrisk kirurgi med laparoskopisk gastroskopi, laparoskopisk gastroplastik
10. Djup ventrombos och lungembolism efter total knäplastik eller höftplastik

naderna. Dessa exempel är relativt okontroversiella, men vid granskning av hela listan kan man återfinna en bred spännvidd av händelser, vars undvikbarhet och otvetydiga orsak i medicinska fel eller misstag inte är alldeles uppenbara.

Ett flertal försäkringsbolag genomför nu snabbt förändringar i sina kontrakt med sjukvårdsleverantörer, förändringar som speglar de nya federala reglerna. I flera delstater införs nya lagar, som innebär rapporteringsskyldighet av aldrighändelser, inkluderande allt från operation på fel kroppsdel till kateterrelaterad urinvägsinfektion. Att klara av de nya kraven på rapportering, kodning och ersättning har blivit en avsevärd utmaning för sjukhusen.

Några problem

Det första problemet vid tillämpning av en policy för aldrighändelser, särskilt med CMS utvidgning, har att göra med patientens tillstånd vid inläggningen. Många patienter har vid ankomsten till sjukhus urinvägsinfektioner, trycksår, ventromboser och liknande. Sjukhusen måste nu dokumentera, koda och registrera dessa och liknande tillstånd då patienten tas in på sjukhuset för att få ersättning för den behandling och vård som dessa kan ge upphov till. Den förbättrade dokumentationen ger möjlighet till riskstratifiering och kan förmå sjukvårdens chefer och ledare att intressera sig för kostnader för riskabla vårdprocesser. Dessutom skapas förutsättningar för mer rättvisande jämförelser mellan sjukvårdsinrättningar. Ändå överväger svårigheterna orsakade av kravet på dokumentation, då det kräver betydande insatser för utbildning av läkare, sjuksköterskor och läkarsekreterare. I USA pågår för närvarande en infasning av förbättrad dokumentation.

Det andra problemet berör hur säkert det kan fastslås att det är ett undvikbart medicinskt fel som är orsak till en specifik aldrighändelse. Många protesterar mot uppfattningen att samtliga fallskador, hypoglykemiattacker, kateterrelaterade urinvägsinfektioner och andra liknande tillstånd orsakas av fel eller på annat sätt är undvikbara. Leapfrog, en patientsäkerhets- och kvalitetsorganisation grundad av ett stort antal företag som finansierar vård för tiotals miljoner amerikaner

och deras familjer, har fört en aggressiv kampanj för att få sjukhus att acceptera att inte begära ersättning för aldrighändelser. Av de 1220 sjukhus som är anslutna till Leapfrog har hittills 770 offentligt deklarerat att de kommer att följa denna rekommendation [5].

Utanför USA

Utanför USA är det bara National Health Service för England och Wales som arbetar aktivt med aldrighändelser i avsikt att testa systemet under 2009 och låta det påverka ersättnings-systemet från 2010. Deras lista, utarbetad av National Patient Safety Agency (NPSA), innehåller några typiska aldrighändelser, som kirurgi på fel kroppsdel, men många skiljer sig från både NQF:s och CMS lista (Fakta 3) [6].

Det är naturligtvis alltför tidigt att bedöma effekterna av minskade ersättningar för aldrighändelser, men finansiärerna uppskattar systemets enkelhet och patienterna upplever det som en självklarhet att inte betala för något som blev fel. Detta gör det troligt att systemet kommer att fortleva, åtminstone i USA. Man kan också förmoda att listorna på aldrighändelser kommer att förlängas, särskilt om man accepterar NQF:s definition, som inkluderar händelser som är »oftast undvikbara«.

