Global Trigger Tool i psykisk helsevern og rus (GTT-P)

- å identifisere og forebygge skader i helsesektoren

Håndbok

HELSE NORD-TRØNDELAG

Arne Okkenhaug, psykiatrisk sykepleier/rådgiver
Anne Slungård, psykiater/avd. overlege
Bodil Landstad, professor/forskningssjef

Global Trigger Tool i psykisk helsevern og rus (GTT-P)

- å identifisere og forebygge skader i helsesektoren

2. utgave

Håndbok

Levanger, august 2018

Klinikk for psykisk helsevern og rus
Helse Nord-Trøndelag HF

HNT
Helse Nord-Trøndelag HF

Global Trigger Tool i psykisk helsevern og rus (GTT-P)
- å identifisere og forebygge skader i helsesektoren

Håndbok

Klinikk for psykisk helsevern og rus

©Helse Nord-Trøndelag HF

2. utgave

ISBN 978-82-93603-02-3 Trykt utgave
ISBN 978-82-93603-03-6 Digital utgave

Trykt av Innherred Grafisk AS

Innhold

Forord **7**
Takk **8**
Systematisert journalgjennomgang for å bedre pasientsikkerheten **9**
Skade, alvorlig skade og komplikasjon **9**
Hensikten med systematisk journalgjennomgang **10**
Fra måling til forbedringsarbeid **12**
Etiske og juridiske aspekter **12**
Granskingsteamet **15**
Gjennomføring av systematisert journalgjennomgang **16**
Systematisert journalgjennomgang trinn for trinn **16**
Granskingsperiode **17**
Prinsipper i granskingen **17**
1. Valg av journaler for gransking **18**
2. Søke etter markører **19**
3. Skadebedømming **21**
4. Oppsummering av resultat **25**
5. Analyse og forbedringsarbeid **25**
Vedlegg: **26**
Behandlingsmarkører (B) **26**
B1 Behandlingsplan 26
B2 Individuell plan 27
B3 Selvmordsrisikovurdering 28
B4 Tilkalling av vakthavende lege/lege fra annen spesialitet 28
B5 Diagnoseendring 29
B6 Villet egenskade 29
B7 Uønsket effekt av behandling 30
B8 Trusler, vold og upassende adferd 31
B9 Økt tilsynsgrad 32
B10 Mangel på somatisk status 33
B11 Mangel på pårørendekontakt 34
B12 Annet 35
Rusavhengighetsmarkører (R) **36**
R1 Mangelfull ruskartlegging og/eller oppfølging 36
Markører for tvangsbehandling (T) **37**
T1 Tvang 37
T2 Tvangsbehandling – administrative mangler 38
T3 Konvertering og bruk av nødrett 39
T4 Politiassistanse 39
Legemiddelmarkører (L) **40**
L1 Tre eller flere ulike antipsykotiske legemidler 40
L2 Antikolinergika 40
L3 Flere enn fire ulike psykofarmaka 41
L4 Benzodiazepiner 41
L5 Funn av metabolske risikofaktorer 42
L6 Legemiddel som krever regelmessig prøvetaking 43
L7 Legemiddel - annet 44
Kontinuitets- og overgangsmarkører (K) **45**
K1 Ikke planlagt innleggelse/kontakt på psykiatrisk akuttavdeling 45
K2 Reinnleggelse i løpet av 30 dager 46

K3 Bytte av behandlingsenhet 46
K4 Ikke planlagt utskriving eller avslutning i poliklinikk 47
K5 Manglende legebesøk/-vurdering i løpet av de siste 12 måneder 47
K6 Mangel på koordinator i psykiatri (KiP)/Pasientansvarlig lege (PAL) 48
Klinikksammensetning **53**
Oppsummering av kvalitetsmarkører **55**
Skadeområder og skader **57**
Granskingsoppdrag **58**
Referanser **59**

Forord

Med psykisk sykdom og/eller rusmiddelavhengighet følger det risiko. Både fordi sykdommene i seg selv kan være svært alvorlige, men også fordi det kan skje feil i utredning og behandling. Dette er ikke bare en risiko for den som er syk og de pårørende, men også en risiko for oss som jobber i dette feltet. Vi ønsker å gi den beste behandling som er mulig, og da må vi erkjenne at feil kan unngås med gode systemer. Om vi oppdager feil har vi en mulighet til å korrigere årsakene, og unngå at feilen skjer igjen.

I somatikken har Global Trigger Tool (GTT) vært et verktøy for nettopp å oppdage slike feil. Verktøyet har imidlertid ikke vært tilpasset de feil og mangler som er vanlige i psykisk helsevern og i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet (TSB). I Sverige hadde de imidlertid laget en modell for GTT innen psykiske lidelser. Vi lærte av våre svenske kolleger, og utviklet en norsk modell. Etter en prøveperiode i norske behandlingsmiljø er det gjort forbedringer og tilpasninger, og vi kan nå presentere versjon 2.

Vi vil gjerne takke alle som har bidratt. Både til pionerarbeidet det var å lage den første versjonen, til å teste den, og nå å lage en forbedret utgave. Manualen er fremdeles laget for bruk både i psykisk helsevern og TSB, i døgnbehandling og i poliklinikk.

Manualen er ment å hjelpe pasienter, pårørende og alle som jobber med oppfølging av pasienter med rusavhengighet eller psykiske vansker til en tryggere hverdag.

Lykke til med jobben!

Kathinka Meirik, overlege
Klinikkleder
Klinikk for psykisk helsevern og rus
HNT HF
Levanger, juli 2018

Takk

Mange kolleger og samarbeidspartnere har bidratt i arbeidet både med å utvikle håndboken og gjennomføre prosjektet; Global Trigger Tool i psykisk helsevern og rus.

Klinikk for psykisk helsevern og rus, HNT HF mottok innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge for å gjennomføre prosjektet. Uten midlene hadde det ikke vært mulig å gjennomføre arbeidet. Prosjektet har inneholdt både innovasjon (innføring av GTT i psykisk helsevern), kvalitetsforbedring (identifisere pasientskader og revitalisere avvikshåndteringen), og en forskningsdel (valideringsprosessen og rapportering av granskningsfunn).

Lovisa Lundell, Ingun Haug, Camilla Fossland, Hege Zachariassen, Sissel Nygaard, Grethe Ekseth, Tetyana Ryazantseva, Merete Bakken og Elin Kristiansen ble oppnevnt som medlemmer i granskingsteamene. Uten deres innsats hadde vi ikke klart å gjennomføre granskningen av 240 journaler i løpet av 8 måneder, og som siden har gitt oss erfaringer som vi og andre kan bygge videre på.

Brukerutvalget i HNT HF, Mental Helse og Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling Midt-Norge har gitt verdifull informasjon og støtte i oppstartsfasen av prosjektet. Det samme har våre svenske kolleger i Svenske kommuner og landsting (SKL); Hans Rutberg, Charlotta Brunner, Pia Ram, Eva Estling, Urban Nylén og Carina Ålenius. Prosjekteier og klinikkleder Kathinka Meirik har hele tiden vært til stede, lagt til rette, bidratt med ressurser, støtte og markedsføring. Helsedirektoratet har fulgt oss i hele prosessen, Ewa Ness og Ellen C. Tveter Deilkås må spesielt fremheves som sentrale ressurspersoner.

Vi arbeider nå med å sluttføre 3 vitenskaplige artikler om prosjektet. I dette arbeidet deltar Ph.d. Ellen C. Tveter Deilkås (Akershus universitetssykehus), statistiker Tor Åge Myklebust (Helse Møre og Romsdal HF), M.Sc. Arne Okkenhaug og professorene Jonathan Tritter (Aston University, UK) og Bodil Landstad (Helse Nord-Trøndelag HF og Mittuniversitetet, Sverige).

I tillegg har medlemmer av styringsgruppe og referansegruppen kommet med viktige innspill. Avslutningsvis vil vi takke kommunikasjonsrådgiver Berit Røflo Indgul, administrasjonsrådgiver Tore Tofte og sekretærressursene; Gølin Nesjø, Tove Haga og Bente Søreng i HNT HF, som har gitt god administrativ støtte.

Arne Okkenhaug
Prosjektleder

Anne Slungård
Prosjektansvarlig

Systematisert journalgjennomgang for å bedre pasientsikkerheten

Pasienten skal gis god omsorg og ikke utsettes for unødvendig risiko og skader forårsaket av helse- og omsorgssektoren. Et forbedringsarbeid som øker pasientsikkerheten skal forebygge skader, men også føre til kunnskap om årsaker til helseskader gjennom systematisert rapportering og analyse av risiko. Arbeidet for å redusere risiko og forbedre pasientsikkerheten skal være en del av et systematisk kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid der fortløpende internkontroll inngår. En god pasientsikkerhetskultur er en forutsetning for å oppnå god omsorg av høy kvalitet.

Skade, alvorlig skade og komplikasjon

Det finnes ingen enhetlig definisjon av begrepet skade eller pasientskade i helselovgivningen eller i faglitteratur. Vi legger derfor til grunn Helsedirektoratets begrepsdefinisjoner fra IS-2213 (2). I et forsøk på å ikke skape forvirring mellom den juridiske definisjonen av pasientskade og en ny definisjon av pasientskade, velger vi å oversette det svenske begrepet ”vårdskada” til ”en skade mulig å forebygge” på norsk.

Begrepet skade omfatter både fysiske og psykiske skader. Psykisk skade kan være en følgeskade av den fysiske, eller opptre alene.

En skade vil som regel være en utilsiktet hendelse som har oppstått ved helsehjelp eller tjenesteyting, eller ved mangel på sådan, og som krever ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang og som ikke er en følge av pasientens sykdom.

Pasientskadeloven definerer pasientskade som: «Skaden må, for å være en pasientskade som er omfattet av pasientskadeloven, være knyttet til helsevesenet eller til helsepersonell eller begge deler, og være voldt i bestemte situasjoner hvor det ytes helsehjelp, blant annet under veiledning, undersøkelse, diagnostisering, pleie, prøvetaking, vaksinasjon med videre.»

En skade mulig å forebygge er fysisk eller psykisk skade, sykdom eller død som kunne vært unngått om adekvate tiltak hadde vært igangsatt når pasienten hadde kontakt med helsevesenet, og som ikke er en følge av pasientens sykdom. I denne håndboken inkluderer en skade *mulig* å forebygge, også en skade som *trolig var mulig* å forebygge.

Om det foreligger alvorlig skade *mulig* å forebygge, bør det blant annet vektlegges om komplikasjonen er av en slik art at den vil få vesentlige konsekvenser for pasienten, herunder om det vil foreligge en varig funksjonsnedsettelse, om pasienten vil få vesentlige smerter eller redusert livsutfoldelse på kortere eller lengre sikt og om sykehusoppholdet blir vesentlig forlenget eller medførte død.

