



HANDBOK

# Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård

FÖR ATT IDENTIFIERA OCH MÄTA SKADOR  
OCH KVALITETSBRISTER I VÅRDEN



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



HANDBOK

# Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård

FÖR ATT IDENTIFIERA OCH MÄTA SKADOR OCH KVALITETSBRISTER I VÅRDEN



Upplysningar om innehållet:  
Agneta Andersson, [agneta.andersson@skl.se](mailto:agneta.andersson@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2019  
ISBN: 978-91-7585-712-1  
Illustration/foto: Maskot, Scandinav, Pia Nordlander  
Produktion: Advant  
Tryck: Åtta.45, 2019

## Förord

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en beprövad metod för att identifiera skador och vårdskador (undvikbara skador). Sedan 2012 bedrivs journalgranskning av somatisk slutenvård för vuxna vid samtliga akutsjukhus i Sverige och resultat från granskningsarbetet har återkommande publicerats i ett flertal rapporter. Metoden har också utvecklats för användning inom somatisk barnsjukvård samt inom psykiatrisk och rättspsykiatrisk vård för vuxna. I ett forskningsprojekt har en kartläggning av patientsäkerhetsfrågor i hemsjukvård gjorts. Resultaten talar för att vårdskador förekommer i hemsjukvård i liknande omfattning som inom sjukhusvården. Utifrån resultat och erfarenheter från denna forskning och från arbetet med MJG inom andra delar av sjukvården har nu en handbok för markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård utformats.

En forskargrupp med Mirjam Ekstedt, Linnéuniversitetet och Maria Unbeck, Karolinska Institutet, Marlène Lindblad, Kungliga Tekniska Högskolan och Ersta Sköndal Bräcke Högskola, Lena Nilsson, Universitetssjukhuset i Linköping och Kristina Schildmeijer, Linnéuniversitetet samt en referensgrupp har lämnat värdefulla synpunkter under arbetet med handboken. Carina Ålenius, Sveriges Kommuner och Landsting och Urban Nylén, Socialstyrelsen har ansvarat för att sammanställa handboken.

Stockholm november 2018

Fredrik Lennartsson  
*Direktör för Avdelningen för vård och omsorg*

Sveriges Kommuner och Landsting



# Innehåll

- 7 **Bakgrund**
- 7 Markörbaserad journalgranskning för bättre patientsäkerhet
- 7 Riskområden inom hemsjukvård
- 8 Skada, vårdskada och komplikation
- 8 Risk, avvikelser, tillbud och kvalitetsbrister
  
- 11 **Kapitel 1. Markörbaserad journalgranskning**
- 11 Journalgranskning ökar kunskapen om skador, vårdskador och kvalitetsbrister
- 12 MJG i andra vårdformer
- 12 Utvecklingsarbete för MJG till hemsjukvård
- 12 Etiska och juridiska aspekter
- 13 Granskningsteamet
  
- 15 **Kapitel 2. Genomförande**
- 15 Detta behövs
- 16 Principer i granskningen
- 17 1. Val av journaler för granskning
- 18 2. Sökning efter markörer
- 19 3. Skadebedömning
- 24 4. Sammanställning
- 25 5. Analys och förbättringsarbete
  
- 26 **Ordförklaringar**
- 27 Mallar för granskningsarbetet
  
- 29 Markörbaserad journalgranskning som metod i hemsjukvården, del 2
  
- 30 Allmänna markörer
  
- 41 Läkemedelsmarkörer
  
- 42 Kontinuitets- och övergångsmarkörer
  
- 44 Bilaga 1. Granskningsmall
  
- 47 Bilaga 2. Sammanställning av MJG-resultat hemsjukvård
  
- 51 Bilaga 3. Sammanställning av markörer – hemsjukvård för vuxna





# Bakgrund

## Markörbaserad journalgranskning för bättre patientsäkerhet

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en etablerad metod i patientsäkerhetsarbetet och erfarenheterna är goda från somatisk sjukhusvård och psykiatri. Arbetet med MJG ger kunskap om vilken typ av skador och vårdskador som inträffar i den egna verksamheten och ökar kunskapen om aktiviteter och processer som försämrar patientsäkerheten. Journalgranskning med MJG kan också användas för egenkontroll av hur följsamheten är till de arbetsätt man kommit överens om i verksamheten. MJG är på så sätt också ett verktyg för utveckling av kvaliteten i verksamheten även om vårdskador inte inträffat. Arbetet med journalgranskning och diskussion kring resultaten kan också vara en utgångspunkt för analys och omprövning av vården.

Patienter ska få god vård och inte bli utsatta för onödiga risker eller drabbas av vårdskador. Förbättringsarbete som ökar patientsäkerheten ska minska och undanröja risker men också leda till mer kunskap om orsaker till vårdskador. Arbetet med att minska risker och förbättra patientsäkerheten ska vara självklara delar i ett systematiskt arbete för kvalitet och patientsäkerhet i vilket fortlöpande egenkontroll ingår (Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete SOSFS 2011:9).

## Riskområden inom hemsjukvård

Hemsjukvård kan vara av många olika slag såsom neonatal eftervård, psykiatrisk vård eller palliativ vård i livets slutskede. Den kan innebära medicinska insatser, rehabilitering och omvårdnad.

Hemsjukvård kan ges i ordinarie bostad eller i särskilt boende som till exempel äldreboende eller demensboende. Många patienter som får hemsjukvård är också i behov av hemtjänst. Hemtjänst är socialtjänstens ansvarsområde och räknas inte till hemsjukvård.

Hemsjukvård kan omfatta alltifrån enkla avgränsade vårdåtgärder med flera dagars mellanrum till åtgärdsintensiv sjukvård med många besök och åtgärder per dygn för svårt sjuka patienter.

Vård i hemmiljö sker med andra förutsättningar, möjligheter och begränsningar än vård i sjukhusmiljö och innebär därigenom också andra risker för att sådant som inte är avsett ändå kan uppstå. Det blir tydligare än i sjukhusvård att arbetet sker på patientens villkor i en miljö som patient och närstående råder över.

Många patienter som har insatser från hemtjänsten ser dem som en del av vårdteamet trots att hemtjänst och hemsjukvård inte har en självklar teamsamverkan.

Patientsäkerhetsforskning i hemsjukvård har identifierat centrala områden i vården där risken

för skador och vårdskador är större. Det rör sig särskilt om läkemedelsbehandling, nutrition och munhälsa, informationsöverföring, kommunikation, delegering, överflyttning mellan vårdenheter, bemanning och kompetens, följsamhet till hygienrutiner och klädregler samt användning av medicinsk teknik. Liksom när det gäller vårdskador inom sjukhusvården är fallskador, trycksår och vårdrelaterade infektioner vanliga skadetyper (Skador i vården – utveckling 2013–2017, SKL 2018)<sup>1</sup>.

Ett sätt att hitta tillbud, skador och vårdskador är att använda Markörbaserad journalgranskning (MJG), som är en etablerad metod inom somatisk och psykiatrisk vård.

### Skada, vårdskada och komplikation

*Skada på patient* definieras som lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar en patient. Patientsäkerhetslagen (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.

I sjukvården kallas oönskade händelser och skador ofta för komplikationer och kan uppfattas som något som inte går att förhindra. En komplikation är dock en skada som inte var avsedd eller önskvärd och vid journalgranskning ska den betraktas ur patientens perspektiv och klassificeras 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 ur 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 används som underlag för utvecklingsarbete är det bra, att inte bara analysera vad som kan förbättras 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.



Not. 1. Ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se)

## Risk, avvikelse, tillbud och kvalitetsbrist

En skada eller vårdskada innebär, att en avvikelse inträffat utifrån det önskvärda vårdförloppet och att det ur patientens perspektiv inträffat något negativt. En avvikelse i verksamheten kan förstås också vara något som inte direkt visar sig i patientens perspektiv, men som på något annat sätt påverkar vårdprocessen negativt genom att kräva korrigerande eller extra åtgärder för att vården ska fungera som det var tänkt. Det kan då till exempel handla om händelser i det administrativa arbetet eller i kommunikationen. Även om en patient inte direkt har drabbats tar en sådan händelse ändå tid, uppmärksamhet och resurser från vårdprocessen när de ska korrigeras. Indirekt är detta då också något som negativt påverkar vården av patienterna och som ska förebyggas. Om en avvikelse rör den direkta processen kring en patient kan det innebära, att händelsen för patienten hade kunnat medföra något oönskat. Det betecknas då som ett *tillbud*. När omständigheterna i verksamheten rent allmänt är sådana att en avvikelse skulle kunna inträffa innebär det, att det finns en *risk*. Sammantaget kan alla former av risker, avvikelser, tillbud, skador och vårdskador betraktas som kvalitetsbrister. Det är viktigt att vid granskningsarbetet uppmärksamma alla former av avvikelser och sammanställa det man hittar som underlag för analys och förbättringsarbete.

### Exempel:

Ett blodprov har tagits för att mäta blodsockernivån men svaret har inte dokumenterats i journalen. Om ingen uppmärksammar att prov tagits utan att ett svar finns och oförändrad dos insulin ordinerar fastän dosen borde sänkas är det ett **tillbud**. Om patienten får den felaktigt höga dosen och senare på dagen får symptom av lågt blodsocker är det för patienten en **skada**. Skadan hade kunnat undvikas om blodprovsvaret dokumenterats och bedömts som det var planerat. Det betyder att skadan var undvikbar, det vill säga att det var en **vårdskada**. Det faktum att organisationen och arbetssätten är ordnade på ett sådant sätt att blodsockersvar inte alltid dokumenteras utan att det uppmärksammas innebär det att det finns en **risk** att patienter får en felaktig behandling.



# Markörbaserad journalgranskning

## MJG

Vid MJG inleds arbetet med att *markörer* identifieras. Varje markör förutom ”Övrigt” måste uppfylla en specifik definition för att den ska räknas som positiv. En markör är en uppgift i journalen som kan tyda på att en skada har inträffat. När en markör hittats i journalen görs en noggrann bedömning om något som inte var avsett har inträffat, det vill säga om en skada har uppstått. En markör kan emellertid finnas utan att en skada inträffat. En skada kan också påträffas utan att någon markör finns. Markörerna syftar till att underlätta identifieringen av skador. Även om någon skada inte uppstått kan en markör finnas och innebära att en *kvalitetsbrist* finns i vården eller att ett *tillbud* inträffat. I granskningsarbetet är det till nytta att därför också sammanställa vilka markörer och tillbud som påträffats. Om en skada uppstått bedöms skadetyper, skadans allvarlighetsgrad och om skadan var undvikbar.

## Journalgranskning ökar kunskapen om skador, vårdskador och kvalitetsbrister

För att kunna förebygga risker och förhindra att skador uppstår är det viktigt att förstå de bakomliggande orsakerna till att händelser som inte ska ske ändå gör det ibland. En metod är att göra en risk- och händelseanalys, men det förutsätter att avvikelser och skador blir uppmärksammade. Varje or-

ganisation och verksamhet har sin säkerhetskultur. Vad som uppfattas som skada och undvikbar skada påverkas av denna kultur. Det betyder, att det oftast bara är en mindre del av alla avvikelser som blir kända. Med hjälp av MJG blir det lättare att identifiera inträffade skador och lättare att se resultaten av vården från patientens håll. Arbetet för att minska risken för patienter att skadas kan på så sätt bli mer effektivt.

Ofta är det flera olika ogynnsamma omständigheter som inträffar samtidigt och ger förutsättningar för att en skada ska kunna uppstå. Det finns oftast inte heller en enkel förklaring till varför skadan inträffade utan ett mer komplext sammanhang, där det kan vara svårt att direkt se hur allt hänger ihop. För att lättare förstå sammanhanget och hitta de bakomliggande orsakerna behövs ett övergripande perspektiv istället för att identifiera en enskild person som ansvarig. Med ett sådant systemperspektiv blir det lättare att hitta och ta bort de verkliga bakomliggande orsakerna till skadan. Arbetet blir då framåtsyftande och risken minskar för att samma sak ska kunna hända igen.

Genom MJG kan skador och vårdskador identifieras och när resultaten av granskningsarbetet sammanställs blir det också tydligt vilken typ av skador som förekommer, hur allvarliga och hur vanliga de är. 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. Ofta finns

dokument som beskriver hur vårdarbetet ska göras. I och med att markörerna pekar mot sådana områden blir det också vid journalgranskningen lättare att tydligt se om arbetet har gjorts på det sätt som är överenskommet. Även om skador inte har uppstått kan många av markörerna på så sätt också användas som indikatorer i det systematiska kvalitetsarbetet. Syftet med markörerna är, att indikera möjliga skador, men markörer är inte en förutsättning för att skador ska identifieras. Arbetet med journalgranskningen och den analys och diskussion som uppkommer i granskningsteamet och i verksamheten innebär också en omprövning av arbetssätten och resultaten och en diskussion om patientsäkerhet. I arbetet med metoden blir det också lättare att se vården ur patientens perspektiv.

Resultatet av MJG ska i första hand utnyttjas som underlag för förbättringsarbete i den egna verksamheten och lämpar sig inte för att jämföra patientsäkerhet mellan enheter. Om journalerna väljs slumpmässigt för granskning och data sammanställs från många enheter kan dock skador och vårdskador beräknas i ett större perspektiv

## MJG i andra vårdformer

Ett stort antal sjukvårdsorganisationer i världen använder strukturerad journalgranskning med Global Trigger Tool (GTT) för att mäta och följa nivån på skador i den somatiska sjukhusvården. GTT-metoden har i Sverige utvecklats till Markörbaserad journalgranskning, MJG, och metoden har etablerats för patientsäkerhetsarbete inom den somatiska sjukhusvården. Granskningsarbete har bedrivits inom somatisk vård för vuxna vid samtliga akutsjukhus sedan 2012 (Skador i vården – utveckling 2013–2017, SKL 2018 och Skador i vården – utveckling 2013–2017, Regional och landstingsnivå, SKL 2018)<sup>2</sup>. MJG har också utvecklats för somatisk barnsjukvård och för psykiatrisk vård och handböcker finns för de tre tillämpningarna i SKL webbutik eller på webbsidor om Markörbaserad journalgranskning<sup>3</sup>.