Sverige

Stockholms läns landsting ger från 2009 vårdgivare ekonomiskt ansvar för eventuell reoperation efter knä- och höftplastikoperationer (preoperativa undersökningar, operation, protes/operationsmaterial och eftervård med rehabilitering till hemgång) inom två år efter primäroperationen. Inspirationen är hämtad från USA, men tillämpningen är annorlunda med mycket långtgående konsekvenser, särskilt för små aktörer. I övrigt tycks svenska finansiärer av sjukvård, dvs landstingen, ännu inte ha visat något intresse för begreppet aldrighändelser och deras betydelse för ersättningssystemen.

Enligt vår uppfattning måste en rad förändringar övervägas om det skulle bli aktuellt att tillämpa ett ersättningsprogram baserat på aldrighändelser i Sverige. Dokumentationen, kodningen och registreringen av tillstånd vid inläggning på sjukhus måste förbättras. Kostnaderna för det kan överstiga de vinster systemet kan förväntas ge. Aldrighändelser påverkar endast den ökade ersättning en vårdskada medför i det nuvarande systemet. Ett DRG-system med låg grad av finfördelning kan göra att skillnaden blir för liten för att verka pådrivande för ökad patientsäkerhet. Detta kan kompenseras med andra förändringar av ersättningssystemen, som tex det i Stockholm nu prövade, men de måste i så fall testas för att säkerställa att effekterna blir de avsedda. I NQF:s lista på aldrighändelser inkluderas både sådana som alltid sammanhänger med misstag och fel (tex kirurgi på fel kroppsdel, fel blodgrupp vid blodtransfusion) och sådana som ofta men inte alltid är undvikbara (tex kateterrelaterade urinvägsinfektioner, CVK-relaterade infektioner). Det har lett till förvirring. En väl genomförd utbildningsinsats om definitioner och begrepp är av vikt om en implementering övervägs.

Den slutgiltiga målsättningen med att minska vårdersättningar vid aldrighändelser är naturligtvis att dessa negativa händelser verkligen aldrig ska ske. Det negativa incitamentet är tänkt att påverka ledning och medarbetare att tillämpa förebyggande metoder av olika slag. Även om dessa kan innebära kostnader skulle de uteblivna ersättningarna ge en än större förlust. I Sverige är det troligt att kostnader för vårdskador redan nu drabbar sjukvårdsinrättningarna i sådan omfattning genom ökade sjukvårdskostnader att den ökade DRG-ersättningen inte kompenserar fullt ut för dessa [7]. Om så är fallet

FAKTA 3

Den engelska listan på »never events«, framtagen av National Patient Safety Agency, består av åtta negativa händelser [6].

1. Kirurgi på fel kroppsdel
2. Kvarlämnat föremål efter kirurgi
3. Felaktig tillförselväg för cytostatika
4. Felplacerad naso- eller orogastrisk sond, ej upptäckt före användning
5. Självmod i slutenvård med fasta sängräcken eller under direktobservation
6. Rymning från sjukhus av fångar från medel- eller högsäkerhetsanstalter
7. Dödsfall under vårdtiden efter elektivt kejsarsnitt på grund av postoperativ blödning
8. Intravenös tillförsel av felaktigt vald koncentration av kaliumlösning

»Enligt vår uppfattning måste en rad förändringar övervägas om det skulle bli aktuellt att tillämpa ett ersättningsprogram baserat på aldrighändelser i Sverige.«

finns redan nu ett ekonomiskt incitament för ökad patientsäkerhet. Inom några landsting, där ersättning för särskilt krävande patienter ges enligt löpande räkning för sk kostnadsytterfall, vore det måhända välmotiverat att begränsa den möjligheten genom att tillämpa ett system baserat på aldrighändelser. Detta togs upp på ett föredrag på den fjärde nationella patientsäkerhetskonferensen i Stockholm 2008. Ett negativt incitament kan naturligtvis medföra att man avstår från att rapportera tillbud och negativa händelser. Det ter sig särskilt olyckligt i dag, då en ny lagstiftning förhoppningsvis kommer att stimulera till rapportering genom att separera rapportering och tråkiga följder för rapportören.

