

# Oppfølging av pasienter innlagt med selvpåført medikamentforgiftning

Gruppe K-14, V08

Svein Alan Rønning

Hanne Surbehan

Henrik Hoel

Siril Stokke

Caroline Hvitmyhr

Christian A. Andersen



Prosjektoppgave i faget Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK)

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

10.05.2013

## **Innholdsfortegnelse**

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Sammendrag                            | 3  |
| Tema/ problemstilling                 | 4  |
| Kunnskapsgrunnlaget                   | 5  |
| Søkestrategi                          | 5  |
| Villet egenskade (selvskading)        | 5  |
| Selvpåført forgiftning                | 6  |
| Oppfølging i spesialisthelsetjenesten | 7  |
| Oppfølging i primærhelsetjenesten     | 8  |
| Oppfølging hos fastlege               | 8  |
| Oppfølging av kommunen                | 8  |
| Dagens Praksis ved OUS, Ullevål       | 9  |
| Aktuelle tiltak                       | 10 |
| Indikatorer                           | 12 |
| Mulige indikatorer for vårt prosjekt  | 12 |
| Reinnleggelse som indikator           | 13 |
| Prosess, ledelse og organisering      | 14 |
| Gjennomføring av tiltakene            | 14 |
| Strukturering                         | 15 |
| Bruk av PDSA-sirkelen                 | 16 |
| Trinn I: Plan (Planlegging)           | 16 |
| Trinn II: Do (Utføre)                 | 16 |
| Trinn III: Study (Kontrollere)        | 17 |
| Trinn IV: Act (Korrigere)             | 18 |
| Tidsperspektivet                      | 18 |
| Forventet motstand                    | 18 |
| Diskusjon/konklusjon                  | 19 |
| Referanser                            | 21 |

## **Sammendrag**

**Tema/ problemstilling:** Blant personer innlagt med akutt forgiftning ser man en høy andel reinnleggelser og en vesentlig økt mortalitetsrate. Denne oppgaven vil komme med forslag til forbedring av retningslinjer for oppfølging av denne pasientgruppen. Målet er å senke antall reinnleggelser og redusere mortaliteten blant pasienter innlagt på OUS, Ullevål.

**Kunnskapsgrunnlaget:** Få studier har vist effektive tiltak for oppfølging av pasienter innlagt med akutt selvpåført forgiftning. Bruk av krisekort som inneholder kontaktinformasjon til hjelpeinstanser har vist seg å være effektive i enkelte studier. For pasienter som ikke har behov for oppfølging i psykiatrien, kan oppfølging hos fastlege være et nyttig tiltak.

**Dagens praksis:** Retningslinjer for oppfølging av pasienter etter selvpåført forgiftning er beskrevet i et lite avsnitt i metodeboken til OUS, Ullevål. Avsnittet gir kun generelle retningslinjer, og er lite egnet som mal for en systematisk tilnærming til denne pasientgruppen.

**Tiltak:** Det foreligger ingen klare retningslinjer for hva som er den beste oppfølging av pasienter innlagt med selvpåført medikamentforgiftning. Våre anbefalinger til tiltak for denne pasientgruppen er at utskrivende lege skal sikre at det er avtalt oppfølgingstime hos fastlege og at pasienten får med seg et krisekort med aktuelle telefonnumre ved utskrivelse.

**Kvalitetsindikator:** Vi har valgt å bruke reinnleggelse som kvalitetsindikator for vårt prosjekt.

**Prosess, ledelse og organisering:** Vi har brukt PDSA-sirkelen for å planlegge implementeringen av kvalitetsforbedringen. Vi valgte akuttmottaket, observasjonsposten, medisinsk intensiv og overvåkning (MIO) og medisinsk avdeling ved OUS Ullevål som vårt mikrosystem for forbedringstiltaket.