Not. 2. Ladda ner på webbutik.skl.se

Not. 3. Ladda ner på webbutik.skl.se eller SKL/Hälsa, sjukvård/Patientsäkerhet/Mätning av skador i vården

## Utvecklingsarbete för MJG för hemsjukvård

Den växande erfarenheten från MJG i somatisk sjukhusvård och den ökande medvetenheten om att undvikbara skador (vårdskador) förekommer inom alla typer av vård har väckt intresse för hur det ser ut inom hemsjukvård. Inom hemsjukvård är förutsättningar och möjligheter att vårda patienten väsentligt annorlunda än på sjukhus. I ett forskningsprojekt har markörer anpassade för hemsjukvård provats.<sup>4</sup> Utifrån resultat och erfarenheter från det genomförda forskningsprojektet och från arbetet med journalgranskning inom andra delar av sjukvården har nu denna handbok för markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård utformats.

För att inte underskatta områden med stor risk för skada måste granskningen ske ur ett patientperspektiv. Det blir då också naturligt att granska en *sammanhängande tidsperiod* som också kan innehålla episoder av både sjukhusvård och av öppenvårdsbesök. De skarvar och övergångar som uppstår mellan olika vårdformer och involverade enheter kommer då att ingå i det som granskas.

## Etiska och juridiska aspekter

MJG är ett led i uppföljning av den egna verksamheten och i systematisk kvalitetssäkring. Detta innebär, att enligt Patientdatalagen (SFS 2008:355) har en granskare med uppdrag att arbeta med MJG rätt att ta del av journaluppgifter utan de enskilda patienternas samtycke även när granskaren inte deltar i den direkta vården av patienterna. Patienten har dessutom inte rätt att begära att journalen spärras från åtkomst för sådan granskning. Det är viktigt att i granskningsarbetet ha uppmärksamhet på överlämningar av information och ansvar för patientens vård mellan olika enheter och sjukvårdsinrättningar. Det är journal-

Not. 4. Adverse events in patients in home healthcare: a retrospective record review using trigger tool methodology, Schildmeijer KGI, et al. *BMJ Open* 2018;8:e 019267 och Development of a trigger tool to identify adverse events and no harm incidents that affect patients admitted to home healthcare, Lindblad M, et al. *BMJ Qual Saf* 2017;0:1–10.

dokumentationen vid den egna enheten som kan granskas, men konsekvenserna av det som gjorts med och för patienten hos andra vårdgivare blir oftast ändå uppenbara när den egna journaldokumentationen granskas.

När resultaten från MJG 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 vårdokumentation som granskas och utifrån Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) ska patienten få information när en vårdskada inträffat. Detta gäller givetvis även om skadan identifieras först i efterhand i samband med journalgranskning. Varje verksamhet måste därför ha en rutin för hur granskningsteamet återkopplar sådana fynd till chefläkare, chefsöverläkare, verksamhetschef eller medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), som har ansvar för att patienten informeras. Om skadan är allvarlig eller det funnits risk för allvarlig skada ska då också en anmälan göras enligt lex Maria (Patientsäkerhetslagen, SFS 2010:659, föreskrift om systematiskt patientsäkerhetsarbete respektive om anmälan enligt lex Maria, Inspektionen för vård och omsorg).

En anmälan enligt lex Sarah ska göras då missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden påträffas (SOSFS 2011:5, 14 kap. 2–7 §§ och 7 kap. 6 §, SoL, 23 e § LSS).

## Granskningsteamet

Att arbeta med MJG inom hemsjukvård är ett teamarbete för sjuksköterskor och läkare. För att kunna arbeta med denna form av journalgranskning behöver de utsedda personerna i granskningsteamet ha utbildning i metoden. Varje granskningsteam ska bestå av minst en läkare och minst en sjuksköterska. Detta är en grundförutsättning då de olika professionernas specifika

kompetens behövs i granskningsarbetet som omfattar såväl omvårdnad som det medicinska perspektivet, beslutsprocesser och samspelet mellan olika professioner. Personerna i granskningsteamet ska vara kliniskt erfarna, ha god allmän kunskap om hemsjukvård samt kännedom om struktur och innehåll i verksamhetens journaler. De bör ha ett skriftligt uppdrag av verksamhetschef eller motsvarande, där det framgår hur mycket tid som ska avsättas för journalgranskningen. Uppdraget bör gälla en begränsad tidsperiod och omprövas regelbundet, så att mandatet är aktuellt och levande. Kontinuitet bör upprätthållas i granskningsarbetet och det är att föredra om inte alla personer i teamet byts ut samtidigt.

## Utbildning och fortbildning av granskningsteam

De personer som ska ingå i ett nytt gransknings-team bör om möjligt utbildas samtidigt i metoden. Efter genomförd utbildning är det en fördel om granskningsteamet, som träning, granskar 5–10 journaler och sedan i grupp med erfarna granskare diskuterar sina fynd och bedömningar. Efter detta bör det nya teamet ha tillräcklig kunskap för att delta i det ordinarie granskningsarbetet.

Det är bra om olika granskningsteam kan mötas regelbundet för att utbyta erfarenheter och diskutera bedömningar och kategorisering av skador. Ansvaret för att sådana möten anordnas bör vila på en person eller enhet med ett övergripande metodansvar som kan organisera ett nätverk mellan teamen. Diskussion och utbyte av erfarenheter med granskningsteam inom sjukhusvården kan också vara värdefullt. Det kan också vara lämpligt att den person eller enhet som har metodansvar också ansvarar för att nya granskare utbildas. En sammanhållen organisation för arbetet med MJG ökar förutsättningarna för en samsyn i granskningsarbetet.





## Genomförande

Det metodutbildade granskningsteamet granskar ett urval av journaler för att identifiera skador och vårdskador. Granskningsresultatet ger underlag för analys av bakomliggande orsaker till att kvalitetsbrister, skador och vårdskador uppkommer och för utveckling av patientsäkerheten. Patientjournaler för granskning kan vara slumpmässigt valda bland alla tillgängliga journaler eller specifikt valda med inriktning mot ett visst diagnosområde eller en viss typ vård. Journaldokumentationen granskas systematiskt i efterhand, retrospektivt, med syfte att identifiera kvalitetsbrister, skador och vårdskador. För varje patientjournal som granskas omfattas en tidsperiod om 90 dagar (tre månader) räknat från inskrivning i hemsjukvård och uttag av urval och granskning kan därmed påbörjas först då det gått minst tre månader sedan inskrivning i hemsjukvården. Vid MJG identifieras *markörer*. Det är uppgifter i journalen som kan vara associerade med att en skada har inträffat. Där en markör hittas görs en noggrann bedömning om något inträffat som inte var avsiktligt, det vill säga om en *skada* har uppstått. En markör kan emellertid finnas utan att en skada inträffat. En skada kan också påträffas utan att någon markör finns. Markörerna syftar till att underlätta identifieringen av skador. Om en skada upp-

stått bedöms skadetyper, allvarlighetsgrad av skadan och om skadan var undvikbar.

När en händelse som hade kunnat medföra något oönskat identifieras utan att patienten just där och då fått en skada kan detta noteras som ett *tillbud*. I en sådan situation finns ingen skada att registrera i MJG, men när ett tillbud registreras kommer ändå värdefull information fram om kvalitetsbrister och risker i verksamheten. Identifierat tillbud kan liksom markörträffar utan identifierad skada användas för att utveckla kvaliteten i verksamheten med syfte att minska riskerna för vårdskador.

### Detta behövs

De dokument som behövs vid granskning är:

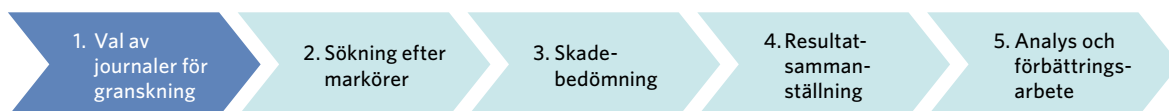
1. Patientjournal
2. Handbok och markörbilaga som stöd vid granskning
3. Granskningsmall för att dokumentera granskningsfynd
4. Mall för övergripande sammanställning av resultaten
5. Kvalitetsgranskningsmall för att dokumentera påträffade markörer

**Journalgranskning steg för steg**

- a. Identifiera de journaler som ska granskas.
- b. Använd en granskningsmall för varje journal och ange ett unikt löpnummer.
- c. Dokumentera patient-id samt det specifika löpnumret på en lista som sparas på säkert sätt (på likvärdigt sätt som för journaluppgifter).
- d. Granskare söker i journalen efter markörer och noterar i granskningsmallen.
- e. Granskningsteamet går igenom journaler där markörer påträffats och bedömer om någon skada har inträffat.
- f. Granskningsteamet kategoriserar identifierade skador till typ och allvarlighetsgrad.
- g. Granskningsteamet bedömer om skadan skulle ha kunnat undvikas, det vill säga om det rör sig om en vårdskada, och dokumenterar bedömningen i granskningsmallen.
- h. Om granskningsteamet utöver markörer och skador/vårdskador har påträffat kvalitetsbrister och tillbud noteras också dessa i granskningsmallen.
- i. Granskningsresultatet sammanställs månadsvis i "Mall för sammanställning av resultat" för överblick.
- j. Markörer och tillbud som dokumenterats i granskningsmallarna sammanställs i "Mall för sammanställning av kvalitetsmarkörer och tillbud" som underlag för utvärdering av kvalitet och följsamhet till riktlinjer.
- k. Granskningsresultaten analyseras, rapporteras på lämpligt sätt och diskuteras.
- l. Arbete för att öka patientsäkerheten.

**Principer i granskningen**

- › I varje journal ska hemsjukvård granskas under en tremånadersperiod.
- › Urvalet av patientjournaler utgår från inskrivningsmånad och kan därmed tas ut tidigast efter tre månader från inskrivningsmånad.
- › Granskning genomförs kontinuerligt vilket innebär att urval av patientjournaler, genomförs varje månad utgående från inskrivningsmånad. Det innebär att urvalet av patienter som skrivits in i hemsjukvård under till exempel januari månad inte kan tas ut förrän tidigast under april månad, inskrivning under februari månad kan tidigast tas ut under maj månad och så vidare.
- › Granskningen inleds i och med att patienten skrivs in i hemsjukvården och sträcker sig sedan tre månader framåt i tiden.
- › Granskningen avslutas efter att tre månader granskats även om hemsjukvården fortsätter.
- › I den mån det är möjligt bör också resultatet av öppenvårdsbesök i sjukvården och slutenvårdstillfällen på sjukhus under tremånadersperioden ingå i vad som granskas. Om skador och vårdskador inträffat i andra delar av sjukvården än i hemsjukvård anges dessa utifrån var de inträffat.
- › Om hemsjukvården blir avbruten vid perioder av sjukhusvård under tremånadersperioden granskas ändå den hemsjukvård som genomförts mellan perioderna med sjukhusvård.
- › Om patienten skrivs in på sjukhus och inte återkommer hem innan tre månader gått efter inskrivningen i hemsjukvård eller om patienten av annat skäl skrivs ut från hemsjukvården så granskas den period då patienten fått hemsjukvård.
- › Om patienten avlider innan tre månader gått efter inskrivningen i hemsjukvård så granskas den period då patienten fått hemsjukvård.
- › Den månad då patientjournaler tas ut för granskning benämns granskningsmånad. Den tidsperiod som granskas benämns granskningsperiod. Det betyder till exempel att april är granskningsmånaden när vård under januari, februari och mars granskas.



## 1. Val av journaler för granskning

### Antal journaler för granskning

I arbetet med journalgranskning är det väsentligt att se till hela vårdkedjan och sträva efter att såväl tiden för sjukvård i hemmet som resultatet och konsekvenser av till exempel sjukhusvård och öppenvård granskas utifrån patientens perspektiv. Ju fler journaler som granskas desto snabbare framträder en bild av vilken typ av skador och vilken typ av kvalitetsbrister och tillbud som förekommer, men antalet journaler som ska granskas måste vägas mot förutsättningarna och arbetsinsatsen.

Antalet patientjournaler som kan granskas per månad är beroende av den vårdvolym som verksamheten har. Vården för en och samma patient kan visserligen granskas under flera på varandra följande tremånadersperioder men granskningsperioderna ska aldrig överlappa varandra. I så fall skulle samma kvalitetsbrister, tillbud och skador komma att rapporteras mer än en gång och resultatet blir inte rättvisande. Det innebär, att om vårdenheten är liten och vårdtiden för varje patient är lång finns en rent matematisk begränsning i hur många journaler som kan tas ut för granskning varje månad. En målsättning kan vara att om möjligt åtminstone granska fem och gärna fler journaler per månad. Ju fler journaler som granskas desto bättre förutsättningar har granskningsteamet att bli förtroget med metoden och desto bättre blir förutsättningarna att efterföljande analys och utvecklingsarbete kan bli meningsfullt. Om antalet nyinskrivna patienter per månad är litet kan det vara rimligt att samtliga journaler granskas.

### Typ av journalurval för granskning

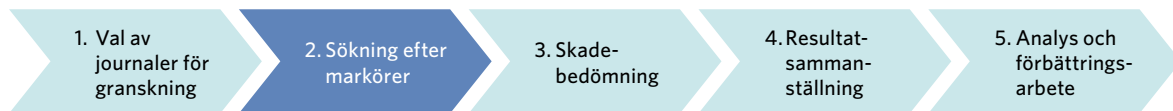
Ett urval kan göras på i princip två olika sätt, antingen slumpmässigt eller också riktat mot en viss typ av vård. Det kan då till exempel handla om patienter som får en viss typ av behandling, hör till en viss åldersgrupp eller till en viss diagnosgrupp. Genom att göra ett specifikt urval kommer granskningen snabbare att visa på vilka skadetyper och

kvalitetsbrister som finns i vården av just den patientgruppen. Det kan snabbare ge ett konkret underlag för utvecklingsarbete men innebär en risk att typer av skador som drabbar andra grupper av patienter inte identifieras lika snabbt och tydligt. 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.

