

# Strukturerad journalgranskning

för att identifiera och mäta förekomst av skador  
i vården enligt metoden Global Trigger Tool

## Handbok för patientsäkerhetsarbete

Institute for Healthcare Improvement Innovation series 2007  
Svensk översättning och anpassning 2008



Synpunkter och frågor på handboken mottages gärna via följande e-postadress:  
PatientsakerhetLs@lio.se

Handböcker kan beställas via Kommentus förlag, tel 020-31 32 30, fax 020-31 32 40,  
e-post [order@kommentus.se](mailto:order@kommentus.se)

© Copyright 2007 IHI, Institute for Healthcare Improvement, Cambridge, MA

**ISBN:** 978-91-633-3370-5

**Grafisk form:** Svensk Information

**Tryck:** Alfa Print AB, september 2008

# Förord

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vården bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Ett grundläggande kvalitetskrav är att vården är säker och att patienter inte riskerar att utsättas för skada orsakad av hälso- och sjukvård

Ett förebyggande patientsäkerhetsarbete innehåller systematisk rapportering av händelser, tillbud och iakttagelser som analyseras för att identifiera orsaker så att effektiva åtgärder kan sättas in.

Med frivillig avvikelserapportering rapporteras omkring 10–20 % av alla avvikelser, varav de flesta inte har medfört skador. Därför är det angeläget med ett komplement till avvikelserapportering för att identifiera händelser som leder till att patienter skadas. Strukturerad journalgranskning har visat sig vara en användbar metod för detta.

Syftet med denna handbok är att beskriva hur strukturerad journalgranskning kan användas i patientsäkerhetsarbetet på både sjukhus- och klinisknivå. Det finns flera metoder för strukturerad journalgranskning. I handboken beskrivs en modell, Global Trigger Tool (GTT), som har sitt ursprung i USA. GTT härstammar från ett utvecklingsarbete kring läkemedelsbiverkningar. Instrumentet togs fram för att upptäcka läkemedelsbiverkningar med hjälp av kriterier och har sedan vidareutvecklats till att inkludera alla skador som kan uppstå vid medicinsk vård och behandling.

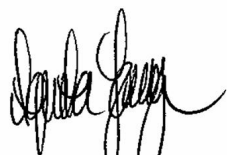
GTT är ett granskningstriment för att identifiera skador på patienter och följa frekvensen av dessa över tid. Granskningen och mätningen bidrar i sig inte till en ökad patientsäkerhet utan måste åtföljas av ett riktat förbättringsarbete.

Regelbundna granskningar och mätningar ger ledningsansvariga på ett sjukhus eller en klinik möjligheter att följa effekten av patientsäkerhetsarbetet i organisationen. Syftet med mätningen är att på ett konsekvent sätt utvärdera den egna verksamheten, inte att jämföra mot andra sjukhus/kliniker.

GTT har utvecklats av Institute for Healthcare Improvement (IHI), som gett sitt tillstånd till användning av metoden i Sverige.

En första översättning av GTT-instrumentet gjordes av Qulturum, Landstinget i Jönköpings län. För vidare revisioner och anpassningar till svenska förhållanden svarar chefläkare Urban Jürgensen, Höglandssjukhuset, Eksjö, och Qulturum samt överläkare Lena Nilsson och chefläkare Hans Rutberg, Universitetssjukhuset i Linköping. Inom chefsläkarnätverket i den sydöstra sjukvårdsregionen finns ett speciellt GTT-nätverk, där även Universitetssjukhuset i Lund deltagit. Nätverket har bidragit med värdefulla synpunkter i detta arbete. Inom samtliga tre landsting i sydöstra sjukvårdsregionen används nu GTT-instrumentet för regelbundna journalgenomgångar. Qulturum har tagit fram tre övningsjournaler med kommentarer som kan laddas ner via [www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum). Qulturum kan även bidra med utbildningsinsatser.

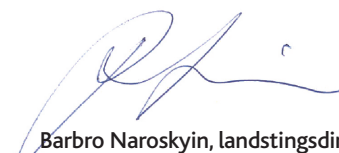
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag samt Sveriges Kommuner och Landsting har bidragit med värdefulla synpunkter på utformningen av denna handbok samt givit ekonomiskt stöd. Strukturerad journalgranskning är en ny metod i svensk hälso- och sjukvård varför en revidering av handboken planeras baserad på de erfarenheter som framkommer över tid.



Agneta Jansmyr, landstingsdirektör  
Landstinget i Jönköpings län



Alf Jönsson, landstingsdirektör  
Landstinget i Kalmar län



Barbro Naroskyin, landstingsdirektör  
Landstinget i Östergötland



Kaj Essinger, verkställande direktör  
Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag

# Innehåll

Förord .....	1
Innehåll .....	2
Förklaringar till ord och uttryck inom patientsäkerhetsområdet .....	3
Strukturerad journalgranskning som metod i patientsäkerhetsarbetet ....	5
Introduktion till Global Trigger Tool (GTT) .....	7
Mäta skador i stället för fel .....	8
Bedömning av undvikbarhet – tillägg till GTT .....	9
Regler och metoder för att använda GTT .....	10
A. Granskningsteamet .....	10
B. Urval av patientjournaler .....	10
C. Granskningsprocess .....	11
D. Skada .....	12
E. Sammanställning av data .....	12
Utbildning av nya granskare .....	14
A. Allmänt .....	14
B. Övningsjournaler .....	14
C. Övning med egna journaler .....	14
Kriterier med förklaringar .....	15
Modul 1: Vårdkriterier .....	15
Modul 2: Läkemedelskriterier .....	17
Modul 3: Kirurgiska kriterier inklusive invasiva åtgärder .....	18
Modul 4: Intensivvårdskriterier .....	21
Modul 5: Perinatala kriterier .....	21
Modul 5: Akutmottagningskriterier .....	22
Tips till sjukhusledningen .....	23
Frågor och svar baserade på erfarenheter i USA .....	24
Erfarenheter från USA .....	26
A. Mayokliniken .....	26
B. Missouri Baptist Medical Center .....	26
Erfarenheter från Sverige .....	27
A. Landstinget i Östergötland .....	27
B. Landstinget i Jönköpings län .....	27
C. Landstinget i Kalmar län .....	27
Referenser .....	29
Länkar .....	30
Föreskrifter och lagar .....	31
Patientmall .....	32
Summerande blankett GTT .....	33

# Förklaringar till ord och uttryck inom patientsäkerhetsområdet

Nedan förklaras vissa ord och uttryck inom patientsäkerhetsområdet. I de fall orden och uttrycken finns definierade anges källan. Termen ”trigger”, som gett instrumentet sitt namn, har vi valt att ersätta med kriterium. Detta begrepp används i den svenska vårdskadestudien (*Soop et al 2008*). Med kriterium menas en journaluppgift som används som utgångspunkt för att identifiera skador på patienter.

## Ordförklaringar

Avvikelse	Samlingsterm för negativ händelse och tillbud (SOSFS 2005:12)
Avvikelsehantering	Rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera negativa händelser och tillbud samt för att fastställa och åtgärda orsaker, utvärdera åtgärdernas effekt och sammanställa och återföra erfarenheterna (SOSFS 2005:12)
Händelse	Avgränsat, iakttagbart skeende
Händelseanalys	Systematisk utredning av tillbud och negativa händelser Utredningen omfattar rekonstruktion av händelseförlopp och orsaksanalys ( <i>Händelseanalys &amp; Riskanalys. Handbok för patientsäkerhetsarbete</i> ISBN: 91-7164-093-2).
Kriterium	Journaluppgift som används som utgångspunkt för att identifiera skada på patient
Negativ händelse	Händelse som medfört vårdskada (SOSFS 2005:12)
Orsak	Tillstånd, händelse eller handling, eller utebliven handling, som har gett eller kan ge upphov till tillbud, negativ händelse eller risk
Orsaksanalys	Systematisk identifiering och bedömning av orsaker och bakomliggande orsaker till tillbud, negativa händelser och risker
Skada	Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakas av hälso- och sjukvården

Patientsäkerhet	Skydd mot vårdskada (SOSFS 2005:12)
Patientsäkerhetsarbete	Arbete som syftar till patientsäkerhet genom att analysera, fastställa och undanröja orsaker till risker, tillbud och negativa händelser
Risk	Möjlighet att en negativ händelse ska inträffa (SOSFS 2005:12)
Riskanalys	Systematisk identifiering och bedömning av risk
Tillbud	Händelse som hade kunnat medföra vårdskada (SOSFS 2005:12)
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 som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare) (Socialstyrelsens termbank)
Vårdskada	Lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom, eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av patientens tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet (SOSFS 2005:12)

