

HANDBOK

Markörbaserad journalgranskning i psykiatri

FÖR ATT IDENTIFIERA OCH MÄTA SKADOR I VÅRDEN





Markörbaserad journalgranskning i psykiatri

FÖR ATT IDENTIFIERA OCH MÄTA SKADOR I VÅRDEN



Upplysningar om innehållet:
Eva Estling, eva.estling@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015
ISBN: 978-91-7585-229-4
Foto: Maskot
Produktion: EO
Tryck: LTAB, mars 2015

Förord

Sedan 2008 finns en nationell metod för strukturerad journalgranskning, Global Trigger Tool (GTT), som är utvecklad för att fånga skador och vårdskador (undvikbara skador) hos patienter i somatisk slutenvård. Metoden har reviderats och benämns nu Markörbaserad journalgranskning (MJG) (1). Sedan 2012 bedrivs journalgranskning av somatisk vuxenvård vid samtliga akutsjukhus i Sverige och resultat från granskningsarbetet har publicerats i flera rapporter. Metoden har nu också utvecklats för användning inom somatisk barnsjukvård och introduktion har påbörjats i barnsjukvården (2).

Traditionellt har GTT och MJG fokuserat på kroppsliga skador, men i patientsäkerhetslagen görs inte någon åtskillnad på kroppslig och psykisk skada eller lidande.

Under hösten 2012 inventerade Sveriges kommuner och landsting (SKL) hos företrädare för psykiatrisk vård i samtliga landsting intresset för att utveckla metoden Markörbaserad journalgranskning för användning inom psykiatrisk vård. Ett starkt stöd gavs då för att en journalgranskningsmetod skulle utvecklas för psykiatri.

En projektgrupp har nu utarbetat denna handbok som är avsedd för journalgranskning inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri, men ännu inte inom barn- och ungdomspsykiatri.

Journalgranskning inom projektets ram har bedrivits av granskningsteam i 17 landsting/regioner. En referensgrupp och representanter för patientorganisationer (NSPH) har deltagit i bedömning av resultaten och lämnat synpunkter på utvecklingsarbetet. Dessa värdefulla bidrag till projektarbetet har varit en förutsättning för att utvecklingsarbetet skulle kunna slutföras på ett framgångsrikt sätt.

Handboken har tagits fram av experterna Carina Berglund, Charlotta Brunner, Hans Rutberg, Pia Ram och Urban Nylén i samarbete med samordnaren Eva Estling på SKL.

Stockholm mars 2015

Hans Karlsson
Direktör

Avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

6	Kapitel 1	Markörbaserad journalgranskning för bättre patientsäkerhet
6		Skada, vårdskada, allvarlig vårdskada och komplikation
7		Journalgranskning ökar kunskapen om skador och vårdskador
7		Internationella erfarenheter
7		Utvecklingsarbetet
8		Från mätning till förbättringsarbete
8		Etiska och juridiska aspekter
9		Granskningsteamet
10	Kapitel 2	Genomförande av markörbaserad journalgranskning
11		Principer i granskningen
12		1. Val av journaler för granskning
13		2. Sökning efter markörer
14		3a. Bedömning av om skada inträffat
14		3b. Bedömning av skadetyper
15		3c. Bedömning av skadans allvarlighetsgrad
15		3d. Bedömning av undvikbarhet
17		4. Sammanställning av resultat
18		Referenser
19		Ordförklaringar

Markörbaserad journalgranskning för bättre patientsäkerhet

Patienter ska ges god vård och inte utsättas för onödiga risker och skador orsakade av hälso- och sjukvården. Ett förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten ska förebygga risker, men också leda till lärdomar om orsaker till vårdskador genom systematisk rapportering och analys av risker (Patientsäkerhetslagen SFS 2010:659). Arbetet för att minska risker och förbättra patientsäkerheten ska vara en del i ett systematiskt arbete utifrån ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet, där fortlöpande egenkontroll ingår. En god patientsäkerhetskultur är en förutsättning för att säkra vårdprocesser av hög kvalitet ska åstadkommas.

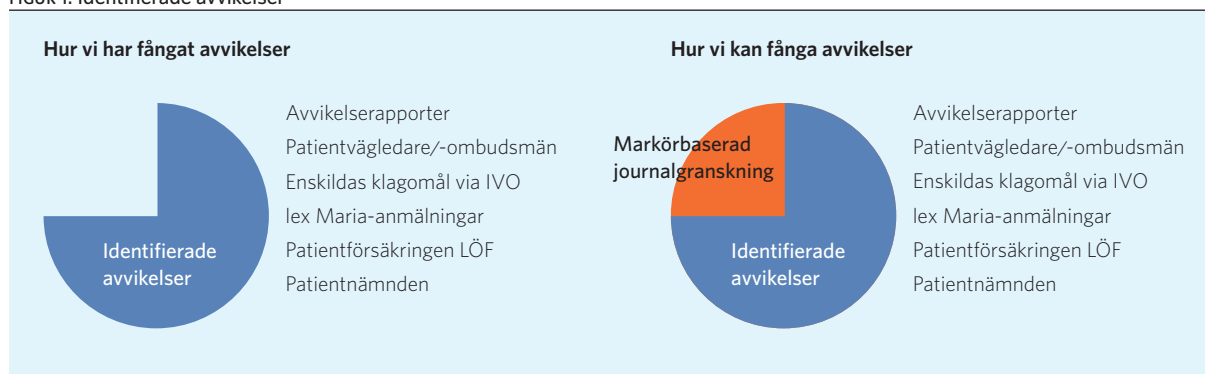
Skada, vårdskada, allvarlig vårdskada och komplikation

Skada är lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en följd av patientens sjukdom. Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) definierar *vårdskada* som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Med *allvarlig vårdskada* avses en vårdskada som 1) är bestående och inte ringa, eller 2) har lett till att

patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit. Distinktionen mellan vårdskada och allvarlig vårdskada är inte avgörande i arbetet med markörbaserad journalgranskning men är väsentlig vid bedömningen av om skador ska utredas enligt lex Maria eller inte.