För att göra ett *specifikt urval* av journaler med syfte 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.

Om urvalet ska vara *slumpmässigt* måste varje journal ha samma sannolikhet att bli granskad. Alla patienters journaler ska då ingå i underlaget för det slumpmässiga urvalet, således även journaler från vårdtillfällen som avslutats till exempel genom att patienten skrivits ut tidigare än efter de tre månader som ska granskas eller som har avlidit. Vid slumpmässigt urval identifieras samtliga patienter som skrivits in i hemsjukvården vid en given månad. Patientidentiteterna läggs in i lista med radnummer (till exempel i Excel) då radnumren kan utnyttjas för att skapa ett slumpmässigt urval. En slumpgenerator kan sedan användas för att bestämma vilka radnummer som representerar journaler som ska granskas. En användbar slumpgenerator finns på Institute for Healthcare Improvements (IHI) hemsida.<sup>5</sup> Om granskningsresultaten ska ställas samman i ett större perspektiv, till exempel nationellt, ska slumpmässigt urval ha tillämpats för urvalet av journaler som granskas.

Not. 5. <https://www.randomizer.org/>



## 2. Sökning efter markörer

MJG för hemsjukvård innehåller tre grupper av markörer. Följande områden ingår:

- › Allmänna markörer (O, 16 markörer)
- › Läkemedelsmarkörer (X, 2 markörer)
- › Kontinuitets- och övergångsmarkörer (Z, 3 markörer)

Granskningen av en vårdperiod avser hela den sammanhängande tidsperioden om tre månader från det patienten skrevs in inom hemsjukvård. Vårdperioden kan då förutom hemsjukvård även innehålla specialiserad öppenvård och sjukhusvård. I granskningen ingår att även se om någon vårdkontakt under den granskade vårdperioden beror på att en skada uppkommit i samband med hemsjukvården. En regelrätt granskning av den vård som getts inom andra sjukvårdsorganisationer kan inte göras, men det kan vara möjligt att i den egna dokumentationen se hur resultatet har blivit utifrån patientens perspektiv. Alla positiva markörer som påträffas i dokumentationen för de tre granskningsmånaderna noteras som underlag för fortsatt analys.

Information om vårdperioden finns i alla typer av journaldokumentation i såväl elektronisk form som på papper och det är viktigt att inte enbart granska journaltext. Granskningen bör omfatta:

- › Alla typer av journalanteckningar
- › Läkemedelslistor och administrerade läkemedel
- › Laboratorieresultat
- › Röntgensvar och andra diagnostiska resultat
- › Mätvärden, vitalparametrar

### Arbetsflöde vid markörsökning

- › Skapa en egen löpnummerserie och ange ett unikt löpnummer för varje journal som ska granskas. Samma löpnummer får endast förekomma en gång för en specifik patient. Det innebär om samma patient vårdats under flera vårdperioder ska varje vårdperiod få ett nytt löpnummer. Ett redan använt löpnummer kan inte heller användas för någon annan patient även om granskningsmånad eller år skiljer. Listan med koppling av patientidentitet och löpnummer hanteras utifrån de lokala riktlinjerna för sammanställning och lagring av personuppgifter (GDPR) och sparas med samma sekretess som gäller för journaler. Listan gör att enskilda patienter kan identifieras om ytterligare analys behövs.
- › För varje journal som granskas ska en granskningsmall användas. Ange samma unika löpnummer som för den utvalda journalen.
- › Sök efter markörer i all journaldokumentation.
- › När markörer hittas, antecknas var i journaldokumentationen markören påträffats (datum, klockslag). Gör gärna korta anteckningar i beskrivningsfältet om påträffade markörer för att underlätta när fördjupad granskning och skadebedömning ska göras.
- › Om en skada, ett tillbud eller andra omständigheter som bör granskas av teamet påträffas, även utan markör, noteras detta på samma sätt i granskningsmallen.



### 3. Skadebedömning

#### 3a. Bedömning om skada inträffat

När man tar ställning till om en skada inträffat eller ej, ska man bortse från att det är något som brukar kunna inträffa, och endast göra en bedömning utifrån patientens perspektiv. Om det är en risk man övervägt eller om patienten varit informerad ska inte spela någon roll när man bedömer om det är en skada. I bedömningen om en skada har inträffat eller ej ingår också att ta ställning till om händelsen är en naturlig följd av sjukdomsprocessen. Om vården genomförts utifrån adekvata bedömningar och korrekta åtgärder 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 kan försämring av sjukdomen betraktas som en undvikbar skada, det vill säga en vårdskada.

Alla skador som inträffat under den granskade vårdperioden ska identifieras och tas med i sammanställningen, även om de inträffat utanför hemsjukvården såsom vid sjukhusvård, dagsjukvård eller i öppenvård. Skador som har inträffat utanför hemsjukvården markeras i rapporteringen så att det i sammanställningen går att skilja dem från de skador som inträffat i den egna verksamheten.

Ofta hittar man flera markörer utan att någon skada inträffat, men många av markörträffarna kan påvisa kvalitetsbrister. De ger då underlag till arbete med utveckling av kvaliteten och det är därför bra att registrera vilka markörer som kunde identifieras. Om en skada påträffas, trots att någon markör inte finns, inkluderas skadan 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 klassificeras efter typ. Indelningen av skador enligt tabell 1 innehåller inte så många detaljer om de olika skadetyperna men det underlättar arbetet med metoden och gör resultatet mer pålitligt när principen för indelningen är gemensam för alla granskningsteam. För att ge ett bra underlag för analys och förbättringsarbete i den egna verksamheten är det dock bra att också göra noteringar om relevanta detaljer kring det som hänt, så att förbättringsarbetet kan bli mer konkret.

ringsarbete i den egna verksamheten är det dock bra att också göra noteringar om relevanta detaljer kring det som hänt, så att förbättringsarbetet kan bli mer konkret.

TABELL 1. Skadetyper inom hemsjukvård

Skadetyper	
1	Allergisk reaktion
2	Blåsöverfyllnad
3	Blödning
4	Dehydrering
5	Fall utan behandlingskrävande skada
6	Fall med behandlingskrävande skada
7	Förlängt sjukdomsförlopp
8	Hud-, vävnads- eller kärlskada
9	Kränkning
10	Läkemedelsrelaterad skada
11	Neurologisk påverkan
12	Undernäring
13	Psykisk skada (annan än kränkning)
14	Skada relaterad till kirurgiskt ingrepp eller annan invasiv åtgärd
15	Smärta
16	Störd mag-tarmfunktion
17	Sviikt i vitala funktioner
18	Trombos eller emboli
19	Trycksår, kategori 1
20	Trycksår, kategori 2
21	Trycksår, kategori 3
22	Trycksår, kategori 4
23	Trycksår, icke klassificerbart, sår djup okänt
24	Trycksår, misstänkt djup hudskada, sår djup okänt
25	Vårdrelaterad infektion - sepsis
26	Vårdrelaterad infektion - UVI
27	Vårdrelaterad infektion - pneumoni
28	Vårdrelaterad infektion - sårinfektion
29	Vårdrelaterad infektion - clostridiuminfektion
30	Vårdrelaterad infektion - centralvenös infarkt
31	Vårdrelaterad infektion - övrig
32	Övrigt, ange vad

### 3c. Överväganden vid bedömning om skada inträffat

När något som är negativt för patienten har inträffat, som till exempel nya symptom eller problem i samband med undersökning eller behandling, kan det ibland vara svårt att ta ställning till om det är en skada eller om det är en del i patientens sjukdom. I detta avsnitt finns vägledning till bedömning för varje skadetyper i enlighet med tabell 1.

Ytterligare vägledning kring när skador kan ses som undvikbara finns i avsnitt **3f** nedan samt i beskrivningen av markörer och vilka typer av skador man kan förvänta sig att hitta med hjälp av markörerna.

#### Allergisk reaktion

Behandlingskrävande allergisk eller anafylaktisk reaktion ska betraktas som skada även om patienten efter den akuta behandlingsinsatsen blir återställd.

#### Blåsöverfyllnad

Som skada räknas fyllnad av urinblåsan med minst 500 ml vid minst två tillfällena eller med minst 1 000 ml vid ett tillfälle under granskningsperioden.

#### Blödning

Blödning är i sig en skada om den uppstår i sammanhang när det inte kan förväntas att det ska blöda eller när det blöder i större mängd än vad som kan förväntas i den aktuella situationen.

När en blödning orsakas av en sjukdom som är under behandling är blödningen inte en skada om inte blödningen direkt orsakas av ett ingrepp eller av läkemedelsbehandling eller uppstår till följd av att adekvat åtgärd inte har genomförts.

#### Dehydrering

Dehydrering (uttorkning) är en följd av alltför lite dryck eller alltför liten tillförsel av vätska parenteralt. Symptom och tecken kan vara ospecifika och diskreta men tillkomst av till exempel trötthet, illamående, yrsel, minskad urinproduktion och förvirring kan ha ett samband med dehydrering. Om dokumentationen talar för att vätsketillförseln är för liten och andra uppenbara förklaringar till aktuella symptom inte finns bör detta betraktas som en skada av typen ”dehydrering”.

#### Fall

Markören ”fall” blir positiv så fort det finns dokumentation om att patienten fallit oavsett om patienten skadats eller inte. Om fallet leder till att patienten får en fraktur, blödning eller behandlingskrävande sårskada ska det registreras som fall *med* behandlingskrävande skada. Fall som resulterat i mindre följdverkan som rodnad, ömhet, mindre blåmärke etcetera registreras som fall *utan* behandlingskrävande skada. Tillfälligheter kan avgöra om patienten får en behandlingskrävande skada eller inte. All förekomst av fall bör därför uppmärksammas på samma sätt och leda till analys och förbättringsarbete.

#### Förlängt sjukdomsförlopp

Det kan vara svårt att i efterhand bedöma vad man borde ha förstått och vad som borde ha gjorts i en viss situation. När symptom inte uppmärksammas så att bedömning och diagnos uteblir eller kommer sent, när behandlingsåtgärderna inte är adekvata utifrån diagnos och situation, när läkemedelsdosen är så låg att effekten uteblir utan att det korrigeras, när väntetid på diagnostik eller behandling är orimligt lång eller när utvärdering av insatta åtgärder inte görs så att fortsatta symptom inte identifieras innebär det att patienten har haft ett förlängt sjukdomsförlopp eller ett obehandlat sjukdomstillstånd. Detta registreras som skada av skadetyper ”förlängt sjukdomsförlopp”.

#### Hud-, vävnads- eller kärlskada

Kärl-, hud- eller vävnadsskada med smärta, infektion, allergisk reaktion såsom blåsbildning eller utslag och klåda räknas som skada.

Subcutan injektion eller infusion av läkemedel eller vätska som var avsedd för intravenös tillförsel betraktas som skada. När skadan kräver en åtgärd ska det betraktas som en undvikbar skada liksom om nekros har uppstått.

Tromboflebit grad 3–4 (se Vårdhandboken.se) räknas vid MJG som skada.

### **Kränkning**

Alla former av vård och behandling utöver vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård förutsätter patientens samtycke. När patienten exempelvis har depressiva symtom, fallrisk, nedsatt aptit eller demens är sjukvårdens initiativ och åtgärder ibland en balansgång mellan medicinskt välmotiverade och välmentala åtgärder och det formella regelverket. Att bli utsatt för en vård- eller behandlingsåtgärd kan ur patientens perspektiv ibland vara att drabbas av en kränkning av integritet och självbestämmande. En sådan kränkning kan då ses som en skada. Om bedömning av patienten inte är gjord på adekvat sätt och om indikation för åtgärden inte finns måste en sådan kränkning betecknas som en undvikbar skada. Detta kan gälla också om patientens upplevelse av till exempel smärta blir ifrågasatt eller bagatelliserad.

### **Läkemedelsrelaterad skada**

Läkemedelsrelaterade skador kan uppstå i alla delar av kroppen och påverka alla typer av kroppsfunktioner. Exempel är olika typer av överkänslighetsreaktion, hudskada (blåsor, utslag, klåda), slemhinneskada i mun och svalg eller mag-tarmkanalen, trombos, emboli, mag-tarmblödning, stroke, njurskada, hörselnedsättning, medvetandepåverkan, medvetandesänkning, förvirring, organpåverkan med nedsatt funktion i njurar eller lever, benmärgspåverkan, nedsatt känsel, blodtrycksfall, yrsel, cirkulationssvikt, allmän organsvikt och död.

När patienter får en läkemedelsbiverkan som är välkänd och kan förväntas hos en andel av dem, till exempel trötthet och muntorrhet av vissa smärtläkemedel, bör det beskrivas som skada först när bieffekten är ovanligt stor eller avvikande från det vanliga eller för patienten får stora konsekvenser. En biverkan som har en svårighetsgrad inom gränserna för det som kan förväntas, ska rimligen inte bedömas som skada. Behandlingskrävande blodsockerfall eller överkänslighetsreaktion ska betraktas som skada även om patienten efter den akuta behandlingsinsatsen blir återställd.

Om ett och samma läkemedel ger upphov till flera olika typer av biverkningar bör den biverkan som gav störst besvär för patienten eller som krävde de största behandlingsåtgärderna registreras som skada. Om patienten behandlas med flera olika läkemedel som vart och ett ger biverkningar av sådan allvarlighetsgrad att de ska registreras som skador kan "läkemedelsrelaterad skada" registreras flera gånger.

### **Neurologisk påverkan**

Exempel på "neurologisk påverkan" som skada är nedsättning av motorik, balans, perifer känsel, blåsfunktion eller hörsel. Plågsam perifer smärta eller köldkänsla kan också orsakas av neurologisk påverkan och betraktas som skada. Stroke och TIA som uppkommer i samband med kärlsjukdom, trombos eller förmaksflimmer som inte behandlats kan också betraktas som skador.