# Strukturerad journalgranskning som metod i patientsäkerhetsarbetet

## Internationell bakgrund

För att kartlägga antalet inträffade fall av skador i vården används olika metoder av strukturerad journalgranskning. Institute of Medicines rapport *"To Err is Human"* som publicerades 1999 skapade ett stort intresse kring patientsäkerhetsfrågor inte bara i USA utan även i ett flertal andra länder. I rapporten framgick att mellan 44 000 och 98 000 patienter i USA varje år dör på grund av medicinska felbehandlingar (medical errors). Tre till fyra procent av patienter som läggs in på sjukhus drabbas av icke önskvärda händelser (adverse events) som förlänger vårdtiden eller leder till kvarstående funktionsnedsättning (1). Det som författarna till *"To Err is Human"* baserade sina slutsatser på var stora retrospektiva journalgranskningar som genomförts i USA. Den största och mest inflytelserika var *"The Harvard Medical Practice Study"*, som publicerades år 1991 (2). Denna studie omfattade journalgranskning av över 30 000 patienter som vårdats på sjukhus i staten New York under år 1984. En annan mycket omfattande journalgranskningsstudie med 15 000 patienter som vårdats på sjukhus i Utah och Colorado publicerades år 2000 (3). Metoden, med vissa modifikationer, har använts i flera andra länder (Australien, Nya Zeeland, Holland), och i Skandinavien publicerades i Danmark år 2001 en studie av drygt 1 000 journaler (4). Den danska studien visade att det uppstod skador på patienter i 5–9 % av slutenvårdstillfällena, varav hälften bedömdes som undvikbara.

## Svenska erfarenheter

Socialstyrelsen genomförde under hösten 2007 en granskning av närmare 2 000 journaler på ett stort antal sjukhus för att kartlägga omfattningen av undvikbara skador inom hälso- och sjukvården i Sverige, nedan benämnda "vårdskador".

Studien publicerades i Läkartidningen i juni 2008 (5). I ett första steg granskade sjuksköterskor journalerna med ledning av screeningkriterier. Kriterierna var beskrivningar av händelser eller omständigheter som kunde tyda på att patienten skadats eller fått en komplikation.

Alla journaler med positiva screeningskriterier granskades sedan av två läkare, som först oberoende av varandra, och vid oenighet tillsammans, bedömde om en skada eller komplikation förelåg. Därefter bedömdes sannolikheten för att skadan hade kunnat undvikas om vården hade hållit en god kvalitet.

Socialstyrelsen använde sig av 18 screeningkriterier:

Vårdtillfället var en oplanerad följd av tidigare vård	Neurologiska bortfallssymtom
Oplanerad inläggning efter indexvårdtillfället	Oväntat dödsfall
Sjukvårdsorsakad skada	För tidig utskrivning till hemmet
Läkemedelsbiverkning	Hjärtstillestånd eller andningsstillestånd
Oplanerad överflyttning till intensivvård m.m.	Skada i samband med abort, graviditet och förlossning
Oplanerad överflyttning till annat sjukhus	Vårdrelaterad infektion
Oplanerad återvändo till operationssalen	Missnöje som framförts till personalen
Organskada vid invasiva åtgärder	Klagomål till extern instans
Andra komplikationer	Annan skada

Vid granskningen av 1 967 journaler identifierades 241 patienter som fått skador, varav 169 bedömdes som vårdskador (8,6 %). Vårdskadorna var vanligast i åldersgruppen 65 år och äldre och fördelade sig lika mellan könen. Skador på inre organ och infektioner var de två vanligaste skadetyperna, följda av blödning och psykiskt lidande eller smärttillstånd. 55 % av vårdskadorna läkte under vårdtillfället eller inom en månad efter utskrivningen och ytterligare 33 % inom ett år. Nio procent av skadorna medförde bestående men eller funktionsnedsättning och tre procent bidrog till dödsfall. En vårdskada medförde i genomsnitt sex extra vårddygn. Hälften av vårdskadorna medförde ett eller flera besök i öppen vård.

En annan journalgranskningsmetod är den s.k. Wimmera-metoden med rötter i Australien. Metoden innebär att journalerna granskas utifrån 8–12 kriterier. På Danderyds sjukhus som testat metoden under en tvåmånadersperiod identifierades totalt 65 avvikelser som direkt hade med den givna vården på ortopedkliniken att göra. 60 av 395 patienter, eller 15 procent, drabbades av minst en avvikelse. Den vanligaste kategorin av avvikelse var olika typer av infektioner (6).

I sydöstra sjukvårdsregionen har sedan mer än två år pågått ett arbete med att översätta, anpassa och utvärdera en amerikansk metod för journalgranskning, *Global Trigger Tool* (GTT). Metoden har utvecklats av Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA. Den version av instrumentet som utgör underlag för denna översättning och anpassning är publicerad av *Griffin FA, Resar RK* i serien *"IHI Innovation Series White Paper"* (7). I den svenska anpassningen av metoden har även ett tillägg gjorts som innebär en bedömning av om skadan var undvikbar eller ej.



# Introduktion till Global Trigger Tool (GTT)

En god patientsäkerhetskultur är betydelsefull för att åstadkomma vårdprocesser med goda resultat. Vården ska säkerställa att patienten inte kommer till skada (8). I en utvecklad säkerhetskultur tillämpas och utvecklas metoder från tre utgångspunkter:

- 1) Hur kan vi förebygga misstag och skador?
- 2) Hur identifierar vi misstag och skador?
- 3) Hur kan vi åtgärda inträffade skador?

En vårdskada är sällan enbart resultatet av en individs misstag, utan identifiering och undanröjande av bakomliggande orsaker till misstaget ska vara i fokus.

Goda besluts- och dokumentationsstöd, standardiserade angreppssätt och arbete med vårdflödet i processer blir med detta synsätt viktiga utvecklingsområden inom sjukvården. Med ett processorienterat angreppssätt ökar behovet av och förståelsen för systemkunskap, som ett viktigt komplement till hälso- och sjukvårdens professionella yrkeskunskap.

En väsentlig del av ett strukturerat patientsäkerhetsarbete är en välfungerande avvikelserapportering (SOSFS 2005:12). En systematisk analys av avvikelser ökar förståelsen av bakomliggande orsaker till tillbud och missöden i vården så att effektiva förebyggande åtgärder kan vidtas.

Erfarenheten visar att frivillig rapportering endast identifierar 10–20 % av alla avvikelser. De flesta av dessa avvikelser har inte medfört skador för patienternas del. Därför behövs ett komplement till avvikelserapportering för att identifiera händelser som leder till att patienter skadas. GTT är ett instrument för att identifiera skador på patienter. Via en retrospektiv analys av patientjournaler letas systematiskt efter nyckelinformation, s.k. kriterier, som kan indikera avsteg från det normala vårdförloppet. En lista med beprövade kriterier används, och antalet skador samt deras svårighetsgrad följs över tid.

Genom att lägga fokus på skador och kliniskt utfall, snarare än på avvikelser och fel, engageras hälso- och sjukvårdspersonal liksom sjukhusadministration i direkt konkret förbättringsarbete som kan stimulera utvecklingen av säkerhetskultur och systemsyn.

# Mäta skador i stället för fel

GTT härstammar från ett utvecklingsarbete kring läkemedelsbiverkningar (adverse drug events, ADE), som syftade till att åstadkomma säkrare läkemedelsanvändning. Ett instrument togs fram för att upptäcka läkemedelsbiverkningar med hjälp av kriterier. Institute for Healthcare Improvement (IHI) och det amerikanska sjukvårdssystemet Premier vidareutvecklade under år 2000 instrumentet. I projektet Pursuing Perfection (ett internationellt förbättringsarbete med 13 hälso- och sjukvårdssystem involverade) har förekomsten av läkemedelsbiverkningar utvecklats till ett mått som används på systemnivå och i dag görs regelbundna mätningar bl.a. i Landstinget i Jönköpings län.

Instrumentet för läkemedelsbiverkningar har vidareutvecklats till GTT, som inkluderar alla skador som kan uppstå vid medicinsk vård och behandling. Instrumentet lämpar sig främst för somatisk vård.