Vid journalgranskningen identifieras skador, som ur ett sjukvårdsperspektiv ofta benämns komplikationer eller oförutsedda händelser. En komplikation är dock en effekt som inte var avsedd eller önskvärd och ur patientens perspektiv ska den i arbetet med journalgranskning betraktas som skada. Även om en biverkan är känd och tidigare beskriven i samband med en viss typ av behandling och därmed kan förväntas uppträda hos en andel av de patienter som behandlas, rör det sig i patientperspektivet ändå om en skada. Vissa komplikationer eller skador kan inte undvikas helt, men om det finns en möjlighet att påverka risken för att de inträffar, bör skadan i första hand betraktas som undvikbar. När resultatet av granskningsarbetet utnyttjas som underlag för utvecklingsarbete är det väsentligt, att inte bara analysera vad som kan göras med anledning av *vårdskador*, utan att också analysera övriga skador som identifierats. Med analys och ny kunskap kan det som till att börja med bedömts som oundvikligt visa sig vara möjligt att påverka.

FIGUR 1. Identifierade avvikelser



Journalgranskning ökar kunskapen om skador och vårdskador

Analys av bakomliggande orsaker till risker och inträffade skador görs alltmer genom risk- och händelseanalyser men när de traditionella metoderna för att identifiera avvikelser används blir det bara det som spontant uppfattas som avvikelser som identifieras och analyseras. Det betyder, att endast en mindre del av alla avvikelser blir kända. De flesta av dessa har dessutom inte medfört skador (3). Ofta ser man på oönskade händelser som något som ibland uppstår och som kan förväntas trots att det ur patientens perspektiv är en skada eller en vårdskada. Det synsättet bidrar till underrapportering av skador och vårdskador (4).

Med hjälp av markörbaserad journalgranskning kan dolda skador identifieras och arbetet för att minska riskerna för att patienter skadas bli mer effektivt.

En skada beror oftast inte på att en person gör misstag. Med ett systemperspektiv ska fokus därför läggas på att hitta och undanröja de bakomliggande orsakerna till skadan. Gott besluts- och dokumentationsstöd, standardiserade angreppssätt och arbete med vårdflödet i processer blir med detta synsätt viktiga utvecklingsområden inom sjukvården. Med ett processororienterat angreppssätt ökar förståelsen för att systemkunskap är ett viktigt komplement till professionell yrkeskunskap.

Genom markörbaserad journalgranskning kan skador och vårdskador identifieras och typ och allvarlighetsgrad kartläggas. När resultaten av granskningsarbetet sammanställs kan också förekomsten av skador och vårdskador beräknas. Resultatet av MJG ska i första hand utnyttjas som underlag för förbättringsarbete vid den egna kliniken eller enheten och lämpar sig inte att användas för att direkt med siffror jämföra patientsäkerhet mellan klini-

ker och enheter. Om granskningsperioderna väljs slumpmässigt och data sammanställs från många kliniker och enheter kan dock skador och vårdskador beräknas i ett nationellt perspektiv.

De markörer som utnyttjas för att söka i vårddokumentationen efter möjliga skador och vårdskador är utformade för att identifiera områden, där risken för skador är större. Ett flertal av markörerna kommer därför att indikera hur följsamheten är till lokala instruktioner och riktlinjer. Det innebär, att en del av markörerna också kan användas som kvalitetsindikatorer i det systematiska kvalitetsarbetet.

Resultaten av journalgranskning leder i sig inte till ökad patientsäkerhet om inte förbättringsarbete genomförs baserat på vad som framkommit vid granskningen. I sådant förbättringsarbete kan också andra metoder, såsom risk- och händelseanalys, användas för att kartlägga bakomliggande orsaker till skador så att ändamålsenliga åtgärder kan utformas.

Internationella erfarenheter

Ett stort antal sjukvårdsorganisationer i världen använder strukturerad journalgranskning för att mäta och följa nivån på skador i den somatiska vården och i Sverige har sedan 2012 granskningsarbete bedrivits inom somatisk vuxenvård vid samtliga akutsjukhus (5, 6). För psykiatrisk vård har det inte funnits någon etablerad metodik för att identifiera skador genom journalgranskning. Efter att detta projekt inletts har utvecklingsarbete och anpassning av GTT för psykiatrisk vård också startat i Singapore och Danmark.

Utvecklingsarbetet

I samband med att MJG introducerats och börjat tillämpas i somatisk vård har intresse väckts för

utveckling av metoden till att också passa för psykiatrisk vård. Vid ett möte sammankallat av SKL hösten 2012 uttalade företrädare för psykiatrisk vård från flertalet landsting och från patientorganisationer ett starkt stöd för utvecklingsarbetet. I ett pilotprojekt granskades 110 journaler från psykiatrisk öppen- och slutenvård. Resultatet pekade mot att metodiken framgångsrikt skulle kunna anpassas till psykiatrisk vård och ett utvecklingsprojekt har sedan genomförts och resulterat i denna handbok.

