

Tiltakspakke for Forebygging av overdose- dødsfall etter utskrivelse fra institusjon



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. Utviklingssentre 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 overdose finner du på programmets nettsider eller ved å kontakte sekretariatet.

Endringslogg

Versjon	Dato	Endringer siden forrige versjon	Utført av
1.0	13.09.13		Arbeidsgruppen
1.1	17.09.13	Rettet skrivefeil i modell Lagt inn bilde av overdosekortet	Marie Brudvik
1.2	18.09.13	Endret forsidebilde	Marie Brudvik
1.3	19.09.13	Rettet skrivefeil i modell	Marie Brudvik
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]

Nasjonal 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	12

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 var det 262 overdosedødsfall i Norge, hvorav 77 prosent var menn og 23 prosent var kvinner (1). Hvis det gjennomsnittlig er 10 pårørende til hver som er omkommet, betyr det at over 2600 pårørende er rammet – de har mistet barn, søsken og foreldre.

Mange overdosedødsfall skjer i forbindelse med utskrivelse fra institusjon, eller som følge av avbrudd i behandlingen. Forskning tyder på at risikoen for å dø av overdose de fire første ukene etter behandling er 16 ganger større enn ellers (2).

Tiltakspakken for forebygging av overdosedødsfall er utviklet for å redusere antall overdosedødsfall i tiden etter utskriving fra rusinstitusjon. Tiltakspakken er beregnet på pasienter som bruker/ har brukt opioider eller GHB. Den skal bidra til å hindre tilbakefall etter behandling, gi informasjon om stoffenes virkning og overdosefare, gi opplæring i førstehjelp (kameratredning) og sikre oppfølging etter utskriving fra institusjon.

Forebygging av overdosedødsfall i regi av pasientsikkerhetsprogrammet er en satsning i henhold til Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 (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 er basert på erfaringer fra tilgjengelig forskning og nasjonale føringer (3) (5) (6).

Tiltakspakken for forebygging av overdosedødsfall etter utskriving fra institusjon består av:

1. Spesialistvurdering innen ett døgn. Strukturert diagnostisk prosess, bruk av maler for inntakstnotat og andre aksepterte verktøy

Tiltaket innebærer at pasienten sikres tidlig vurdering av spesialist etter innleggelse, for å vurdere hva som er den beste behandlingsformen. Målet er å hindre eller avdekke overdosefare.

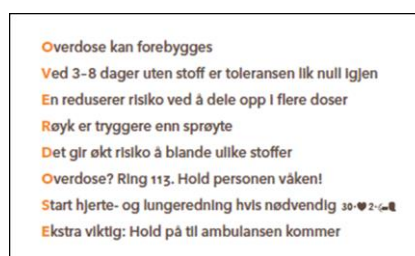
2. Kriseplan

Formålet med kriseplan er å forhindre tilbakefall og sikre at pasienten vet hvem og hvor han/hun kan kontakte i risikosituasjoner. En kriseplan skal være en grunnleggende plan, utarbeidet av pasienten og helsepersonell, for hvordan pasienten skal gjenkjenne og håndtere risikosituasjoner.

3. Informasjon

Det er utviklet en "informasjonspakke" til pasienter og helsepersonell. Målet er at pasienten skal informeres om overdosefare samt lære kameratredning. Informasjonspakken består av:

- En veiledning til helsepersonell om hvilken informasjon som skal gis til pasienten under innleggelse.
- Et overdosekort (se bilde under) som skal gis til pasientene. Overdosekortet oppsummerer informasjonen og skal fungere som en påminnelse/ huskeseddel.



Hvordan informasjonen skal gis, bestemmes av den enkelte institusjon ut fra pasientgruppe og organisering. For noen er det naturlig å gi informasjon i grupper mens andre pasienter best nås gjennom individuelle samtaler. Det kan også være hensiktsmessig å gi informasjonen både i gruppe og individuelt.

Erfaring tilsier at informasjonen bør gis tidlig i oppholdet. Dette er for å sikre at informasjonen blir gitt i tilfelle oppholdet blir forkortet. Samtidig gir det mer tid til de spørsmål som måtte komme i etterkant.

4. Elementer ved utskriving

Ved utskrivelse skal alle pasientene ha en samtale. Kriseplanen skal være utarbeidet og kjent for pasienten i god tid før utskrivelse. Elementene i kriseplanen skal gjennomgås ved utskrivelse og det skal sikres at pasienten har kriseplanen tilgjengelig. Det kan også være en fordel at instanser som rusakutten eller andre samarbeidspartnere har fått kopi av kriseplanen dersom pasienten ønsker det. Man skal også kort repetere informasjonen som er gitt, og evt tilby pasienten nytt overdosekort om pasienten ønsker det.