När neurologiska funktioner försämras eller faller bort som en följd av sjukdomstillståndet i sig är neurologisk påverkan inte någon skada.

### **Psykisk skada**

Psykiskt lidande, kränkning och uttalad obehandlad förvirring, oro, ångest, existentiell eller psykisk smärta är exempel på "psykisk skada".

Enstaka uttryck för oro, ångest, existentiell eller psykisk smärta som åtgärdas korrekt ska dock inte klassas som en skada.

### **Skada i samband med kirurgi eller annat invasivt ingrepp**

Vid granskning enligt MJG är det patientens perspektiv som gäller och när en genomförd åtgärd för patienten leder till effekter som inte var avsedda är det en skada. Det innebär, att exempelvis infektion, svikt i vitala funktioner, organskada, blödning, skada i urinvägarna i samband med katetersättning, pneumothorax vid insättning av CVK, trombos, lungemboli eller sårruptur är exempel på skador med relation till kirurgi eller andra invasiva ingrepp.

Med invasivt ingrepp avses förutom sedvanliga kirurgiska ingrepp genom huden också olika endoskopiska ingrepp via kroppsöppningar, kateterinläggningar samt provtagningar och undersökningar, till exempel kärldröntgen.

**Smärta**

Smärta som uppstår i samband med eller efter ett ingrepp eller en behandling, är en skada om smärtan för patienten är mer påtaglig eller tar sig andra uttryck än förväntat. Smärta som beror på patientens grundläggande sjukdom bör ses som en skada om den inte leder till smärtanalys och behandlingsåtgärder. Enstaka smärtgenombrott som åtgärdas med adekvat smärtlindring som följd ska inte kategoriseras som skada.

**Störd mag-tarmfunktion**

Illamående, kräkning, diarré eller förstoppning är i sig att betrakta som skada om det är en konsekvens av obehandlad sjukdom eller av vård och behandling, och registreras då som skadetyper ”störd mag-tarmfunktion”. Enstaka, övergående störningar i mag-tarmkanalens funktion bör inte betraktas som skada.

**Svikt i vitala funktioner**

När allvarliga eller livshotande kliniska symptom som till exempel lungödem, uttalad hjärtsvikt, förvirring eller plötsligt minskande urinproduktion identifieras ska det bedömas som skadetyper ”svikt i vitala funktioner”. En sådan skada kan också finnas om mätvärden som till exempel syrgasmättnad, andningsfrekvens eller blodtryck talar för hastig försämring av patientens tillstånd. Enstaka avvikande värde i vitala funktioner som uppmärksammas och åtgärdats korrekt betraktas inte som en skada. Sviktande och upphörda vitala funktioner i livets slutskede hos en patient med förväntat nära förestående dödsfall är inte någon skada.

**Trombos/emboli**

Trombos eller emboli som uppträder under vårdtiden ska bedömas som skada.

**Trycksår**

Dokumenterad förekomst av tryckskada eller trycksår innebär att skada registreras. Om det inte i journalen framgår vilket djup eller allvarlighetsgrad (kategori 1–4 eller icke klassificerbart) som såret har görs en bedömning utifrån den information som finns tillgänglig.

Begynnande tryckskada, som åtgärdas adekvat och inte utvecklas ytterligare, behöver inte betecknas som skada. En begynnande tryckskada som försämras under vårdtiden ska ses som skada. Vid vård i livets slutskede med sviktande kroppsliga funktioner ökar risken för tryckskada och begynnande trycksår kan då ses som en del i sjukdomsförloppet och ska inte betecknas som skada.

**Undernäring**

Symptomen vid undernäring är mångfacetterad och det kan vara svårt att direkt koppla, vart och ett, till just tillförsel av alltför liten mängd energi eller viktiga beståndsdelar i näringen. Dokumentation om viktnedgång oavsett om patienter får mat och dryck eller parenteral nutrition talar för att patienten är undernärd och att undernäringen kan betraktas som skada. Om patienten har ett sjukdomstillstånd som kan ge viktnedgång, som till exempel kraftigt nedsatt lungfunktion eller en tumörsjukdom med spridning, och går ned i vikt trots genomförda nutritionsåtgärder utifrån riskbedömning ska undernäringen inte betraktas som skada. Om patienten har obehandlade symptom från munhålan eller mag-tarmkanalen kan det i sig vara skador att också registrera.



### Vårdrelaterad infektion

En vårdrelaterad infektion (VRI) är en infektion som uppkommer hos en person under slutenvård eller till följd av åtgärd i form av diagnostik, behandling eller omvårdnad inom övrig vård och omsorg. I hemsjukvård kan en infektion uppkomma under pågående hemsjukvård men också uppträda efter att patienten skrivits ut från slutenvård på sjukhus eller ha relation till tidigare behandling och åtgärder i öppenvård eller slutenvård. Tillstånd med kliniska symtom räknas som VRI oavsett om det sjukdomsframkallande ämnet tillförts i samband med vården eller härstammar från personen själv.

Definitionen av VRI bör överensstämma med vad som tillämpas vid nationella punktprevalensmätningar av VRI.

En vårdrelaterad infektion bör alltid betraktas som en skada:

- ▶ Om patienten behandlas med antibiotika ska detta betraktas som en infektion även om symptom och undersökningsresultat inte är tydliga.
- ▶ Om patienten koloniserats med potentiellt sjukdomsalstrande bakterier såsom MRSA betraktas det som skada även om patienten förblir symptomfri.
- ▶ Symtomfri förekomst av bakterier i urinvägarna utan behandling betraktas här inte som skada.

### 3d. Bedömning av skadans konsekvens

När en skada identifierats ska granskningsteamet ta ställning till vilken allvarlighetsgrad eller konsekvens skadan medfört. Kategorierna av allvarlighetsgrad E till I betecknas enligt tabellen nedan.

TABELL 2. Konsekvenser av skada enligt NCC MERP

Bedömning av skadans konsekvens	
E	Bidrog till eller resulterade i övergående skada som krävde åtgärd
F	Bidrog till eller resulterade i övergående skada som krävde öppenvårdsbehandling, sjukhusvård eller förlängd behandling i hemsjukvård
G	Bidrog till eller orsakade permanent skada
H	Krävde livsuppehållande åtgärder inom 60 minuter
I	Bidrog till patientens död

Källa: NCC MERP med anpassning till MJG för hemsjukvård.

### 3e. Bedömning av om skadan var undvikbar

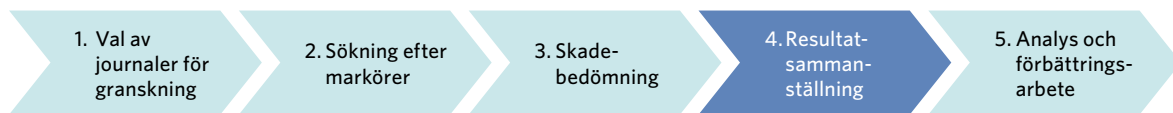
När en skada identifierats ska granskningsteamet göra en bedömning om skadan hade kunnat undvikas, det vill säga om det var en vårdskada. Det förutsätter, att skadan inte hade behövt inträffa om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Det går inte att alltid veta om en skada hade kunnat undvikas helt och hållet, men om teamet bedömer, att det finns en god möjlighet att påverka risken för att skadan ska inträffa, bör skadan i första hand betraktas som undvikbar. Skador som i efterhand tydligt kan kopplas till att bedömning, åtgärder eller behandling försenats eller helt uteblivit, ska ses som undvikbara. Bedömningen 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 i markörelagan finns vägledning för bland annat bedömning av undvikbarhet.

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

TABELL 3. Bedömning av undvikbarhet

Bedömning av undvikbarhet	
1	Skadan var inte undvikbar
2	Skadan var sannolikt inte undvikbar
3	Skadan var sannolikt undvikbar
4	Skadan var undvikbar



## 4. Sammanställning

### 4a. Sammanställning av resultat

Genom MJG kan skador och vårdskador identifieras och typ och konsekvens 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 bli synligt. Analys av bakomliggande orsaker ger möjlighet att utforma åtgärder som kan minska risken för upprepning och på så sätt bidra till ökad patientsäkerhet.

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.

Data kan presenteras som olika mätetal, till exempel:

- › Antal skador och vårdskador per granskad journal
- › Antal skador respektive vårdskador per 100 granskade journaler
- › Andel av journaler med skada respektive vårdskada
- › Skadetyper i hemsjukvård
- › Skadornas konsekvens i relation till skadetyper
- › Antal positiva markörer per journal

Mätetalen kan också presenteras uppdelade på kön och åldersgrupp.

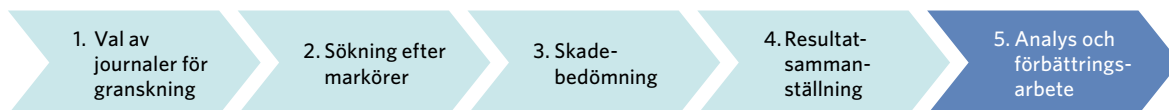
### 4b. Sammanställning av kvalitetsbrister

Förutom att journalgranskning med MJG leder till att skador och vårdskador kan identifieras har metoden också visat sig användbar för att identifiera kvalitetsbrister och tillbud i vården och därmed också som ett verktyg för systematisk egenkontroll.

Ett flertal av markörerna pekar direkt mot procedurer och rutiner i vården där risken för skada är högre och där konsekvenserna av skada kan vara allvarligare. När en sådan markör påträffas betyder det att det överenskomna arbetssättet inte har följts. Det behöver inte betyda att just den patient, vars journal blir granskad, har kommit till skada men det betyder att risken för skada varit ökad. Det är viktig information att ta med i arbetet för utveckling av arbetssätten vid enheten. Det blir då en del i det systematiska arbetet med lärande och utveckling av kvalitet och patientsäkerhet.

### 4c. Sammanställning av tillbud

De tillbud som identifierats vid granskningen och noterats i granskningsmallen bör också sammanställas och bli underlag i utvecklingsarbetet. Det är då lämpligt att registrera tillbuden i verksamhetens avvikelshanteringssystem. Där kan de kategoriseras och sedan handläggas på samma sätt som andra avvikelser. I och med att någon patient inte kommit till skada är principerna för kategorisering och bedömning av skada inte användbar för tillbud.



## 5. Analys och förbättringsarbete

Att identifiera skador, vårdskador och brister i kvalitet och säkerhet leder inte i sig till en förbättrad patientsäkerhet. Resultatet av granskningen måste analyseras och leda till att adekvata åtgärder vidtas för att minska antalet skador och öka följsamheten till fastlagda arbetssätt och riktlinjer. Vid markörbaserad journalgranskning är det väsentligt, att det finns en tydlig struktur och organisation för hur systematisk återkoppling av granskningsresultat fortlöpande ska göras till verksamhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska och andra med ledningsfunktion i organisationen. Som i allt annat förbättringsarbete är ledningens engagemang avgörande för att arbetet med MJG ska vara framgångsrikt.

Det är inte alltid uppenbart hur mekanismen ser ut när skador uppstår, men med hjälp av metodisk analys kan adekvata förebyggande åtgärder utformas. För att orsaker bakom skador och vårdskador ska bli tydliga behövs också andra metoder såsom händelseanalys och riskanalys. 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 att välja de mest meningsfulla åtgärderna.

En avgörande faktor för ett lyckat förbättringsarbete är en kultur som underlättar genomförandet av förbättringsarbetet genom positiva, uppmuntrande och stödjande ledare.

### Framgångsfaktorer

- › Tydligt mandat och uppdrag – struktur och systematik
- › Engagerade chefer som tar hand om resultatet
- › Fokus på vårdkedjan och patientens väg genom vården
- › Delaktighet i skadebedömning och initiativ till åtgärder
- › Presentation av resultat på APT och kvalitets- och patientsäkerhetsmöten
- › Återkommande möten med andra team inom sjukvård och kommuner – arbete i nätverk

För kvalitetsutveckling i vården behövs ett gemensamt synsätt och att förändringen sker för och tillsammans med patienten. Personcentrerad vård innebär fokus på patienten istället för på sjukdomen, vårdpersonalen eller på hälso- och sjukvårdsorganisationen. Förbättringsarbete utgår från medarbetare som har förmågan att kritiskt granska, utvärdera och utveckla verksamheten. Arbetet utgår också från en verksamhetsledning som är lyhörd för behovet av förbättringar och som stimulerar och inbjuder till diskussion kring förbättringar samt stödjer och ger resurser för genomförande och implementering. Värdefullt är då, att avstämningar genomförs, där arbetslaget eller teamet har möjlighet att reflektera över vad som hänt, vad som gått bra och vad som kan förbättras. Likaså är det värdefullt att chefer och ledare tillsammans med granskningsteamet diskuterar förbättringsmöjligheter och att det finns ett systematiskt arbetssätt för att ta vara på de erfarenheter som görs vid sådana möten. Avstämningsmöten är också bra tillfällen för nya medarbetare och studenter att få kunskap om förekommande kvalitetsbrister, tillbud, skador och vårdskador.

# Ordförklaringar

I de fall ord och uttryck är definierade i publikation är källan angiven. Till övriga ord och uttryck anges den betydelse som avses i denna publikation.

