

Tiltakspakke for Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgn- avdelinger



Sekretariat for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram

Sekretariat er plassert i HelseDirektoratet og er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Oversikt over sekretariatet finner du på nettsidene www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/

Generelle henvendelser: post@pasientsikkerhetsprogrammet.no,

Sekretariats telefon: 464 19 575.

Alle helseforetak har programledere som bistår og veileder iverksettingen av programmet lokalt. Regionale programledere er ansvarlige for programmet i regionene og er kontaktpersoner for de lokale programlederne etablert på hvert foretak.

Utviklingsentre for sykehjem og hjemmetjenester har en tilsvarende funksjon med støtte opp mot forbedringsteam i kommunene.

For noen av innsatsområdene er det etablert ekspertgrupper eller arbeidsgrupper som skal bistå med fagekspertise. Oversikt over arbeidsgruppen for forebygging av selvmord finner du på programmets nettsider eller ved å kontakte sekretariatet.

Endringslogg

Versjon	Dato	Endringer siden forrige versjon	Utført av
1.0	28.02.13	Første versjon for læringsnettverk	Arbeidsgruppen
2.0	22.10.14	Større endringer på innhold og design, tilpasset avsluttet læringsnettverk. Ikke endret tiltakene eller målinger	Ida Waal Rømuld/ Marie Brudvik

ISBN-nummer: (Kommer)

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram / trygge hender 24-7

Innhold

Innledning	4
Tiltakspakke	5
Målinger	6
Tiltakspakkens målinger	6
Kom i gang - forbedring i praksis	8
Forbedringsmodellen	8
Hvorfor måle.....	9
Ressurser og verktøy	10
Referanser.....	11
Vedlegg.....	11

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet / *trygge hender 24-7* er et nasjonalt program som jobber for å øke pasientsikkerheten i spesialist og primærhelsetjenesten.

Målet er å:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet presenterer både organisatoriske og kliniske tiltak, og tilbyr ulike verktøy for å redusere pasientskader innen utvalgte innsatsområder.

Innsatsområdene er valgt på bakgrunn av en omfattende og bred prosess. Det er hentet inn innspill fra helseforetakene og erfaringer fra kampanjer og program i andre land, og deretter tilpasset nasjonal kontekst. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har gjennomført kunnskapsoppsummeringer på de mest sentrale innsatsområdene. Et nasjonalt fagråd har igjen vurdert innspillene i en formalisert prosess. Innsatsområdene er vedtatt av programmets styringsgruppe. Flere av tiltakspakkene er utarbeidet i samråd med eksperter fra fagområdet.

Mer om programmet finnes på hjemmesiden: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Innledning

I 2011 ble det rapportert 124 selvmord i psykisk helsevern (1). For pasienter i døgnenheter er perioden rundt innleggelse og utskrivelse høyriskoperioder for selvmord. Dette gjelder spesielt rett etter innleggelse og i de første ukene og månedene etter utskrivning. Mange døgnenheter mangler rutiner som sikrer at nødvendige tiltak er iverksatt og vedlikeholdt. I tillegg til behandlings- og beskyttelsestiltak, herunder fysiske sikringstiltak, er det viktig med kompetent og tilgjengelig personell som møter pasienten med omsorg og respekt (2).

I 2013 gjennomførte «I trygge hender 24-7» et nasjonalt læringsnettverk for å forebygge selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. I læringsnettverket skulle enheter fra hele landet, implementere de selvmordsforebyggende tiltakene som er beskrevet i dette dokumentet. Erfaringene fra læringsnettverket er oppsummert og presentert i en artikkel i tidsskriftet *Suicidologi* (3)

Pasientsikkerhet

Helse- og omsorgstjenesten redder liv og opprettholder funksjon og livskvalitet for pasienter. Samtidig er det en risiko for uønskede hendelser og pasientskader. I tråd med Verdens helseorganisasjon defineres pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på *ytelser* (4).

Tiltakspakke

Innenfor hvert av innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet er det valgt ut tiltak som kan gjennomføres ved den enkelte enhet. Tiltakspakkene skal i så stor grad som mulig være kunnskapsbaserte, og inneholder de tre til fem viktigste tiltakene for å unngå pasientskader.

Tiltakspakken for forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger skal bidra til å sikre god praksis gjennom for pasienter med selvmordsrisiko knyttet til opphold i akuttpsykiatriske døgnavdelinger.

En arbeidsgruppe har kommet frem til fem tiltak for å forebygge selvmord knyttet til opphold i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Tiltakene bygger på Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2). Tiltakene har blitt prøvd ut i to pilotprosjekter fra november 2012 – februar 2013, og i 2013 ble de implementert på enheter i psykisk helsevern gjennom et nasjonalt læringsnettverk (3).