Som särskilda riskområden för skada inom psykiatrisk vård har tvångsvård, suicidriskbedömning, läkemedelsbehandling, ECT (elbehandling), hot och våld, avsteg från vårdplan, övergångar i vården samt diagnostik identifierats. En förutsättning för granskningsarbete med MJG är en gemensam uppfattning om vad som är att betrakta som skada och i förlängningen vad som ska anses vara en undvikbar skada. I projektet har dessa frågor bearbetats och resultatet är den lista med skadetyper som nu presenteras.

Utifrån riskområden och kända skadetyper inom psykiatri formulerades markörer som skulle kunna indikera möjlig skada. För att inte underskatta väsentliga riskområden måste granskningen ske ur ett patientperspektiv och granskning av såväl öppen- som slutenvård i ett sammanhang blev en naturlig utgångspunkt när metoden testades av gransknings-team i 17 landsting och regioner där sammanlagt 471 journaler granskades i projektet. Granskning av öppen- och slutenvård i ett sammanhang innebär en utveckling av metoden, som ökar möjligheterna att identifiera också skador och kvalitetsbrister som uppstår i övergången mellan olika vårdenheter och kliniker.

Förutom att journalgranskning med MJG leder till att skador och vårdskador kan identifieras har metoden också visat sig användbar för att identifiera kvalitetsbrister i vården och därmed också som ett verktyg för systematisk egenkontroll. Metoden är utvecklad och anpassad för journalgranskning inom vuxenpsykiatri och rättspsykiatri men inte för barn- och ungdomspsykiatri.

Från mätning till förbättringsarbete

Att identifiera skador, vårdskador och brister i kvalitet och säkerhet leder inte i sig till en förbättrad patientsäkerhet om inte resultatet av granskningen analyseras och leder till att adekvata åtgärder vidtas för att minska antalet skador och öka följsamheten till fastlagda arbetssätt och riktlinjer. Vid markör-

baserad journalgranskning är det väsentligt, att det finns en tydlig struktur och organisation för hur systematisk återkoppling av granskningsresultat fortlöpande ska göras till chefsöverläkare och andra med ledningsfunktion i organisationen. Som i allt annat förbättringsarbete är ledningens engagemang avgörande för att arbetet med markörbaserad journalgranskning skall vara framgångsrikt (7, 8, 9).

För att orsaker bakom skador och vårdskador ska bli tydliga behövs också andra metoder såsom händelseanalys och riskanalys. Det är inte alltid uppenbart hur mekanismen ser ut när skador uppstår, men med hjälp av metodisk analys kan adekvata förebyggande åtgärder utformas. Arbetet med markörbaserad journalgranskning ska vara en del i verksamhetens samlade arbete för ökad patientsäkerhet och resultaten från arbete med avvikelshantering och andra metoder ska samlas och överblickas. På så sätt kan ett underlag skapas för prioritering av områden att åtgärda och de mest meningsfulla åtgärderna väljas.

Utvecklingsarbete för ökad patientsäkerhet kan följas över tid genom fortlöpande journalgranskning. Riktade, specifika förbättringsåtgärder kan därutöver behöva följas upp med specifika mått för att mer direkt och snabbare följa effekten av de insatta åtgärderna.

Etiska och juridiska aspekter

Metoden markörbaserad journalgranskning innebär, att alla vårdkontakter under en tidsperiod (granskningsperiod) ska granskas. Det medför att en granskare, förutom att läsa journaler vid den egna kliniken utan att delta i vården av patienten, också kan behöva läsa journaler från andra kliniker än där granskaren har sin organisatoriska tillhörighet. Markörbaserad journalgranskning är emellertid ett led i utvärdering av den egna verksamheten och systematisk kvalitetssäkring. Detta innebär att en granskare med uppdrag att arbeta med markörbaserad journalgranskning har rätt att ta del av sådana journaluppgifter utan patientens samtycke. Patienten har inte rätt att begära att journalen spärmas från åtkomst för sådan granskning. I enlighet med patientsäkerhetslagen ska patienter informeras när en vårdskada inträffat. Detta gäller givetvis även om skadan identifieras först i efterhand i samband med journalgranskning.

När resultaten från markörbaserad journalgranskning sammanställs och redovisas i ett systemperspektiv syns inte resultaten för de enskilda

patienterna. Det går dock inte att bortse från, att det är individuella patienters vårddokumentation som granskas och utifrån patientsäkerhetslagen ska patienten då få information, när en vårdskada inträffat (2010:659). Varje klinik måste därför ha en rutin för hur granskningsteamet återkopplar sådana fynd till chefläkare, chefsöverläkare eller verksamhetschef, som har ansvar för att patienten informeras. Om skadan är allvarlig eller det funnits risk för allvarlig skada ska då också en anmälan enligt lex Maria göras. Det är aldrig granskningsteamets uppgift att kontakta den patient som fått en vårdskada.

Det kan vara en mycket grannliga uppgift att i efterhand kontakta patienter med denna information, men patienten är ofta medveten om att det var något avvikande som hände. Syftet med informationen och kontakten i efterhand ska vara att stödja patienten. Innehållet i informationen och sättet på vilket den ges måste därmed ske på ett professionellt sätt och vara noga anpassat till patientens förutsättningar. Vartefter som markörbaserad journalgranskning och annat arbete för utveckling av patientsäkerheten förbättrar patientsäkerhetskulturen kan det också förväntas att fler skador och vårdsador uppmärksammas medan vårdtillfället fortfarande pågår. Kommunikationen med patienten kring det inträffade kan då underlättas.