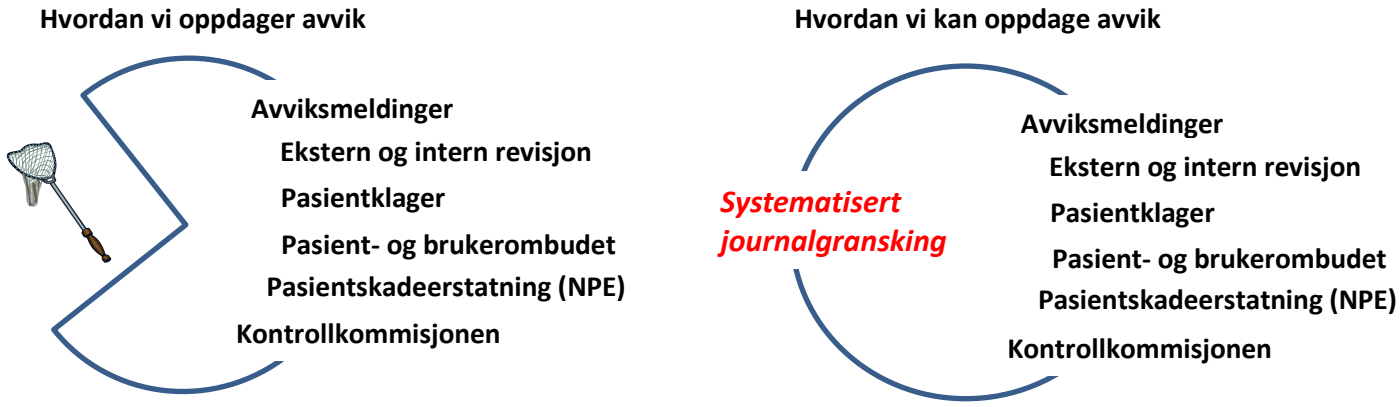
Ved systematisert journalgjennomgang identifiseres skader som, fra et helseperspektiv ofte benevnes som komplikasjoner eller uforutsette hendelser. En komplikasjon er imidlertid en effekt som ikke var tilsiktet, eller ønskelig, og fra en pasient sitt perspektiv, skal den i arbeidet med systematisert journalgjennomgang betraktes som skade. Selv om en bivirkning

er kjent og tidligere beskrevet i forbindelse med en bestemt type av behandling, og derfor kan forventes hos en andel av pasientene, er det fra pasienten sitt perspektiv allikevel en skade.

Noen komplikasjoner eller skader kan ikke unngås helt, men hvis det er en mulighet til å redusere risiko, bør skaden i første omgang betraktes som en skade som kunne vært forebygget. Med analyse og kunnskap kan det som til å begynne med ble ansett som uunngåelig, vise seg mulig å forhindre.

Hensikten med systematisk journalgjennomgang

Analyse av bakenforliggende årsaker til risiko og oppstått skade blir ofte gjort gjennom risiko- og hendelsesanalyser, men når de tradisjonelle metodene brukes for å identifisere avvik er det bare de avvik som umiddelbart oppfattes som blir identifisert og analysert. Det kan bety at bare en mindre del av alle avvik blir kjent. De fleste av disse har ikke medført skader (3). Ofte ser man uønskede hendelser som noe som i blant oppstår og som kan forventes til tross for at det ut i fra pasientens perspektiv er en *skade* eller en *skade mulig å forebygge*. Denne måten å tenke om skader på, har i en svensk studie, vist å bidra til underrapportering av skader og skader *mulig* å forebygge (4).
Ved hjelp av systematisert journalgjennomgang kan skjulte skader identifiseres og arbeidet med å redusere risiko for at pasienter skades blir mer effektivt.



En skade oppstår som oftest ikke fordi at personer gjør feil. Med et systemperspektiv skal fokus i stedet legges på å finne og fjerne de bakenforliggende årsakene til skaden. God beslutnings- og kommunikasjonsstøtte, standardiserte strategier og pasientforløp blir med et slikt syn et viktig utviklingsområde innenfor helsesektoren. Med hjelp av en prosessorientert strategi øker forståelsen for at systemkunnskap er et viktig supplement til fagkunnskap.

Ved systematisert journalgjennomgang kan *skader* og *skader mulig å forebygge*, identifiseres, klassifiseres og alvorlighetsgrad kartlegges. Når resultatet av granskningsarbeidet sammenfattes kan også forekomsten av *skader* og *skader mulig å forebygge*, beregnes. Resultatet av systematisert journalgjennomgang skal i første omgang brukes som et grunnlag for forbedringsarbeid i den enkelte klinikken/enheten.

De markørene som benyttes for å søke i journaldokumentasjonen etter *mulige skader* og *skader mulig å forebygge*, er utformet for å identifisere områder der risikoen for skade er større. Et flertall av markørene vil derfor indikere etterlevelsen av lokale prosedyrer og retningslinjer. Det innebærer at en del av markørene også kan brukes som kvalitetsindikatorer i det systematiske kvalitetsarbeidet.

Resultatet av systematisert journalgjennomgang fører ikke til økt pasientsikkerhet dersom ikke forbedringsarbeid gjennomføres med utgangspunkt i hva som har kommet frem i granskningen. I et slikt forbedringsarbeid kan også andre metoder som risiko- og årsaksanalyser brukes for å kartlegge bakenforliggende årsaker til skader, slik at hensiktsmessige tiltak kan utformes.

Internasjonale erfaringer

En stort antall helseinstitusjoner verden over, benytter systematisert journalgjennomgang for å måle og føre oversikt over skader i somatiske sykehus. Verktøyet Global Trigger Tool (GTT) ble utviklet av det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (IHI) i 2003 (4). Prosedyren har blitt brukt i pasientsikkerhetskampanjer i USA og Storbritannia, med gode erfaringer. Den benyttes også som et verktøy for å bedre pasientsikkerheten på mange sykehus i flere land.

I Norge ble GTT valgt som den foretrukne metoden da den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen startet den første systematiske kartleggingen av pasientskader i 2010. Nå har alle helseforetakene minst ett GTT-team på foretaksnivå (5). I mars 2017 ble det publisert en artikkel som viser lik- og ulikheter mellom sykehusrelaterte skader ved bruk av GTT i Sverige og Norge (6).

I Norge har ikke GTT vært tilpasset psykisk helsevern og rus. I Sverige har metoden blitt omarbeidet til også å omfatte psykiatri, og de fleste av Sveriges landsting og regioner har deltatt i utviklingsarbeidet. Avdeling för vård och omsorg i Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) utga i mars 2015 en håndbok om journalgjennomgang innen voksen – og rettspsykiatrien (7,8). I Sverige kalles GTT for Markörbaserad journalgranskning (MJG). Liknende utviklingsarbeid er også gjort i Singapore og Danmark (7).

Utviklingsarbeidet i Sverige

I et pilotprosjekt i 2012 ble 110 journaler fra psykiatrisk poliklinikk og døgnopphold undersøkt (7). Resultatet viste at metoden kan tilpasses psykisk helsevern, og et utviklingsprosjekt resulterte i håndboken som vi nå har oversatt til norsk og tilpasset norske forhold.

Som spesielle risikoområder for skader innen psykisk helsevern har tvangsbehandling, selvmordrisikovurdering, medikamentell behandling, ECT (elektrokonvulsiv terapi), trusler og vold, avvik fra behandlingsplan, overganger i helsetjenesten og diagnostikk, blitt identifisert. En forutsetning for granskingsarbeidet med MJG var en felles oppfatning av hva som anses å være skade, og til slutt hva som skal regnes som en unngåelig skade. I det svenske

utviklingsarbeidet har disse områdene blitt behandlet, og resultatet er en liste over ulike typer skader.

Basert på risikoområder og kjente typer skade innen psykisk helsevern, ble det formulert markører som kunne indikere *mulig skade*. For ikke å undervurdere vesentlige risikoområder måtte granskingen foregå med utgangspunkt i et pasientperspektiv. Granskingen tok utgangspunkt i både poliklinikk og døgnbehandling. 471 journaler ble undersøkt i prosjektperioden. Granskning av poliklinikk og døgnbehandling sett i et helhetsperspektiv førte til en videreutvikling av metoden (7).

I tillegg til at systematisert journalgjennomgang etter MJG, fører til at pasientskader kan identifiseres, har metoden også vist seg nyttig for å identifisere kvalitetssvikt i helsetjenesten og kan dermed også fungere som et verktøy for systematisk egenkontroll. Metoden er utviklet og tilpasset til journalgjennomgang i voksenpsykiatri og rettspsykiatri, men ikke for barne- og ungdomspsykiatrien (7).

Fra måling til forbedringsarbeid

Å identifisere pasientskader og mangler i kvalitet og sikkerhet, fører ikke i seg selv til bedre pasientsikkerheten. Resultatene av granskingen må analyseres og tilstrekkelige tiltak må gjennomføres for å redusere antall skader og øke etterlevelsen av etablerte rutiner og retningslinjer. Ved systematisert journalgjennomgang, er det viktig at det er en klar struktur og organisering for hvordan tilbakemelding fra gjennomgangen fortløpende skal formidles til enheten sin leder, avdelingsoverlege og andre med lederfunksjon. Leder har ansvar for videre oppfølging. Som i alt annen forbedringsarbeid er ledelsens engasjement avgjørende for om arbeidet med systematisert journalgjennomgang blir vellykket (9, 10, 11).

For at årsakene til *skader mulig* å forebygge skal oppdages, er det behov for andre metoder som risiko- og hendelseanalyse. Det er ikke alltid åpenbart hva som er mekanismen når skader oppstår, men med hjelp av metodisk analyse kan tilstrekkelige forebyggende tiltak utvikles. Arbeidet med systematisert journalgjennomgang skal være en del av virksomhetens samlede innsats for å bedre pasientsikkerheten (12, 13). Utviklingsarbeid for å øke pasientsikkerheten, kan følges over tid gjennom kontinuerlig og systematisert journalgjennomgang. Målrettede og spesifikke forbedringstiltak må følges opp med konkrete tiltak for raskere å få effekt av de igangsatte tiltak.

Etiske og juridiske aspekter

Lovlig tilgang til opplysninger i pasientjournal

Metoden systematisert journalgjennomgang innebærer at alle helsekontakter, hos et tilfeldig utvalg av pasienter, i løpet av en periode (granskningsperioden) skal undersøkes. Dette innebærer at en gransker også må kunne undersøke journaler fra andre avdelinger. Systematisert journalgjennomgang er også et ledd i kvalitetssikringen av egen virksomhet.

Hjemmelen for å kunne foreta en systematisk journalgjennomgang er pasientjournalloven § 6 (14) jf. helsepersonelloven § 26 (15).

Etter pasientjournalloven § 6 annet ledd kan helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre bare behandles når det er nødvendig for å gi helsehjelp, eller for administrasjon, internkontroll eller kvalitetssikring av helsehjelpen.

Helsepersonelloven § 26 første ledd hjemler et unntak fra taushetsplikten ved at den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har i brev av 1.9.2010 vurdert det slik til at journalundersøkelser ved bruk av GTT kan gjennomføres innenfor rammene av helsepersonelloven § 26 første ledd. HOD har i den konkrete saken lagt avgjørende vekt på at det er noen få av helseforetakets egne ansatte som etter beslutning av virksomhetens ledelse vil få tilgang til journalene. Videre har disse få ansatte lovpålagt taushetsplikt. Det er lagt til grunn at det vil være tungvint og neppe gi en personvernmessig gevinst å sladde navn og fødselsnummer fra øvrige opplysninger før teamet gis tilgang til pasientjournalene.

Pasientens reservasjonsrett
Helsepersonelloven § 26 oppstiller ingen regel om at det må innhentes samtykke fra pasienten før individualiserende opplysninger utleveres til virksomhetsintern kontroll og kvalitetssikring. Forarbeidene (Innst O. nr 58 (1998-99)) forutsetter imidlertid at pasienten har anledning til å motsette seg utleveringen. Stortingskomiteen uttalte:

”Komiteen antar at et krav til samtykke fra pasienten hver gang slik informasjon skal utleveres, vil være unødig ressurs- og tidkrevende. Samtidig ser komiteen behov for at pasienten kan nekte at informasjon blir gitt.”

I brev av 18.12.2012 uttaler Helsedirektoratet at det bare er når utleveringen skjer med individualiserende kjennetegn at det skal vurderes om pasienten skal informeres. Dersom helsepersonellet etter en konkret vurdering, har grunn til å tro at pasienten vil reservere seg, skal pasienten informeres om den planlagte utlevering. Den konkrete vurderingen skal gjøres ut fra helsepersonellets kjennskap til pasienten og opplysningenes karakter. Pasienten må gi beskjed dersom vedkommende ikke ønsker at opplysninger utleveres. Pasienten kan på et ethvert tidspunkt bruke reservasjonsretten og be om at opplysninger som allerede er registrert om vedkommende, blir slettet.

Dersom pasienten er over 16 år og åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, demens eller psykisk utviklingshemning, har både pasienten og dennes nærmeste pårørende rett til informasjon etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2.