**Konklusjon:** På bakgrunn av at utlevering av krisekort allerede er etablert på OUS, Ullevål, og at det for øyeblikket utføres en studie som undersøker effekten av tidlig involvering av fastlege konkluderer vi med at vi ikke har noen nye forbedringstiltak som kan innføres.

## **Tema/ problemstilling**

Hvert år innlegges ca. 12.000 personer med akutte forgiftninger på somatiske avdelinger i Norge. De fleste av disse sykehusinnleggelsene skyldes selvpåført forgiftning. Til tross for det høye antallet innleggelse, er det medisinske utfallet i akuttfasen tilfredsstillende for de fleste pasienter.(1) Imidlertid ser man at ca. en tredjedel av pasientene legges inn på grunn av en ny episode i løpet av det første året etter utskrivelse.(2)

Videre har man funnet at selvpåført forgiftning er en betydelig risikofaktor for senere selvmord og for tidlig død. Blant personer innlagt med akutt forgiftning ser man en vesentlig økt mortalitetsrate også 20 år etter første episode.(3)

For å redusere mortalitetsraten og senke antallet reinnleggelse er man avhengig av å ha en velfungerende oppfølgingsplan. Nyere studier fra Oslo viser at 35% av pasientene blir skrevet ut uten noen form for oppfølging.(4) Det er grunn til å anta at denne andelen er enda høyere på sykehus utenfor Oslo. Med tanke på den dårlige prognosen i denne pasientgruppen vil det være hensiktsmessig å innføre en mer strukturert tilnærming, slik at man i høyere grad kan sikre at denne pasientgruppen får adekvat behandling og oppfølging.

Denne oppgaven vil gi en beskrivelse av dagens praksis ved Oslo Universitetssykehus (OUS), Ullevål, som er det sykehuset i Norge som tar imot flest forgiftningspasienter. Oppgaven vil inneholde en beskrivelse av kunnskapsgrunnlaget på området basert på ikke-systematiske litteratursøk. Målet med oppgaven er å forbedre retningslinjene for oppfølging av pasienter med akutt medikamentforgiftning, slik at mortalitetsraten reduseres og antall reinnleggelse senkes. Oppgaven vil også inneholde et forslag til hvordan dette skal implementeres på OUS Ullevål.

## **Kunnskapsgrunnlaget**

### **Søkestrategi**

Litteratursøket tok sikte på å finne evidens for effektive tiltak overfor pasienter innlagt med akutt selvpåført forgiftning. Søket ble strukturert ved bruk av inndelingen: population, intervention, comparison og outcome (PICO).

Population: Pasienter innlagt med akutt selvpåført forgiftning

Intervention: Systematisk tilnærming til pasientene før utskrivelse fra somatisk avdeling (systematisk utskrivningssamtale, krisekort, tidlig oppfølging hos fastlege, psykiatrisk tilsyn).

Comparison: Ikke-systematisk tilnærming / dagens praksis.

Outcome: Redusert antall reinnleggelser med akutt selvpåført forgiftning.

Basert på elementene i PICO, formulerte vi et kjernesporsmål:

For pasienter innlagt med akutt selvpåført forgiftning, vil bruk av systematisk utskrivningssamtale, krisekort, tidlig oppfølging hos fastlege eller psykiatrisk tilsyn redusere antall reinnleggelser, sammenliknet med dagens praksis?

Til søket fikk vi bistand fra Bibliotek for medisin og helsefag, Rikshospitalet. Det ble gjort ikke-systematiske søk i databasene Cochrane Library, EMBASE og Medline. Søkeordene som ble bruk var: «deliberate self harm AND followup» og «self poisoning AND folowup».

Søket ga treff som omfattet europeiske og norske retningslinjer, systematiske oversikter og enkeltstudier. Disse ble gjennomgått og det ble gjort et utvalg av litteratur som ble ansett som relevant for å belyse aktuelle problemstilling.