För mer information se ”När en skada inträffat i vården – Vägledning till hälso- och sjukvårdspersonal”, SKL 2011.

Granskningsteamet

För att arbeta med markörbaserad journalgranskning krävs utbildning i metoden. Ett gransknings-team ska bestå av kliniskt erfarna personer med god kännedom om struktur och innehåll i verksamhetens journaler samt god kunskap om vården på kliniken. Minst en medlem i granskningsteamet måste vara läkare i och med att också läkemedelsbehandling och andra delar av vården, där läkare ansvarar, ingår i vad som ska bedömas i granskningen. Antalet granskare bör inte vara för stort och kontinuitet bör upprätthållas i granskningsarbetet. Det är viktigt, att inte alla medlemmar i teamet byts ut samtidigt. Granskningsteamet ska ges ett skriftligt uppdrag där omfattningen av journalgranskningen och vilken tid som avsätts för arbetet framgår. Uppdraget bör vara tidsbegränsat och omprövas regelbundet, så att mandatet förnyas.

De olika granskningsteam, som vid kliniker, sjukhus och landsting, arbetar oberoende av varandra bör regelbundet mötas för att utbyta erfarenheter och diskutera bedömningar och klassificeringar av skador (10). Ansvar för att sådana möten ordnas bör vila på en person eller enhet med ett övergripande metodansvar som kan organisera ett nätverk mellan teamen och som kan ge stöd och råd. Det kan också vara lämpligt att den personen också ansvarar för att nya granskare utbildas. En sammanhållen organisation av MJG arbetet ökar förutsättningarna för en samsyn i granskningsarbetet.

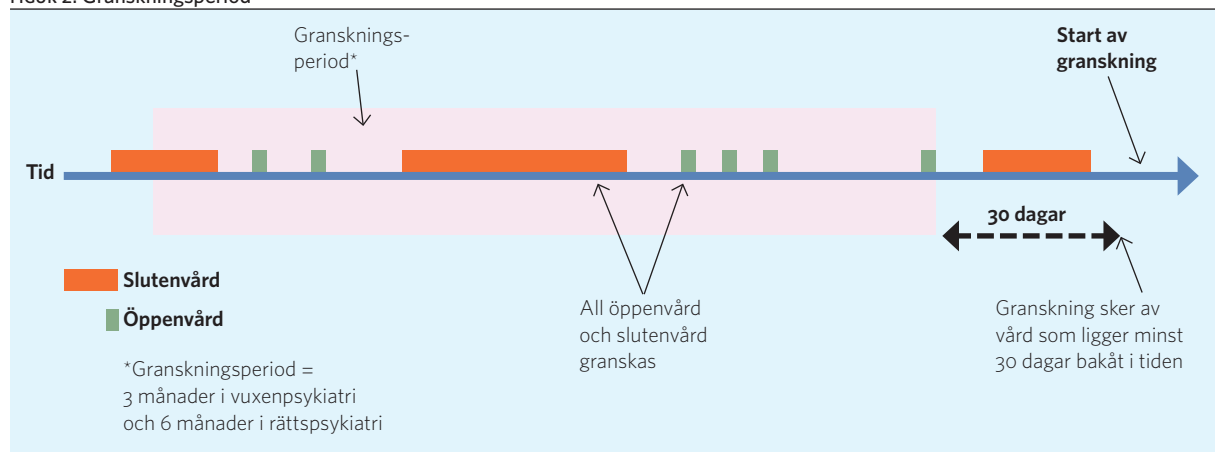
Genomförande av markörbaserad journalgranskning

Vid markörbaserad journalgranskning granskar ett metodutbildat granskningsteam retrospektivt ett definierat urval av journaler med syfte att identifiera skador och vårdskador som inträffat. Resultatet bildar underlag för analys om bakomliggande orsaker till att skador, vårdskador och kvalitetsbrister uppkommer och för förbättring av patientsäkerheten.

Den första delen av granskningen innebär att positiva markörer identifieras. När en markör påträff-

as i journaldokumentationen betyder det att det finns en risk att en skada inträffat. En noggrann bedömning måste då göras av om en skada verkligen inträffat och om det i så fall är en skada som skulle ha kunnat undvikas, dvs en vårdskada. En markör kan emellertid vara positiv utan att en skada inträffat likaväl som att en skada kan påträffas utan att någon markör är positiv. Markörerna syftar till att underlätta identifieringen av skador men är i sig inte skador.

FIGUR 2. Granskningsperiod



JOURNALGRANSKNING STEG FÖR STEG

1. Identifiera de journaler som ska granskas (se sid 12, Val av journaler för granskning).
2. Använd en granskningsmall för varje journal och ange ett unikt löpnummer (se sid 13, Sökning av markörer).
3. Dokumentera patient-id samt det specifika löpnumret på en lista som sparas under journalsekretess.
4. Granskare söker i journalen efter positiva markörer och markerar i granskningsmallen.
5. Granskningsteamet går igenom journaler där positiva markörer påträffats och bedömer om skada har inträffat.
6. Granskningsteamet kategoriserar identifierade skador till typ och allvarlighetsgrad.
7. Granskningsteamet bedömer om skadan skulle ha kunnat undvikas, dvs. om det rör sig om en vårdskada och dokumenterar i granskningsmallen.
8. Granskningsresultatet sammanställs månadsvis i ”Mall för sammanställning av resultat” för överblick.
9. Markörer som dokumenterats i granskningsmallarna sammanställs i ”Mall för sammanställning av kvalitetsmarkörer” som underlag för utvärdering av kvalitet och följsamhet till riktlinjer.
10. Granskningsresultaten analyseras och insatser för ökad patientsäkerhet genomförs.