## **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**

Händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat (Socialstyrelsens termbank)

## **Avvikelsehantering**

Att identifiera och rapportera avvikelser, klarlägga och åtgärda orsakerna, dokumentera detta samt bedöma åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra resultaten (Socialstyrelsens termbank)

## **Granskningsmånad**

Den månad urvalet av patientjournaler tas ifrån, vilken utgår från den månad då patienten skrevs in i hemsjukvård

## **Granskningsperiod**

Den tidsperiod som granskas

## **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 vid strukturerad journalgranskning är utgångspunkt för att identifiera skada hos patient

## **Negativ händelse**

Händelse som medfört något oönskat (Socialstyrelsens termbank)

## **Patientsäkerhet**

Skydd mot vårdskada (Socialstyrelsens termbank)

## **Patientsäkerhetsarbete**

Del av en vårdgivares systematiska kvalitetsarbete som syftar till skydd mot vårdskada (Socialstyrelsens termbank)

## **Risk**

Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (Socialstyrelsens termbank)

## **Riskanalys**

Systematisk identifiering och bedömning av risker i ett visst sammanhang (Socialstyrelsens termbank)

## **Riskhantering**

Rapportera, analysera och dokumentera risker, vidta adekvata åtgärder samt sammanställa och återföra resultaten (Socialstyrelsens termbank)

## **Skada på patient**

Lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som drabbar en patient (Socialstyrelsens termbank)

## **Sjukhusvårdtillfälle**

Den sammanhängande vårdtid som patienten vårdats inom sjukhuset oavsett antal kliniker

## **Tillbud**

Händelse som hade kunnat medföra något oönskat (Socialstyrelsens termbank)

## **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)

## **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 (PSL 2010:659)

## Mallar för granskningsarbetet

*Granskningsmall* används när journalgranskningen genomförs. Antalet vårddagar är summan av de dagar som granskats. Om patienten under vårdtiden vårdats i slutenvård ska även de dagarna räknas in i det totala antalet vårddagar. I fältet för kommentarer anges de detaljer kring identifierade skador som behövs för det interna analys- och förbättringsarbetet.

I mallen *Sammanställning av MJG-resultat hemsjukvård* samlas grunddata och de resultat som är dokumenterade i granskningsmallen för att ge en överblick över skador och vårdskador och detaljer kring de granskade patienterna. För de patienter som har fått mer än en skada används en rad per skada. Ange då samma löpnummer för varje ny rad som utnyttjas till samma patient. I de fall tillbud påträffas kan de dokumenteras på sista sidan för att därefter rapporteras in i avvikelshanteringssystemet för vidare åtgärder.

I mallen *Sammanställning av markörer hemsjukvård för vuxna* ska de markörer som påträffats vid journalgranskningen fyllas i. Samtliga unika löpnummer ska dokumenteras i mallen. Även om en och samma markör påträffas mer än en gång vid journalgranskningen ska endast X (kryss) markeras i avsedd ruta för den patient som det gäller. I de fall inga markörer påträffats anges 0 i summeringsfältet. Sammanställningen av markörer kan användas för den systematiska egenkontrollen och kan ge underlag för förbättringsarbete när det gäller följsamhet till beslutade riktlinjer och arbetssätt.



# Markörbaserad journalgranskning som metod i hemsjukvården, del 2

Detta är del 2 av handboken för Markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård. Den innehåller definitioner av alla de markörer som ska användas vid tillämpningen av metoden och ska användas tillsammans med del 1 av handboken. I del 1 av handboken finns en beskrivning av metod och tillvägagångssätt vid markörbaserad journalgranskning.

# Allmänna markörer

## O1 Hjärtstopp eller svikt i vitala funktioner

Definition	Stopp eller svikt i hjärt-, lung- eller neurologisk funktion
	<p>Markören finns om minst ett av följande gäller:</p> <p>Andning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andningsstopp</li> <li>- Saturation &lt; 86 % eller under patientens målvärde, med eller utan syrgas</li> <li>- Andningsfrekvens &lt; 8/min</li> <li>- Andningsfrekvens &gt; 30/min</li> </ul> <p>Cirkulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hjärtstopp</li> <li>- Systoliskt blodtryck &lt; 90 mm Hg</li> <li>- Puls &lt; 40/min</li> <li>- Puls &gt; 140/min</li> </ul> <p>Neurologi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medvetandesänkning</li> </ul>
Att tänka på	<p>Finns dokumentation om ställningstagande till begränsning av livsuppehållande åtgärder? Har de följts?</p> <p>Leta efter händelser som föregick hjärtstillestånd eller svikt, till exempel lågt blodvärde eller blödning, infektion, försämring av andningsfunktion, cirkulation, saturation eller neurologiskt status. Har observation och bedömning av vitala parametrar genomförts på ett adekvat sätt? Har patienten fått läkemedelsbehandling med till exempel opiater och bensodiazepiner som kan påverka medvetandegrad och allmänna funktioner?</p> <p>Har resultaten av blodprover och undersökningar bedömts och lett till adekvata åtgärder? Genomfördes de åtgärder som planerats och ordinerats? Konsulterades läkare? Finns en adekvat vårdplan upprättad och har man följt den?</p>
Skada som kan spåras	<p>Livshotande tillstånd och död i samband med till exempel infektion, lungemboli, blödning, stroke, hjärtischemi eller ogynnsam läkemedelseffekt.</p> <p>Hjärnskada eller funktionsnedsättning på grund av icke identifierad eller åtgärdad försämring i vitala funktioner.</p> <p>Enstaka avvikande värde i vitala funktioner som uppmärksammas och åtgärdats korrekt betraktas inte som en skada.</p> <p>Sviktande och upphörda vitala funktioner i livets slutskede hos en patient med förväntat nära förestående dödsfall innebär att markören finns utan att någon skada föreligger.</p>
Undvikbarhet	<p>Skadan ska betraktas som undvikbar bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- symptom och förebud inte uppmärksammas på adekvat sätt</li> <li>- beslutade åtgärder med anledning av försämringen inte genomförts på ett adekvat sätt eller i rimlig tid</li> <li>- mätvärden och iakttagelser talande för försämring i vitala funktioner inte beaktats</li> <li>- övervakning av patienten inte skett i enlighet med vårdplan eller i övrigt på ett adekvat sätt utifrån situation och förutsägbara problem</li> </ul>



## O2 Trycksår

Definition	Trycksår kategori 1-4 och icke klassificerbara
Att tänka på	<p>Nedsatt rörlighet som till exempel vid påverkat medvetande, neurologisk sjukdom, otillfredsställande nutrition eller nedsättning av allmäntillståndet ökar risken för trycksår. Diabetes och nedsatt arteriell cirkulation perifert ökar risken för tryckskada.</p> <p><b>Trycksår</b></p> <p><i>Kategori 1. Rodnad som inte bleknar vid tryck</i> Hel hud med rodnad på ett avgränsat område, vanligtvis över benutskott, som inte bleknar vid tryck.</p> <p><i>Kategori 2. Delhudsskada</i> Delhudsskada som visar sig som ett ytligt öppet sår med rosaröd sårbädd utan fibrinbeläggning.</p> <p><i>Kategori 3. Fullhudsskada</i> Vid en fullhudsskada är subkutant fett synligt, men ben, senor eller muskler syns inte. Fibrinbeläggning kan vara synlig men döljer inte skadans djup.</p> <p><i>Kategori 4. Djup fullhudsskada</i> Vid en djup fullhudsskada syns ben, sena eller muskel. Fibrin eller nekros kan synas. Ofta förekommer underminering och fistlar.</p> <p><i>Icke klassificerbart trycksår: sår djup okänt</i> Fullhudsskada där sårbottnen är täckt av död vävnad/nekros (gul, gulbrun, grön eller brun) och/eller sårskorpa (gulbrun, brun eller svart). Det är inte möjligt att avgöra djupet förrän tillräckligt med nekros och/eller fibrin har tagits bort. Stabil (torr, fast, intakt utan rödhet eller fluktuation) sårskorpa på hämlarna fungerar som kroppens naturliga (biologiska) "plåster" och ska inte avlägsnas.</p> <p><i>Misstänkt djup hudskada: sår djup okänt</i> Lila eller rödbrunt lokaliserat område med missfärgad intakt hud eller blodfylld blåsa som uppstått på grund av tryck, och/eller skjuv som medfört skada på underliggande vävnad. Området kan upplevas smärtsamt, hårt, mjukt, varmare, och kallare vid jämförelse av intilliggande hud. Djup vävnadsskada kan vara svårt att upptäcka på individer med mörk hudfärg. Såret kan utvecklas vidare och döljas av en tunn sårskorpa. Utvecklingen kan gå fort och involvera ytterligare vävnadslager trots optimal behandling.</p> <p>Har hudstatus dokumenterats? Har riskbedömning gjorts? Har huden undersökts återkommande?</p> <p>Har adekvata förebyggande åtgärder vidtagits utifrån riskbedömning? Har åtgärder vidtagit så snart tidiga tecken på tryckskada uppkommit? Har patient och närstående gjorts delaktiga i planering och åtgärder?</p>
Skada som kan spåras	<p>Exempel på skador är trycksår, smärta och infektion.</p> <p>Begynnande tryckskada, som åtgärdas adekvat och inte utvecklas ytterligare innebär att markören finns utan att skada registreras.</p> <p>En tryckskada som finns då patienten skrivs in i hemsjukvård och som försämras under hemsjukvården ska betraktas som skada.</p> <p>Vid vård i livets slutskede med sviktande kroppsliga funktioner ökar risken för tryckskada och begynnande trycksår kan då behöva accepteras som en del i sjukdomsförloppet och inte betecknas som skada.</p>
Undvikbarhet	Trycksår kategori 1-4 och icke klassificerbara ska betraktas som en undvikbar skada.

## O3 Käril-, hud- eller vävnadsskada

Definition	Käril-, hud- eller ytlig vävnadsskada
Att tänka på	<p>Infart i perifert eller centralt käril innebär risk för inflammation eller infektion i käril och ytlig vävnad. I samband med intravenös tillförsel kan subkutant läckage av vävnadstoxiskt läkemedel, vätska och nutritionslösning ge övergående eller permanent käril- hud- och/eller vävnadsskada.</p> <p><b>Bedömningskala för hudskador vid perifer venkateter och infusionsbehandling</b></p> <p><i>Grad 1</i> Rodnad, ömhet, &lt; 15 mm</p> <p><i>Grad 2</i> Rodnad, ömhet, 15-25 mm, svullnad, smärta vid insticksstället</p> <p><i>Grad 3</i> Rodnad, ömhet, 26-50 mm, svullnad, smärta vid insticksstället, temperaturökning vid insticksområdet., palpabel sträng i kärilet</p> <p><i>Grad 4</i> Rodnad, ömhet, &gt; 50 mm, svullnad, temperaturökning vid insticksområdet., palpabel sträng i kärilet, smärta sprids ut från insticksstället, röd sträng och/eller varigt område och feber</p> <p>Dränagekateter från till exempel gallvägar eller lungsäck, stomi, PEG, fistel och annat genombrott av huden kan förutom infektion också orsaka hud- och vävnadsskada där läckande kroppsvätskor och bandagering bidrar.</p> <p>Hudskada kan ha samband med till exempel venös (åderbräck) eller arteriell cirkulationsstörning, värmebehandling eller med bandagering och kompressionsbehandling av ödem. Behandling med strålning kan orsaka hudskada. Hudskada kan orsakas av förband.</p> <p>Har adekvata åtgärder vidtagits för skötsel av huden eller för att förebygga och lindra symptomen?</p>
Skada som kan spåras	<p>Käril-, hud- eller vävnadsskada, smärta, infektion, allergisk reaktion, såsom blåsbildning eller utslag och klåda.</p> <p>Subcutan infusion av läkemedel eller vätska som var avsedd för intravenös tillförsel betraktas som skada.</p>
Undvikbarhet	<p>Skadan ska betraktas som undvikbar bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tromboflebit är av grad 3-4 enligt Vårdhandboken</li> <li>- käril- och vävnadsskadan är av sådan allvarlighetsgrad att behandling krävts</li> <li>- adekvata förebyggande åtgärder inte är vidtagna utifrån riskfaktorer och riskbedömning</li> <li>- skadan är en följd av att perifer eller central venkateter (CVK, PICC-line) inte bytts, kontrollerats eller skötts enligt gällande rutin</li> <li>- känt vävnadsretande lösning infunderats i perifer infart</li> <li>- bristande tillsyn bidragit till att vätska eller läkemedel avsett för intravenös infusion hamnat i vävnaden utanför kärilet</li> <li>- hudskadan är en följd av att överkänslighet mot använt förband inte beaktats</li> <li>- ben- och fotsår uppstår eller förvärras vid försenad diagnos av till exempel nedsatt arteriell cirkulation</li> <li>- skadan är en följd av värmebehandling</li> </ul>

## O4 Neurologisk påverkan

Definition	Övergående eller bestående nedsättning av neurologisk funktion
Att tänka på	<p>Blödning i centrala nervsystemet kan sammanhålla med blodförtunnande behandling. Trombos och emboli (inkl. TIA) i centrala nervsystemet kan uppkomma vid förmaksflimmer.</p> <p>Sjukdom som till exempel diskbråck eller metastaser i kotpelaren kan komprimera ryggmärg eller nervrötter. Förseiad diagnostik eller behandling kan förvärta skadan och göra den permanent.</p> <p>Läkemedel (till exempel vissa cytostatika och antibiotika) kan påverka nerver negativt vilket kan leda till nervskador. Exempel på skador är nedsättning av motorik, balans, perifer känsel eller hörsel. Plågsam perifer smärta eller köldkänsla kan också uppstå.</p> <p>Nyttillkommet neurologiskt bortfallssymtom i arm eller ben kan orsakas av yttre tryck som till exempel vid ogynnsamt kroppsläge i samband med narkos eller behandling med gips och annat bandage.</p>
Skada som kan spåras	Kraftnedsättning, förlamning eller känselnedsättning. Stroke och TIA som uppkommer efter förbisedd kärleksjukdom eller trombos.
Undvikbarhet	<p>Neurologiska symptom vid emboli och hjärninfarkt i samband med förmaksflimmer ska betraktas som undvikbar skada:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- om förmaksflimmer inte uppmärksamats och behandlats adekvat</li><li>- om behandling med blodförtunnande läkemedel inte genomförts och kontrollerats enligt riktlinjer och behandlingsprogram</li></ul> <p>Kraftnedsättning, förlamning och känselnedsättning som utvecklas och försämras då orsaken inte utreds eller uppmärksammas ska betraktas som undvikbar.</p> <p>Neurologiskt bortfall orsakat av tryck från bandage såsom gips och ortos ska betraktas som undvikbar skada.</p>