### **Villet egenskade (selvskading)**

Villet egenskade kan defineres som en handling som ikke ender med døden, hvor individet med vilje gjorde en eller flere av følgende: initierte adferd i den hensikt å skade seg selv, tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose, tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv, svelget et ikke-fordøyelig stoff eller gjenstand.(5)

## Selvpåført forgiftning

Selvpåført forgiftning er en av de vanligste formene for villet egenskade.(6) Selvpåført forgiftning defineres i denne sammenheng som bevisst eksponering (ved inntak oralt eller ved inhalasjon) for en substans i en dose som har potensiale til å forårsake skade, i den hensikt å forårsake skade.(7)

I 2008 var benzodiazepiner vanligste medikamentgruppe brukt til selvpåført forgiftning i Oslo, etterfulgt av paracetamol og nevroleptika.(4)

Selvpåført forgiftning er vanligere blant kvinner enn menn og forekommer oftest i aldersgruppen under 35 år. Selvpåført forgiftning hos barn under 12 år er sjelden. Flere studier har sett på faktorer assosiert med reinnleggelse i sykehus av pasienter med selvpåført forgiftning. Faktorer som trekkes frem er tidligere historie med selvpåført forgiftning eller selvskading, arbeidsledighet, alkoholmisbruk, stoff/medikamentmisbruk, kriminell bakgrunn, voldelig bakgrunn, ung alder, inntak av medikamenter fra spesifikke legemiddelgrupper, inntak av flere medikamenter og tidligere psykiatrisk innleggelse.(8, 9)

Scoringssystemet Edinburgh Risk of Repetition Scale (ERRS) er utviklet for å kunne predikere hvilke pasienter som er mest utsatt for gjentakelse av villet egenskade.(10) En høy score indikerer høy risiko for gjentakelse. En studie fra 2002 undersøkte om ERRS kunne anvendes for å predikere gjentakelse av selvpåført forgiftning. Studien fant at det var signifikant forskjell i gjentakeshyppighet mellom gruppen med høy risikoscore og gruppen med lav til moderat risikoscore. Sensitiviteten ved bruk av ERRS viste seg likevel å være lav, da en høy risikoscore kun identifiserte 28 % av pasientene som senere ble innlagt med selvpåført forgiftning. Studien konkluderte derfor med at ERRS ikke er et godt klinisk verktøy for å identifisere pasienter med høy risiko for gjentakelse av selvpåført forgiftning.(11)

Det foreligger ingen klare retningslinjer for hva som er den beste oppfølging av pasienter med selvpåført forgiftning, det skyldes delvis diversiteten i denne gruppen og delvis at det er foretatt et lite antall studier på effekten av ulike behandlinger.(13) I en systematisk oversikt fra 1998 (Hawton et al) ble det sammenlignet behandlingstiltak for pasienter med villet egenskade.

Problemløsningsterapi, krisekort med kontaktinformasjon, depot med flupenthixol og psykologisk behandling viste lovende resultater. Ingen tiltak viste seg imidlertid å ha signifikant effekt på gjentakelse av selvskading, men forfatterne antyder at dette kan skyldes små pasientpopulasjoner inkludert i studiene.(14)

I Storbritannia har National Institute for Clinical Excellence utgitt en veileder for håndtering av pasienter innlagt med villet egenskade.(16) I følge denne veilederen bør alle pasienter som innlegges i sykehus etter en episode med villet egenskade få gjort en psykososial vurdering.

Vurdering av behov for videre behandling etter selvskadning bør i følge denne veilederen omfatte: Sosial situasjon, personlige forhold inkludert eventuelle samlivsbrudd, psykiatrisk sykehistorie og en mental status. Man bør også kartlegge personlighetstrekk, eventuelle tidligere episoder av selvskadning, alkohol og stoffmisbruk. Videre bør man gå i dybden rundt det aktuelle, særlig motivasjon for handlingen og eventuelle livshendelser og vanskeligheter.