Principer i granskningen

- › I varje journal ska både slutenvård och öppenvård ingå i granskningen (se figur 2).
- › Den vård som granskas måste alltid ligga minst 30 dagar bakåt i tiden. Om patienten haft vårdkontakter närmare i tiden utgår granskningen från den vårdkontakt som ägde rum/avslutades för minst 30 dagar sedan och utsträcks sedan 3 respektive 6 månader bakåt i tiden (se figur).
- › Granskning ska göras av en vårdperiod som sträcker sig 3 månader respektive 6 månader bakåt i tiden även om patienten haft kontakt som sträcker sig längre tillbaka i tiden än så.
- › I rättspsykiatri behöver inte enbart de journaler där slutenvård avslutats granskas utan även journaler för patienter med pågående slutenvård kan granskas.
- › Hela vårdperioden granskas oavsett hur många och vilka kliniker som vårdat patienten under vårdperioden vilket också kan innefatta somatisk vård.
- › Den månad, då granskningsarbetet genomförs, benämns granskningsmånad. Den tidsperiod som då granskas benämns granskningsperiod.

1. Val av journaler för granskning

1. Val av journaler för granskning

Antal journaler för granskning

I arbetet med journalgranskning är det väsentligt att se till patientens vårdkedja och sträva efter att såväl öppen- som slutenvård granskas i ett sammanhang utifrån patientens perspektiv. Ju fler journaler som granskas desto snabbare framträder en bild av vilken typ av skador och vilken typ av kvalitetsbrister som förekommer, men antalet journaler som ska granskas måste vägas mot arbetsinsatsen.

Vid en klinik med liten verksamhetsvolym eller långa slutenvårdstillfällen kan granskning av 5-10 journaler per månad vara ett lämpligt antal, medan det i en större verksamhet kan vara rimligt att granska 10-20 journaler per månad.

Specifikt urval av journaler

För att få ett specifikt urval av vårdperioder för att granska en vårdprocess eller diagnosgrupp behövs en riktad sökning i det patientadministrativa systemet utifrån en definierad sökprofil. Om sedan samtliga journaler, som uppfyller sökkriterierna, ska granskas eller om ett urval ska göras slumpmässigt ur den gruppen får avgöras utifrån frågeställning och antal journaler som fångas med sökkriterierna.

Ett specifikt urval av journaler kan till exempel göras utifrån ett diagnosområde, en behandlingsmetod, en vårdprocess, akutintag eller längden på slutenvårdstillfällen. Om någon hypotes inte finns om skadeområden kan det vara lämpligt att inleda granskningsarbetet med att under en period välja journaler slumpmässigt och efter analys senare göra specifika urval för granskning.

Slumpmässigt urval av vårdtillfällen

Om urvalet ska vara slumpmässigt ska varje journal ha samma sannolikhet att bli granskad. Alla patienters journaler skall då ingå i underlaget för det slumpmässiga urvalet, således även journaler från vårdtillfällen som avslutats till exempel genom att patienten avlidit.

Om patientidentiteterna för de identifierade vårdperioderna läggs i en lista med radnummer (till exempel i Excel) kan radnumren utnyttjas för att skapa ett slumpmässigt urval med hjälp av den slumpgenerator som finns på IHI:s hemsida. Den kan hämtas från <http://www.randomizer.org/form.htm>

Datasammanställning i ett större perspektiv, till exempel nationellt, sker lämpligen utifrån granskning av ett slumpmässigt urval av journaler.

2. Sökning efter markörer

Markörbaserad journalgranskning för psykiatri innehåller fem grupper av markörer. Eftersom vårdperioder som omfattar såväl öppen- som slutenvård granskas och patienten därmed kan ha vårdats vid flera olika kliniker och vårdformer måste alla granskningsteam vara beredda på att alla metodens markörer ska eftersökas i varje journal. Följande områden ingår:

- Vårdmarkörer (V, 15 markörer).
- Beroendemarkörer (Y, 4 markörer).
- Markörer för tvångsvård (T, 4 markörer).
- Läkemedelsmarkörer (B, 7 markörer).
- Kontinuitets- och övergångsmarkörer (R, 6 markörer).

Granskningen av en vårdperiod avser hela den sammanhängande tidsperioden inkluderande såväl öppenvård som slutenvård oavsett om patienten vårdats på en eller flera olika kliniker. I granskningen ingår också att se om någon vårdkontakt under den granskade vårdperioden beror på att en skada uppkommit i samband med tidigare vård.

Viktig information om vårdperioden finns i alla typer av dokumentation i såväl elektronisk form som på papper:

- Alla typer av journalanteckningar från öppen- och slutenvård.
- Epikriser (särskilt bedömningar och behandlingar), utskrivningsdiagnoser.
- Beslutsjournal, beslutsöversikt.
- Läkemedelslistor och administrerade läkemedel.
- Laboratorieresultat.
- Röntgen- och andra diagnostiska resultat.
- Anestesijournal.
- Övervakningsdokumentation.
- Mätvärden, vitalparametrar.

Tiden som åtgår för att identifiera positiva markörer varierar beroende på komplexiteten i den vårdperiod som granskas, men grundprincipen är, att en begränsad tid ska ägnas åt sökning efter markörer i en journal. Många vårdtillfällen är korta och okomplicerade. Där går sökningen fortare medan det ibland rör sig om långa och komplicerade vårdförlopp, där det kan ta längre tid.