En lista i Sverige

Eftersom begreppet är nytt borde en svensk lista på aldrighändelser initialt vara ganska kort och göras relevant för svensk sjukvård och uppsatta mål, tex genom att vara i samklang med den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet som drivs av Sveriges Kommuner och landsting (SKL). Den bör också innehålla övervägande uppenbara aldrighändelser, som kirurgi på fel kroppsdel, felaktig blodtransfusion osv. Därtil kan läggas en eller två aldrighändelser, som oftast inte alltid är undvikbara. CVK-relaterade infektioner skulle kunna vara ett bra exempel. De är vanliga och har hög mortalitet och morbiditet. De kan undvikas genom tillämpning av strikt sterilitet, och det finns flera goda svenska exempel på det [9]. Fallskador och trycksår är viktiga indikatorer på omvårdnads kvalitet. För båda dessa finns metoder utarbetade för riskbedömning vid intagning till sjukvårdsinrättning och åtgärds paket för att minska risken under vårdtiden [11-14].

Slutsats

Aldrighändelser (never events) kan beskrivas som undvikbara eller nästan alltid undvikbara negativa händelser med mycket allvarliga konsekvenser för patienten. De bör selekteras så att de är entydiga, dvs lätt identifierbara, och därmed enkla att rapportera. De kan utnyttjas som kvalitetsindikatorer men också för att skapa ett ekonomiskt incitament för säkrare vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Amadeo K. US federal budget FY 2008 – mandatory spending [Cited 2009-02-03]. http://useconomy.about.com/od/fy2008budget/p/2008_Mandatory.htm
2. CMS proposes to expand quality programs for hospital inpatient services in FY 2009 [Cited 2009-02-04]. <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/release.asp?Counter=3041> CMS Office of Public Affairs. 14 Apr 2008.
3. Relationship of hospital-acquired conditions to the National Quality Forum's list of serious reportable adverse events («never events»). CMS Office of Public Affairs 14 Apr 2008 [Cited 2009-02-04]. <http://www.cms.hhs.gov/apps/media/press/factsheet.asp?Counter=3043>
4. Center for Medicare and Medicaid Services. Hospital-acquired conditions (present on admission indicator) [Cited 2009-02-04]. http://www.cms.hhs.gov/HospitalAcqCond/06_Hospital-Acquired_Conditions.asp#TopOfPage
5. Leapfrog Group press release 27 Oct 2008 [Cited 2009-02-04]. <http://www.leapfroggroup.org/media/file/NeverEvents2008.pdf>
6. Never events draft proposal October 2008 5pp. National Patient Safety Agency. [Cited 2009-02-04]. <http://www.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=18810>
7. Svensson M, Persson U, Johansson F. Samhällsekonomiska kostnader för patientskador i svensk sjukvård – några typfall. Institutet för hälsoekonomi, IHE-rapport. 2004;3.
8. Hammarskjöld F, Linder LE, Larsson B, Jertborn M. Infektion en fruktad komplikation till användning av central venkateter. Motiverat att påminna om vikten av god aseptik. Läkartidningen. 2001;98:3510-4.
9. Pils K, Neumann F, Meisner W, Schano W, Vavrosky G, van der Cammen TJ. Predictors of falls in elderly people during rehabilitation after hip fracture – who is at risk of a second one? Z Gerontol Geriatr. 2003;36:16-22.
10. Jensen J, Lundin-Olsson L, Nyberg L, Gustafson Y. Fall and injury prevention in older people living in residential care facilities. A cluster randomized trial. Ann Intern Med. 2002;136:733-41.
11. Pressure ulcer treatment guideline. 1998. European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP). [Cited 2009-02-09]. <http://epuap.org/gltreatment.html>
12. Trycksår. Handbok för hälso- och sjukvård. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2006 [Cited 2009-02-04]. <http://www.1177.se/handboken/>
13. Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. J Wound Care. 2004;13(7):183-7.