I vurderingen bør det inngå en suicidalvurdering.(8) Risikofaktorer for suicid er i følge NICE guidelines: høy alder, mannlige kjønn, tidligere suicidforsøk, psykiatrisk historie med innleggelse, arbeidsledighet, dårlig fysisk helse, aleneboende, medisinsk alvorlighet av handlingen spesielt nesten-fatale handlinger, håpløshet, vedvarende høy suicidal hensikt. Dersom det foreligger alvorlig psykisk lidelse kan overføring til akuttpsykiatrisk enhet være indisert.(15)

Det kan utleveres et krisekort til pasienter før utskrivelse som inneholder telefonkontakter og informasjon om ulike hjelpetilbud. To randomiserte studier i Storbritannia med utdeling av krisekort viste at dette hjalp pasienter som ble innlagt for første gang. Hos pasienter som hadde hatt tidligere episoder var nytten av krisekort ikke like tydelig.(18, 19)

Videre oppfølging bør skje i forhold til pasientens behov og risiko.(8) Allerede under sykehusoppholdet bør man gå i gang med å utarbeide en plan for oppfølging av pasienten utenfor sykehuset.(15)

### **Oppfølging i spesialisthelsetjenesten**

Distriktpsykiatrisk senter (DPS) og Ruspoliklinikk tilbyr spesialiserte psykiatriske tjenester med døgntilbud, dagtilbud, poliklinisk oppfølging og akutteam. Ruspoliklinikkene tilbyr tverrfaglig behandling og har kompetanse ved dobbeldiagnoseproblematikk. De foretar også en rettighetsvurdering av sine pasienter og kan søke videre til egnet behandling.

En metaanalyse har vist at psykodynamisk interpersonell terapi reduserte gjentakelse av selvskadning. 6 mnd etter første forsøk hadde 9% av dem som mottok terapi hatt en ny episode, mot 28% i kontrollgruppen. Terapien ble fordelt på 4 timer med fokus på den foregående episoden, personlige forhold, problemløsning og samarbeid med fastlegen.(13, 20)

Ved 18 måneders oppfølging bestående av 10 timer kognitiv terapi ble risikoen for suicid halvert sammenlignet med kontrollgruppe.(21)

## **Oppfølging i primærhelsetjenesten**

### **Oppfølging hos fastlege**

Oppfølging hos fastlege kan være tilstrekkelig når pasientens problemer er mindre kompliserte og fastlegen er engasjert, eller pasientens problemer har løst seg i løpet av sykehusoppholdet. (8)

### **Oppfølging av kommunen**

I Oslo kommune har bydelene ulike hjelpetiltak. Ved innleggelse i sykehus skal det sendes et skjema til bydelen om kartlegging som viser at pasienten har behov for tjenester. NAV har en rekke ulike tjenester: booppfølger, psykiatrisk sykepleier, ruskonsulent, hjemmetjenester, samt saksbehandlere som kan hjelpe med bolig og økonomi. Ved utskrivelse fra sykehus sendes et skjema til bydelen som kartlegger pasientens behov. Mange kommuner har egne kriseteam som kan følge opp pasienter.(22) Der det er behov for langvarig oppfølging kan man opprette en ansvarsgruppe og lage individuell plan. Denne kan spesifisere oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tjenestetilbudet.(15)

I Bærum kommune er det utviklet en modell som tar sikte på å redusere andelen repetisjoner hos pasienter som har vært innlagt med et selvmordsforsøk. Bærumsmodellen består av tidlig intervensjon gjennom et samarbeid mellom sykehuset i Asker og Bærum og Bærum kommunes selvmordsforebyggende team. Alle pasienter som ikke umiddelbart blir overført til psykiatrisk avdeling blir vurdert for henvisning til det selvmordsforebyggende teamet. Følgende grupper er kvalifisert for henvisning: Pasienter som trenger poliklinisk helse- eller sosialtjenester hvor time ikke blir avtalt i løpet av sykehusoppholdet. Pasienter som allerede har avtale med DPS, men som trenger ekstra støtte. Pasienter som har pågående relasjonskonflikter. Pasienter som tidligere har avbrutt psykiatrisk behandling, som trenger motivasjon for å starte igjen.