När granskaren, vid sökning efter markörer, påträffar en positiv markör markeras detta i granskningsmallen (se bilaga sid 30). Notera då även datum, klockslag och typ av journaldokumentation så att det blir enkelt att sedan hitta tillbaka till sådant som ska bedömas när teamet samlas för att göra en skadebedömning.

Arbetsflöde vid markörsökning

1. Skapa en egen löpnummerserie och ange ett unikt löpnummer för varje journal som ska granskas. Listan med koppling av patientidentitet och löpnummer sparas under journalsekretess. Listan gör att enskilda vårdtillfällen kan identifieras om ytterligare analys behövs.
2. För varje journal som granskas ska en granskningsmall (sid 51) användas. Ange ett unikt löpnummer för den journalen.
3. Sök i all journaldokumentation efter positiva markörer.
4. När markörer hittas antecknas datum, klockslag och var i journaldokumentationen markören påträffats. Gör gärna korta anteckningar i beskrivningsfältet om de markörer som är positiva för att underlätta när fördjupad granskning och skadebedömning ska göras.
5. Om en skada eller andra omständigheter som bör granskas av teamet påträffas, även utan positiv markör, noteras detta givetvis på samma sätt i granskningsmallen.
6. I bedömningen ingår även att dokumentera vilka markörer som bidrog till att skadan kunde identifieras.
7. Dokumentera om skadan/skadorna härrör från ett öppenvårdstillfälle alternativt slutenvårdstillfälle.

3a. Bedömning av om skada inträffat

Vid ställningstagande till om en skada inträffat eller inte ska man bortse från om det inträffade är något som brukar kunna inträffa, om det är en risk man kalkylerat med eller om patienten varit informerad om risken eller inte och endast se till patientperspektivet. Var det som inträffade något som avsågs med vården? I bedömningen av om skada inträffat eller inte ingår också ställningstagande till om händelsen är en naturlig följd av sjukdomsprocessen. Om adekvata bedömningar och åtgärder genomförts är försämring av sjukdomen inte någon skada. Om bedömningar och åtgärder däremot inte har genomförts på ett adekvat sätt eller om sådant som borde ha utförts inte har blivit utfört ska försämring av sjukdomen betraktas som en vårdskada.

Alla skador som sammanhänger med den granskade vårdperioden ska identifieras och inkluderas i sammanställningen, även om de inträffade utanför den egna kliniken eller det egna sjukhuset. Det är dock av värde att skador som inträffat vid annan klinik eller annat sjukhus i rapporteringen särskiljs från skador som inträffat i den egna organisationen. För att förebygga skador som inträffat utanför den egna organisationen krävs samarbete med andra delar av sjukvården.

Ett läkemedel eller till exempel ett fall kan ge upphov till flera olika typer av skador. I en sådan situation registreras det som *en* skada och graderas efter den allvarligaste följdverkan som uppstod.

Ofta hittar man flera positiva markörer utan associerad skada. Om en skada påträffas, trots att ingen markör blivit positiv, inkluderas den i sammanställningen av granskningsresultat. Syftet med markörerna är, att indikera möjliga skador, men markörer är inte en förutsättning för att skador ska identifieras.

3b. Bedömning av skadetyper

De identifierade skadorna bör klassificeras efter vilken typ av skada som inträffat. Grupperingen i skadeområden underlättar analys och förbättringsarbete. Indelningen av skador enligt tabellen är grov, men empiriskt fungerande och avser inte att i detalj definiera alla typer av skador. För att ge ett bra underlag för analys och förbättringsarbete i den egna organisationen är det värdefullt att utöver att ange skadetyper enligt tabellen nedan också göra noteringar om fler relevanta detaljer kring det som hände.

Bedömning av skada som uppkommit inom särskilda områden

När positiva markörer och skador ska identifieras bygger det på granskning och bedömning av vad som dokumenterats i journalen. I patientsäkerhetslagens definition av vårdskada finns förutom kroppslig skada också lidande och psykisk skada. Såväl uppfattningen om hur vården ska bedrivas som vad som kan vara en skada utgår från den värdegrund som präglar verksamheten och kan variera mellan individer och organisationer. Oavsett vilken värdegrund som gäller är det dimensioner av vården som ofta dokumenteras mindre tydligt och som därmed är svåra att direkt påvisa. Emellertid kan konsekvenser av lidande och psykisk skada påträffas och möjliggöra att en sådan skada kan identifieras. I detta sammanhang bör särskilt följande skadeområden beaktas:

Tvångsåtgärd

Tvångsåtgärder är ibland nödvändiga i vården av patienter med psykiatrisk sjukdom. Om bedömningen av patienten är gjord på ett adekvat sätt, indikation finns för tvångsåtgärden och åtgärden är utförd på ett korrekt sätt finns inte någon anledning att bedöma tvångsåtgärden som vårdskada. Att bli utsatt för en tvångsåtgärd kan emellertid ur patientens perspektiv vara att drabbas av en kränkning av integritet och självbestämmande. En sådan kränkning är en skada. Om bedömning av patienten inte är gjord på adekvat sätt och om indikation för tvångsåtgärden inte finns måste en sådan kränkning betecknas som en undvikbar skada, det vill säga en vårdskada. Det kan i efterhand vara svårt att få en tydlig bild av händelseförloppet då en tvångsåtgärd genomförts men dokumentation från ett uppföljningssamtal kan bidra till att ge en bild ur patientens perspektiv.