For å sikre kontinuitet i tjenestene har "time i hånden" blitt tatt med som ett av tiltakene i pakken. "Time i hånden" vil si at alle pasienter skal ha en konkret avtale for oppfølging når de skrives ut fra institusjonen. Ved avbrutte opphold vil det være naturlig å kontakte pasienten for å tilby oppfølging.

Målinger

Nedenfor beskrives målingene som er definert for tiltakspakken for forebygging av overdose dødsfall. Extranet 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 overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon* skal alle deltagende enheter registrere i hvilken grad den enkelte pasient mottar de ulike elementene i tiltakspakken. Det er utviklet en sjekkliste/ registrerings skjema basert på tiltakene. Registreringsskjemaet (se vedlegg 1), inneholder følgende punkter:

1. Er det gjort spesialistvurdering innen ett døgn?
2. Er pasienten informert om overdosefare slik det er beskrevet i informasjonsveilederen?
3. Er det utarbeidet kriseplan som pasienten har fått med seg?
4. Er følgende tre tiltak gjennomført før utskrivelse?
 - Pasienten har mottatt overdosekort
 - Pasient har mottatt tilbud om oppfølging ("time i hånda")
 - Pasienten er minnet om kriseplanen

Samtlige aktuelle elementer av tiltakspakken skal gis til alle pasienter som bruker/har brukt opioider og/eller GHB. Dette skal dokumenteres fortløpende. 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 (EPJ) eller ved at selve registreringsskjemaet følger ved pasientenes kurve fra innleggelse til utskrivning og fylles ut underveis (papirskjemaet skannes deretter inn som et vedlegg i EPJ).

Etter at pasientene er utskrevet summeres respektive skjemaer. For hvert gjennomført tiltak på listen gis det 20 poeng dersom det er krysset av for «ja» eller «ikke aktuelt», og 0 poeng dersom «nei». Totalskår per pasient summeres og registreres så i Extranet, *i samme rekkefølge som pasientene ble utskrevet*. Maksimalt oppnåelige poengsum per pasient er 120.

I de tilfeller der pasientgrunnlaget er stort nok kan man begrense målingen til et utvalg av pasienter for å redusere arbeidsmengden.

- 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 samtlige pasienter registreres i Extranet.

Vedlagt 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.

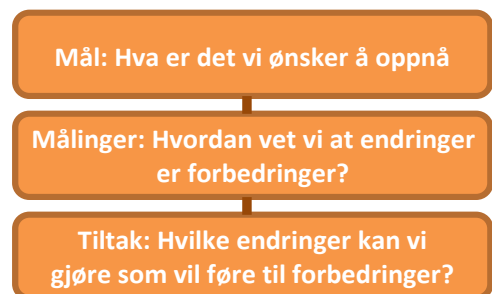
Forbedringsmodellen

Model for Improvement (forbedringsmodellen) er en enkel og anvendelig metode for å drive systematisk forbedringsarbeid (7). 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 (8), 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) (7). Dette er en systematisk metode for forbedring gjennom småskala-testing. 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 (9).

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

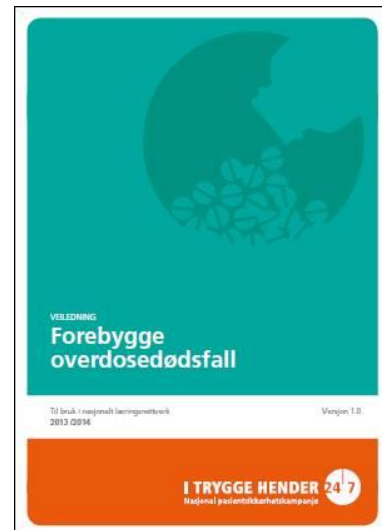
Ressurser og verktøy

Malen for overdosekort på norsk og engelsk er tilgjengelig på nettsidene til pasientsikkerhetsprogrammet, slik en selv kan trykke opp kortene. Det ligger også ute informasjon om papirkvalitet som kan gis til trykkeriet.

- [Overdosekort-norsk](#)
- [Overdosekort-engelsk](#)
- [Informasjon til trykkeri - overdosekort](#)

Til informasjonstiltaket er det laget en kort veiledning. Denne er det lenket til nedenfor.