Informasjon til pasienten ved funn
Pasienten skal informeres når en helserelatert skade oppstår, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 (16). Det vises også til spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 (17) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 a (18). Dette gjelder selv om skaden er identifisert i etterkant i forbindelse med systematisert journalgjennomgang. Når resultatet fra den systematiserte journalgjennomgangen er samlet og rapportert på organisatorisk nivå er resultatene av enkeltpasienter anonymisert.

Hver avdeling må ha en rutine for hvordan granskningsteamet rapporterer slike funn til avdelingsleder og avdelingsoverlege, som i sin tur er ansvarlig for at pasienten informeres. Det kan være hensiktsmessig at teamene snakker med berørte ledere, i tillegg til skriftlig tilbakemelding. Dette er spesielt nyttig ved førstegangs melding om skade. Dersom skaden er alvorlig eller det er risiko for alvorlig skade, skal det varsles i henhold til prosedyrer knyttet til spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og § 3-3 a og helsepersonelloven § 36 og § 38. Virksomheten bør også tatt stilling om det skal være en rutine for varsling om det oppdages skade oppstått utenfor egen virksomhet (annet helseforetak, somatisk sykehus, 1. linjetjenesten, privatpraktiserende helsepersonell).

Det er viktig, men av og til vanskelig, å kontakte pasienter i etterkant for å informere om at en skade har skjedd. Det viser seg imidlertid at pasienten ofte er klar over at noe unormalt har skjedd. Målet med å informere pasienten, og kontakten i ettertid, skal være støtte for vedkommende. Ut ifra skadens alvorlighetsgrad og konsekvens, vil det være skader under kategoriene; betydelig og katastrofal, som meddeles pasienten. Dette er også i tråd med Pbrl §3-2; "Dersom det etter at behandlingen er avsluttet, oppdages at pasienten kan ha blitt påført betydelig skade som følge av helsehjelpen, skal pasienten om mulig informeres om dette" (16). Innholdet i informasjonen og måten den blir formidlet på må gjennomføres på en profesjonell måte, og informasjonen skal være individuelt tilpasset. Ved milde og moderate skader tar avdelingens leder stilling til om informasjon til pasienten vil være til støtte eller belastning. Etter hvert som systematisert journalgjennomgang og annet pasientsikkerhetsarbeid gjennomføres kan det også forventes at flere skader blir avdekket under et pågående behandlingsforløp. Kommunikasjon med pasienten om hendelsen kan da bli lettere.

For mer informasjon se pasienter, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner, se Veileder Helsedirektoratet 2015 IS-2213 (2).

Bruk av helseopplysninger til annet formål enn internkontroll eller kvalitetssikring
Den databehandlingsansvarlige kan gjøre helseopplysninger tilgjengelige for andre formål enn helsehjelp når den enkelte samtykker eller dette er fastsatt i lov eller i medhold av lov. Med samtykke menes en frivillig, uttrykkelig og informert erklæring fra den registrerte om at han eller hun godtar at opplysningene gjøres tilgjengelige, jf. pasientjournalloven § 20.

Granskingsteamet

For å arbeide med systematisert journalgjennomgang kreves opplæring i metoden. Et granskingsteam skal bestå av klinisk erfarent personell, med god kjennskap til struktur og innhold i journaler samt god kunnskap om retningslinjene for behandlingen ved klinikken. Minst ett medlem av granskingsteamet må være lege.

Antall granskere bør ikke være for mange og kontinuitet bør prioriteres. Det er viktig at ikke alle medlemmene av teamet skiftes ut samtidig. Granskingsteamet skal gis et skriftlig oppdrag der omfanget av granskingen og tiden som avsettes for arbeidet skal presiseres. Oppdraget skal være tidsbegrenset og gjennomgås regelmessig, slik at mandatet fornyes.

Det anbefales at de ulike granskingsteamene innad i eget sykehus, mellom sykehus og etterhvert mellom ulike helseforetak, møtes jevnlig for å utveksle erfaringer og diskutere vurderinger og klassifisering av skader (19).

Ansvaret for å arrangere slike møter bør hvile på en person eller enhet med overordnet ansvar for metoden. Det kan også være hensiktsmessig at personen er ansvarlig for at nye granskere får opplæring. En helhetlig organisering av systematisert journalgjennomgang i psykisk helsevern og rus (GTT-P) øker sjansene for godt samsvar i granskingsarbeidet.

Gjennomføring av systematisert journalgjennomgang

Ved systematisert journalgjennomgang undersøker et granskingsteam et definert utvalg av journaler med det mål å identifisere skader. Resultatene gir grunnlag for en analyse av de underliggende årsakene til at skader oppstår, og for å forbedre pasientsikkerheten.

Den første delen av undersøkelsen innebærer å identifisere markører. Når en markør er funnet i journaldokumentasjonen, betyr det at det er en risiko for at en skade kan ha oppstått. En nøye vurdering må gjøres om det faktisk har skjedd en skade, og hvis så, om skaden kunne vært forebygget. En markør kan imidlertid oppdages uten at en skade har skjedd, så vel som at en skade kan ha oppstått uten at det er funnet positive markører. Markørene er ment å lette identifiseringen av skader, men er ikke i seg selv skade.

Systematisert journalgjennomgang trinn for trinn

a. Identifisere journalene som skal granskes (se neste side)

b. Benytte en granskingsmal for hver journal og tildele et unikt løpenummer (se neste side)

c. Dokumentere pasient-id samt det spesifikke løpenummeret på ei kodeliste som oppbevares separat

d. Granskerne søker etter markører i journalen og noterer i granskingsmalen.

e. Granskingsteamet går gjennom journaler der markører blir funnet og vurderer om det har skjedd en skade

f. Granskingsteamet vurderer om skaden kunne vært forebygget eller ikke, og dokumenterer det i granskingsmalen

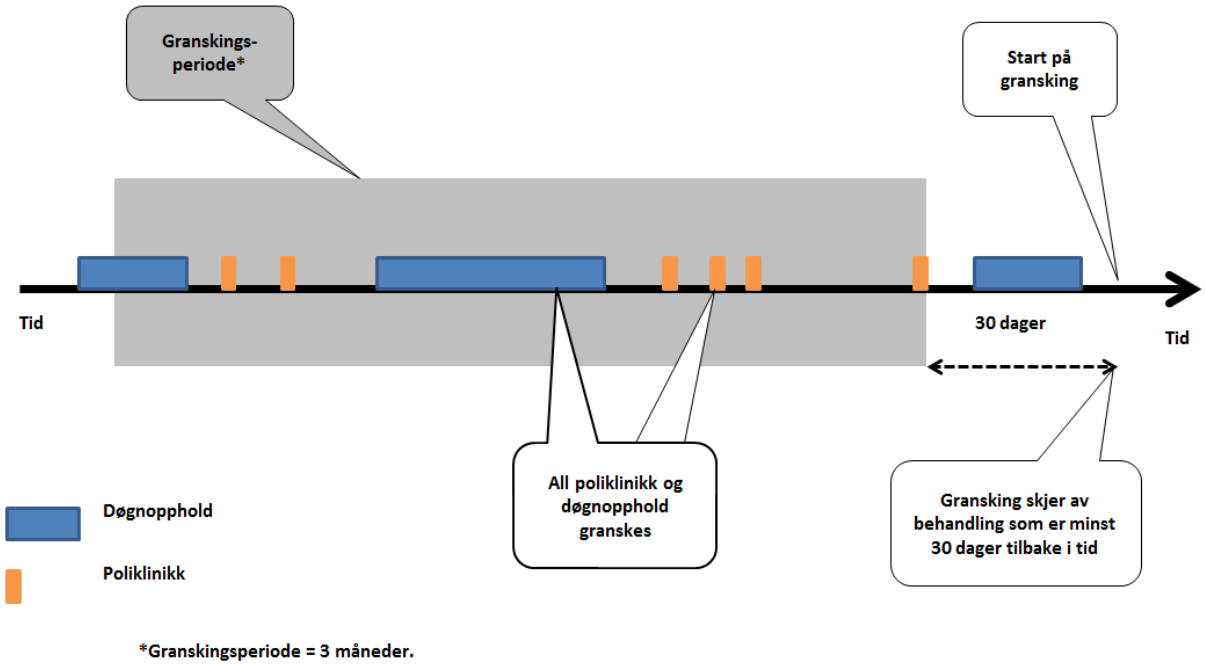
g. Granskingsteamet kategoriserer identifiserte skader i type og alvorlighetsgrad

h. Granskingsresultatet oppsummeres månedlig i ”Mal for oppsummering av resultat” for å få en oversikt

i. Markører som dokumenteres i granskningsmalene sammenstilles i ”Mal for samling av kvalitetsmarkører” som et grunnlag for å vurdere kvalitet og etterlevelse av retningslinjer

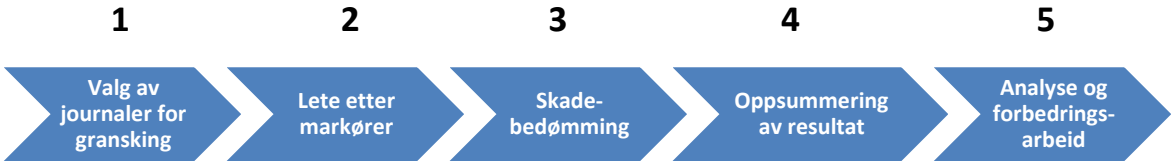
j. Granskingsresultatene analyseres og tiltak for å øke pasientsikkerheten gjennomføres

Granskingsperiode



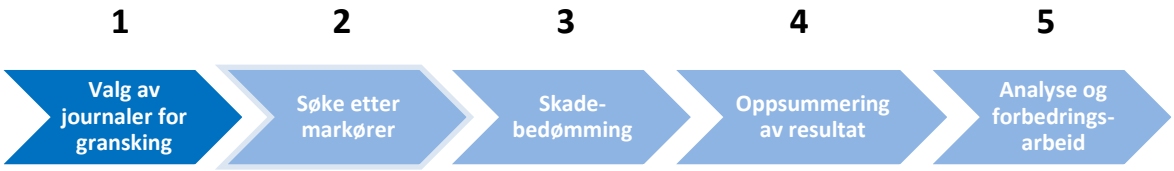
Med utgangspunkt i lengre behandlingsperioder er det i den svenske håndboken definert en granskingsperiode på 6 måneder for sikkerhetspsykiatri. Dette kan også være aktuelt i Norge.

Prinsipper i granskingen



- I hver journal skal både døgnopphold og poliklinisk kontakt inngå i granskingen (se modellen ovenfor).
- Behandlingsperioden som skal granskes må alltid ligge minst 30 dager tilbake i tid. Om pasienten har hatt behandlingskontakt for mindre enn 30 dager siden granskes ikke denne. Hvis granskningen gjennomføres i desember, må pasientjournalene som velges, tilhøre pasienter som ble utskrevet i oktober (se modellen ovenfor).
- Gransking skal gjøres av en behandlingsperiode som strekker seg 3 måneder bakover i tid, selv om pasienten har hatt kontakt som strekker seg lengre tilbake i tid.
- Hele behandlingsperioden granskes uavhengig av hvor mange og hvilke enheter/behandlere som hadde ansvar for pasienten under behandlingsperioden, noe som også kan omfatte somatisk behandling.

- Måneden granskingsarbeidet gjennomføres, benevnes granskingsmåned. Tidsperioden som granskes benevnes granskingsperiode.



1. Valg av journaler for gransking

Antall journaler for systematisert gjennomgang
I arbeidet med systematisert journalgjennomgang er det vesentlig å undersøke hele pasientens behandlingskjede.
Jo flere journaler som undersøkes, jo raskere dannes et bilde av hvilke typer skader og hvilke kvalitetsmangler som forekommer. Antall journaler som skal granskes må balanseres opp mot arbeidsmengden.