Stigmatisering

Stigmatisering innebär, att en grupp människor med ett gemensamt kännetecken utsätts för särbehandling eller diskriminering som har sin grund i omgivningens fördomar och okunnighet. Det gemensamma kännetecknet kan till exempel vara ålder, yrke eller ohälsa. Det är smärtsamt att vara stigmatiserad på grund av psykisk ohälsa. Om den utsatta personen själv accepterar omgivningens fördomar kallas det för självstigma. Om patienten av vårdpersonal utsätts för stigmatiserande behandling ska det lidande detta förorsakar räknas som en vårdskada.

Fall

Som skada vid fall räknas i markörbaserad journalgranskning inte de händelser som resulterat i mindre följdverkan som rodnad, ömhet, mindre blåmärke etc. Om patienten drabbas av fraktur, blödning eller behandlingskrävande sårskada registreras det som en fallskada.

Ett synsätt att fallskador är undvikbara förutsätts för att framgångsrikt arbeta utifrån ovanstående riktlinjer. ”Fall och fallskador: Åtgärder för att förebygga”, SKL 2011.

3c. Bedömning av skadans allvarlighetsgrad

När en skada identifierats ska granskningsteamet ta ställning till vilken konsekvens skadan har haft för patienten och sedan ange om konsekvensen varit mindre, måttlig, betydande eller katastrofal.

BEDÖMNING AV SKADANS ALLVARLIGHETSGRAD

- › Mindre – obehag eller obetydlig skada.
- › Måttlig – övergående funktionsnedsättning.
- › Betydande – bestående måttlig funktionsnedsättning.
- › Katastrofal – bestående stor funktionsnedsättning, död.

3d. Bedömning av undvikbarhet

När en skada identifierats gör granskningsteamet en bedömning av om skadan hade kunnat undvikas. En undvikbar skada är en skada som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Patientsäkerhetslagen innehåller krav på att patienter som har fått en vårdskada ska informeras om detta. Detta medför att vi i svensk hälso- och sjukvård alltid måste bedöma vilka skador som hade kunnat undvikas. Om granskningsarbetet leder fram till att en del av de skador som identifieras skulle kunna ha undvikits finns också direkt ett konkret underlag för arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Många skador betraktas traditionellt i vården som oundvikliga komplikationer, men ett antal skador kan vid en eftergranskning komma att definieras som undvikbara. Skador som i efterhand tydligt kan kopplas till *underlåtenhet*, det vill säga att bedömning, åtgärder eller behandling försenats eller helt uteblivit, ska ses som undvikbara. Bedömningen av om en skada skulle ha kunnat undvikas är ibland svår och bedömningen kan då behöva diskuteras med erfarna personer utanför granskningsteamet.

I beskrivningen av varje enskild markör finns vägledning för bedömning av undvikbarhet.

Om skadan var undvikbar eller ej bedöms enligt följande fyrgradiga skala:

BEDÖMNING AV UNDVIKBARHET

1. Skadan var inte undvikbar.
2. Skadan var sannolikt inte undvikbar.
3. Skadan var sannolikt undvikbar.
4. Skadan var undvikbar.

TABELL 1. Skadeområden och skadetyper

Skadeområde	Skada som ska registreras Skadetyper	Exempel
Psykisk skada	1. Lidande	Otrygghet Rädsla efter hot/våld Obehag Stigmatisering
	2. Kränkning	Vid tvångsåtgärder Sexuellt ofredande och andra otillbörliga kontakter
Förlängt sjukdomsförlopp	3. Obehandlat sjukdomstillstånd 4. Otillräcklig behandlingseffekt 5. Avbruten behandling 6. Försämring av sjukdom	Oönskad effekt vid psykoterapi Ofullständig utredning med felaktig diagnos Otillräcklig bedömning under pågående behandling
Avsiktligt självdestruktiv handling	7. Suicid 8. Suicidförsök 9. Avsiktligt självdestruktiv handling utan suicidavsikt	
Läkemedelsrelaterad skada	10. Metabol påverkan 11. Extrapyramidala symptom 12. Allergisk reaktion 13. Läkemedelsberoende 14. Övrig läkemedels-relaterad skada	Hypertoni, hjärtrytmrubbning, akut dystoni, dyskinesi, akatisi njurfunktionspåverkan, nedsättning av sköldkörtelfunktion, benmärgshämning, kognitiv påverkan, förvirring, sedering, hypotoni, malignt neuroleptikasyndrom, serotonergt syndrom, förväxling av läkemedel, fel läkemedelsdosering
Åtgärd utan laga stöd	15. Olaga frihetsberövad 16. Olaga tvångsåtgärd	Frihetsberövad efter administrativt misstag, tvångsåtgärd hos icke tvångsvårdad
Kroppslig skada	17. Anestesirelaterad skada 18. Fallskada 19. Trycksår kategori 2-4 20. Kognitiv störning 21. Övrig kroppslig skada	Tandskada Andnings- och/eller cirkulationssvikt Hudskada eller yttlig kärlskada Fraktur Blödning Infektion Minnesstörning efter ECT
Övrig skada	22. Övrig skada	

4. Sammanställning av resultat

Genom markörbaserad journalgranskning kan skador och vårdskador identifieras och typ och allvarlighetsgrad kartläggas. När resultaten av granskningsarbetet sammanställs kan också mått på förekomsten av skador och vårdskador beräknas. På så sätt kan typ och frekvens av skador följas över tid i den egna organisationen och såväl behov som resultat av patientsäkerhetsarbete synliggörs. Analys av bakomliggande orsaker ger möjlighet att utforma åtgärder som kan minska risken för upprepning och därmed öka patientsäkerheten.