- [Veiledning til informasjonstiltaket](#)



For å gjennomføre målingene er det utviklet et registreringsskjema. Data i Extranet registreres med bakgrunn i dette skjemaet. Som supplement til registreringer i Extranet er det utviklet et Excel-regneark. Ved hjelp av dette regnearket kan man følge utviklingen av hvert tiltak over tid. Den enkelte er velkommen til å videreutvikle regnearket etter eget behov.

- [Registreringsskjema forebygging av overdose](#)
- [Regneark for gjennomføring per tiltak: overdose](#)

Pilotprosjekter – rapporter

- [Pilotrapport forebygging av overdose ved Bergensklinikkene](#)
- [Pilotrapport forebygging av overdose ved OUS](#)
- [Pilotrapport forebygging av overdose ved UNN](#)

Øvrige ressurser og verktøy

- [DUDIT - Drug Use Disorder Identification Test](#)
- [LAR – Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet](#)
- [M.I.N.I. plus \(Mini plus\)](#)
- [ROP-lidelser - Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse](#)
- [Helsebiblioteket.no om Rus og avhengighet](#)

Referanser

- 1) Sirus, The Drug Situation in Norway 2012, Annual report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA, Oslo: Sirus 2012. Tilgjengelig fra: http://www.sirus.no/filestore/Import_vedlegg/Vedlegg_publicasjon/drugsit_norway12.pdf
- 2) Ravndal E, Amundsen EJ., Mortality among drug users after discharge from inpatient treatment: an 8-year prospective study. Drug Alcohol Depend, 2010 Apr 1;108(1-2):65-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2009.11.008.
- 3) Helsedirektoratet, Nasjonal overdosestrategi 2014–2017 «Ja visst kan du bli rusfri – men først må du overleve», IS-0418, Oslo 2014, Tilgjengelig fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-overdosestrategi-20142017/Publikasjoner/nasjonal-overdosestrategi-20142017.pdf>
- 4) World Health Organization, patientsafety, http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- 5) Gjersing L, Biong S., Ravndal E., Waal H, Bramness J., Clausen T., Dødelige overdoser i Oslo 2006 til 2008, Oslo: SERAF 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2011/nedlaster/seraf-rapport-2-2011-dodelige-overdoser-i-oslo-2006-til-2008.pdf>
- 6) Helse- og omsorgsdepartementet, Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika – doping, Meld. St. 30 (2011–2012) Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2011-2012/meld-st-30-20112012.html?showdetaileddtableofcontents=true&id=686014>
- 7) Institute for Healthcare Improvement, Science of Improvement, <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>
- 8) 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
- 9) 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.

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

Registreringsskjema for pasienter med risiko for overdose

Skjemaet skal benyttes i forbindelse med pasienter med risiko for overdose (opioider og GHB). Hensikten med sjekklisten er å forebygge overdosedødsfall i forbindelse med utskrivelse fra institusjon. Sett tydelige kryss i passende rubrikk, kommenter ved behov. For hvert av de seks punktene gis det 20 poeng dersom det er krysset av for "ja" eller "ikke aktuelt", og 0 poeng dersom "nei" (tiltak 3 splittes opp i 10 poeng per delpunkt). Avslutt med å summere opp sjekklistens poengsum i boksen nederst til høyre. Maksimal poengsum er 120.

Tiltak	Avkrysningsrubrikker			Dato sign	Kommentarfelt	Poeng
1. Er det gjort spesialistvurdering innen ett døgn?	Ja ☐	Nei ☐	Ikke aktuelt ☐			
2. Er det utarbeidet kriseplan som pasienten har fått med seg?	Ja ☐	Nei ☐	Ikke aktuelt ☐			
3. Er pasienten informert, som beskrevet i informasjonsveilederen, om A. Overdosefare B. HLR (hjerte-lunge-redning)	Ja ☐ Ja ☐	Nei ☐ Nei ☐	Ikke aktuelt ☐ Ikke aktuelt ☐			
4. Er følgende tre tiltak gjennomført før utskrivelse? A. Pasienten har mottatt overdosekort	Ja ☐	Nei ☐	Ikke aktuelt ☐			
B. Pasient har mottatt tilbud om oppfølging ("time i hånda")	Ja ☐	Nei ☐	Ikke aktuelt ☐			
C. Pasienten er minnet om kriseplanen	Ja ☐	Nei ☐	Ikke aktuelt ☐			
Samlet poengsum (maks 120):						

Utfylt dato: _____

Signatur personell: _____