## Att enbart mäta skada

GTT kan på ett systematiskt sätt identifiera skador och mäta frekvensen av dessa över tid. Genom att ta ställning till undvikbarhet kan antalet vårdskador bestämmas. Bedömning av undvikbarhet ingår dock inte i den amerikanska ursprungsmetoden. För att påvisa om förändringar inom en verksamhet eller i en vårdprocess leder till förbättrad patientsäkerhet krävs mätningar över tid.

GTT använder "*National Coordination Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) index*" för att kategorisera fel och brister men utesluter kategorierna A–D som omfattar händelser som ej lett till skada. Endast händelser som orsakat skada dvs. kategorierna E–I ingår i GTT.

Metoden *exkluderar* därför följande kategorier i NCC MERP index eftersom de beskriver avvikelser som inte orsakar skada.

- Kategori A: Omständigheter och händelser som har möjlighet att orsaka fel (risk).
- Kategori B: En händelse som inte drabbade patienten.
- Kategori C: En händelse som drabbade patienten men inte skadade densamma.
- Kategori D: En händelse som drabbade patienten och krävde övervakning eller behandling för att säkerställa att ingen skada skett.

Instrumenten *inkluderar* däremot kategorierna E, F, G, H och I eftersom dessa beskriver avvikelser som orsakar skada.

- Kategori E: Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde åtgärd.
- Kategori F: Bidrog till eller resulterade i temporär skada som krävde sjukhusvård eller förlängde sjukhusvistelsen.
- Kategori G: Bidrog till eller orsakade permanent skada.
- Kategori H: Krävde livsuppehållande åtgärder.
- Kategori I: Bidrog till patientens död.

# Bedömning av undvikbarhet – tillägg till GTT

GTT är inte utformat med avsikt att värdera undvikbarhet, utan inriktas på att identifiera alla former av skador sett ur patientens perspektiv. I den amerikanska manualen för GTT avråder man från försök att värdera undvikbarhet, eftersom man anser att granskarna riskerar att ägna sig för mycket åt den värderingen och för litet åt att hitta skador.

Om man betraktar skador ur sjukvårdens perspektiv finns det dock goda skäl för att göra en bedömning av undvikbarheten. Då åtgärder sätts in för att öka patient-säkerheten, är det de undvikbara skadorna som man i första hand ska och kan förebygga. Vi har därför valt att i den svenska versionen av GTT inkludera en bedömning av undvikbarhet med hjälp av samma skala som Socialstyrelsen har använt (*Soop et al 2008*).

Om skadan var undvikbar eller ej bedöms enligt följande skala:

1. Inget verkligt belägg för undvikbarhet
2. Svagt till ringa belägg för undvikbarhet
3. Undvikbarhet mindre sannolik än 50 procent, men nära
4. Undvikbarhet mer sannolik än 50 procent, men nära
5. Starka belägg för undvikbarhet
6. Helt säkra belägg för undvikbarhet

Klass 1–3 anses vara skador som inte går att förebygga; icke undvikbara skador.

Klass 4–6 anses vara skador som går att förebygga; undvikbara skador, det vill säga vårdskador.

I de flesta retrospektiva journalgranskningsstudierna, även den svenska, har oftast en eller flera läkare bedömt om skadan ska uppfattas som icke undvikbar eller undvikbar, dvs. en vårdskada. Ibland är det uppenbart att en vårdskada har inträffat, som till exempel vid ett kirurgiskt ingrepp som sker på fel sida eller vid administration av ett felaktigt läkemedel. En skada behöver dock inte ha med bister i patientens vård att göra utan kan vara en del i patientens underliggande sjukdom och behandling. Ofta är bedömningen om en skada ska betraktas som undvikbar eller ej vanskelig.

Erfarenheterna från Sverige kring bedömning av undvikbarhet vid GTT-granskning är att bedömningen bör göras av den läkare som ingår i gransknings-teamet (se nästa avsnitt).

Skär granskning på sjukhusnivå bör återkoppling ske till de kliniker där undvikbara skador konstateras. Det är i dialog med klinikerna som en fördjupad diskussion kan föras och förbättringsförslag tas fram.

# Regler och metoder för att använda GTT

Journalgranskning enligt GTT kräver manuell granskning av kompletta journalhandlingar. Med en datajournal kan vissa kriterier identifieras elektroniskt, men journalen måste ändå granskas manuellt för att avgöra om det finns skada kopplad till identifierade (positiva) kriterier.

## A. GRANSKNINGSTEAMET

Granskningsteamet bör bestå av minst tre personer.

1. *Två journalgranskare med klinisk bakgrund och med kännedom om struktur och innehåll i journalerna samt allmän kunskap om vården på sjukhuset.* Ofta är dessa personer erfarna sjuksköterskor, men även andra yrkeskategorier är tänkbara, t.ex. farmaceuter.
2. *En läkare som inte granskar journaler, utan fastställer de båda granskarnas gemensamma bedömning.* Läkaren fastställer de funna skadorna inklusive deras kategorisering. Läkaren ska också vara tillgänglig för eventuella frågor från granskarna.

Det är viktigt att vara konsekvent i bedömningen under journalgranskningen. Antalet granskare bör därför inte vara för stort, och det är en fördel om teammedlemmarna är desamma under minst ett år och vid skiften gärna överlappar varandra.

## B. URVAL AV PATIENTJOURNALER

GTT är utarbetat för att granska små urval fortlöpande över tid.

1. Granska 20 patienters journaler per månad per sjukhus. Granskningen kan lämpligen delas upp i omgångar med 10 journaler varannan vecka. Sjukhus med stora resurser kan välja att granska ett större urval, men granskning av mer än 40 journaler per månad ger inte mycket extra information.
2. Granska enbart journaler som är kompletta med epikris, diagnos inklusive diagnoskodning. Eftersom återinläggning inom 30 dagar är ett kriterium ska vårdtillfällena som granskas vara minst 30 dagar gamla. Om vårdtillfället spänner över olika kliniker och dokumentationen finns i olika journaler ska alla journaler för vårdtillfället granskas.
3. Granska enbart vårdtillfällen med en vårdtid på minst 24 timmar.
4. Granska journaler för patienter som är minst 18 år gamla.

5. Välj patientjournalerna slumpvis. Det är viktigt att använda ett äkta slumpmässigt urval så att varje journal har samma chans att bli granskad. Om tio journaler ska granskas kan det vara praktiskt att slumpmässigt ta fram tolv journaler. Om någon av de tio första journalerna inte kan återfinnas kan journal elva eller tolv väljas.
6. Om möjligt bör journaler från vårdtillfällena före och efter det granskade vårdtillfället finnas tillgängliga vid granskningen. Detta gör det möjligt att granska skälet till att patienten kom tillbaka respektive lades in på nytt.

## C. GRANSKNINGSPROCESS

De båda granskarna granskar separat alla journaler. Läkaren ska finnas tillgänglig för att kunna svara på eventuella frågor.

1. Global Trigger Tool innehåller 6 "moduler" – grupper av kriterier. Fyra av dem relaterar till specifika vårdenheter, medan grupperna "vård" och "läkemedel" är tillämpliga inom all sjukvård. Använd kriterier i de moduler som passar för den aktuella patientens vård. Följande moduler ingår:
  - Vård
  - Läkemedel
  - Kirurgi
  - Intensivvård
  - Perinatal vård
  - Akutmottagning
2. Journalen ska granskas med målet att finna kriterier och inte läsas från pärm till pärm. Det underlättar att granska journalens delar i följande ordning (om det återstår tid kan även andra områden av journalen granskas):
  - Utskrivningsdiagnoser (speciellt infektioner, komplikationer, E-koder)
  - Epikris (särskilt bedömningar och behandlingar)
  - Läkemedelslistor och given medicinering
  - Laboratorieresultat
  - Operationsberättelser
  - Omvårdnadsdokumentation
  - Läkarnas daganteckningar
3. Granska varje journal i högst 20 minuter. En omfattande journal är inte möjlig att granska fullständigt på 20 minuter. GTT är inte utformat för att finna varje möjlig skada i varje granskad journal. Tidsbegränsningen samt det slumpmässiga urvalet är tillräckligt för att metoden ska kunna användas i ett övergripande säkerhetsarbete och för att man ska kunna följa utvecklingen av skador över tid.
4. Ett identifierat kriterium, "positivt kriterium", är en indikation på att en skada kan ha förekommit. Granska de delar av journalen som har anknytning till de funna kriterierna för att se om någon associerad skada finns. Om ingen skada hittas går man vidare i kontrollen av andra kriterier. Man kommer att finna

många positiva kriterier utan att finna skada. Inkludera alla skador som identifieras, även de som inte hittades med hjälp av ett kriterium. Det finns några kriterier som definitionsmässigt är skador (vårdrelaterade infektioner, allvarliga lacerationsskador vid förlossning).