Mått på omfattningen av skador ska i första hand användas för jämförelse i den egna organisationen över tid. Därutöver kan nationella data sammanställas och användas för jämförelse och bakgrund till de egna resultaten.

Handboken består av två delar, metodbeskrivning samt en bilaga som beskriver markördefinitioner, skadetyper och de mallar som behövs i arbetet med journalgranskning.

DATA KAN PRESENTERAS SOM OLIKA MÅTETAL, TILL EXEMPEL:

- › Antal skador och vårdskador per granskad journal*.
- › Antal skador respektive vårdskador per 100 journaler*.
- › Andel av journaler* med skada respektive vårdskada.
- › Skadetyper i öppenvård .
- › Skadetyper i slutenvård.
- › Skadornas allvarlighetsgrad i relation till skadetyper.
- › Antal positiva markörer per journal*.
- › Andel journaler* där kvalitetsbrist uppmärksammats.

*Med journal avses en granskad vårdperiod om 3 månader för allmän psykiatri och en granskad vårdperiod om 6 månader för rättspsykiatri.

Referenser

1. Markörbaserad journalgranskning för att identifiera och mäta skador i vården. SKL 2012
Markörer med definitioner för somatisk vård. SKL 2012
2. Markörer för journalgranskning i barnsjukvården. SKL 2014
3. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.
4. Öhrn, A., Elfström, J., Liedgren, C. et al. Reporting of Sentinel Events in Swedish Hospitals: A Comparison of Severe Adverse Events Reported by Patients and Providers Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2011;37:495–501
5. Skador i vården – skadeområden och undvikbarhet jan 2013-juni 2014, SKL 2014.
6. Patientsäkerhet lönar sig – kostnader för skador och vårdskador i slutenvård 2013, SKL 2014.
7. Nilsson L, Juhlin C, Krook H, et al. Strukturerad journalgranskning kan öka patientsäkerheten. Läkartidningen 2009;35:2125-2128
8. Sjö Dahl R, Hultkrantz P, Melander H, et al. Hög frekvens komplikationer efter kirurgi. Av patienter som vårdats minst 5 dagar är nästan var tredje drabbad. Läkartidningen 2010;43: 2636-2639
9. Unbeck M, Dalen N, Muren O, et al. Healthcare processes must be improved to reduce the occurrence of orthopaedic adverse events. Scand J Caring Sci; 2010;24:671–677
10. Schildmeijer K, Nilsson L, Årestedt K, et al. Assessment of adverse events in medical care: lack of consistency between experienced teams using the Global Trigger Tool BMJ Qual Saf 2012;21:307-14
11. Kliniska riktlinjer – att förebygga och handlägga metabol risk hos patienter med allvarlig psykisk sjukdom. Svensk Psykiatrisk förening m fl. 2009.

Ordförklaringar

I de fall ord och uttryck är definierade i publikation är källan angiven.
Till övriga ord och uttryck lämnar författarna förslag till förklaring.

Allvarlig vårdskada

Vårdskada som 1) är bestående och inte ringa, eller 2) har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit (SFS 2010:659)

Avvikelse

Negativ händelse

Avvikelsehantering

Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna

Granskningsmånad

Den kalendermånad då markörbaserad journalgranskning genomförs. Minst en kalendermånad ligger mellan granskningsperiod och granskningsmånad

Granskningsperiod

Den vårdperiod som granskas med förekommande öppenvårdskontakter och slutenvård

Händelseanalys

Systematisk utredning av tillbud och negativa händelser. Utredningen omfattar rekonstruktion av händelseförlopp och orsaksanalys (Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete ISBN: 91-7164-093-2)

Markör

Journaluppgift som används som vid markörbaserad journalgranskning används som utgångspunkt för att identifiera skada hos patient

Patientsäkerhet

Skydd mot vårdskada

Patientsäkerhetsarbete

Arbete som syftar till att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och vårdskador

Risk

Möjlighet att en vårdskada ska inträffa

Riskanalys

Systematisk utredning av risk. Utredningen omfattar kartläggning och beskrivning av risk samt orsaksanalys och utformning av åtgärder för riskreduktion (Händelseanalys & Riskanalys, Handbok för patientsäkerhetsarbete ISBN: 91-7164-093-2)

Riskhantering

Rutiner för att identifiera, analysera, bedöma och åtgärda orsaker eller omständigheter som kan leda till vårdskada samt återföra erfarenheterna

Skada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården och som inte är en följd av patientens sjukdom

Tillbud

Händelse som hade kunnat medföra vårdskada

Vårdgivare

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Socialstyrelsens termbank)

Vårdperiod

Tidsperiod med förekommande öppenvårdskontakter och slutenvård

Vårdskada

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom, samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården (SFS 2010:659)



Markörbaserad journalgranskning i psykiatri

För att identifiera och mäta skador i vården

Markörbaserad journalgranskning (MJG) görs numer vid samtliga akutsjukhus i Sverige för att fånga skador och vårdskador (undvikbara skador) hos patienter i somatisk slutenvård. Metoden är också under införande i somatisk barnsjukvård. I ett projekt har nu metoden utvecklats och anpassats för användning i vuxenpsykiatrisk och rättspsykiatrisk vård. Handboken beskriver hur journalgranskning enligt MJG går till och hur resultatet kan utnyttjas för att förbättra patientsäkerheten.

Handboken består av två delar, metodbeskrivning samt en bilaga som beskriver markördefinitioner, skadetyper och de mallar som behövs i arbetet med journalgranskning.