## O5 Fall

Definition	En patient hamnar oavsiktligt på golvet eller marken
Att tänka på	<p>Läkemedel, malnutrition, vätskebrist, förvirring och sömnbrist kan öka fallrisken genom påverkan av blodtryck, hjärtfunktion, muskelfunktion, kognitiv funktion och omdöme.</p> <p>Stroke, synnedsättning och andra sjukdomar med funktionsnedsättning eller yrsel ökar fallrisken.</p> <p>Har fallriskbedömning gjorts och förebyggande individuella åtgärder vidtagits utifrån riskbedömningen? Har läkemedelsgenomgång gjorts?</p> <p>Har vårdmiljön en genomtänkt och adekvat utformning och utrustning för att minska risken för fall och för skador av fall eller har förebyggande åtgärder inte blivit gjorda?</p>
Skada som kan spåras	<p>Fraktur, yttre eller inre blödning, sårskada, mjukdels- eller ledsmärta, symptom på grund av hjärnskakning.</p> <p>Fall som inte resulterat i någon sårskada, fraktur eller annan kroppsskada som kräver åtgärd kategoriseras som fall utan behandlingskrävande skada.</p>
Undvikbarhet	<p>Ett fall ska betraktas som undvikbart bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- fallriskbedömning och riskidentifiering inte utförts</li><li>- adekvata förebyggande individuella åtgärder inte vidtagits</li><li>- åtgärder av identifierade risker i den fysiska vårdmiljön inte genomförts eller föreslagits för vårdtagaren</li><li>- relevanta biverkningar av läkemedel inte uppmärksamats och behandlingen justerats på adekvat sätt</li><li>- nutrition och vätsketillförsel inte varit adekvat</li></ul>

## O6 Vårdrelaterad infektion

Definition	En infektion som bedöms ha samband med diagnostik, ingrepp, behandling eller omvårdnad eller som debuterar 48 timmar eller mer efter inskrivning för vård
Att tänka på	<p>En vårdrelaterad infektion (VRI) kan ha samband med tidigare ingrepp, behandling eller omvårdnad och kan till exempel ha samband med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- operation eller annat invasivt ingrepp</li> <li>- rubbning av den normala bakteriefloran som till exempel Clostridie-enterit eller svampinfektion efter antibiotika</li> <li>- påverkan på infektionsförsvaret som vid behandling med cytostatika, kortison eller andra immunhämmande medel</li> </ul> <p>Immobilisering, sängläge, avflödes hinder i urinvägarna, nedsatt lungfunktion, sväljningssvårigheter och aspiration, aktiv tumörsjukdom, behandling med immunhämmande läkemedel, diabetes, malnutrition och trycksår är exempel på faktorer som höjer risken för infektion</p> <p>Belägg för infektion kan vara kliniska (lokala eller systemiska tecken), med eller utan en positiv, mikrobiologisk odling.</p> <p>Infektion som inte har samband med vårdåtgärder, till exempel urinvägsinfektion hos en uppegående patient utan KAD eller residualurin eller urinvägsinfektion hos patient som själv genomför ren intermitterande katetrisering (RIK) betraktas inte som vårdrelaterad infektion.</p>
Skada som kan spåras	<p>En vårdrelaterad infektion bör alltid betraktas som en skada.</p> <p>Om patienten behandlas med antibiotika ska detta betraktas som en infektion även om symptom och undersökningsresultat inte är tydliga.</p> <p>Om patienten koloniserar med potentiellt sjukdomsalstrande bakterier såsom till exempel MRSA betraktas det som skada även om patienten förblir symptomfri.</p> <p>Symtomfri förekomst av bakterier i urinvägarna utan behandling betraktas här inte som skada.</p>
Undvikbarhet	<p>En vårdrelaterad infektion ska betraktas som undvikbar bland annat då:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kateter i urinvägar eller kärl lämnats kvar längre än indicerat</li> <li>- katetrar och dränage inte bytts, kontrollerats och skötts enligt överenskommen rutin</li> <li>- sväljningssvårigheter inte uppmärksammats på ett adekvat sätt och patienten aspirerat</li> <li>- mobilisering, andningsvård etcetera inte genomförts på ett adekvat sätt</li> <li>- tecken på infektion inte uppmärksammats på ett adekvat sätt och ställningstagande till behandling inte gjorts i rimlig tid och på ett adekvat sätt</li> </ul>

## O7 Smärta

Definition	Medelsvår eller svår smärta vid mer än ett tillfälle under samma dygn
Att tänka på	<p>Upplevelsen av smärta är subjektiv och patientens skattning ger det bästa måttet på smärta. Hos patienter med nedsatt förmåga till kommunikation kan smärta lätt underskattas. Det är då viktigt att uppmärksamma andra tecken såsom:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- förändringar i beteende, kontakt eller humör</li> <li>- försämring av syresättning (andningsfunktion, saturation), pulsökning och blodtryckshöjning</li> </ul> <p>Har patienten fått skatta sin smärtupplevelse med hjälp av ett skattningsinstrument som VAS, NRS eller Abbey Pain Scale?</p> <p>Har orsaken till smärtan analyserats och lett till en vårdplan med strategi för behandlingen? Har behandlingsmöjligheter med tillägg av annat än läkemedel övervägts?</p> <p>Har regelbunden behandling med adekvata läkemedel ordinerats? Har inledd smärtbehandling utvärderats? Finns ordination om läkemedel som patienten kan ta eller ges vid behov?</p>
Skada som kan spåras	<p>Infektion, passagehinder eller perforation i tarm, fraktur eller mjukdelsskada, till exempel efter fall, obehandlad tumörsjukdom.</p> <p>Smärtan i sig kan vara en skada. Enstaka smärtgenombrott som åtgärdas med adekvat smärtlindring som följd ska dock inte kategoriseras som skada.</p> <p>Konsekvens av smärta utgör också skada, till exempel försämrade lungfunktion, psykologiska effekter eller försvårade mobilisering.</p>
Undvikbarhet	<p>Om smärtlindringen varit otillräcklig, försenad eller uteblivit ska skadan betraktas som undvikbar.</p> <p>Om patienten trots adekvat och konkret behandlingsförslag och information valt att avstå från smärtlindrande behandling är smärtan fortsatt en skada men kan inte betraktas som undvikbar.</p>

## O8 Psykiska symtom

Definition	Förändring av psykiskt eller beteendemässigt status
Att tänka på	<p>Finns dokumentation om oro, ångest, förvirring, agitation, existentiell och psykisk smärta eller andra psykiska symtom?</p> <p>Upplevelsen av oro, ångest, existentiell smärta och/eller psykisk smärta är subjektiv och patientens egen beskrivning ger det bästa måttet. Dokumentationen av patientens perspektiv på detta kan dock ofta vara fragmentarisk.</p> <p>Kroppsliga symtom, oro för eget tillstånd och framtid liksom sömnbrist kan leda till psykiska symtom.</p> <p>Sjukdomstillstånd som demens, hyperkalcemi, hypertyreos, njursvikt, leversvikt, smärta och blåsöverfyllnad kan ge psykiska symtom som agitation, förvirring, desorientering och även en psykotisk bild med hallucinationer och vanföreställningar. I situationen olämpliga läkemedel eller olämplig kombination eller dosering av läkemedel såsom kortison, opioider, NSAID och blodtryckssänkande medel kan också bidra.</p> <p>Andra orsaker kan vara abstinens orsakad av avbruten tillförsel av alkohol, narkotiska preparat eller psykofarmaka.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Finns dokumentation om psykiskt status och om symtom såsom oro, ångest, sömnsvårigheter eller psykisk smärta? Har något skattningsinstrument använts?</li><li>- Har psykiska symtom behandlats med samtal, läkemedel eller på annat adekvat sätt? Har regelbunden medicinerings ordinerats när det är adekvat? Finns adekvata läkemedel att ta eller ge vid behov? Har patienten fått samtalsstöd?</li><li>- Finns dokumentation om brytpunktssamtal och annan kommunikation med patienten kring allvarlig sjukdom, prognos och behandlingsval?</li><li>- Finns dokumentation om samtal och information till närstående?</li><li>- Har orsaker som kroppslig smärta, urinretention, förstoppning, feber, illamående, förstoppning etcetera övervägts? Har sådana symtom behandlats på ett adekvat sätt?</li></ul>
Skada som kan spåras	<p>Uttalad förvirring, oro, ångest, existentiell eller psykisk smärta är i sig en psykisk skada.</p> <p>Självtilfogad kroppslig skada, skada efter fall.</p> <p>Enstaka uttryck för oro, ångest, existentiell eller psykisk smärta som åtgärdas korrekt ska dock inte klassas som en skada.</p>
Undvikbarhet	<p>Skadan ska betraktas som undvikbar när:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- behandlingen av de psykiska symtomen varit otillräcklig, försenad eller uteblivit</li><li>- begynnande tecken och förebud till förvirring och delirium inte uppmärksamats på adekvat sätt</li><li>- val, kombination och dosering av läkemedel medfört känd risk för interaktion eller inte varit adekvat avpassad för patientens kroppsliga funktioner, symtombild och övriga förutsättningar</li></ul>

## Og Undernäring

<p><b>Definition</b></p>	<p><b>1. BMI under 18.5 kg/m<sup>2</sup></b> <i>eller</i></p> <p><b>2. ofrivillig viktnedgång som överstiger 10 % oavsett tidsperiod eller som överstiger 5 % under tre månader</b> <i>i kombination med</i></p> <p><b>BMI under 20 kg/m<sup>2</sup> om patienten är under 70 år eller under 22 kg/m<sup>2</sup> om patienten är 70 år eller äldre</b></p>
<p>Att tänka på</p>	<p>Patienter med ät- och sväljsvårigheter löper risk för undernäring. Undernäring medför allmän svaghet och sviktande organfunktioner. Immunsystemet påverkas liksom förmågan till sårhäkning. Risken ökar för infektioner såsom pneumoni, där också felsväljning och aspiration kan bidra.</p> <p>Orsak till ät- och sväljsvårigheter kan vara muskulära, såsom till exempel vid stroke, Parkinsons sjukdom, MS eller ALS. Demens kan innebära fysisk oförmåga och oförståelse för nyttan med att äta.</p> <p>Aptiten kan utebli som konsekvens av illamående och nedsatta kroppsfunktioner såsom vid förstopning, elektrolytrubbning och olika former av organsvikt, men också vid behandling med en lång rad av vanliga läkemedel, såsom analgetika, hjärtmedicinering och antibiotika. Dåliga tänder och bristande munhälsa minskar också aptit och ätförmåga. Likaså kan depression och livsleda bidra till nedsatt aptit och ointresse för mat och dryck.</p> <p>Har risken för undernäring bedömts och förebyggande individuella åtgärder vidtagits utifrån riskbedömningen? Har bedömningsinstrument som MNA (Mini Nutritional Assessment) eller MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) använts?</p> <p>Har kosten anpassats till patienten? Har dietist konsulterats? Finns adekvata hjälpmedel? Finns dokumentation av födointag och av kroppsvikt? Finns dokumentation om behandlingsbegränsning?</p> <p>Nedsatt/upphävt intag av föda och dryck kan vara ett naturligt steg i döendeprocessen som tecken på sviktande organsystem, men kan också vara ett aktivt val av en patient inför livets slut.</p>
<p>Skada som kan spåras</p>	<p>Undernäring kan i sig betecknas som en skada.</p> <p>Om patienten har ett sjukdomstillstånd som kan ge viktnedgång och går ned i vikt trots genomförda nutritionsåtgärder utifrån riskbedömning ska undernäringen inte betraktas som skada.</p> <p>Infektion, muskelsvaghet, hjärtsvikt och annan organsvikt, sjukdomstillstånd i munhålan, trötthet, psykiska symtom.</p>
<p>Undvikbarhet</p>	<p>Skada som är en konsekvens av undernäring och viktnedgång ska betraktas som undvikbar bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- riskbedömning för undernäring inte utförts</li> <li>- adekvata förebyggande individuella åtgärder för god nutrition inte vidtagits</li> </ul>

## O10 Bristande munhälsa

Definition	Tecken på symtom eller sjukdomstillstånd i tänder eller munhåla
Att tänka på	<p>Välbefinnande, näringsintag och hälsotillstånd i stort påverkas av tillståndet i munhåla, svalg och tänder. Dålig funktion kan ha stor påverkan på näringsintag och därmed på hälsotillståndet.</p> <p>Bakteriell infektion i tänder behöver inte ge några symtom lokalt men ändå ge upphov till allvarlig infektion i andra organ, till exempel luftvägar eller som sepsis, speciellt vid nedsatt immunförsvar eller allmäntillstånd.</p> <p>Lokal infektion med bakterier eller svamp i munslemhinnan ger i första hand smärta och ätsvårigheter, men det blir också svårare att använda tandprotes och därmed att äta. En lokal infektion kan också maskera en tumörsjukdom i mun eller svalg. Lokal smärta och sveda eller torrhet kan försvåra tal och kommunikation, speciellt för den som till exempel också har expressiv dysfasi efter stroke.</p> <p>Vikten av en god munhygien ökar vid nedsatt immunförsvar, vid antibiotikabehandling eller om bakterie- och svamptillväxten i munhålan gynnas vid muntorrhet.</p> <p>God munhälsa är av oförändrat stor vikt även för patienter som sondmatas eller har nutrition genom PEG. Hos patienter som har nedsatt förmåga att kommunicera och i livets slutskede kan symtom från munhålan lätt förbises.</p> <p>Finns återkommande dokumentation om status i mun och svalg? Har Revised Oral Assessment Guide (ROAG) använts? Har patienten undersökts och behandlats av tandhygienist och tandläkare? Finns planering för adekvat munvård? Får patienten förebyggande behandling mot svampinfektion när det är motiverat?</p>
Skada som kan spåras	Infektion, smärta, undernäring, talsvårighet
Undvikbarhet	<p>Skadan ska betraktas som undvikbar om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- tänder, proteser, slemhinna och tunga inte bedömts</li><li>- adekvata förebyggande eller behandlande individuella åtgärder inte vidtagits</li></ul>