## D. SKADA

I bedömningen av om en skada har förekommit eller ej finns några viktiga aspekter att beakta.

- Se det inträffade ur *patientens perspektiv*. Ställ frågan ”Hur skulle jag uppleva det om denna händelse drabbat mig?”
- Är händelsen en naturlig följd av sjukdomsprocessen eller en följd av behandlingen? Skador som är en följd av sjukdomens utveckling betraktas inte som skador i GTT.

En skada som fanns vid ankomsten till sjukhus, men inträffade utanför sjukhuset ska inkluderas i sammanställningen om den är en följd av given sjukvård.

Anledningen är att GTT betraktar alla skador ur patientens perspektiv. Det är av värde att dessa skador särskiljs från skador som inträffat på sjukhuset i rapporteringen. För att förebygga skador som inträffat utanför sjukhuset krävs samarbete med andra delar av sjukvården.

Ett läkemedel kan ge upphov till flera typer av skador. Det rekommenderas att man i sådana fall registrerar det som *en* skada och graderar efter den allvarligaste följdverkan som uppstod.

Kategorisera skadan enligt graderingen E–I (se sidan 8). Lagg märke till att skalan inte är progressiv. För skador i kategori H (krävde livsuppehållande åtgärder) kan man ha som tumregel att betrakta åtgärder som livsuppehållande om de har behövt sättas in inom en timme för att förhindra död.

I patientmallen listas alla kriterier, kategoriserade i de olika modulerna. Om ett positivt kriterium hittas sätts ett plus (+) i kolumnen vid sidan om. Om en skada hittas beskrivs den och graderas enligt skadekategorierna i NCC MERP index E–I i kolumnen ”beskrivning av händelsen ...”. Använd gärna baksidan för noteringar om utrymmet i kolumnen är otillräckligt.

Läkaren granskar den gemensamma bedömningen som de två granskarna gjort och samverkar kring identifiering och gradering av funna skador. Läkaren granskar alltså inte journalen utan sammanställningen på patientmallen. Journalen bör finnas tillgänglig för kontroll av eventuella oklarheter. Vid oenighet inom teamet är det läkarens bedömning som är den slutgiltiga.

## E. SAMMANSTÄLLNING AV DATA

Statistiskt sett finns problem med stor variation mellan journaler när ett litet urval granskas. Om 10 journaler granskas varannan vecka kommer efter 12 granskningsomgångar medelantalet skador att skilja med bara högst 4 % från ett större statistiskt urval. Undvik att dra slutsatser om basnivån förrän åtminstone 12 och gärna 24 granskningsomgångar finns för analys.

GTT är avsett för att följa skador över tid inom *en* organisation. Metoden är inte

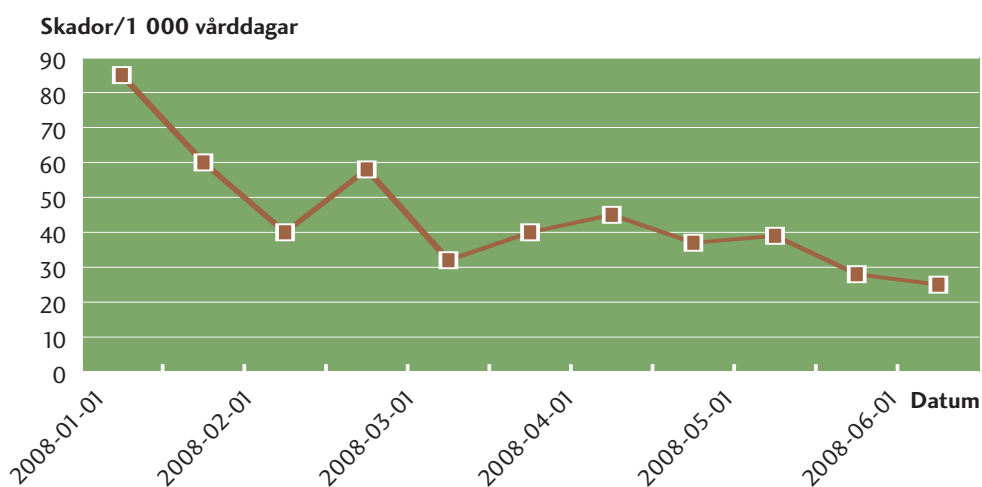
avsedd för att jämföra data mellan organisationer, men den är tillräckligt stabil för att följa data inom en organisation.

Data redovisas i form av tre variabler:

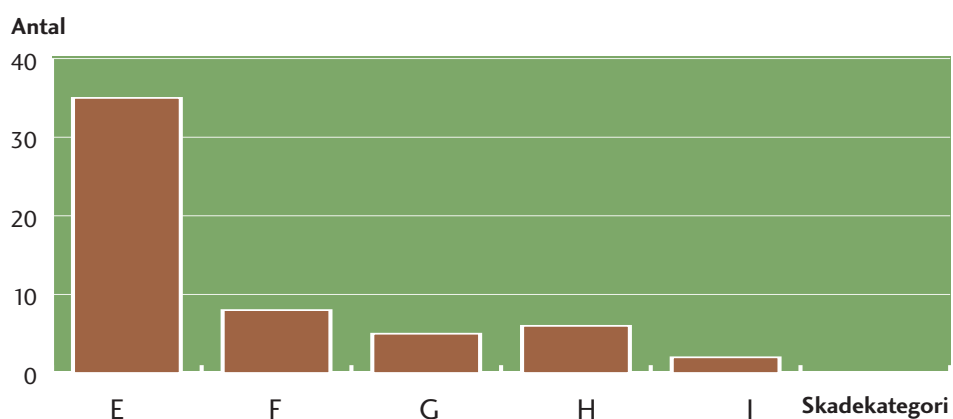
- Skador/1 000 vårddagar
- Skador/100 vårdtillfällen
- Procentuell andel av vårdtillfällen med skada

Användning av procentuell andel av vårdtillfällen med skada är ett vanligt sätt att redovisa information om avvikelser. Eftersom en patient kan drabbas av flera skador reduceras det angivna talet jämfört med de bägge andra måtten.

Data följs över tid, med skadenivån på y-axeln och tiden på x-axeln.



Redovisa även fördelningen av skadenivån i de olika skadekategorierna E-I. Detta kan göras i ett stapeldiagram.



Man kan även kategorisera och sammanställa skadorna utifrån den arbetsprocess där skadan inträffade, t.ex. omvårdnad, medicinering etc. En sådan sammanställning underlättar det fortsatta förbättringsarbetet.

# Utbildning av nya granskare

## A. ALLMÄNT

1. Journalgranskarna och läkaren bör läras upp som ett team. Utbildningen bör ske med hjälp av någon som har erfarenhet av metoden.
2. Under utbildningstiden granskas alla journaler tillsammans med läraren. Läraren kan då svara på frågor och se till att processen blir standardiserad.
3. Om det är fler än två granskare i teamet är det viktigt att man roterar inbördes så att inte samma par av granskare alltid granskar tillsammans.

## B. ÖVNINGSJURNALER

Qulturum har tagit fram tre övningsjournaler. Dessa är avidentifierade journaler som pekar på nyckelfrågor i användningen av instrumentet, och kan laddas ner via [www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum). Övningsjournalerna är kompletterade med kommentarer till identifierade kriterier och skador.

1. Varje ny granskare granskar övningsjournalerna tillsammans med läraren.
2. Under utbildningen finns ingen tidsgräns på 20 min per journal.
3. Samla alla nya granskare för att tillsammans med läraren gå igenom fynden i övningsjournalerna. Diskutera alla funna kriterier och alla funna skador, inklusive bedömd allvarlighetsgrad. Teamet ska bli överens om regler för bedömning av skador. Teamet går slutligen igenom listan över kriterier och deras definitioner för att försäkra sig om att man har en gemensam tolkning.