Tiltakspakken for forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger består av:

1. Spesialistvurdering innen et døgn
 - Strukturert diagnostisk prosess, for eksempel MINI, bruk av maler for inntakstnotat og andre aksepterte verktøy
2. Iverksettelse av beskyttelses -tiltak
 - Observasjon
 - Sikring av rom og omgivelser
3. Selvmords risikovurdering (SRV) i henhold til nasjonale retningslinjer
 - Ved inntakst,
 - før permisjon
 - før utskrivelse/overføring
4. Planlegging av permisjon
 - Ingen permisjon før SRV og behandlingsplan er etablert og pårørende involvert
5. Tiltak ved utskrivelse
 - Kriseplan for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere
 - Time i hånda
 - Involvere pårørende i utskrivningsprosessen

Målinger

Nedenfor beskrives målingene som er definert for tiltakspakken for forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske avdelinger.

Extranet, et verktøy for å kunne følge forbedringsarbeidet i egen virksomhet. Dette er et web-basert dataprogram som alle team får tilgang til gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet. Nærmere beskrivelse av databasen og veiledning for bruk av dataprogrammet finner du på

- Extranet: <https://extranet.pasientsikkerhetsprogrammet.no>
- For tilgang sendes henvendelse til post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Tiltakspakkens målinger

Etterlevelse av tiltakspakken per pasient

For innsatsområdet *forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger* skal alle deltagende enheter registrere i hvilken grad den enkelte pasient med selvmordsrisiko mottar tiltakene i tiltakspakken. Det er utviklet en sjekkliste/registreringsskjema basert på tiltakene, som skal benyttes i forbindelse med pasienter med forhøyet selvmordsrisiko. I sjekklisten skal følgende punkter registreres:

- Er spesialistvurdering foretatt innen ett døgn? (strukturert diagnostisk prosess, f.eks. MINI og bruk av maler for inntakstnotat, evt. andre aksepterte verktøy)
- Er beskyttelsestiltak iverksatt? (observasjon + sikring av rom og omgivelser)
- Er selvmordsrisikovurdering foretatt ved følgende tidspunkter?
 - A. ved inntakst
 - B. før utskrivelse/overføring
- Er følgende tre tiltak på plass før permisjon innvilges?
 - A. selvmordsrisikovurdering ifm permisjon
 - B. behandlingsplan etablert
 - C. pårørende involvert
- Er følgende tre tiltak på plass før utskrivelse?
 - A. kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere utarbeidet
 - B. pasient har mottatt avtale om oppfølging ("time i hånda")
 - C. pårørende involvert i utskrivelsesprosessen

Samtlige aktuelle tiltak i tiltakspakken skal gis til alle pasienter med selvmordsrisiko, og dette skal dokumenteres. Deltakende team bestemmer selv hvordan man praktisk gjennomfører registreringene. Det er vanlig at det gjøres enten ved at gjennomføringen av de respektive tiltak registreres i den elektroniske pasientjournalen eller ved at selve

registreringsskjemaet følger ved pasientenes kurve fra innleggelse til utskrivning og fylles ut underveis.

Etter at pasientene er utskrevet summeres respektive skjemaer. For hvert gjennomført tiltak på listen gis det 10 poeng dersom det er krysset av for «ja» eller «ikke aktuelt», og 0 poeng dersom «nei». Total skår per pasient summeres og registreres så i Extranet, i samme rekkefølge som pasientene ble utskrevet. Skjemaets maksimale oppnåelige poengsum er 100.

For å redusere arbeidsmengden kan man begrense målingen til et utvalg av pasienter i de tilfeller der pasientgrunlaget er stort:

- For enheter/avdelinger med stabilt flere enn 20 pasienter utskrevet per måned: Resultatene fra de første 20 pasientene som utskrives hver måned registreres i Extranet.
- For enheter/avdelinger med færre enn 20 pasienter utskrevet per måned: Resultatene fra alle pasienter registreres i Extranet.

Som vedlegg finner du registreringsskjema for etterlevelse av tiltakspakken per pasient.