## O11 Störd mag-tarmfunktion

Definition	Förekomst av illamående, kräkning, förstoppning eller diarré
Att tänka på	<p>Illamående och kräkning kan ha en lång rad förklaringar såsom nedsatt passage genom mag- tarmkanalen orsakad av läkemedel eller sjukdom eller bero på läkemedel. Lever- eller njursvikt liksom hjärtsvikt med leversvullnad eller tumörsjukdom med eller utan direkt påverkan av bukorganen kan också vara orsaker.</p> <p>Förstoppning kan bland annat orsakas av immobilisering, litet mat- och vätskeintag eller behandling med läkemedel, till exempel opioider. Minskning av tidigare långvarigt bruk av motorikstimulerande laxermedel kan också ge förstoppning. Sjukdomar som påverkar det autonoma nervsystemets funktion såsom diabetes och Parkinson kan bidra liksom smärta.</p> <p>Vanliga orsaker till diarré är störd bakterieflora i tarmen vid och efter antibiotikabehandling. Förstoppning, läkemedel mot förstoppning, partiellt tarmstopp eller absorptionsstörning samt infektion med till exempel Clostridium eller ESBL kan också vara orsak. Pågående eller tidigare strålbehandling mot buken kan också ge diarré.</p> <p>Har orsaken till symtom från mag-tarmkanalen analyserats och har behandling av grundorsaken övervägts?</p> <p>Har förebyggande behandling getts där så är möjligt?</p> <p>Har patienten fått regelbunden medicinerings när det är påkallat eller bara "vid behov"? Har symtombehandling utvärderats och justerats?</p>
Skada som kan spåras	<p>Illamående, kräkning, diarré eller förstoppning är i sig att betrakta som skada om det är en konsekvens av vård eller behandling.</p> <p>Ogynnsam effekt av läkemedel, infektion eller obehandlad sjukdom såsom njursvikt, leversvikt eller tarmvred (ileus).</p> <p>Enstaka, övergående störningar i mag-tarmkanalens funktion betraktas inte som skada.</p>
Undvikbarhet	<p>Om skada i form av störd mag-tarmfunktion uppkommer därför att adekvata förebyggande åtgärder inte har vidtagits ska skadan ses som undvikbar.</p> <p>Om skada i form av störd mag-tarmfunktion uppkommer därför att underliggande sjukdomstillstånd inte har uppmärksamats och behandlats i ett tidigare skede ska skadan ses som undvikbar.</p> <p>Störd mag-tarmfunktion som inte snabbt behandlats är att betrakta som en undvikbar skada.</p> <p>Om skada i form av störd mag-tarmfunktion uppkommer därför att känd överkänslighet mot födoämnen inte uppmärksammas ska skadan ses som undvikbar.</p>

## O12 Blåsöverfyllnad

Definition	Fyllnad av urinblåsan med minst 500 ml vid minst två tillfällen eller med 1 000 ml eller mer vid ett tillfälle under granskningsperioden.
Att tänka på	<p>Överfyllnad av urinblåsan kan uppstå till exempel vid smärta, oro, opioidbehandling, förstoppning, eller nervpåverkan som vid diabetes, stroke och ryggmärgskompression (diskbräck, trauma, tumör) men också som resultat av kroniskt avflödeshinder såsom vid prostataförstoring. Överfyllnad av urinblåsan kan uppstå om urinretention inte upptäcks i tid.</p> <p>Urinläckage och återkommande små urinmängder i taget kan tala för att blåsan är överfylld och inte töms vid vattenkastning. Tidigare överfyllnad av blåsan eller tidigare kateteranvändning under längre tid kan leda till nedsättning av blåsans muskelfunktion med tömningssvårigheter.</p> <p>Även när patienten har urinkateter (KAD) kan avflödeshinder uppstå och blåsan överfyllas, till exempel om katetern hamnar ur läge eller om blödning i urinvägarna gett koagelbildning som blockerar. Läckage bredvid en kateter kan tala för att blåsan är överfylld.</p> <p>Finns dokumentation om urinläckage? Har ultraljudskontroll av blåsfyllnaden eller blåstappning gjorts?</p>
Skada som kan spåras	<p>Övertänjning av blåsmuskulaturen med övergående eller permanent nedsättning av blåsfunktionen.</p> <p>Nedsatt njurfunktion efter långvarigt avflödeshinder i urinvägarna.</p>
Undvikbarhet	<p>500 ml urin eller mer i urinblåsan ska undvikas. Blåsfyllnad med 500 ml eller mer vid två tillfällen eller fler under granskningsperioden alternativt 1 000 ml och mer vid ett tillfälle ska betraktas som en undvikbar skada.</p>



## O13 Invasivt ingrepp

Definition	Kirurgiskt ingrepp eller annan invasiv åtgärd under granskningsperioden
Att tänka på	<p>Förutom sedvanliga kirurgiska ingrepp, "operationer" innefattar definitionen alla former av åtgärder som innebär hudgenombrott såsom biopsi och vävnadsprovtagning, insättning av CVK (central venkateter) eller "PICC-line" (perifert insatt central venkateter), dränagekateter i urin- eller gallvägar, PEG (kateter genom huden till magsäck eller tarm) etcetera.</p> <p>Skopi genom naturliga kroppsöppningar, såsom gastroskopi, cystoskopi och recto- eller coloskopi ingår också liksom insättning av urinkateter (KAD) och genomförande av kateterburna undersökningar och ingrepp som till exempel i gallvägar, urinvägar, blodkärl eller hjärta.</p> <p>Blodprovstagning och insättning av venös infartskanyl är inte en markör.</p> <p>Finns dokumentation om förloppet i samband med ingreppet/åtgärden och efteråt? Har något onormalt eller icke förväntat inträffat? Har övervakningen skett enligt planen?</p> <p>Har förebyggande åtgärder såsom premedicinering genomförts enligt planen?</p>
Skada som kan spåras	<p>Orsaken till det invasiva ingreppet kan vara en skada och ingreppet kan leda till att en skada uppstår.</p> <p>Exempel på skada är infektion, svikt i vitala funktioner, organskada, blödning, skada i urinvägarna i samband med katetersättning, pneumothorax vid insättning av CVK, trombos, lungemboli, sår-ruptur.</p>
Undvikbarhet	<p>Invasivt ingrepp på felaktig indikation innebär att ingreppet i sig är en undvikbar skada.</p> <p>Invasivt ingrepp som sker av en orsak som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits i ett tidigare skede innebär att ingreppet i sig är en undvikbar skada.</p> <p>Om en skada uppstår till följd av att förberedelser inför ingreppet eller övervakning och åtgärder efter ingreppet inte genomförs enligt planen är skadan att betrakta som undvikbar.</p>

## O14 Brist i medicinteknik

Definition	Avvikande förlopp vid användning av medicinteknisk produkt
Att tänka på	<p>Medicintekniska produkter är teknisk utrustning av olika slag för mätning, övervakning och behandling såsom infusionspump, läkemedelspump och syrgaskoncentrator men också hjälpmedel som rullstol, rollator och kryckor liksom förband, infarter och katetrar ("slangar") av olika slag.</p> <p>Bortfall eller förändring av funktion kan bero på fel i teknik eller handhavande. Avsiktligt förändrad apparatinställning kan också vara en orsak till avvikande förlopp i behandlingen såsom för hög eller för låg läkemedelsdos.</p> <p>Medverkan av patient eller närstående i användning av medicinteknisk utrustning innebär krav på utbildning och tillgänglig information, till exempel på hur "vid behovs-doser" av läkemedel kan åstadkommas eller hur man ska göra om apparaturen larmar om inträffat fel.</p> <p>Har utbildning och information förmedlats till patient och närstående? Har berörd sjukvårdspersonal kunskap om utrustningen?</p> <p>Har funktionen i den medicintekniska utrustningen kontrollerats och servats enligt planen?</p> <p>Har katetrar, förband och teknisk utrustning bytts och uppgraderats på överenskommet sätt?</p>
Skada som kan spåras	<p>Svikt i vitala funktioner, smärta, infektion, kärl-, hud- och/eller vävnadsskada.</p>
Undvikbarhet	<p>Skada i form av ökade eller nya symtom eller behov av annan vårdform till exempel sjukhusvård, som är en följd av att den medicintekniska utrustningen inte har hanterats på adekvat sätt ska betraktas som undvikbar.</p> <p>Oplanerad slutenvård eller öppenvårdsbesök på grund av svårigheter att hantera den medicintekniska produkten i hemmet är en undvikbar skada även om patientens symtom och sjukdomsläge inte har påverkats.</p>

## O15 Misstag eller klagomål

Definition	Journalanteckning med innebörd att misstag gjorts <i>eller</i> journalanteckning om att patient eller närstående uttryckt klagomål
Att tänka på	<p>Tidsbrist, missförstånd, ofullständig dokumentation och "mänskliga faktorn" kan medföra att behandlings- och omvårdnadsåtgärder inte alltid blir genomförda på det sätt och vid de tidpunkter som planerats. Ibland medför detta negativa konsekvenser för patienten med obehandlade symtom eller förvärrad sjukdomsbild. När sådana misstag dokumenteras i journalen finns en möjlighet att identifiera dessa situationer.</p> <p>Ett misstag i sig innebär inte alltid en skada på patienten, men om konsekvenserna av det misstag som gjorts påverkat patienten negativt kan det innebära skada till exempel att fel läkemedel getts eller att ordinerat läkemedel inte getts på rätt sätt eller vid rätt tidpunkt med följd att patienten har haft obehandlade symtom eller försämrat sjukdomsläge, till exempel en infektion som blir mer allvarlig då antibiotikabehandling inte inleds vid ordinerad tidpunkt.</p> <p>Finns tecken på att patienten fått ökade symtom eller annan konsekvens av utebliven, försenad eller felaktig behandling?</p> <p>Dokumentation om klagomål från patient eller närstående kan peka på att vårdpersonalens beteende eller den vård som getts varit oprofessionell och inte gjorts på korrekt sätt och innebära att en skada på patienten inträffat.</p> <p>Ett dokumenterat misstag är i sig inte en skada på patienten.</p>
Skada som kan spåras	<p>Nyttillkomna symtom, ökade symtom eller förlängd tid med symtom som inte uppmärksammats eller handlagts adekvat.</p> <p>Bristande information och kommunikation som gett oro och psykiska symtom.</p>
Undvikbarhet	Skada på patient som orsakas av att felaktiga åtgärder vidtagits ska alltid betraktas som undvikbar.

## O16 Övrigt

Definition	Varje risksituation eller misstänkt skada som inte täcks av annan markör
Att tänka på	<p>Här noteras misstanke om negativ påverkan och skada av vård och behandling, som inte identifieras via någon annan markör.</p> <p>Finns tecken på oväntat förlopp eller oväntat resultat av vidtagna åtgärder? Verkar genomförda åtgärder eller procedurer avvika eller har andra åtgärder vidtagits än de som var planerade?</p>

# Läkemedelsmarkörer

## X1 Ogynnsam läkemedelseffekt

Definition	Tecken på anafylaxi eller annan ogynnsam effekt orsakad av läkemedelsbehandling
Att tänka på	<p>Risken för negativa effekter av läkemedelsbehandling ökar om behandling sker parallellt med många läkemedel. Det är då extra viktigt, att läkemedelsbehandlingen återkommande stäms av mot sjukdomsläget och den bedömda nyttan.</p> <p>Även om en negativ läkemedelseffekt är en biverkan som beskrivits för en andel av behandlade patienter ska negativ effekt för den enskilda patienten räknas som markör och som skada.</p> <p>När det är känt att ett läkemedel i stort sett alltid orsakar en specifik reaktion (till exempel obstipation vid opioidbehandling eller neutropeni efter viss cytostatikaterapi) räknas detta som skada bara om den negativa effekten varit onormalt kraftig och föranlett extraordinära åtgärder och behandlingsinsatser.</p> <p>Har läkemedelsavstämning gjorts och finns dokumentation om återkommande läkemedelsgenomgångar?</p> <p>Har biverkningar uppmärksammats och lett till adekvata åtgärder? Har provtagning skett för att på ett för patienten och situationen adekvat sätt kontrollera om till exempel elektrolytbalans eller njur- och leverfunktion påverkats?</p>
Skada/tillbud som kan spåras	<p>Överkänslighetsreaktion, hudskada (blåsor, utslag, klåda), slemhinneskada i mun och svalg eller mag-tarmkanalen, medvetandesänkning, förvirring, organpåverkan som till exempel nedsatt funktion i njurar eller lever, benmärgspåverkan, blodtrycksfall, yrsel, cirkulationssvikt, allmän organsvikt, död.</p> <p>Behandlingskrävande anafylaktisk reaktion ska betraktas som skada även om patienten efter den akuta behandlingsinsatsen blir återställd.</p>
Undvikbarhet	<p>Skadan ska betraktas som undvikbar om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- läkemedel ges trots att kontraindikation eller känd överkänslighet föreligger</li><li>- nedsättning av njur- eller leverfunktion inte beaktats</li><li>- om hänsyn inte tagits till risken för ogynnsam effekt och motivering inte finns till ordination av interagerande preparat</li><li>- läkemedelsavstämning eller uppföljning av läkemedelsbehandling inte har genomförts på ett adekvat sätt med bedömning och åtgärder</li></ul>