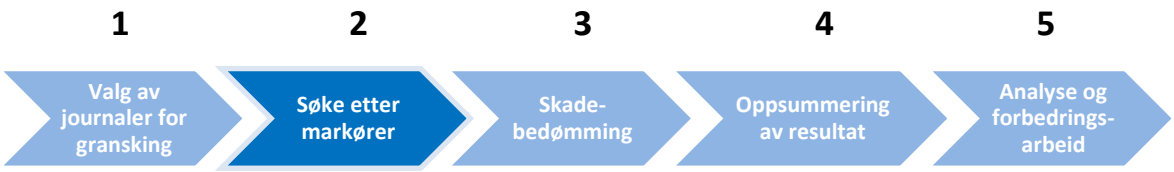
På en avdeling med lite pasientvolum eller lange innleggelser kan gransking av 5-10 journaler per måned være et passende antall, mens i en større virksomhet kan det være fornuftig å undersøke 10-20 journaler per måned.

Utvalg av journaler
I hovedsak velges journaler uten en bestemt søkeprofil, men det kan også defineres søkeprofil. En definert søkeprofil av journaler kan for eksempel være basert på et diagnoseområde, en behandlingsmetode eller -prosess, akuttinntak eller lengden på innleggelsene.

Tilfeldig utvalg av journaler
Benytt en hvilken som helst tilfeldig utvalgsmetode
Eksempel på metoder:

- Skriv ut oversikt over alle innleggelser eller utskrivninger (sørg for at dødsfall tas med), og velg hver tiende journal for gjennomgang. Hvis en av journalene som skal gjennomgås, ikke er tilgjengelig, velges neste journal på listen.
- Generer tilfeldige tall mellom 1 og 9, og velg X journaler som slutter på det tilfeldig valgte tallet. Noen ekstra journaler velges ut i tilfelle det oppdages at en av journalene ikke oppfyller granskingskriteriene.
- Hvis pasientidentiteten i de spesifikke behandlingsperioder føres i en kodeliste med radnumre (for eksempel i Excel) kan radnummeret brukes til å lage et tilfeldig utvalg ved hjelp av slumpgenerator.

Organisasjonens data- og analyseavdeling kan ofte bidra i utvalgsprosessen.



2. Søke etter markører

Systematisert journalgjennomgang i psykisk helsevern og rus (GTT-P) inneholder fem grupper av markører. Behandlingsperioder kan involvere både poliklinikk og døgnbehandling, og pasienten kan ha blitt behandlet på flere steder. Granskingsteamene må være forberedt på at markører skal undersøkes i alle journaler, både somatiske, psykiatriske og journaler innen TSB. Følgende områder inngår:

- Behandlingsmarkører (B, 12 markører)
- Rusavhengighetsmarkører (R, 1 markør)
- Markører for tvangsbehandling (T, 4 markører)
- Legemiddelmarkører (L, 7 markører)
- Kontinuitets- og overgangsmarkører (K, 6 markører)

Granskingen av en behandlingsperiode gjelder hele den sammenhengende tidsperioden med både poliklinikk og døgnbehandling, uavhengig av om pasienten fikk behandling på en eller flere steder. Granskingen skal også ta høyde for om en skade har oppstått i forbindelse med tidligere behandling.

Informasjon om behandlingsperioden kan finnes i mange ulike dokument:
- Alle typer av journalnotater fra poliklinikk og døgnbehandling
- Epikriser (spesielt vurderinger og behandlinger), utskrivningsnotat
- Diagnostisk vurdering
- Legemiddelslister og kurveark
- Laboratorieresultat
- Røntgen- og andre diagnostiske resultat
- Anestesijournal, somatisk journal
- Overvåkningsdokumentasjon (puls/BT, observasjon i fht til vurdering av suicidalitet/vold)
- Måleverdier, vitale parametre

Tiden det tar å identifisere markører varierer avhengig av kompleksiteten i behandlingsperioden som undersøkes. Det grunnleggende prinsippet er at det er en begrenset mengde tid som skal brukes i jakten på markører i en journal. Det bør tilstrebes en makstid på 20 minutter pr journal, men kompleksiteten i enkelte journaler vil kunne forsvare økt tidsbruk.

Når granskeren finner en markør angis dette i granskingsmalen (se vedlegg). Dato, tid og type journaldokumentasjon nedtegnes, slik at det er lett å finne tilbake til det som senere skal vurderes, når teamet samles for å gjennomgå resultatene og konkludere.

Arbeidsflyt ved markørsøking

- En egen løpenummerserie skapes, og et unikt løpenummer for hver journal som skal granskes opprettes. Listen over pasientidentifikasjon og identifiseringsnøkkel lagres separat. Listene gjør at de enkelte behandlingsløpene kan identifiseres om det trengs ytterligere analyse.

- For hver journal som undersøkes benyttes en granskingsmal (se vedlegg). Et unikt løpenummer for journalen opprettes.

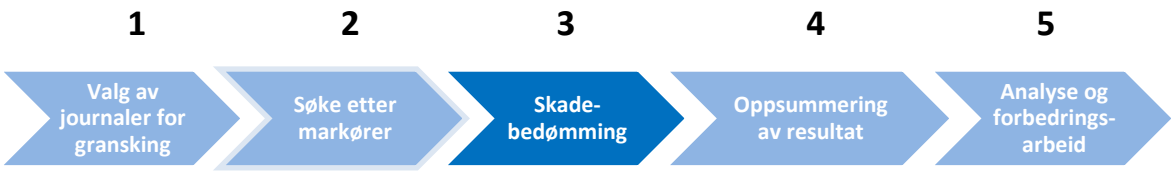
- Det søkes i all journaldokumentasjon etter markører.

- Når markørene er oppdaget, registreres dato, tid, og hvor i journalen markøren er funnet. Korte notater om markørene skrives i beskrivelsesfeltet. Det vil gjøre arbeidet lettere når oppsummering, konklusjon og skadevurdering skal gjennomføres.

- Om en skade eller andre forhold som bør undersøkes av teamet blir funnet, uten at en markør er oppdaget, noteres dette på samme måte i granskingsmalen.

- I vurderingen inngår det også å dokumentere hvilke markører som bidro til at skaden ble identifisert.

- Det skal dokumenteres om skaden stammer fra poliklinikk eller fra døgnbehandling.



3. Skadebedømming

Vurdering av om en skade har oppstått
I vurderingen om en skade har oppstått eller ikke, skal man se bort fra om det som skjedde er noe som bruker å inntreffe, om det er en risiko man kalkulerte med eller om pasienten har vært informert om risikoen. Vurderingen skal gjøres ut ifra et pasientperspektiv. Var det noe som skjedde som var forårsaket av behandlingen? Ved vurderingen av om skade har oppstått eller ikke, inngår også vurderingen om hendelsen er en naturlig konsekvens av sykdommen. Hvis adekvate vurderinger og tiltak er iverksatt, er ikke forverring av sykdommen noen skade. Hvis vurderinger og korrigerende tiltak derimot ikke er gjennomført på korrekt måte, eller om tiltak som burde vært gjennomført ikke er utført, må forverring av sykdommen anses som en *skade mulig* å forebygge.

Alle skader som oppdages i forbindelse med den undersøkte granskningsperioden skal identifiseres og inkluderes i sammenfatningen, selv om de skjedde utenfor egen avdeling, klinikk eller sykehus. For å forebygge skader som oppstår utenfor egen organisasjon kreves samarbeid med andre deler av helsetjenesten.

Bruk av et legemiddel, eller et fall, kan være eksempler på opphav til flere ulike typer av skader. I en slik situasjon registreres det som en skade og graderes etter den alvorligste følgetilstanden som oppsto.

Ofte finner man flere markører uten at det har oppstått en skade. Om en skade oppdages, selv om det ikke foreligger en positiv markør, inkluderes skaden i oppsummeringen av granskingsresultatet.

Vurdering av type skade
De identifiserte skadene bør klassifiseres etter hvilken type skade som har oppstått. Grupperingen i skadeområde forenkler analyse- og forbedringsarbeidet. Inndelingen av skader slik tabellen nedenfor viser er grov, men empirisk begrunnet, og har ikke til hensikt å definere i detalj alle typer skader. Foruten å gi et godt grunnlag for analyse- og forbedringsarbeid i organisasjonen, er det i tillegg nyttig å gjøre notater om andre relevante detaljer.

Skadeområde	Skade som skal registreres	
	Type skade	**Eksempel**
Psykisk skade	**1. Lidelse**	*For eksempel:* *Utrygghet* *Redsel etter trusler/vold* *Ubehag* *Stigmatisering*
	2. Krenkelse	*For eksempel:* *Ved tvangstiltak* *Seksuell trakassering og annen upassende adferd*
Forlenget sykdomsforløp	**3. Ubehandlet sykdomstilstand** **4. Utilstrekkelig behandlingseffekt** **5. Avbrutt behandling** **6. Forverring av sykdom**	*For eksempel:* *Uønsket effekt av psykoterapi* *Ufullstendig utredning med feil diagnose* *Mangelfull vurdering under pågående behandling*
Selvdestruktiv handling	**7. Selvmord** **8. Selvmordsforsøk** **9. Selvdestruktiv handling uten suicidal hensikt**	
Legemiddelrelatert skade	**10. Metabolsk påvirkning** **11. Ekstrapyramidale symptom** **12. Allergisk reaksjon** **13. Legemiddelavhengighet** **14. Annen legemiddelrelatert skade**	*For eksempel:* *Hypertoni, hjerterytmeforstyrrelse, akutt dystoni, dyskinesi, akatisi, påvirkning av nyrefunksjon, redusert funksjon av skjoldbrusk-kjertel, benmargshemming, kognitiv påvirkning, forvirring, sedering, hypotoni, malignt neuroleptikasyndrom, serotonergt syndrom, forveksling av legemiddel, feil dosering av legemiddel*
Tiltak uten støtte i lovverk	**15. Ulovlig frihetsberøvelse** **16. Ulovlig tvangstiltak**	*For eksempel:* *Frihetsberøvelse med utgangpunkt i en administrativt feil, tvangstiltak uten gyldig vedtak*
Fysisk skade	**17. Anestesirelatert skade** **18. Fallskade** **19. Trykksår kategori 2-4** **20. Kognitiv svikt** **21. Annen fysisk skade**	*For eksempel:* *Tannskade* *Åndedretts- og/eller sirkulasjons-svikt* *Hudskade eller overfladisk vaskulær skade* *Fraktur* *Blødning* *Infeksjon* *Hukommelsessvikt etter ECT*
Annen skade	**22. Annen skade**	

Vurdering av skade som har oppstått innenfor bestemte områder
Når markører og skader skal identifiseres, bygger det på gransking og vurdering av hva som er dokumentert i journal. En skade kan være forventet som følge av risikofylt behandling. Det kan også oppstå skade ved at behandlingen ikke har fulgt anerkjente retningslinjer eller som følge av forsinkelse i undersøkelse og behandling/oppfølging. Det er en skade som kunne vært *mulig* å forebygge.

Både oppfatning av hvordan behandlingen skal gjennomføres og hva som kan være en skade er basert på virksomhetens verdigrunnlag og kan variere mellom individer og organisasjoner. Uansett hvilket verdigrunnlag som gjelder, kan det være vanskelig å påvise avvik ved behandlingen som kan føre til skade.

Eksempler på områder:

Tvangstiltak
Tvangstiltak er av og til nødvendig i behandlingen av pasienter med psykisk sykdom. Dersom behandling på tvang er gjort i henhold til loven og med respekt, er det ingen grunn til å vurdere tvangstiltaket som en skade. Å bli utsatt for et tvangstiltak kan imidlertid fra pasientens perspektiv være å bli utsatt for en krenkelse av integritet og retten til selvbestemmelse. En slik krenkelse kan være en *skade mulig* å forebygge.

Stigmatisering
Stigmatisering innebærer at en gruppe mennesker med felles kjennetegn utsettes for forskjellsbehandling eller diskriminering som er forankret i omgivelsenes fordommer og uvitenhet. Felles kjennetegn kan for eksempel være alder, yrke eller lidelse. Det kan oppleves smertefullt å bli stigmatisert på grunn av psykisk lidelse. Om helsepersonell utsetter pasienten for stigmatiserende behandling, kan stigmatisering regnes som en skade som kunne vært forebygget.

Fall
I systematisert journalgjennomgang regnes ikke hendelser som rødme, ømhet, mindre blåmerker etc som skade oppstått etter et fall. Om pasienten får fraktur, blødning eller behandlingskrevende sårskade registreres det som en skade.

Vurdering av skadens alvorlighetsgrad
Når en skade identifiseres skal granskingsteamet ta stilling til hvilken konsekvens skaden har hatt for pasienten og siden oppgi alvorlighetsgrad.

Vurdering av skadens alvorlighetsgrad:

- Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade
- Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade
- Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling
- Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold
- Kategori G: Langvarig skade – varig mèn

- Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig
- Kategori I: Pasienten døde

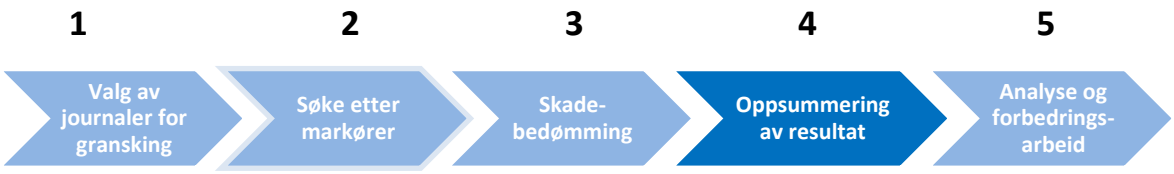
Vurdering av muligheten for å forebygge skade
Når en skade identifiseres gjør granskingsteamet en vurdering av om skaden kunne vært forebygget, dvs. unngått om adekvate tiltak hadde vært igangsatt. Pasient- og brukerrettighetsloven inneholder krav om at personer som har fått en pasientskade skal informeres om dette. Dette fører til at helsevesenet alltid må vurdere hvilke skader som kunne vært forebygget.

Mange skader betraktes tradisjonelt i helsetjenesten som uunngåelige komplikasjoner, men visse skader kan ved en etterundersøkelse defineres som *mulig* å forebygge. Skader som i ettertid klart kan knyttes til svikt, det vil si at vurdering, tiltak eller behandlingen er utsatt eller helt fraværende, skal sees på som *mulig* å forebygge. Det kan være vanskelig å vurdere om en skade kunne vært forebygget, og behov for å diskutere vurderingen med erfarne personer utenfor granskingsteamet kan være nødvendig.

I beskrivelsen av hver enkelt markør finnes en veiledning for vurdering av om skaden var *mulig* å forebygge.

Om skaden var *mulig* å unngå eller ikke, vurderes i henhold til følgende fire-punkts skala:

1. **Skaden var *ikke mulig* å forebygge**
2. **Skaden var *trolig ikke mulig* å forebygge**
3. **Skaden var *trolig mulig* å forebygge**
4. **Skaden var *mulig* å forebygge**



4. Oppsummering av resultat

Gjennom systematisert journalgjennomgang kan *skader* og *skader mulige* å forebygge identifiseres, og type og alvorlighetsgrad kartlegges. Når resultatene av granskingsarbeidet oppsummeres kan også forekomsten beregnes. På denne måten kan type og frekvens av skader følges over tid i egen organisasjon, og både synliggjøre behov og vise resultat av pasientsikkerhetsarbeidet. Analyse av bakenforliggende årsaker gir en mulighet til å utforme tiltak som kan hindre systemsvikt og dermed øke pasientsikkerheten.

Data på omfanget av skadene skal primært brukes til sammenligning i egen organisasjon over tid. Utover det kan nasjonale data sammenstilles og brukes for sammenligning.

Data kan presenteres på ulike måter, for eksempel:

- Antall *skader* og *skader mulig* å forebygge per undersøkt journal
- Antall *skader* respektive *skader mulig* å forebygge per 100 journaler
- Andel av journaler med *skader* og *skader mulig* å forebygge
- Andel skader fordelt på skadetyper i poliklinisk behandling
- Andel skader fordelt på skadetyper ved døgnbehandling
- Skadenes alvorlighetsgrad i relasjon til type skade
- Antall registrerte markører per journal
- Andel journaler der svikt i kvaliteten oppdages

5. Analyse og forbedringsarbeid

Som beskrevet tidligere, skal arbeidet med systematisert journalgjennomgang være en del av virksomhetens samlede innsats for å bedre pasientsikkerheten (12, 13). Målrettede og spesifikke forbedringstiltak må følges opp med konkrete tiltak for raskere å få effekt av de igangsatte tiltak.

Vedlegg:

Behandlingsmarkører (B)

B1 Behandlingsplan

Definisjon	**Mangel på aktuell behandlingsplan i pasientjournal**
Å tenke på	Finnes det behandlingsplan, er denne oppdatert og har retningslinjer blitt fulgt? Finnes det oversikt over somatiske, psykiatriske og sosiale behov, diagnostikk, risikovurdering, tiltak, pårørendekontakt og oppfølging? Erfaring viser at manglende behandlingsplan kan føre til lite gjennomtenkte behandlingsintervensjoner. Skader kan oppdages som følge av ikke planlagt utskrivelse, hyppige diagnose- og legemiddelendringer, mange akuttinnleggelser eller reinnleggelser.
Skader som kan oppdages	Bivirkninger som følge av ikke optimal legemiddelsbehandling (f eks for høye doser eller manglende oppfølging), unødvendig langt sykdomsforløp uten adekvat behandling av symptomer, selvmordsforsøk og selvmord.
Mulig å forebygge	Skade som skjer som en følge av at: - behandlingsplan er ikke påbegynt innen 24 timer etter innleggelse - behandlingsplan er ikke påbegynt innen 4 besøk i poliklinisk behandling

B2 Individuell plan

Definisjon	**Mangel på individuell plan (IP) i pasientjournalen når pasienten følges opp av flere koordinatorer fra ulike instanser**
Å tenke på	Erfaring viser at mangel på felles plan for pasientene og utydelig ansvarsfordeling mellom ulike behandlere/koordinatorer og omsorgsnivå, fører til lite gjennomtenkte behandlingsintervensjoner. Det skal framgå tydelig hvilke tiltak som trengs og hvilken behandler som er ansvarlig. Er det dokumentert om pasienten ikke ønsker IP? Skader kan oppstå på grunn av manglende risikovurdering, ikke planlagt utskrivelse, hyppige diagnose-, terapi- og legemiddelendringer, lengre behandlingstid enn forventet, mange akuttbesøk, reinnleggelser eller manglende tiltak.
Skader som kan oppdages	Legemiddelrelaterte bivirkninger som følge av ikke optimal legemiddelbehandling (f eks for høye doser eller uteblitt behandling), unødvendig langt sykdomsforløp uten adekvat behandling av symptomer, selvmordsforsøk og selvmord. Forverret sykdomsforløp pga mangelfull oppfølging i hjemmesituasjon.
Mulig å forebygge	Dersom det har oppstått skade forårsaket av manglende samordning av individuell plan, anses den som mulig å forebygge dersom: - Plan ikke er opprettet ved utskriving av pasienten - Plan ikke er opprettet under poliklinisk behandling

B3 Selvmordsrisikovurdering

Definisjon	**Selvmordsrisikovurdering ikke gjort i henhold til nasjonale og lokale retningslinjer**
Å tenke på	Har nasjonale og lokale retningslinjer for selvmordsrisikovurdering blitt fulgt? Å avgjøre graden av selvmordsrisiko er en vanskelig vurdering innenfor psykisk helsevern. Risikofaktorer kan være tilstede over lang tid uten at det skjer selvmordsforsøk. Det er derfor viktig å kunne skille mellom kroniske og akutte risikofaktorer. Er det tatt hensyn til risiko ved overganger som utskrivelse og skifte av omsorgsnivå?
Skader som kan oppdages	Skader etter selvmordsforsøk som f eks kuttskader, asfyksi, samt nyre- og leverskader. Selvmord.
Mulig å forebygge	Skaden skal betraktes som mulig å forebygge dersom selvmordsrisikovurdering ikke er gjort i henhold til retningslinjer.

B4 Tilkalling av vakthavende lege/lege fra annen spesialitet

Definisjon	**Tilkalling av vakthavende lege i løpet av en vakt, eller det har blitt tatt kontakt med en lege fra en annen spesialitet**
Å tenke på	Ikke planlagt kontakt med vakthavende lege/seksjonslege eller lege fra en annen spesialitet kan ha skjedd som følge av en forverring av pasientens tilstand.
Skader som kan oppdages	Alle former for psykisk eller somatisk forverring.
Mulig å forebygge	Skader kan anses som mulig å forebygge dersom rutiner for vurdering av pasientens tilstand ikke har blitt gjort i henhold til retningslinjer.

B5 Diagnoseendring

Definisjon	**Diagnosen er blitt endret i løpet av behandlingsperioden**
Å tenke på	Bytte av hoveddiagnose i løpet av behandlingsperioden, kan innebære at man innledningsvis ikke har gitt adekvat behandling eller at korrekt behandling har blitt forsinket. Ufullstendig utredning og diagnostikk kan føre til feil behandling som senere må endres.
Skader som kan oppdages	Feilbehandling, ubehandlede symptomer eller forlenget sykdomsforløp.
Mulig å forebygge	Skade skal ansees som mulig å forebygge dersom: - grundig opptak av anamnese eller utredning ikke er gjennomført - rutiner for behandling/nasjonale retningslinjer ikke er blitt fulgt

B6 Villet egenskade

Definisjon	**Selvskading, selvmordsforsøk eller selvmord**
Å tenke på	Feilaktig, utilstrekkelig vurdering/behandling og/eller tilsyn, kan føre til at pasienten utfører en selvdestruktiv handling. Er det mangelfull kommunikasjon med pasient og pårørende? Er det utført risikovurdering i samsvar med retningslinjer?
Skader som kan oppdages	Kuttskader, blåmerker, intoksikasjon, alvorlig fysisk skade, forlenget behandling i sykehus, intensivbehandling.
Mulig å forebygge	Skaden kan ansees som mulig å forebygge dersom det ikke er utført risikovurdering eller pasienten ikke er vurdert og gitt riktig behandling.

B7 Uønsket effekt av behandling

Definisjon	**Uønsket effekt av psykoterapi, ECT eller annen behandling**
Å tenke på	Psykoterapi kan medføre uønskede effekter som selvskading eller uplanlagt sykehusinnleggelse som følge av at nye symptom ikke oppdages eller blir tatt på alvor. Manglende dokumentasjon av evaluering og effekt. Relasjon mellom pasient og behandler – relasjon som ikke er en del av sykdomsbildet. Hukommelsesforstyrrelser er en vanlig bivirkning ved ECT-behandling. Øvrige skader relatert til behandlingen er uventede reaksjoner på narkosemiddel, tannskader mm.
Skader som kan oppdages	Selvskading, forverret sykdomsbilde, forlenget sykdomsforløp. Institusjonalisering. Respirasjons- og sirkulasjonsproblemer, tannskader, hukommelsestap.
Mulig å forebygge	Om behandlingen ikke er gitt på riktig indikasjon eller vurderingen ikke har vært korrekt og pasienten har fått en uønsket effekt, skal skaden vurderes som mulig å forebygge. Anestesiskade ved ECT-behandling kan anses som mulig å forebygge, dersom overfølsomhet mot visse legemiddel ikke er vurdert eller om apparatur og annen utstyr f. eks tannbeskyttelse ikke er brukt i henhold til bruksanvisning og retningslinjer.

B8 Trusler, vold og upassende adferd

Definisjon	**Trusler, voldelig atferd eller upassende adferd har forekommet mellom pasienter eller mellom pasient og personale**
Å tenke på	Ufullstendig, feilaktig, utilstrekkelig behandling, tilsyn og/eller informasjon til pasienten, kan føre til utagerende adferd med påfølgende destruktive handlinger. Har det forekommet upassende adferd mellom pasient og medpasient eller mellom pasient og personale? Er det dokumentert vurdering av pasientens adferd?
Skader som kan oppdages	Sårskader, blåmerker eller annen fysisk skade på pasienten. Krenkelse, angst, ubehag eller annen psykisk skade hos pasienten.
Mulig å forebygge	Skade bør vurderes som mulig å forebygge dersom pasienten ikke er vurdert, behandlet, ikke er tatt på alvor, ikke har mottatt informasjon eller om skåringsverktøy ikke er anvendt.

B9 Økt tilsynsgrad

Definisjon	**Økt tilsyn i form av kontinuerlig observasjon eller intervallobservasjon har forekommet i løpet av behandlingsoppholdet**
Å tenke på	Økt tilsynsbehov er et tegn på at pasienten blir verre. Pasienter som krever økt tilsyn må alltid anses som høyrisikopasienter. Økt tilsynsbehov kan være et tegn på mangelfull medisinsk behandling og/eller pleie. Disse manglene kan også innebære en risiko for skade.
Skader som kan oppdages	Ubehandlede symptom, selvskading eller selvmordsforsøk.
Mulig å forebygge	Skade skal anses som mulig å forebygge dersom pasientens tilstand ikke er vurdert eller behandlet i henhold til retningslinjer.

B10 Mangel på somatisk status

Definisjon	**Dokumentasjon på somatisk status mangler i forbindelse døgnbehandling og poliklinikk**
Å tenke på	Fysisk sykdom kan gi psykiske symptom og kan også endre forutsetningene for legemiddelbehandling. Psykiatriske pasienter har kortere levetid pga dårlig somatisk helse enn personer uten psykisk lidelse. Er somatisk status avklart av fastlege før henvisning til poliklinikk? Somatisk status skal være utført og dokumentert i journal i forbindelse med sykehusoppholdet. Er somatisk sykdom vurdert som årsak til symptomene? Ved lang behandlingstid eller ved legemiddelbehandling som kan gi somatiske symptom, bør somatisk status være dokumentert i journalen.
Skader som kan oppdages	Tilfeller der fysisk sykdom gjør at diagnose og behandling blir forsinket. Somatisk påvirkning på psykiatrisk behandling f eks lavt stoffskifte.
Mulig å forebygge	Skade skal ansees som mulig å forebygge, dersom den kunne vært avverget eller redusert ved at somatisk undersøkelse hadde blitt utført og adekvate tiltak satt i verk.

B11 Mangel på pårørendekontakt

Definisjon	**Mangel på eller utilstrekkelig kontakt med pårørende**
Å tenke på	Har retningslinjer blitt fulgt? Har det vært kontakt med pårørende ved diagnostisering, risikovurdering, behandlingsplanlegging og oppfølging? Er det gjennomført kartlegging av barna sin situasjon? Pårørende, inklusiv barn av psykisk syke, er viktige for samarbeidet med pasientene når det gjelder oppfølging og oppmerksomhet ved endring av symptomer. Mangelfull kontakt med pårørende kan føre til ufullstendig eller urealistisk planlegging. Er pårørendekontakt opprettet uten samtykke fra pasienten? Har pårørende blitt informert om vedtak fattet i medhold av psykisk helsevernloven?
Skader som kan oppdages	Ubehandlede symptom, forlenget sykdomsforløp, selvmordsforsøk og selvmord.
Mulig å forebygge	Dersom kontakt med pårørende ikke er blitt gjort i henhold til retningslinjer skal identifisert skade anses som mulig å forebygge.

B12 Annet

Definisjon	**Enhver risikosituasjon eller mistenkt skade som ikke dekkes av en annen markør**
Å tenke på	Finnes det dokumentasjon på at det har blitt gjort feil (forekomst av ord som f eks misforståelse, feilbehandling, pasientskadeerstatning, pasienten har klaget). Om konsekvensene av feilen som er gjort har påvirket pasienten negativt, kan det innebære en skade (f eks om det er foreskrevet feil legemiddel). Feil i seg selv utgjør ikke skade dersom pasienten ikke påvirkes negativt. Har pasienten falt under oppholdet? Ekstra sårbar/hjelpeløs tilstand: når pasienter er svært svekket kognitivt og er prisgitt helsevesenet (alvorlig deprimert, rus, kognitiv svikt, psykose), når pasienten kjenner seg truet. Har pasienten manglende samtykkekompetanse? Manglende førerkortvurdering der det er aktuelt? Er overdoserisiko vurdert, der det er aktuelt? Har det blitt notert risikosituasjoner og mulige skader i behandling og oppfølging som ikke er identifisert av en annen markør?
Skader som kan oppdages	Skader som oppstår i forbindelse med utredning og behandling.
Mulig å forebygge	Feil diagnostikk eller feil legemiddeladministrering skal alltid betegnes som mulig å forebygge.

Rusavhengighetsmarkører (R)

R1 Mangelfull ruskartlegging og/eller oppfølging

Definisjon	**Mangel på ruskartlegging og vurdering av akutt- og pågående rusmisbruk**
Å tenke på	I følge nasjonale retningslinjer for rus- og avhengighetsbehandling, bør AUDIT og DUDIT brukes som screeningsverktøy. Ved uklar akutt tilstand bør det utredes mhp rus f.eks ved promilletest og eller urinprøve. Det er viktig å identifisere pasienter med høyt alkoholinntak eller misbruk av alkohol/narkotika for å forebygge feilbehandling eller manglende behandlingseffekt innenfor psykiatrisk – og rusbehandling.
Skader som kan oppdages	Forlenget sykdomsforløp. Uteblitt eller forsinket effekt av anbefalt behandling.
Mulig å forebygge	Inntruffet skade skal anses som mulig å forebygge dersom misbruket ikke er identifisert og kartlagt.

Markører for tvangsbehandling (T)

T1 Tvang

Definisjon	**Pasienten har blitt innlagt på tvang, tvangsmedisinert eller underlagt andre tvangstiltak i henhold til Psykisk helsevernlov PHVL, eller Helse- og omsorgstjenesteloven § 10.2.**
Å tenke på	Det er viktig å passe på at beltelegging, på samme måte som isolering/skjerming og tvangsmedisinering, kun skal brukes når det er strengt nødvendig og lemligere tiltak ikke har ført frem. Tvangstiltak kan ha blitt innledet uten at pasientens særskilte behov har blitt tillagt oppmerksomhet. Andre alternativ bør være forsøkt før tvangstiltak blir iverksatt. Er pasienten informert om mulighet til å klage til kontrollkommisjonen? Har oppfølgingssamtale med pasienten blitt gjennomført i henhold til retningslinjer?
Skader som kan oppdages	Krenkelse, lidelse, ubehag eller somatisk skade.
Mulig å forebygge	Skaden skal anses som mulig å forebygge dersom pasientens behov eller symptom i forkant av tvangstiltaket ikke er gitt riktig oppmerksomhet ved f eks bruk av scoringsverktøy eller at andre tiltak ikke er prøvd.

T2 Tvangsbehandling – administrative mangler

Definisjon	**Mangelfull dokumentasjon på avgjørelser som er tatt i henhold til PHVL og/eller helse- og omsorgstjenesteloven** ***eller*** **at tidsrammer som er angitt for tvangstiltak ikke er blitt fulgt eller korrekt dokumentert**
Å tenke på	Å ikke følge regler kan føre til at pasienten får berøvet sin frihet eller ikke får opplysning om sine rettigheter, f eks informasjon og mulighet til å klage på beslutninger som er tatt. Finnes det tilstrekkelig dokumentasjon i pasientjournal?
Skader som kan oppdages	Pasienten utsettes for tvang uten hjemmel i lovverk, frihetsberøvelse og psykiske lidelser/psykisk påkjenning.
Mulig å forebygge	Dersom gjeldende tidsrammer ikke respekteres i forbindelse med tvangsbehandlingen eller om dokumentasjonen av tvangsbehandlingen ikke er korrekt, skal skaden anses som mulig å forebygge.

T3 Konvertering og bruk av nødrett

Definisjon	**Det er vedtatt at behandlingsopplegget endres fra frivillig behandling til tvungen behandling etter PHVL §§ 3-4. Nødrett etter Straffevernsloven § 47**
Å tenke på	Når lovgrunnlaget for behandling endres, kan det skyldes at pasientens tilstand er feilvurdert, forverret eller at pasientens selv vil skrive seg ut tidligere enn hva som er forsvarlig.
Skader som kan oppdages	Ubehandlede symptom, selvskade eller selvmordsforsøk.
Mulig å forebygge	Skaden betraktes som mulig å forebygge dersom pasienten ikke er tilstrekkelig vurdert eller at behandlingen er mangelfull.

T4 Politiassistanse

Definisjon	**Begjæring om politiassistanse i henhold til Politiloven §§ 2 og 12, Rundskriv IS-5/2012 og PHVL § 3-6**
Å tenke på	Politassistanse kan innebære en risiko for fysisk eller psykisk skade. Politiassistanse bør kun benyttes der andre tiltak for å få pasienten til sykehuset mislykkes, f eks telefonkontakt, hjemmebesøk eller om særskilte hensyn til sikkerheten er nødvendig.
Skader som kan oppdages	Fysisk skade, psykisk belastning, eller krenkelse.
Mulig å forebygge	Skaden anses som mulig å forebygge dersom andre tiltak ikke har vært forsøkt før politi ble tilkalt.

Legemiddelmarkører (L)

L1 Tre eller flere ulike antipsykotiske legemidler

Definisjon	**Behandling med tre eller flere ulike antipsykotiske legemidler som forordnet i legemiddellisten**
Å tenke på	Behandling med tre eller flere antipsykotiske legemiddel, er ikke anbefalt på grunn av risikoen for interaksjoner og overmedisinering. Er legemiddelsamstemming utført?
Skader som kan oppdages	Bivirkninger, utilstrekkelig effekt av behandling. Overmedisinering som fører til at pasienten ikke har effekt av andre behandlingsformer. Malignt neuroleptikasyndrom.
Mulig å forebygge	Skaden skal anses som mulig å forebygge dersom pasienten ikke har blitt tilstrekkelig utredet eller korrekt diagnostisert.

L2 Antikolinergika

Definisjon	**Behandling med antikolinergisk legemiddel**
Å tenke på	Bruk av antikolinergt legemiddel innen psykiatrien kan være et tegn på at pasienten har fått bivirkninger av antipsykotisk legemiddel.
Skader som kan oppdages	Ekstrapyramidale bivirkninger av antipsykotisk legemiddel i form av akutte dystonier, tardive dyskinesier eller akatisi.
Mulig å forebygge	Skaden skal anses som mulig å forebygge dersom pasientjournalen ikke inneholder informasjon om overfølsomhet for antipsykotiske legemidler, om pasienten har fått for høye doser av disse legemidler eller om forskriving og legemiddel håndteres feilaktig.

L3 Flere enn fire ulike psykofarmaka

Definisjon	**Samtidig behandling med flere enn fire ulike psykofarmaka**
Å tenke på	Behandling med mange legemidler samtidig, øker risikoen for interaksjoner og bivirkninger f eks sedering, forvirringstilstand, ulykker og fallskader.
Skader som kan oppdages	Forvirring, fallskade og bivirkninger som akutt dystoni eller metabolsk tilstand. Forlenget sykdomsforløp.
Mulig å forebygge	Skaden skal anses som mulig å forebygge dersom pasienten ikke har blitt tilstrekkelig utredet, korrekt diagnostisert eller om legemiddelsamstemming ikke er utført.

L4 Benzodiazepiner

Definisjon	**Behandling med to eller flere ulike benzodiazepiner** ***eller*** **behandling med benzodiazepiner i mer enn 3 måneder**
Å tenke på	Behandling med mange legemiddel samtidig, øker risikoen for interaksjoner og bivirkninger, f eks sedering, forvirringstilstand, ulykker og fallskader. Langtidsbehandling med benzodiazepiner medfører en risiko for avhengighet og bivirkninger.
Skader som kan oppdages	Forvirring, fallskade og bivirkninger som trøtthet, kognitiv påvirkning, angst, depresjon og emosjonell avflating.
Mulig å forebygge	Skaden skal vurderes som mulig å forebygge dersom pasienten ikke er tilstrekkelig utredet, korrekt diagnostisert.

L5 Funn av metabolske risikofaktorer

Definisjon	**Behandling med antipsykotiske legemidler og** **BMI >30 eller hurtig vektoppgang** ***eller*** **Fastende glukose >6,1 mmol/L** ***eller*** **diastolisk blodtrykk >100** ***eller*** **midjemål for kvinner >88 cm** **midjemål for menn >102 cm**
Å tenke på	Det er ikke uvanlig at pasienten går opp i vekt i forbindelse med behandling med psykofarmaka. I henhold til nasjonale retningslinjer bør pasienter som behandles innen psykisk helsevern, screenes for metabolske bivirkninger. Er vekt og andre relevante måleverdier registrert? Er nasjonale retninglinjer fulgt? Er livsstilsvaner diskutert?
Skader som kan oppdages	Metabolske bivirkninger blant annet i form følgesykdommer som diabetes, hjerte-karsykdom og hypertensjon.
Mulig forebygge	Skaden kan vurderes som mulig å forebygge dersom - forebyggende tiltak ikke er utført med tanke på kost og mosjon - det ikke er tatt stilling til bytte av legemiddel ved tegn på metabolsk påvirkning - de forebyggende tiltakene ikke har blitt revurdert når de første tiltakene ikke har hindret metabolske endringer

L6 Legemiddel som krever regelmessig prøvetaking

Definisjon	**Klinikkens retningslinjer i henhold til litium, metylfenidat, LAR-behandling og klozapin ikke blir fulgt**
Å tenke på	Prøvesvar skal noteres i henhold til retningslinjer. Uteblitt kontroll kan medføre alvorlig skade.
Skader som kan oppdages	Bivirkninger eller utilstrekkelig effekt av behandling.
Mulig å forebygge	Skaden kan anses som mulig å forebygge dersom prøvetaking ikke er gjort regelmessig eller om avvik i prøveresultatene ikke er fulgt opp.

L7 Legemiddel - annet

Definisjon	**Enhver legemiddelrelatert risikosituasjon eller mistenkt skade som ikke dekkes av en annen markør**
Å tenke på	Dokumenterte risikosituasjoner og mistenkte skader som skyldes legemiddelbehandling som ikke identifiseres av en annen markør. Er det foretatt legemiddelsamstemming? Er det feil i medikamentadministreringen/-forordningen? Feilføring i epikrise? Manglende medikamentark? Er serumspeil fulgt opp? Er det mangel på obs.tid etter injisering av f eks Zypadhera? Er det gitt over anbefalt døgndose på enkelte medikamenter? Er det gitt begrunnelse for seponering av enkelte medikamenter?. Er det interaksjoner mellom enkelte medikamenter?
Skader som kan oppdages	Bivirkninger eller utilstrekkelig effekt av behandling.
Mulig å forebygge	Skaden skal anses som mulig å forebygge dersom pasienten ikke har blitt tilstrekkelig utredet eller korrekt behandlet.

Kontinuitets- og overgangsmarkører (K)

K1 Ikke planlagt innleggelse/kontakt på psykiatrisk akuttavdeling

Definisjon	**En ikke planlagt kontakt på psykiatrisk akuttavdeling i løpet av behandling i poliklinikk eller kort tid etter utskriving.** Oppsøker andre for samme problemstilling når en går i behandling (f eks legevakt samtidig med poliklinisk behandling).
Å tenke på	Kontinuitet i behandling er av stor betydning. Akuttinnleggelse, telefonkontakt og øyeblikkelighjelpsvurdering kan være et tegn på mangelfullt behandlingstilbud. Et akuttbesøk like etter utskriving fra sykehus, kan tyde på at behandling har forårsaket en skade som ikke er synlig før pasienten er utskrevet. Kort behandlingstid kan øke risikoen for at man ikke har rukket å oppnå ønsket effekt av behandling. Risikoen øker for at alle relevante aspekter av pasientens sykdom ikke blir viet tilstrekkelig oppmerksomhet. Akuttbesøket er en positiv markør, men i seg selv ikke noen skade. Årsaken til besøket kan være en skade.
Skader som kan oppdages	Intoksinasjon, legemiddelreaksjon, selvskading, bivirkninger av legemiddel pga polyfarmasi. Symptomer som ikke har ført til riktig vurdering og tilstrekkelig tiltak.
Mulig å forebygge	Skade skal anses som mulig å forebygge dersom utredning og behandling ikke er gjennomført i henhold til retningslinjer.

K2 Reinnleggelse i løpet av 30 dager

Definisjon	**Pasienten har to sykehusinnleggelser med mindre enn 30 dagers mellomrom**
Å tenke på	Det granskede tilfellet kan være en konsekvens av en skade under forrige innleggelse eller behandling i poliklinikk. Fantes det ved utskriving noe som kunne tyde på at pasienten hadde behov for fortsatt behandling eller oppfølging?
Skader som kan oppdages	Forverring av sykdomsbildet, forverring av symptomer eller bivirkninger av legemidler.
Mulig å forebygge	Skade skal anses som mulig å forebygge dersom årsakene var mulig å forutse, men ikke førte til videre oppfølging.

K3 Bytte av behandlingsenhet

Definisjon	**Pasienten er flyttet til annen psykiatrisk eller somatisk enhet i løpet av en innleggelse eller behandling ved poliklinikk**
Å tenke på	En uplanlagt overflytting til en annen behandlingsenhet med et høyere omsorgsnivå kan ha blitt nødvendig da tidlige tegn på forverring ikke er viet oppmerksomhet eller blitt adekvat behandlet. At en pasient blir flyttet til en annen enhet, kan øke risikoen for svikt i kommunikasjonen mellom enhetene, som igjen kan føre til forlenget behandling, svikt i prøvetaking, feil legemiddelbehandling eller psykososial belastning for pasienten.
Skader som kan oppstå	Ubehandlede symptom, forlenget behandlingstid pga avbrutt behandling, selvskade, selvmordsforsøk eller selvmord.
Mulig å forebygge	Skaden skal anses som mulig å forebygge dersom den er forårsaket av kommunikasjonssvikt, svikt i informasjon mellom behandlere eller mellom pasient og behandlere. Skade som oppstår ved bytte av behandlingsenhet pga plassmangel skal anses som mulig å forebygge.

K4 Ikke planlagt utskriving eller avslutning i poliklinikk

Definisjon	**Utskriving eller avslutning i poliklinikk før alle planlagte tiltak er blitt utført**
Å tenke på	Hva er årsaken til at pasienten er for tidlig utskrevet? Overføring til somatisk behandling på grunn av skade? Utskriving på grunn av plassmangel før man har rukket å planlegge alle tiltak? Finnes det tegn på skader etter avsluttet behandling? Undersøk om pasienten har begjært seg selv utskrevet, eller forlatt avdelingen uten avtale.
Skader som kan oppstå	Generell forverring av pasientens tilstand, selvskading, selvmord etter utskriving.
Mulig å forebygge	Skaden kan anses som mulig å forebygge dersom den skjer som et resultat av den uplanlagte utskrivingen/avslutningen.

K5 Manglende legebesøk/-vurdering i løpet av de siste 12 måneder

Definisjon	**Uteblitt fra legetime i poliklinikk/hos fastlege i mer enn 12 måneder til tross for foreskrevet medisinering fra enheten og anbefalt oppfølging hos fastlege**
Å tenke på	Pasienter bør bli tilsett av lege minst en gang pr år. Pasientens helsetilstand bør kontrolleres regelmessig.
Skader som kan oppdages	Bivirkninger, reaksjon på legemidler eller ubehandlede symptom. Livsstilssykdommer.
Mulig å forebygge	Inntruffet skade skal anses som mulig å forebygge dersom pasienten hadde hatt regelmessig kontroll hos lege.

K6 Mangel på koordinator i psykiatri (KiP)/Pasientansvarlig lege (PAL)

Definisjon	**Fast KiP/PAL/kontaktlege/kontaktpsykolog mangler**
Å tenke på	I henhold til loven skal virksomhetsleder se til at behandlingen ivaretar pasientens behov for trygghet, kontinuitet, samordning og sikkerhet. Enhetsleder skal utpeke en fast koordinator i psykiatri. Ved sammensatte problemstillinger skal pasienten ha en pasientansvarlig lege eller psykolog. Mangel på koordinator i psykiatri øker risikoen for dårlig kontinuitet i planlegging og oppfølging, og kan påvirke pasientens tillit til og etterlevelse av det som er foreskrevet og anbefalt.
Skader som kan oppdages	Bivirkninger, ubehandlede symptom, forsinket effekt av behandling.
Mulig å forebygge	Skade skal vurderes som mulig å forebygge dersom pasienten ikke har hatt regelmessig kontakt med koordinator i psykiatri.

Kjønn: _____ Fødselsår: _____ Diagnosekode: _____

Løpenummer:_____

Granskningsmal for Global Trigger Tool i psykisk helsevern og rus (GTT-P)

Gransket enhet:_____ **Kun poliklinikk** □ **Kun døgnbehandling:** □ **Både poliklinikk og døgnbehandling:** □

Granskningsperiode:_____ **Årstall:**_____

Granskning utført av:_____ **Vurdering utført av:**_____

Behandlingsmarkører		Markør funnet POL	DØGN	*Dato og hendelse*
B1	Behandlingsplan			
B2	Individuell plan			
B3	Selvmordsrisikovurdering			
B4	Tilkalling av vakthavende lege/lege fra annen spesialitet			
B5	Diagnoseendring			
B6	Villet egenskade			
B7	Uønsket effekt av behandling			
B8	Trusler, vold og upassende adferd			
B9	Økt tilsynsgrad			
B10	Mangel på somatisk status			
B11	Mangel på pårørendekontakt			
B12	Annet			
Rusavhengighetsmarkør				
R1	Rus			

Løpenr: _____ **Kjønn: _____ Fødselsår: _____ Diagnosekode: _____**

	Markører for tvangsbehandling	**Markør funnet POL**	**DØGN**	***Dato og hendelse***
T1	Tvang			
T2	Tvangsbehandling – administrative mangler			
T3	Konvertering og bruk av nødrett			
T4	Politiassistanse			
	Legemiddelmarkører			
L1	Tre eller flere ulike antipsykotiske legemidler			
L2	Antikolinergika			
L3	Flere enn fire ulike psykofarmaka			
L4	Benzodiazepiner			
L5	Funn av metabolske risikofaktorer			
L6	Legemiddel som krever regelmessig prøvetaking			
L7	Legemiddel - annet			
	Kontinuitets- og overgangsmarkører			
K1	Ikke planlagt innleggelse/kontakt på psykiatrisk akuttavdeling			
K2	Reinnleggelse i løpet av 30 dager			
K3	Bytte av behandlingsenhet			
K4	Ikke planlagt utskriving eller avslutning i poliklinikk			
K5	Manglende legebesøk/-vurdering i løpet av de siste 12 måneder			
K6	PAL/KiP			

Eventuell kommentar:

Løpenr.:_____ # Granskningsmal for Global Trigger Tool i Psykisk helsevern og rus (GTT-P) Kjønn:____ Fødselsår:__ Diagnosekode:_____

Skade: Poliklinikk □ Døgnbehandling: □

Skadetype:_____

Alvorlighetsgrad: Mild □ Betydelig □

Moderat □ Katastrofal □

Mulig å forebygge

Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade □

Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade □

Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling □

Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold □

Kategori G: Langvarig skade – varig mèn □

Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig □

Kategori I: Pasienten døde □

Hvilke markører hjalp til med å finne skaden:_____

Skade: Poliklinikk □ Døgnbehandling: □

Skadetype:_____

Alvorlighetsgrad: Mild □ Betydelig □

Moderat □ Katastrofal □

Mulig å forebygge

Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade □

Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade □

Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling □

Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold □

Kategori G: Langvarig skade – varig mèn □

Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig □

Kategori I: Pasienten døde □

Hvilke markører hjalp til med å finne skaden:_____

Løpenr.:_____ # Granskningsmal for Global Trigger Tool i Psykisk helsevern og rus (GTT-P) Kjønn:_____ Fødselsår:_____ Diagnosekode:_____