## C. ÖVNING MED EGNA JURNALER

1. Välj slumpmässigt journaler från den egna organisationen. 10 journaler kan vara lagom.
2. Granskarna granskar var och en alla framtagna journaler. Använd ingen tidsgräns på 20 minuter per journal.  
Följ samma process som beskrivits under "Granskningsprocess" och "Skada" i avsnittet "Regler och metoder för att använda GTT".  
Kom ihåg att läkaren enbart granskar sammanställningen från de båda granskarna och är den som faller slutligt avgörande om man inte är enig inom teamet om en bedömning.
3. Använd inte data från denna övningsomgång som skarpa data i de sammanställningar som görs över tid.

Efter dessa två övningstillfällen bör det nya teamet ha tillräcklig kunskap för skarp granskning.



# Kriterier med förklaringar

## MODUL 1: VÅRDKRITERIER

### C1 Transfusion av blod eller andra blodprodukter

Transfusioner inom de första 24 timmarna vid ett kirurgiskt ingrepp kan vara uttryck för skada. Om den kraftiga blödningen skett preoperativt är sannolikheten för skada mindre. Transfusion av plasma och/eller trombocyt koncentrat kan vara associerade med användning av antikoagulantia.

### C2 Plötsligt fall av Hemoglobin (Hb)

Varje Hb-fall som överstiger 25 % kräver en förklaring. Även mindre Hb-fall kan vara associerat med skada. Användning av antikoagulantia är ofta associerat med detta kriterium.

### C3 Stroke på sjukhus

Utvärdera orsakerna till stroke, som kan sammanhålla med behandling eller anti-koagulation. Stroke kan vara associerat med ett kirurgiskt ingrepp eller med en medicinsk behandling t.ex. elkonvertering av förmaksflimmer.

### C4 Svikt eller stillestånd och larm

Alla allvarliga sviktepisoder inklusive hjärtstoppslarm granskas med utgångspunkten att de kan vara tecken på en bristfällig vårdprocess. Granska dokumentationen av patientens vitala funktioner. Ett positivt kriterium föreligger hos vuxna vid:

Andning      Andningsfrekvens < 8/min  
                  Andningsfrekvens > 30/min  
                  Saturation < 90 % med syrgas

Cirkulation   Systoliskt blodtryck < 90 mmHg  
                  Puls < 40/min  
                  Puls > 130/min

Neurologi      Plötslig oförväntad medvetandesänkning (Glasgow Coma Scale-fall >2)

Finns dokumentation angående beslut om att eventuellt avstå från hjärt-lung-räddning? Alla sviktepisoder medför inte skada, men hjärt- eller andningsstillestånd under operation eller postoperativt ska oftast betraktas som skada, särskilt om det sker inom 24 timmar efter ett operativt ingrepp.

### C5 Dialys

Påbörjad dialys kan vara ett oundvikligt slutresultat av svår sjukdom. Vården kan ha orsakat behovet av dialys, t.ex. läkemedelsutlöst njursvikt, lågt blodtryck under lång tid eller kontrast given vid radiologisk behandling/undersökning.

### **C6 Positiva blododlingar**

En positiv blododling under vårdtiden på sjukhus är ett kriterium. En kirurgiskt orsakad infektion, sepsis och all annan vårdrelaterad infektion är en skada.

### **C7 Röntgen- eller dopplerundersökning med frågeställningen djup ventrombos (DVT) eller lungemboli**

En DVT eller lungemboli som konstateras under vårdtiden är en skada, även om förebyggande åtgärder har vidtagits. Om inläggningen sker *på grund av* en DVT eller lungemboli granskas om det finns ett samband med tidigare vård som patienten erhållit. Missad profylax är i sig själv ingen skada.

### **C8 Fall**

Fall under vårdtiden är ett kriterium. Granska om fallet, oavsett orsak, lett till en skada. Fallet kan vara en följd av medicinering eller oförmåga hos personalen att värdera risken för att patienten ska falla. Granska om lugnande medel, trötthet eller andra tillstånd kan ha bidragit till fallet. Om orsaken till att patienten söker sjukvård är följden av ett fall, ska detta granskas för att se om ett samband finns med tidigare given vård.

### **C9 Trycksår**

Trycksår som uppkommer under sjukhusvård är en skada. För trycksår hos patienter i öppen vård bör orsaken sökas, t.ex. en eventuell koppling till medicinering.

### **C10 Återinskrivning inom 30 dagar**

En skada kan visa sig först efter det att patienten skrivits ut från sjukhuset, särskilt vid korta vårdtider. Granska om det aktuella vårdtillfället skett inom 30 dagar från ett tidigare vårdtillfälle eller om det aktuella vårdtillfället i sig resulterat i förnyade vårdtillfällen. Exempel på skador som kan uppträda sent är infektion, djup ventrombos eller lungemboli. Dessa skador upptäcks enklast om samtliga journaler kring den slumpvis utvalda patienten samlas innan granskningen påbörjas.

### **C11 Vårdrelaterade infektioner**

Som vårdrelaterad infektion definieras en infektion med symtomdebut efter två dygn eller senare under vårdtiden på sjukhus. En vårdrelaterad infektion är definitionsmässigt en skada. Betrakta även infektioner som diagnostiserades efter sjukhusvården, men uppkom under vården, som skada. Infektioner som behandlas på sjukhuset men som inte uppkom där ska inte noteras som skada i GTT.

### **C12 Överföring till högre vårdnivå**

Med överföringar avses förflyttning inom, till eller från den egna kliniken. Överföring till intensivvårdsavdelning är ett kriterium. Granska skälen eftersom förflyttningen kan ha skett då patientens tillstånd försämrats som följd av en skada. Om t.ex. intubation är en oundviklig följd av en försämring av en kronisk respiratorisk insufficiens ses den inte som en skada. Däremot betraktas intubation på grund av postoperativ lungemboli eller av en patient med KOL som fått för mycket lugnande läkemedel vanligen som skada.

### **C13 Behandling**

En skada kan både vara orsak till och orsakas av en behandling. En skada efter en behandling kan visa sig först flera timmar eller dygn senare.

### **C14 Övrigt**

Här noteras skador som inte passar in under någon av övriga kriterier.

## **MODUL 2: LÄKEMEDELSKRITERIER**

### **M1 Clostridium difficile i fecesodling**

En positiv Clostridium difficile-odling är en skada även om patienten behandlats med antibiotika.

### **M2 Aktiverad partiell tromboplastintid (APT-tid) längre än 100 sekunder**

En patient som behandlas med heparin får förlängda APT-tider. En förlängd APT-tid är ett kriterium men i sig själv ingen skada. En vanlig skada är blödning.

### **M3 International normalized ratio (INR) högre än 6**

Ett förhöjt INR är ett kriterium. En vanlig skada är blödning.

### **M4 Glukos mindre än 3,0 mmol/l**

Lågt glukosvärde är ett kriterium för att söka samband med överdosering av insulin eller orala antidiabetika. Tecken på hypoglykemi kan finnas dokumenterade i omvårdnadsjournalen i form av skakighet, slöhet eller t.o.m. medvetslöshet. Om administrering av glukos (oralt eller intravenöst) krävs indikerar det skada.

### **M5 Ökande urea/serumkreatinin två gånger över baslinjevärdet**

Sök i laboratorielistorna efter förhöjda värden av kreatinin eller urea. Granska medicinlistan efter läkemedel som kan orsaka njurpåverkan. Sök efter andra orsaker som innebär ökad risk för patienten att utveckla njursvikt, t.ex. en redan befintlig njursjukdom eller diabetes. Om flera faktorer identifierats behövs en individuell bedömning för att avgöra om njursvikten var en följd av grundsjukdomen eller en skada.

### **M6 Användning av vitamin K/faktorkoncentrat**

Om läkemedel har använts för att behandla ett högt INR, granskas journalen för att finna tecken på blödning. Laboratorielistorna kan visa ett fall i Hb eller positivt feces-Hb. Sök efter gastrointestinal blödning, hjärnblödning, stora hematomer eller andra blödningsepisoder.

### **M7 Antihistamin**

Antihistamin används ofta vid allergiska läkemedelsreaktioner men kan också ges som sömntablett, inför operation/behandling eller vid årstidsbundna allergier. Avgör om skälet till att ge antihistamin var en allergisk reaktion mot något läkemedel eller någon blodprodukt som patienten fått under sjukhusvistelsen eller som föranlett sjukhusvården.