## X2 Läkemedelsuppföljning

Definition	Läkemedelsbehandling som kräver koncentrationsbestämning eller annan riktad provtagning
Att tänka på	<p>Doseringen av vissa läkemedel styrs och kontrolleras genom koncentrationsbestämning av läkemedlet eller med provtagning för att mäta effekten. Exempel är INR-kontroll vid behandling med Waran, koncentrationsbestämning vid behandling med litium, epilepsiläkemedel och vissa antibiotika samt mätning av blodsocker vid behandling med insulin eller tabletter mot diabetes.</p> <p>För hög läkemedelskoncentration ökar risken för biverkningar medan för låg koncentration kan innebära att behandlingseffekten uteblir.</p> <p>Har provtagningar utförts med adekvata mellanrum? Har behandlingen justerats med ledning av svaren?</p> <p>Har biverkningar uppmärksammats och lett till adekvata åtgärder? Har provtagning skett för att kontrollera om andra organfunktioner påverkats till exempel med förändring av elektrolytbalans eller njur- och leverfunktion?</p>
Skada som kan spåras	<p>Trombos, emboli, mag-tarmblödning, stroke, njurskada, hörselnedsättning, medvetandepåverkan.</p> <p>Behandlingskrävande blodsockerfall som behöver hävas med läkemedel (glukos) ska betraktas som skada även om patienten efter den akuta behandlingsinsatsen blir återställd.</p>
Undvikbarhet	<p>Skadan ska betraktas som undvikbar bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- skada uppstår då läkemedel ges i oförändrad dos trots att provtagningsresultat indikerar behov av dosförändring</li><li>- skada uppstår då läkemedelskoncentrationen är felaktig efter att provtagning och kontroll inte har genomförts på ett adekvat sätt</li></ul>

# Kontinuitets- och övergångsmarkörer

## Z1 Oplanerat vårdenhetsbyte

Definition	Oplanerat byte av vårdenhet
Att tänka på	<p>En oplanerad överflyttning till sjukhusvård eller annan vårdenhet kan ha blivit nödvändig, då plötsliga, nya symtom kräver undersökning, analys och åtgärder av specialistkompetens som inte är tillgänglig i den hittillsvarande organisationen. Det kan också vara ett önskemål från patient och närstående.</p> <p>Finns fast vårdkontakt? Har brytpunktsbedömning gjorts och kommunicerats? Har situationen diskuterats med närstående?</p> <p>Finns en adekvat vårdplan och följs den? Finns planering för hur och var patienten ska vårdas vid försämring?</p>
Skada som kan spåras	<p>Organsvikt, infektion, blödning, organskada, nyttillkommen smärta, andnings- och cirkulationssvikt etcetera. Överflyttning till annan vårdenhet mot patientens vilja kan innebära psykisk skada.</p> <p>Tilltagande symtom från underliggande sjukdom ska inte betraktas som skada under förutsättning att den behandling patienten får med anledning av sjukdomen är adekvat.</p>
Undvikbarhet	<p>En skada som föranlett oplanerad överflyttning till annan vårdinrättning ska betraktas som undvikbar bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patienten inte övervakats på adekvat sätt</li> <li>- begynnande tecken till försämring av vitala funktioner inte uppmärksammats på ett adekvat sätt</li> <li>- ordinerade åtgärder med anledning av försämringen inte genomförts i rimlig tid och på avsett sätt</li> <li>- oplanerad överflyttning till annan vårdinrättning genomförts i strid mot dokumenterad vårdplan och patientens önskan</li> <li>- den orsakats av brister i samordning, kommunikation, information mellan vårdpersonal eller mellan patient/närstående och vårdpersonal.</li> </ul>

## Z2 Oplanerad läkar- eller sjuksköterskekontakt

Definition	Sjukvårdspersonal eller patient tar oplanerad kontakt med läkare eller sjuksköterska angående vård och behandling
Att tänka på	<p>Oplanerade kontakter med läkare eller sjuksköterska innefattar telefonkontakt, akut besök av patienten på vårdinrättning eller akut hembesök hos patienten av sjuksköterska eller läkare. Orsaken till kontakt kan vara snabba förändringar i patientens sjukdomstillstånd.</p> <p>Läkar- och sjuksköterskekompetens, som är nåbar akut vid snabb förändring av patientens tillstånd, bidrar till hög kvalitet i vården. Oplanerad, akut kontakt kan emellertid ibland orsakas av bristande framförhållning och otillräcklig behandlingsplanering för en patient med fortskridande sjukdom. Bakomliggande orsaker kan då till exempel vara brister i tidigare bedömning eller bristande samordning av tillgängliga resurser.</p> <p>Finns fast vårdkontakt? Har adekvat vårdplan upprättats? Finns kontinuitet i vården?</p> <p>Oplanerad läkar- eller sjuksköterskekontakt är en markör men är i sig inte någon skada. Orsaken till kontakten kan dock vara en skada.</p>
Skada som kan spåras	<p>Smärta, infektion, läkemedelsreaktion, blödning, påverkan på andning och cirkulation, organsvikt, störd funktion i mag-tarmkanal och urinvägar. Psykiska symtom.</p>
Undvikbarhet	<p>Händelsen ska betraktas som undvikbar bland annat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- känd överkänslighet inte beaktats vid ordination av läkemedel</li> <li>- tecken till uppseglade symtom eller förändrad sjukdomsbild inte uppmärksammats och handlagts på ett adekvat sätt</li> <li>- bedömning och kontroll av patientens tillstånd inte har gjorts på ett adekvat sätt</li> </ul>

## Z3 Vårdplan

Definition	Avsaknad av aktuell vårdplan
Att tänka på	<p>Finns en vårdplan och har den omprövats och uppdaterats? Finns uppgifter om somatiska, psykiatriska och sociala behov, diagnostik, riskvärdering, åtgärder och uppföljning? Har brytpunktssamtal genomförts när så varit påkallat? Finns dokumentation om beslutade behandlingsbegränsningar? Är patienten och närstående delaktiga? Har planen följts?</p> <p>När patienten vårdas i hemsjukvård finns också varierande och återkommande behov av kontakter med primärvård samt med specialiserad öppenvård och slutenvård på sjukhus. Ofta har patienten också flera diagnoser och behöver parallellt kontakt med olika kliniker och specialister.</p> <p>Avsaknad av samordnad individuell vårdplan (SIP) för patienten och otydlig ansvarsfördelning mellan olika vårdgivare samt mellan patient och närstående kan leda till ogenomtänkta insatser. Framgår vilka insatser som behövs och vilken huvudman som är ansvarig?</p> <p>Finns dokumentation om att planering, samordning, kommunikation och/eller information brustit ska en bedömning göras om patienten skadats eller om tillbud inträffat.</p> <p>Skador kan uppkomma till följd av utebliven riskvärdering, frekventa terapi- och läkemedelsändringar, många akutbesök, återinläggning i slutenvård eller utebliven åtgärd.</p> <p>Bristande eller utebliven behandling liksom upprepning av provtagning eller procedur kan tyda på brister i kommunikationen.</p> <p>Bristande samordning i sig utgör ingen skada. Konsekvensen av bristande samordning kan vara en skada.</p>
Skada som kan spåras	<p>Läkemedelsrelaterade biverkningar som följd av icke optimal läkemedelsbehandling (till exempel för hög dos eller utebliven behandling), obehandlade symtom, åtgärder eller förflyttning av patient som strider mot vårdplanen.</p> <p>Försämring av sjukdom på grund av uteblivet eller inadekvat stöd i hemmet eller avsaknad av rehabiliteringsinsatser och adekvata hjälpmedel.</p> <p>Oplanerat byte av vårdenhet där dokumenterat beslut om att en patient inte ska flyttas finns, betraktas i detta sammanhang ur patientens perspektiv och som en skada om det är tydligt att förflyttningen strider mot patientens önskan.</p>
Undvikbarhet	Skadan ska betraktas som undvikbar om avsaknad av vårdplan eller brister i följsamhet till vårdplanen eller patientens vilja bidragit till att skadan inträffat.

## BILAGA 1

# Granskningsmall

## Markörbaserad journalgranskning (MJG)

Hemsjukvård för vuxna 2018-10-25

Löpnummer: \_\_\_\_\_

Inskrivningsdatum i hemsjukvård: \_\_\_\_\_

Slutdatum för granskning: \_\_\_\_\_

Födelseår: \_\_\_\_\_ Kön: \_\_\_\_\_

Totalt antal vårddagar: \_\_\_\_\_

Totalt antal slutenvårdstillfällen patienten hade inom de 90 granskade dagarna: \_\_\_\_\_

Totalt antal besök på akutmottagning/motsv som inte krävt inläggning inom de 90 granskade dagarna: \_\_\_\_\_

### Aktuell social situation vid inskrivning till hemsjukvård

- Ensamboende/särbo i eget boende
- Sammanboende/gift
- Boende med heldygnsomsorg
- Framgår inte av dokumentationen

### Ange urvalsmetod

- Slumpmässigt urval
- Specifikt urval

Ange typ av specifikt urval: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Är patienten inskriven i hemsjukvård när granskningen avslutas?

- Ja
- Nej - Färdigbehandlad
- Nej - Överförd till annan vårdform
- Nej - Avliden
- Framgår inte av dokumentationen
- Nej - Annat, ange vad i fritext

---

### Finns uppmärksammade kvalitetsbrister?

- Ja
- Nej

### Har tillbud inträffat under granskad vårdperiod?

- Ja
- Nej

### Har skada inträffat under granskad vårdperiod?

- Ja
- Nej

**BILAGA 1. Granskningsmall**

Löpnummer: \_\_\_\_\_

	<b>Allmänna markörer</b>	<b>X</b>	<b>Datum</b>	<b>Beskrivning</b>
O1	Hjärtstopp eller svikt i vitala funktioner			
O2	Trycksår			
O3	Kärl-, hud- eller vävnadsskada			
O4	Neurologisk påverkan			
O5	Fall			
O6	Vårdrelaterad infektion			
O7	Smärta			
O8	Psykiska symtom			
O9	Undernäring			
O10	Bristande munhälsa			
O11	Störd mag- och tarmfunktion			
O12	Blåsöverfyllnad			
O13	Invasivt ingrepp			
O14	Brist i medicinteknik			
O15	Misstag eller klagomål			
O16	Övrigt			

	<b>Läkemedelsmarkörer</b>	<b>X</b>	<b>Datum</b>	<b>Beskrivning</b>
X1	Ogynnsam läkemedelseffekt			
X2	Läkemedelsuppföljning			

	<b>Kontinuitets- och övergångsmarkörer</b>	<b>X</b>	<b>Datum</b>	<b>Beskrivning</b>
Z1	Oplanerat vårdenhetsbyte			
Z2	Oplanerad läkar- eller sjuksköterskekontakt			
Z3	Vårdplan			

ZZ	Inga markörer funna			
----	---------------------	--	--	--

Kommentarer:

Löpnummer: \_\_\_\_\_

Ange skadetyper (se handbok)

---

**Bedömning av allvarlighetsgrad:**

- E. Bidrog till eller resulterade i övergående skada som krävde behandlingsåtgärd
- F. Bidrog till eller resulterade i övergående skada som krävde öppenvårdsbehandling, sjukhusvård eller förlängd behandling i hemsjukvård
- G. Bidrog till eller orsakade permanent skada
- H. Krävde livsuppehållande åtgärder inom 60 minuter
- I. Bidrog till patientens död

**Bedömning av undvikbarhet:**

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

**Ange var skadan inträffat inom:**

- Hemsjukvård
- Hemsjukvård som krävt vård inom slutenvård – Ange antal vård dagar inom slutenvård \_\_\_\_\_
- Hemsjukvård som krävt vård inom öppenvård – Ange antal besök inom öppenvård: läkare/sjuksköterska \_\_\_\_\_
- Öppenvård, ej hemsjukvård
- Slutenvård, ej hemsjukvård
- Omsorg enligt Socialtjänstlagen och/eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
- Annan typ av vård/omsorg, ange vad i fritext på denna rad
- Framgår inte av journalen

Kommentarer









Löpnummer:																																												<b>Summa:</b>
Kommentarer vid identifierade tillbud																																												

# Sammanställning av markörer

## - hemsjukvård för vuxna

Inskrivningsmånad och årtal: \_\_\_\_\_

<b>Löpnummer:</b>											
	<b>Allmänna markörer</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
O1	Hjärtstopp eller svikt i vitala funktioner										
O2	Trycksår										
O3	Kärl-, hud- eller vävnadsskada										
O4	Neurologisk påverkan										
O5	Fall										
O6	Vårdrelaterad infektion										
O7	Smärta										
O8	Psykiska symtom										
O9	Undernäring										
O10	Bristande munhälsa										
O11	Störd mag- och tarmfunktion										
O12	Blåsöverfullnad										
O13	Invasivt ingrepp										
O14	Brist i medicinteknik										
O15	Misstag eller klagomål										
O16	Övrigt										

<b>Läkemedelsmarkörer</b>											
X1	Ogynnsam läkemedelseffekt										
X2	Läkemedelsuppföljning										

<b>Kontinuitets- och övergångsmarkörer</b>											
Z1	Oplanerat vårdenhetsbyte										
Z2	Oplanerad läkar- eller sjuksköterskekontakt										
Z3	Vårdplan										
	<b>Summering antal markörer/patient</b>										





HANDBOK

# Markörbaserad journalgranskning inom hemsjukvård

FÖR ATT IDENTIFIERA OCH MÄTA SKADOR OCH KVALITETSBRISTER I VÅRDEN

Markörbaserad journalgranskning (MJG) är en etablerad metod i patientsäkerhetsarbetet och erfarenheterna är goda från somatisk sjukhusvård och psykiatri. Arbetet med MJG ger kunskap om vilken typ av skador och vårdskador som inträffar i den egna verksamheten och ökar kunskapen om aktiviteter och processer som försämrar patientsäkerheten. Journalgranskning med MJG kan också användas för egenkontroll av hur följsamheten är till de arbetssätt man kommit överens om i verksamheten. MJG är på så sätt också ett verktyg för utveckling av kvaliteten i verksamheten även om vårdskador inte inträffat. Arbeta med journalgranskning och diskussion kring resultaten kan också vara en utgångspunkt för analys och omprövning av vården. I ett forskningsprojekt har en kartläggning av patientsäkerhetsfrågor i hemsjukvård gjorts. Resultaten talar för att vårdskador förekommer i hemsjukvård i liknande omfattning som inom sjukhusvården. Utifrån resultat och erfarenheter från denna forskning och från arbetet med MJG inom andra delar av sjukvården har nu denna handbok för markörbaserad journalgranskning i hemsjukvård utformats.

ISBN 978-91-7585-712-1

Beställ eller ladda ner på [webbutik.skl.se](http://webbutik.skl.se)

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | [skl.se](http://skl.se)



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting