

Markörbaserad Journalgranskning, 2017



Kungälv's sjukhus

Allmänt:

- Markörbaserad journalgranskning är en metod för egenkontroll och ger underlag för utveckling och säkerställande av kvalitet i journalföring.
- Granskning kan utformas på olika sätt, slumpmässigt urval eller efter visst intresseområde, t.ex. långa vårdtider.
- Målet är att hitta gemensamma omständigheter som visar på brist i vård/dokumentation eller omgivande strukturer.
- Under 2017 kommer SKL att genomföra nationell datainsamling från vuxenpsykiatri och rättspsykiatri.

- 3% av vårdtillfällen inom vuxenpsykiatri och 10% av vårdtillfällen inom rättspsykiatri planeras för granskning.
- För Psykiatriska kliniken, Kungälv's sjukhus, innebär detta 36 journaler. Slumpmässigt utvalda från patienter som skrivits ut från HDV, januari-juni 2017, sex stycken varje månad.

Beskrivning av MJG VUP Kungälv

- Ungefär 50 journaler har granskats, ytterligare några månader har rapporterats in.
- All granskning utgår från ett avslutat vårdtillfälle i hdv. Även ÖVM i perioden granskas.

Beskrivning av några vanliga patienttyper:

- Ung kvinna med självskada alt osjälvständighet
- Ung man med beroende/missbruk
- Ung kvinna/man med autism, kognitiva svårigheter
- 50+ kvinna med bipolaritet alt funktionsnedsättning
- Man 50+ med beroende/missbruk
- Kvinna/man 75+ med förvirring, demens eller möjligen bipolaritet

Inläggningsorsaker

- Oftast läggs man in för suicidprevention i samband med kris alternativt psykossymtom eller avgiftning.
- Vårdtiderna tycks ha blivit kortare allt eftersom månaderna gått. Neddragning av platser spelar roll?
- Många patienter som avgiftas skrivs ut med uppföljning inom primärvård.
- Vanligt är oplanerat besök på psyk AKM.

- Förvånansvärt frekvent medicineras patienter med smärtstillande av typ Oxynorm eller Tradolan (skrivs inte ut av psyk) .
- Vanligt med åtgärder kring somatisk ohälsa under vårddid.
- Mer än 5 psykofarmaka har ordinerats för relativt många patienter i öppenvård och heldygnsvård.
- Kvalitet i journaler har förbättrats genom åren.
- Mycket bra vårdplaner i heldygnsvård.
- ”Paramedicinska” resurser nyttjas bra i heldygnsvård.

Utan spaning ingen aning.....

Efter att ha granskat mer än 50 journaler i Kungälv och nästan 150 i Borås har jag följande synpunkter:

Till öppenvården:

- Det jag saknar i vårdplan för patienter som läggs in är någon form av "krisplan" för att förhindra oplanerat besök på psykiatrisk akutmottagning.
- När man kompletterar vårdplan vore det bra att datera tillägg för att lättare följa vårdförlopp.
- Vårdplaner som är aktuella och som anger fast vårdkontakt bör prioriteras!!
- SIP borde vara aktuell för fler patienter.

- Borde finnas mer dokumentation kring åtgärder kopplat till övervikt/AUDIT.
- Konturlös struktur kring CS-uppföljning
- Allt för många patienter har många olika psykofarmaka, speciell fråga gällande patienter med diagnos F603, F845.
- Läkemedel skrivs ut trots omfattande missbruk.
- Ibland ökar mottagning besöksfrekvens när patient sviktat men inte tillräckligt ofta enligt min bedömning.

Till heldygnsvården:

- Speciell struktur kring äldre förvirrade personer borde finnas, flyttas för ofta.
- Obligatorisk urinsticka för äldre patienter.
- För få sökord används.
- Säkra upp att patienten får rätt läkemedelsordination.
- Efterfråga öppenvårdens planering för patienten.
- Dokumentera suicidriskbedömning innan permission.

Till alla:

- Saknas bedömningar i förhållande till inläggningsorsak/vårdkontakt ÖVM.
- Vid suicidriskbedömning tveksam/svårbedömd saknas åtgärd för att säkra upp bedömning. Du kan aldrig hänvisa till annan personal för suicidriskbedömning!

Förslag till förbättringsområden

När det gäller unga med autism/utvecklingsstörning behövs någon anpassad form av vårdplan. Det bör tas hänsyn till begränsning i utvecklingsförmågan.

I öppenvård behövs krisplan, som en del av vårdplan för att om möjligt förhindra oplanerat besök på akm.

Många olika sorters läkemedel är ett bekymmer som dessutom försvåras av att andra vårdgivare skriver ut smärtstillande av opiater. Hur skall kliniken hitta etiskt/praktiskt arbetssätt för att minimera multifarmakologi?

Tveksam/svårbedömd suicidrisk får aldrig lämnas utan åtgärd.

Ägna mer tid åt läkemedelsuppföljning/åtgärder hög AUDIT/övervikt än att lösa patientens vardagliga problem.

Ur ett medicinskt perspektiv:

Vårdmarkörer; Hur mycket somatisk status skall ingå i inskrivningsanteckning.

Skall läkare fråga efter "barn under 18 år"?

Ganska vanligt att jourläkare kontaktas från avdelningarna, känd fakta?

Suicidriskbedömning ofta bra!

Riskbedömningar, skall dessa göras i större omfattning?

Själv tillfogad skada ganska vanligt.

Beroendemarkörer; Audit saknas ibland.

U-tox rutin?

Tvångsmarkörer; Melior-mall för tvångsvård ett önskemål/förbättringsområde.

Permissionsanteckningar kan vara otydliga.

Överläkaranteckning vid LPT-bedömning?

Läkemedelsmarkörer; Många olika läkemedel ganska vanligt.

Trots omfattande läkemedelsordination mår patienten dåligt!

Patienter med autism och personlighetsproblematik, hur skall medicinering struktureras?

CS-uppföljning inte uppbyggt.

Skall läkemedel utvärderas oftare? Kan ssk hjälpa till?

Övergångsmarkörer; Oplanerat besök på AKM vanligt.

Markörträffar: i %

nationellt

Heldygnsvård 96 granskade

3511

Oplanerat besök på AKM

Tillkallad jourläkare

AUDIT

Ökad tillsyn

Mer än 5 psykofarmaka

Åter inskrivning inom 30 d

Byte av vårdenhet

Metabola riskfaktorer

Öppenvård granskade 57 stycken, nationellt 2437

resultat i %

Vårdplan saknas

Fast vårdkontakt saknas

SIP

Mer än 5 psykofarmaka

Metabola riskvärden

Sjäلتillfogad skada

AUDIT

4 skador/vårdskador har rapporterats:

1 läkemedelsberoende

1 övrig läkemedelsrelaterad skada

1 avbruten behandling

1 olaga tvångsvård