### **M8 Flumazenil**

Flumazenil är en antidot till bensodiazepiner. Avgör om läkemedlet användes på grund av skada, t.ex. svår hypotension, orsakad av bensodiazepiner.

### **M9 Naloxon**

Naloxon är en antidot till morfin. En överdosering av morfinpreparat som krävt behandling är vanligen en skada.

### **M10 Antiemetika**

Illamående och kräkningar kan bero på överdosering av läkemedel, särskilt hos patienter med påverkad njurfunktion. Antiemetika ges ofta till patienter i samband med operationer eller under kemoterapi. Noggranna bedömningar behövs i dessa situationer för att avgöra om en skada har inträffat. För att det ska vara en skada krävs att illamåendet eller kräkningarna är så pass allvarliga att födointag och rehabilitering försvårats, alternativt att utskrivningen fått senareläggas.

### **M11 Djup sedering/hypotension**

Granska daganteckningar och omvårdnadsjournal för att se om djup sedering har förelegat. Granska blodtrycksanteckningar och övervakningskurvor efter episoder med lågt blodtryck som kan relateras till administrering av lugnande och smärtstillande medel. Avsiktlig hög dosering som givit sedering ska inte inkluderas.

### **M12 Plötslig utsättning av läkemedel**

Ett plötsligt samtidigt uppehåll eller utsättning av flera läkemedel är ett kriterium. Leta efter samband med en skada av något slag. Ändringen kan också bero på en förändring av patientens sjukdomstillstånd.

## **MODUL 3: KIRURGISKA KRITERIER INKLUSIVE INVASIVA ÅTGÄRDER**

### **S1 Reoperation**

En ny operation kan vara planerad eller oplanerad. I bägge fallen kan en skada vara skälet till reoperationen. Exempel på skada är en blödning som kräver att patienten reopereras. Ett annat exempel är en patient som genomgår en reoperation, som inte leder till åtgärd (misstanke om kvarglömt kirurgiskt instrument).

### **S2 Förändrat ingrepp**

En förändring av det kirurgiska ingreppet kan bero på oväntade fynd under pågående ingrepp eller ske på grund av en komplikation. Om det utförda ingreppet skiljer sig från det planerade ska granskaren söka en förklaring. En oplanerad förändring av ingreppet på grund av icke fungerande utrustning eller avsaknad av erforderlig utrustning är en skada om den förorsakade patienten förlängd vårdtid på sjukhuset eller annan uppenbar skada.

### **S3 Postoperativ intensivvård**

Postoperativ intensivvård kan vara planerad eller oplanerad. Oplanerad intensivvård sammanhänger ofta med en skada. Granska därför skälen till intagningen. Exempelvis är postoperativ intensivvård efter aortakirurgi förväntad, men inte efter knäproteskirurgi.

### **S4 Intubation/reintubation/CPAP/BiPAP på uppvakningsavdelning**

Behov av andningsunderstöd på uppvakningsavdelningen granskas för att se om en skada föreligger. Undersök om det finns något samband med användning av smärtstillande eller sederande läkemedel som indikerar en skada.

### **S5 Röntgenundersökning under operation eller på uppvakningsavdelningen**

Röntgenundersökning som inte är rutin för det aktuella ingreppet är vanligtvis oplanerad. Sök efter orsaken. Röntgenundersökning på grund av misstanke om ett kvarglömt föremål (instrument eller duk) är ett kriterium. Ett ingrepp på samma grund är en skada.

### **S6 Intra- eller postoperativ död**

Ett intraoperativt dödsfall betraktas som skada tills motsatsen är bevisad. Ett postoperativt dödsfall sammanhänger ofta med skada och kräver individuell granskning.

### **S7 Respiratorbehandling mer än 24 timmar efter operation**

Efter större kirurgi planeras ibland respiratorbehandling. Om patienten fortfarande behöver respirator 24 timmar efter operation kan en per- eller postoperativ skada ha inträffat. Patienter med lungsjukdom eller muskulär sjukdom kan vara svåra att ta ur respiratorn snabbt postoperativt, men detta ska inte automatiskt exkludera möjligheten att skada inträffat. Granska om respiratorvård efter 24 timmar var en följd av grundsjukdom eller av en skada.

### **S8 Användning av adrenalin, noradrenalin, naloxon eller flumazenil under operation**

Dessa läkemedel används inte rutinmässigt under operation. Granska anestesioch operationsjournal för att avgöra orsaken till användningen. Lågt blodtryck förorsakat av blödning eller överdosering av narkosmedel är exempel på skador som kan behandlas med dessa läkemedel.

### **S9 Postoperativ ökning av troponin**

En postoperativ ökning av troponin kan indikera en myokardskada. Granskaren måste göra en bedömning av om en skada har skett eller inte.

### **S10 Förändrad anestesiform under operation**

Sök i anestesijournalen efter förändringar av anestesiform (generell, regional blockad etc) som skett under operationen. Undersök om en skada, t.ex. kraftig blödning eller allergisk reaktion, var orsak till förändringen.

### **S11 Konsultation på uppvakningsavdelningen**

En postoperativ konsultation kan indikera att en skada inträffat under operation, särskilt om konsultationen måste utföras på uppvakningsavdelningen. Granska konsultsvaret för att se om en skada har inträffat.

### **S 12 Förekomst av postoperativ komplikation**

Här avses all typ av postoperativ komplikation som inkluderar, men är inte begränsat till, lungödem, djup ventrombos, trycksår, hjärtinfarkt, njursvikt etc.

### **S13 Normalt PAD-svar eller PAD-svar icke-relaterat till den preoperativa diagnosen**

PAD-svar bör matcha den preoperativa diagnosen. Vid avvikelse ska samband med skada sökas.

### **S14 Inläggning av artärkateter eller central venkateter under pågående operation**

Granska i anesthesi- och uppvakningsjournaler om artärkateter eller central venkateter sattes in under operation. I vissa fall är detta en del av ingreppet, t.ex. vid toraxkirurgi. Om detta inte brukar vara rutin kan det tyda på en peroperativ skada, t.ex. blödning, läkemedelsrelaterat lågt blodtryck, överkänslighetsreaktion eller felaktig vätskebehandling.

### **S15 Operationstid mer än 6 timmar**

Patienter som är placerade i en och samma kroppsställning under en längre tid löper en större risk för postoperativa skador. Exempel på detta är hudskada, trycksår, nervskada, rörelseinskränkning, smärta men även en skada som atelektas.

### **S16 Borttagande av/skada på ett organ under ett kirurgiskt ingrepp**

Granska de per- och postoperativa anteckningarna för att se om ingreppet omfattade skada på eller borttagande av ett organ. Borttagande av organ kan vara planerat men kan också bero på ett kirurgiskt misstag.

## MODUL 4: INTENSIVVÅRDSKRITERIER

### I1 Lunginflammation

Varje lunginflammation som diagnostiseras inom intensivvården måste granskas noggrant. Alla infektioner som inträffar på sjukhus ska betraktas som vårdrelaterade, om de inte säkert förvärvats utanför sjukhuset. Återinläggningar, på sjukhus eller på intensivvårdsavdelning, kan vara orsakade av lunginflammation som tillkommit under en tidigare sjukhusvistelse, särskilt i fall av antibiotikaresistens.

### I2 Återinläggning på intensivvårdsavdelning (IVA)

Vid återinläggning på intensivvårdsavdelning är sannolikheten hög att det kan ha skett en skada på vårdavdelningen. Exempel kan vara lungödem efter övervåtskning eller lunginflammation efter aspiration.

### I3 Behandlingar/ingrepp på intensivvårdsavdelningen

Granska alla åtgärder som genomfördes medan patienten var på intensivvårdsavdelningen. Komplikationer är inte alltid noterade i omvårdnadsjournalen, men genom en granskning av den vård som behövde ges kan det fastställas om en skada har inträffat eller ej.

### I4 Intubation/reintubation

Intubation och reintubation såväl under som före intensivvården behöver granskas för att utröna om en skada ledde till åtgärden.

## MODUL 5: PERINATALA KRITERIER

### P1 Apgar-poäng under 7 efter 5 minuter

Sök händelser hos både modern och barnet under födseln och i övervakningen. Leta efter läkemedel, t.ex. lugnande medel och anestesimedel. Enbart moderns journal granskas, men om dokumentationen indikerar skada på barnet räknas det som en skada, om den förorsakats av behandlingen av modern.

### P2 Transport eller förflyttning av moder och/eller barn

Varje transport eller förflyttning till annan klinik eller till en högre vårdnivå inom den egna kliniken måste granskas för att se om en skada ligger bakom.

### P3 Magnesiumsulfat eller terbutalin

Granska läkemedelsjournalen. Användning av dessa läkemedel kan tyda på hypertoni eller fetal stress. Sök efter eventuella skador.

### P4 3:e eller 4:e gradens lacerationsskador

Detta kriterium är definitionsmässigt en skada. Granska journalen för att bedöma skadegrad.

### P5 Inducerad förlossning

Titta efter infektioner och andra skador under den pre- och perinatala vården.

## MODUL 6: AKUTMOTTAGNINGSKRITERIER

### **E1 Åter till akutmottagningen inom 48 timmar efter utskrivning**

Leta efter läkemedelsreaktioner, infektioner eller annat som tyder på att en skada har lett till att patienten behövt uppsöka akutmottagningen.

### **E2 Tid på akutmottagningen längre än 6 timmar**

Långa vårdtider på akutmottagningen kan vara associerade med brister i omhändertagandet. Sök efter komplikationer på akutmottagningen som fall, lågt blodtryck eller procedurrelaterade komplikationer.



# Tips till sjukhusledningen

Syftet med granskningar med stöd av GTT är att regelbundet följa förekomsten av vårdskador i den egna verksamheten, inte att jämföra med andra sjukhus. Om en sjukhusledning beslutar att införa GTT i sjukhusets uppföljningssystem är det viktigt att komma ihåg att GTT enbart är ett granskningsinstrument för att identifiera skador på patienter och mäta frekvensen av dessa över tid. Mätningarna i sig bidrar inte till en ökad patientsäkerhet. För att uppnå en säkrare vård måste mätningar med GTT kombineras med ett riktat förbättringsarbete baserat på vad som framkommit vid journalgranskningen. Regelbundna granskningar och mätningar ger ledningsansvariga på sjukhus och klinik möjligheter att följa patientsäkerhetsarbetets utveckling och att beslutade åtgärder leder till avsedda effekter.

- När ett granskningsteam väljs ut bör det bestå av kliniskt erfarna och intresserade medarbetare – sjuksköterskor, eventuellt en farmaceut samt läkare. Teamet bör ha uppdraget under minst ett år för att säkerställa stabiliteten i bedömningarna.
- Sjuksköterskorna behöver få avsatt tid cirka 3–4 timmar varannan vecka för granskningen av de 20 utvalda journalerna. Granskningen kan lämpligen delas upp i omgångar med 10 journaler varannan vecka. Läkaren i teamet bör avsätta åtminstone en timme varannan vecka för att fastställa granskarnas bedömning. Utse en plats där granskningsteamet kan arbeta ostört med möjlighet att förvara journaler på ett säkert sätt.
- Varje sjukhus måste ta fram ett lämpligt sätt att slumpmässigt välja ut patientjournaler för granskning. Alla utskrivna patienters journaler ska ingå i underlaget för det slumpmässiga urvalet, således även avlidna patienter. Utse en ansvarig för denna process.
- Undvik att dra slutsatser om basnivån av skador förrän åtminstone 12 och gärna 24 granskningsomgångar finns för analys.
- Planera för hur resultaten av granskningen ska tas till vara inom organisationen och hur resultaten ska spridas och följas upp.

# Frågor och svar baserade på erfarenheter från USA

## **Kan data från vårt sjukhus användas för att jämföra oss med andra sjukhus i landet?**

Nej, även om utbildningen standardiseras i landet så kommer det att finnas skillnader mellan olika sjukhus i granskningsprocessen som gör att variationen kan bli stor. Metoden är därför inte lämpad för jämförelser mellan sjukhus men bedöms vara tillräckligt stabil inom en organisation så att den kan användas för att följa utvecklingen av vårdskador över tid. Nationella data kan användas för att kontrollera att de egna resultaten är i samma storleksordning som övriga vårdinrättningar i landet.

## **Vi har intrycket att validiteten i instrumentet är diskutabel. Är det värt att avsätta resurser för GTT-granskning?**

Det finns ingen "golden standard" för att mäta avvikelser och vårdskador. Tidsåtgången för granskning enligt GTT är begränsad och det krävs ingen investering i avancerad teknik. Sensitiviteten för GTT är högre än för frivillig avvikelserapportering och metoden ger en bättre möjlighet att följa utvecklingen av skador över tid.

## **Kommer vi att finna alla vårdskador om vi använder GTT?**

Meningen med GTT-granskning är inte att hitta varje skada. Med hjälp av erfarna granskare kan man räkna med att de skador som kategoriseras högre än skadekategori E identifieras inom den 20-minutersgräns som är avsatt för varje journal.

## **Om en patient drabbas av skada före den granskade vårdtiden, ska den då räknas med i GTT?**

Ja, om den var en följd av tidigare given vård ska den räknas med. Detta beror på att man ska se det inträffade ur patientens perspektiv. Det rekommenderas att dessa skador markeras på något sätt i den egna sammanställningen, eftersom man i ett åtgärdsprogram kan komma att behöva involvera angränsande sjukvårdsinrättningar för att förebygga dessa skador.

## **Till vårt sjukhus kommer patienter på remiss från andra mindre sjukhus. Om vi räknar skador som inträffat före vården hos oss så känns det som vi straffar oss själva?**

Detta är i grund och botten en definitionsfråga hur man väljer att göra. På amerikanska s.k. "tertiära sjukhus" med främst remitterade patienter har man sett att mindre än 10 % av de funna vårdskadorna var sådana som inträffat före det aktuella vårdtillfället.

## **Vilken ungefärlig nivå på skador kan vi förvänta oss att hitta med GTT?**

Omkring 100 skador/1 000 vård dagar och 50 skador/100 vårdtillfällen. Ungefär 30–35 % av alla vårdtillfällen är associerad med skador.

### **Om man hittar flera skador som alla hänförs som biverkning till ett och samma läkemedel, hur ska man registrera detta i GTT?**

Det rekommenderas att det registreras som *en* skada. Skadekategoriseringen görs efter den allvarligaste av skadorna.

### **Om man hittar en skada som kan vara orsakad av två läkemedel, är det då en eller två skador i GTT-registreringen?**

Det betraktas som *en* skada.

### **Om man hittar ett INR som är oavsiktligt allvarligt förhöjt eller ett oavsiktligt mycket lågt blodsocker, ska detta alltid räknas som en skada i GTT?**

Det är centralt i GTT att just skilja mellan ett positivt kriterium och en skada, eftersom detta inte är samma sak. Ett högt INR > 6 eller ett lågt blodsocker < 3 mmol/l är två positiva kriterier. Om man i granskningen inte hittar någon skada associerad med den ökade blödningsrisken eller det låga blodsockret har patienten visserligen varit utsatt för en risk, men haft turen att klara sig utan skada. Ingen skada ska då registreras i GTT.

### **Vi har genomfört två granskningsomgångar och inte funnit några skador? Gör vi något fel?**

Detta är inte ovanligt och det finns två huvudsakliga orsaker. 1) Urvalet av journaler sker slumpvis och det finns en stor variation. Av det skälet behövs minst 12, gärna 24 granskningsomgångar innan man ska dra någon slutsats om nivån av skador. 2) När man börjar granska journaler är det inte ovanligt att skador av kategori E förbises. Dessa är ofta av den arten att de uppfattas som kända komplikationer till den givna vården. Om man i granskningen funnit positiva kriterier kan man på nytt granska journalerna och leta efter kategori E-skador.

### **Vad är skälet till att vissa antidoter, t.ex. Protamin, inte finns med som kriterium?**

Listan med kriterier är vald utifrån de vanligaste orsakerna till vårdskada. En lista med möjliga kriterier skulle bli alldeles för lång att för kunna användas.

### **Hur lång tid tar det i medeltal att granska en journal med GTT?**

En manuell granskning av en erfaren granskare tar som regel 10–15 minuter. Ingen granskning får överstiga 20 minuter. Om granskningen tar mer än 20 minuter innebär det oftast att granskaren börjat läsa journalen i stället för att leta efter kriterier.