Skade: Poliklinikk □ Døgnbehandling: □

Skadetype:_____

Alvorlighetsgrad: Mild □ Betydelig □

Moderat □ Katastrofal □

Mulig å forebygge

Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade □

Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade □

Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling □

Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold □

Kategori G: Langvarig skade – varig mèn □

Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig □

Kategori I: Pasienten døde □

Hvilke markører hjalp til med å finne skaden:_____

Skade: Poliklinikk □ Døgnbehandling: □

Skadetype:_____

Alvorlighetsgrad: Mild □ Betydelig □

Moderat □ Katastrofal □

Mulig å forebygge

Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade □

Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade □

Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling □

Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold □

Kategori G: Langvarig skade – varig mèn □

Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig □

Kategori I: Pasienten døde □

Hvilke markører hjalp til med å finne skaden:_____

Antall skader i poliklinikk:_____

Hvorav antall skader mulig å forebygge i poliklinikk:_____

Angi virksomhetsområde dersom det er annet enn eget:

Antall skader i døgnbehandling:_____

Hvorav antall skader mulig å forebygge i døgnbehandling:_____

Angi virksomhetsområde dersom det er annet enn eget:

Klinikksammensetning

Sykehus:_____ **Gransket enhet:**_____ År: _____

Løpe-nr	Gransknings-periode (januar - desember)	Fødselsår	Kjønn M/K	Diagnose	Behandl. kun innen polikl.	Behandl. kun innen døgnbeh.	Behandl. innen både polikl. og døgnbeh.	Skade Ja/Nei	Skadetype (se liste)	Skadens alvorlighets-grad C, D, E, F, G, H, I	Mulig å forebygge (1, 2, 3, 4)	Skaden inntruffet (poliklinikk/ døgnbeh)	Markører som var til hjelp for å identi-fisere skaden
Sum													

POLIKLINIKK

Totalt antall skader:_____

Totalt antall skader mulig å forebygge:_____

DØGNBEHANDLING

Totalt antall skader:_____

Totalt antall skader mulig å forebygge:__

□ Tilfeldig utvalg Antall granskede journaler:_____

□ Spesifikt utvalg:_____

Mal for overgripende oppsummering av granskingsresultat

Kommentarer

Antall skader Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade:
Antall skader Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade:
Antall skader Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling:
Antall skader Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold:
Antall skader Kategori G: Langvarig skade – varig mèn:
Antall skader Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig:
Antall skader Kategori I: Pasienten døde:

Antall mulig å forebygge Kategori C: En uheldig hendelse som rammet pasienten, men som ikke forårsaket skade:
Antall mulig å forebygge Kategori D: En uheldig hendelse som rammet pasienten og krevde overvåkning eller inngripen for å sikre at pasienten ikke ble påført skade:
Antall mulig å forebygge Kategori E: Forbigående skade som krevde behandling:
Antall mulig å forebygge Kategori F: Forbigående skade som førte til forlenget sykehusopphold:
Antall mulig å forebygge Kategori G: Langvarig skade – varig mèn:
Antall mulig å forebygge Kategori H: Livreddende behandlingstiltak var nødvendig:
Antall mulig å forebygge Kategori I: Pasienten døde:

Oppsummering av kvalitetsmarkører

	Løpenummer											
	Behandlingsmarkører	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Total**
B1	Behandlingsplan											
B2	Individuell plan											
B3	Selvmordsrisikovurdering											
B4	Tilkalling av vakthavende lege/lege fra annen spesialitet											
B5	Diagnoseendring											
B6	Villet egenskade											
B7	Uønsket effekt av behandling											
B8	Trusler, vold og upassende adferd											
B9	Økt tilsynsgrad											
B10	Mangel på somatisk status											
B11	Mangel på pårørendekontakt											
B12	Annet											
	Rusavhengighetsmarkører											
R1	Rus											
	Markører for tvangsbehandling											
T1	Tvang											
T2	Tvangsbehandling – administrative mangler											
T3	Konvertering og bruk av nødrett											
T4	Politiassistanse											

Løpenummer												
Legemiddelmarkører		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**Total**
L1	Tre eller flere ulike antipsykotiske legemidler											
L2	Antikolinergika											
L3	Flere enn fire ulike psykofarmaka											
L4	Benzodiazepiner											
L5	Funn av metabolske risikofaktorer											
L6	Legemiddel som krever regelmessig prøvetaking											
L7	Legemiddel - annet											
Kontinuitets- og overgangsmarkører												
K1	Ikke planlagt innleggelse/kontakt på psykiatrisk akuttavdeling											
K2	Reinnleggelse i løpet av 30 dager											
K3	Bytte av behandlingsenhet											
K4	Ikke planlagt utskriving eller avslutning i poliklinikk											
K5	Manglende legebesøk/-vurdering i løpet av de siste 12 måneder											
K6	PAL/KiP											

Skadeområder og skader

Skadeområde	Skade som skal registreres	
	Type skade	**Eksempel**
Psykisk skade	**1. Lidelse**	*For eksempel:* *Utrygghet* *Redsel etter trusler/vold* *Ubehag* *Stigmatisering*
	2. Krenkelse	*For eksempel:* *Ved tvangstiltak* *Seksuell trakassering og annen upassende adferd*
Forlenget sykdomsforløp	**3. Ubehandlet sykdomstilstand** **4. Utilstrekkelig behandlingseffekt** **5. Avbrutt behandling** **6. Forverring av sykdom**	*For eksempel:* *Uønsket effekt ved psykoterapi* *Ufullstendig utredning med feilaktig diagnose* *Mangelfull vurdering under pågående behandling*
Selvdestruktiv handling	**7. Selvmord** **8. Selvmordsforsøk** **9. Selvdestruktiv handling uten suicidal hensikt**	
Legemiddelrelatert skade	**10. Metabolsk påvirkning** **11. Ekstrapyramidale symptomer** **12. Allergisk reaksjon** **13. Legemiddelavhengighet** **14. Annen legemiddelrelatert skade**	*For eksempel:* *Hypertoni,hjerterytmeforstyrrelse, akutt dystoni, dyskinesi, akatisi, påvirkninger av nyrefunksjon, benmargshemming, redusert funksjon av skjoldbrukskjertel, kognitiv påvirkning, forvirring, sedering, hypotoni, malignt neuroleptikasyndrom, serotonergt syndrom, forveksling av legemiddel, feil dosering av legemiddel*
Tiltak uten støtte i lovverk	**15. Ulovlig frihetsberøvelse** **16. Ulovlig tvangstiltak**	*For eksempel:* *Frihetsberøvelse med utgangspunkt i en administrativ feil, tvangstiltak uten gyldig vedtak*
Fysisk skade	**17. Anestesirelatert skade** **18. Fallskade** **19. Trykksår kategori 2-4** **20. Kognitiv svikt** **21. Annen fysisk skade**	*For eksempel:* *Tannskade* *Åndedretts- og/eller sirkulasjonssvikt* *Hudskade eller vaskulær skade* *Fraktur* *Blødning* *Infeksjon* *Hukommelsessvikt etter ECT*
Annen skade	**22. Annen skade**	

Granskingsoppdrag

Oppdrag å arbeide med Global Trigger Tool i psykisk helsevern og rus (GTT-P) ved:

_____
Sykehusets navn

_____
Navn *Stilling*

_____
Klinikk/virksomhetsområde

har f.o.m_____ (dato) i oppdrag å gjennomføre systematisert journalgjennomgang ved bruk av verktøyet GTT-P som et ledd i arbeidet med økt pasientsikkerhet. Dette arbeidet innebærer å hente ut informasjon i de ulike journal- og dokumentasjonssystem som sykehuset/avdelingen har tilgang til. Metodikken ved strukturert journalgjennomgang innebærer at journaler fra andre enheter også kan bli gransket i de tilfellene behandlingen på et sted har direkte sammenheng med behandling på et annet sted. Dette gjelder behandling både ved poliklinikk og døgnbehandling.

Tidsperiode ovennevnte person trenger for å utføre oppdraget beregnes til ____ timer pr måned.
Oppdraget gjelder tom_____

_____
Virksomhetsleder (underskrift samt klartekst) *(dato)*

Oppdraget opprettes i tre likelydende undertegnede eksemplar, der journalgransker, virksomhetssjef og avdelingsoverlege/tilsvarende beholder hvert sitt eksemplar.

Referanser

1. Deilkås ET, Bukholm G, Lindstrøm JC, Haugen M. Monitoring adverse events in Norwegian hospitals from 2010 to 2013. *BMJ Open*; 2015;5: 1-6.

2. Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner. Veileder. Helsedirektoratet. IS-2213. 2015.

3. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009.

4. Öhrn, A., Elfström, J., Liedgren, C. et al. Reporting of Sentinel Events in Swedish Hospitals: A Comparison of Severe Adverse Events Reported by Patients and Providers Joint Commission *Journal on Quality and Patient Safety*, 2011;37: 495–501

5. Helsedirektoratet. Pasientsikkerhetsprogrammet. Global Trigger Tool http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/m%C3%A5linger/global-trigger-tool-gtt

6. Deilkås ET, Risberg MB, Haugen M, Lindstrøm JC, Nylén U, Rutberg H, et al. Exploring similarities and differences in hospital adverse event rates between Norway and Sweden using Global Trigger Tool. *BMJ open.* 2017;7(3): 1-8.

7. Markörbaserad journalgranskning i psykiatri - för att identifiera och mäta skador i vården. SKL 2015.

8. Bilaga – markörer med definitioner. Markörbaserad journalgranskning i psykiatri - för att identifiera och mäta skador i vården. SKL 2015.

9. Nilsson L, Juhlin C, Krook H, et al. Strukturerad journalgranskning kan öka patientsäkerheten. *Läkartidningen* 2009;35: 2125-2128

10. Sjödahl R, Hultkrantz P, Melander H, et al. Hög frekvens komplikationer efter kirurgi. Av patienter som vårdats minst 5 dagar är nästan var tredje drabbad. *Läkartidningen* 2010;43: 2636-2639

11. Unbeck M, Dalen N, Muren O, et al. Healthcare processes must be improved to reduce the occurence of orthopaedic adeverse events. *Scand J Caring Sci*; 2010;24: 671–677

12. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskrift av 28. oktober 2016 nr 1250.

13. Helsedirektoratet. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS 2620/2017

14. Lov om behandling av helseopplysninger ved ytelse av helsehjelp. Loven av 20. juni 2014 nr 42. Helse- og omsorgsdepartementet.

15. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Loven av 17. Juni 2016 nr 49. Helse- og omsorgsdepartementet

16. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Loven av 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter. Helsedirektoratet. IS-8/2015.

17. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) Loven av 17. juni 2016 nr 48. Helse- og omsorgsdepartementet.

18. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). Loven av 17. juni 2016 nr 49. Helse- og omsorgsdepartementet.

19. Schildmeijer K, Nilsson L, Årestedt K, et al. Assessment of adverse events in medical care: lack of consistency between experienced teams using the Global Trigger Tool *BMJ Qual Saf* 2012;21: 307-14.

Tilleggslitteratur

Helsetjenestens og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid. Rundskriv. Politidirektoratet 2012/007. Helsedirektoratet IS–5/ 2012.

Lov om politiet. Loven av 4. august 1995 nr. 53. Justis – og beredskapsdepartementet.

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern. Loven av 2. juli 1999 nr 62 (PHVL)

Risikoanalyse. Hendelsesanalyse: Håndbok for helsetjenesten. Helsedirektoratet. IS-0583. 2016.

HELSE NORD-TRØNDELAG