Kom i gang - forbedring i praksis

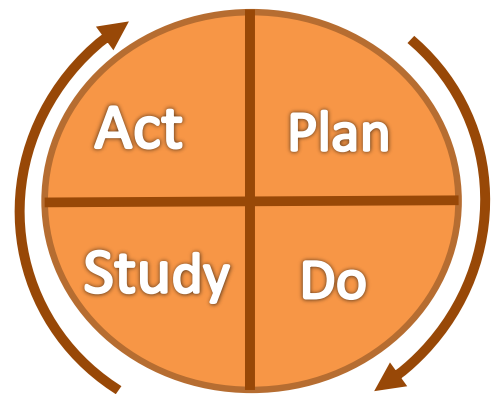
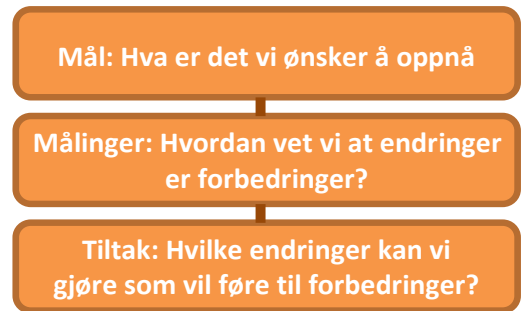
Erfaring viser at det er vanskelig å endre egen praksis. Å basere det lokale forbedringsarbeidet på forbedringsmodellen er nyttig for implementering av tiltakspakken og hjelper oss å skape forbedringer som varer.

Forbedringsmodellen

Model for Improvement (forbedringsmodellen) (5) er en enkel og anvendelig metode for å drive systematisk forbedringsarbeid. Metoden kan benyttes for å redusere avstanden mellom det vi vet vi bør gjøre (beste praksis), og det vi faktisk gjør. Modellen er utviklet av Institute of Healthcare Improvement (6), og er en enkel og anvendelig metode som er brukt både i Norge og internasjonalt gjennom mange år.

Modellen forutsetter at man starter arbeidet med forbedring med å besvare tre grunnleggende spørsmål, modellens første del.

1. Hva vil vi oppnå? (Mål)
2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Målinger)
3. Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer? (Tiltak)



Målene, det vil si hvor mye forbedring som skal oppnås lokalt innen når, settes av den enkelte enhet i samråd med leder. De lokale målene bør være spesifikke og målbare. De bør være utfordrende og inspirerende, realistiske, tidsbestemte og godt forankret. Et eksempel på et godt mål fra en sengepost som jobber med trykksår, kan være «å oppnå 40 % reduksjon av trykksår innen utgangen av året målt ved antall dager mellom trykksår». Det er utarbeidet tiltak med målinger for alle innsatsområder. Disse er beskrevet i foregående kapitler.

For å jobbe med implementering og utprøving, benyttet teamene forbedringsmodellens andre del, nemlig «PDSA»-sirkel. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger) (5). Dette er en systematisk metode for forbedring gjennom småskalatesting. Forbedringstiltak testes på en enkelt eller noen få tilfeller (f.eks. to pasienter), og erfaringen fra dette diskuteres kort, forbedringer justeres og nye tester gjennomføres. Tiltakene testes i svært liten skala, inntil man finner en best mulig løsning tilpasset lokal kontekst. Deretter spres forbedringstiltaket til resten av enheten. Dette gjør metoden svært god for å tilpasse tiltakene til lokale rutiner og den har vist seg velegnet til å skape raske forbedringer. Metodikken har vist seg å være nyttig i forbedringsarbeid.

Hvorfor måle

Ved å måle før, under og etter implementeringsfasen skaffes informasjon som sier noe om endringene gjort skaper ønsket forbedring (se forbedringsmodellens første del). Målingene er viktig for å dokumentere tiltak og resultater. I tillegg er målinger nyttig for å kunne reflektere over egen virksomhet, og måleresultatene et godt utgangspunkt for faglige diskusjon. I forbedringsarbeid vektlegges endring og forbedring i et tidsperspektiv, og det stilles derfor mindre krav til datamengde enn for eksempel ved forskning.

For noen innsatsområder er det lagt til rette for å måle både resultat- og prosessindikatorer. En resultatindikator beskriver direkte gevinst for pasientene i form av for eksempel overlevelse, infeksjonsrater eller fysisk tilstand. En prosessindikator beskriver områder som for eksempel forebygging, diagnostikk og hvor vidt pasienter har mottatt en behandling eller tiltak. For å vite om pasientsikkerheten blir bedre må det måles på en eller flere resultatindikatorer. Prosessindikatorer, der disse eksisterer, er nyttige for å si noe om hvor godt tiltakene er implementert i praksis.

Hvordan analysere måledataene

Registrerte data beskriver hvordan man ligger an og om innsatsen gir synlig forbedring. Da er det viktig at det måles jevnlig og at frekvensen av målingene opprettholdes. I pasientsikkerhetsprogrammet brukes verktøyet statistisk prosesskontroll (SPC). Statistisk prosesskontroll er en gren inne statistikk der målinger fremstilles visuelt i enkle tidsserier (linjediagrammer) med tilhørende statistiske beregninger. Tidsseriene gir oversikt over utviklingen over tid. Statistisk prosesskontroll egner seg godt til forbedringsarbeid da man får tilgang til data raskt og man kan trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. Brukterskelen for SPC er lav og resultatene fremstilles visuelt og enkelt. (7)

For å kunne si om en endring er en forbedring, er det viktig med en baseline. En baseline er en «forhåndsmåling» som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeidet. Baseline markeres som en median, det vil si en horisontal linje som deler tallmaterialet i to like store deler. Baseline forutsetter 15 målepunkter. Etter minst 12 nye målinger i en serie kan man ved hjelp av et såkalt run-diagram vurdere om et tiltak har ført til endring fra utgangsnivået.