### **Kan GTT-granskningen automatiseras i vår datajournal?**

Identifieringen av flera kriterier kan ske automatiskt i en datajournal, speciellt de som återfinns i läkemedels- och laboratorielistorna. Med ett sådant förfarande sparas tid. Andra kriterier fordrar manuell granskning och sökande efter skada kopplat till positiva kriterier måste alltid ske manuellt. Kom ihåg att urvalet av journaler alltid måste vara slumpmässigt.

# Erfarenheter från USA

## A. MAYOKLINIKEN

Mayokliniken har använt GTT sedan 2004 som en basmätning för att avgöra om kliniken patientsäkerhetsarbete leder till minskad skadefrekvens över tid. Teamen granskar 10 journaler varannan vecka. Granskningsteamet på de tre sjukhusen kliniken utgörs av jämför fyra gånger om året sina fynd. Resultaten presenteras återkommande för kliniken kvalitetskommitté. Mayokliniken kombinerar GTT med händelseanalys av funna skador för att vidta förbättringsåtgärder.

## B. MISSOURI BAPTIST MEDICAL CENTER

Här har man haft samma granskningsteam sedan mätningarna startade hösten 2003. Antalet skador/1 000 vårddagar har minskat mellan 2004 och 2006 från 90 till 23. Räknat per 100 vårdtillfällen har siffran sjunkit från 35 till strax under 10.

Missouri Baptist Medical Center använder också en modifierad version av GTT för granskning av dödsfall på kliniken. Med instrumentet tycker man sig få en bredare granskning av dödsfallen och bättre underlag för förbättringsarbete.

# Erfarenheter från Sverige

## A. LANDSTINGET I ÖSTERGÖTLAND

GTT har använts vid patientsäkerhetsenheten i Östergötland sedan hösten 2006. Under 2007 har alla dödsfall vid kirurgiska kliniken i länet analyserats med hjälp av GTT. 140 dödsfall inträffade under året. Dessa journaler granskades av medarbetare knutna till patientsäkerhetsenheten, och resultatet av granskningen redovisades och diskuterades kvartalsvis med företrädare för klinikledningen vid kirurgiska kliniken. Bedömningen om skadan var undvikbar eller ej gjordes av klinikledningen.

Trots att majoriteten av dessa patienter var åldrade med avancerad malignitet och vårdades palliativt drogs värdefull lärdom. Förbättringsåtgärder kunde genomföras t.ex. rörande funna risker vid sedering under diagnostiska ingrepp hos åldrade patienter. I den granskade patientgruppen hittades 28 skador/1 000 vård dagar. 26 % av vårdtillfällena i den granskade gruppen var associerade med minst en skada.

Vid intensivvårdsavdelningen på Universitetssjukhuset i Linköping har alla avlidna patienter liksom slumpvis 10 patienter/månad under 2007 granskats och resultatet återförts till klinikledningen. Även här gjordes bedömningen om skadan var undvikbar eller ej av klinikledningen. De mest frekventa skadorna rörde luftvägarna, och kliniken har implementerat ett åtgärdsprogram.

## B. LANDSTINGET I JÖNKÖPINGS LÄN

I Jönköpings län har GTT används sedan 2006 när vi i samarbete med Östergötland och Kalmar fick en ordentlig översättning till stånd. Instrumentet används i vårt landsting på flera sätt. Vi har beslutat att använda instrumentet för att kunna följa skador över tid så att eventuella effekter av alla patientsäkerhetsprojekt kan verifieras. På alla av länets tre sjukhus granskas månatligt 20 slumpmässigt utvalda journaler av två specialutbildade sjuksköterskor. Vi har retrospektivt granskat data från hela 2007 som basnivå och kan konstatera att det rör sig om en relativt stabil process med ca 20 skador per 1 000 vård dagar. Andelen skadade patienter varierar mellan 10 % och 16 %, vilket är väl i överensstämmelse med Socialstyrelsens patientskademätning.

Därutöver används instrumentet på ett flertal kliniker för mätning av deras interna säkerhet. Till exempel har ortopedkliniken på Länssjukhuset Ryhov gått igenom en månads produktion. På sikt kommer vi att ha en rejäl databas över vilka skador som är vanligast förekommande och därmed att få ett underlag för fortsatt förbättringsarbete.

## C. LANDSTINGET I KALMAR LÄN

Landstinget i Kalmar län har i sitt balanserade styrkort målet att undvikbara skador ska ha minskats till hälften år 2010, och GTT tillsammans med statistiken från Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag utgör de redskap vi har för att följa upp hur vi lyckas. Hösten 2007 började vi i Kalmar granska enligt GTT och såg den

perioden som utbildningstid. Sedan årsskiftet 2008 granskar vi 20 slumpmässigt utvalda journaler varje månad i "skarpt läge". Vi anser att metoden kan utgöra ett sätt att identifiera vårdskador, som därmed blir möjliga att undvika. Vår förhoppning är att vi efter en tids granskning ska få tillfälle att gå ut till klinikerna och återkoppla de resultat som vi funnit. Under de tre första månaderna 2008 var antalet skador/1 000 vårddagar 55,5. De flesta skadorna resulterade i temporär skada som krävde åtgärd eller sjukhusvård/förlängd sjukhusvistelse (Grad E och F). En majoritet bedömdes som undvikbara.

# Referenser

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
2. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med.* 1991;324(6):370-76.
3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, Orav EJ, Zeena T, Williams EJ, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care.* 2000;38(3):261-71.
4. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, Mogensen TS, Bech KB, Stockmarr A, et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. En retrospektiv gennemgang af journaler. *Ugeskr Laeger,* 2001;163:5370-8.
5. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. Vårdskador på sjukhus är vanliga. Majoriteten går att undvika, visar journalstudie. *Läkartidningen.* 2008;105:1748-52.
6. Unbeck M, Muren O, Lillkrona U. Identification of adverse events at an orthopaedic department in Sweden. *Acta Orthop Scand.* In press 2008.
7. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2007.
8. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. ISBN: 91-85482-05-

# Länkar

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). USA.  
<http://www.ahrq.gov>

Dansk Selskap for Patientsikkerhed. Danmark.  
[www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

Dansk patientsikkerhedsdatabase. Danmark.  
[www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)

Department of Veterans Affairs National Center for Patient Safety (VA NCPS).  
USA.  
[www.patientsafety.gov](http://www.patientsafety.gov)

Institute for Healthcare Improvement (IHI). USA.  
[www.ihl.org](http://www.ihl.org)

The Joint Commission. USA.  
[www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)

Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF)  
[www.patientforsakring.se](http://www.patientforsakring.se)

National Patient Safety Agency (NPSA). England.  
[www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk)

National Patient Safety Foundation (NPSF). USA  
[www.npsf.org](http://www.npsf.org)

Socialstyrelsens publikationer  
[www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet)

Sveriges Kommuner och Landsting  
[www.skl.se](http://www.skl.se) eller [www.patientsakerhet.nu](http://www.patientsakerhet.nu)

Qulturum, Landstinget i Jönköpings län  
[www.lj.se/qulturum](http://www.lj.se/qulturum)

Landstinget i Östergötland  
[www.lio.se/patientsakerhet](http://www.lio.se/patientsakerhet)

Landstinget i Kalmar län  
[www.ltkalmar.se](http://www.ltkalmar.se)



# Föreskrifter och lagar

Hälso- och sjukvårdslagen, SFS 1982:763

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, SFS 1998:531

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12. Stockholm 2005

För ytterligare information kring relevant lagstiftning inom patientsäkerhetsområdet hänvisas till Socialstyrelsens webbplats för patientsäkerhet: [www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet](http://www.socialstyrelsen.se/patientsakerhet).



# Summerande blankett GTT

Patient/ journal nr	Antal vård dagar	Kriterier (som sammanhänger med skadan)	Skada	Skadegrad (E-I)
Summa				

## Skador/1 000 vård dagar

Summan av antalet skador/summan av vård dagar x 1 000

Summerat antal skador \_\_\_\_\_ / summerat antal vård dagar \_\_\_\_\_ x 1 000 = \_\_\_\_\_

## Skador/100 vård tillfällen

Summan av antalet skador/antalet granskade journaler x 100

Summerat antal skador \_\_\_\_\_ / antalet granskade journaler \_\_\_\_\_ x 100 = \_\_\_\_\_

## Procentuell andel av vård tillfällen med skada

Antalet vård tillfällen med minst en skada

Antalet journaler med funnen skada \_\_\_\_\_ / antalet granskade journaler \_\_\_\_\_ x 100 = \_\_\_\_\_