For mer informasjon om statistisk prosesskontroll se www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Ressurser og verktøy

Alle ressurser og verktøy blir lagt ut på www.pasientsikkerhetsprogrammet.no under «Forebygging av selvmord». Dette inkluderer også presentasjoner fra læringsnettverket.

Av nyttige ressurser for innsatsområdet forebygging av selvmord i pasientsikkerhetskampanjen kan vi blant annet nevne:

Registreringsskjema for målinger

- [Registreringsskjema forebygging av selvmord](#)

Pilotrapporter

Pilotprosjektene ble gjennomført ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og i Helse Nord-Trøndelag HF, Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Levanger.

- [Pilotrapport Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger OUS HF](#)
- [Pilotrapport Forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger Levanger](#)

Andre ressurser

- Suicide status form (SSF), Selvrapporteringsverktøy for kartlegging og vurdering av selvmordsfare hos suicidale pasienter)
- <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2010/nr3/Veland.pdf>
- M.I.N.I., MINI internasjonalt nevropsykiatrisk intervju, skåringsskjema http://www.helsebiblioteket.no/Filer/_attachment/44753

Referanser

- 1) Helsetilsynet, Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008–2011, rapport fra helsetilsynet 4/2012 Tilgjengelig fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Rapport-fra-Helsetilsynet/Rapport-Helsetilsynet-2012/Meldesentralen-oppsummeringsrapport-2008-2011/>
- 2) Helsedirektoratet, Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (2008) Tilgjengelig fra <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Sider/default.aspx>
- 3) Brudvik M., Walby F., Ness E., Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger, erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk, Suicidologi 2014, Årg 19, Nr. 2 Tilgjengelig fra <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/tidsskrift/2014/nummer-2-2014/brudvik-ness-walby.pdf>
- 4) World Health Organization, patientsafety, http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- 5) Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2. Utg. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers; 2009
- 6) Institute for Healthcare Improvement, Science of Improvement, <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>
- 7) Carey RG. "Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003

Vedlegg

1. Registreringsskjema

Skjema for registrering av gjennomført tiltakspakke per pasient.

2. Fremdriftsplan

Verktøy for å planlegge implementering av tiltakspakken.

Registrerings skjema for pasienter med forhøyet selvmordsrisiko

Registrerings skjemaet skal benyttes i forbindelse med pasienter med forhøyet selvmordsrisiko. Hensikten med skjemaet er å forebygge selvmord knyttet til opphold i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Sett tydelige kryss i passende rubrikk, kommenter ved behov. For hvert av de ti punktene gis det 10 poeng dersom det er krysset av for "ja" eller "ikke aktuelt", og 0 poeng dersom "nei". Avslutt med å summere opp poengsum i boksen nederst til høyre.

Tiltak				Dato sign	Poeng
1. Er spesialistvurdering foretatt innen ett døgn? (strukturert diagnostisk prosess, f.eks. MINI og bruk av maler for inntakstnotat, ev. andre aksepterte verktøy)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
2. Er beskyttelsestiltak iverksatt? (observasjon + sikring av rom og omgivelser)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
3. Er selvmordsrisikovurdering foretatt ved følgende tidspunkter?					
A. ved inntakst	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
B. før utskrivelse/overføring	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
4. Er følgende tre tiltak på plass før permisjon innvilges?					
A. selvmordsrisikovurdering ifm permisjon	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
B. behandlingsplan etablert	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
C. pårørende involvert	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
5. Er følgende tre tiltak på plass før utskrivelse?					
A. kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere utarbeidet	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
B. pasient har mottatt avtale om oppfølging ("time i hånda")	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
C. pårørende involvert i utskrivelsesprosessen	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Ikke aktuelt <input type="checkbox"/>		
				Samlet poengsum:	

Utfylt dato: _____

Signatur personell: _____

Prosessmåling 1	
Prosessmåling 2	
Prosessmåling 3	
Resultatmåling 1	

Fremdriftsplan: Hva må vi gjøre for å fullføre innhenting av data og presentere?

#	Utfordring	Hva skal gjøres?	Hvem skal gjøre det?	Når skal det gjøres?								
				nov	des	jan	feb	mars	april	mai	Ut året	
1												
2												
3												
4												
5												

Dette er deres arbeidsskjema videre. Vi setter pris på om dere sender en kopi til sekretariatet. post@pasientsikkerhetsprogrammet.no