Hvis pasienten ønsker hjelp fra det selvmordsforebyggende teamet blir han/hun ringt opp av en psykiatrisk sykepleier rett etter utskrivelse fra sykehuset. Det blir gjort en avtale om et møte, som vanligvis finner sted i løpet av noen få dager. Målet er å sikre at pasienten mottar adekvat hjelp i spesialisthelsetjenesten. I tillegg passer sykepleieren på pasienten i perioden mellom utskrivelse og etablert oppfølging.

Det har blitt gjort en studie på effekten av denne oppfølgingen. Resultatet viser ingen signifikant forskjell mellom assistanse fra et selvmordsforebyggende team sammenlignet med de som ikke mottok assistanse. Dog ble assistanse fra det selvmordsforebyggende teamet hovedsaklig gitt til de som ikke fikk nok støtte gjennom etablert behandlingstilbud. Man kan derfor anse likt utfall mellom disse gruppene som et bra resultat. (30)



## **Dagens Praksis ved OUS, Ullevål**

Retningslinjer for oppfølging av pasienter etter selvpåført forgiftning er beskrevet i et lite avsnitt i metodeboken til Ullevål sykehus. Avsnittet gir kun generelle retningslinjer, og er lite egnet som mal for en systematisk tilnærming til denne pasientgruppen.

Følgende beskrivelse av dagens praksis er basert på personlig meddelelse fra assistentlege og Ph.d Mari Bjørnaas, akuttmedisinsk avdeling OUS, Ullevål. Hun er engasjert i dette feltet, og disputerte til graden Ph.d på temaet: «Self-poisonings in Oslo: Epidemiology, substance use, psychological factors and prognosis» i 2009.

Pasienten tas imot i akuttmottaket og flyttes til enten observasjonsposten eller medisinsk intensiv og overvåkning (MIO). Sistnevnte ved behov for intensivbehandling. Det er de samme legene som jobber på begge avdelingene, hvorav alle har mye erfaring med denne type pasienter. Ved overflytting mellom disse avdelingene følges derfor pasientene opp av samme lege.

Avdelingene har tilknyttet en psykiater og en sosionom, i tillegg til to psykiatriske sykepleiere. Psykiater og sosionom er tilgjengelig i vanlig arbeidstid på hverdager. Ved spørsmål om bosted/hospits og liknende kan sosial vakttjeneste kontaktes utenom arbeidstid.

Det gjøres en suicidvurdering av vakthavende lege på avdelingen. Vurderingen er subjektiv. Det er ingen retningslinjer for systematisk tilnærming eller for bruk av bestemte skjema ved denne vurderingen. Det er derimot lav terskel for psykiatrisk tilsyn, og kommer pasienten inn i helgen blir vedkommende som regel liggende til mandag, slik at tilsynet kan gjøres før utskrivelse.

Ved overveiende fare for suicid legges pasienten inn på akuttpsykiatrisk avdeling. For enkelte pasienter er det aktuelt med overflytting til rusmottaket på OUS, Aker. For at dette skal være aktuelt må alvorlig psykiatri og delir være utelukket.

Av andre oppfølgingstilbud finnes frivillig innleggelse i psykiatrien. Dette er som regel vanskelig å få til grunnet kapasitetsproblemer i akuttpsykiatrien. Det kan være enklere å få til dersom pasienten først blir vurdert av psykiater på avdelingen. Videre kan pasienten henvises til behandling på DPS. Om pasienten allerede er tilknyttet DPS, kan man prøve å få fremskyndet timen.

Et siste alternativ er å la fastlegen følge opp pasienten. I alle tilfeller mottar fastlegen epikrise, enkelte ganger med konkrete forslag til oppfølging. Noen ganger kontaktes fastlegen mens pasienten er innlagt, slik at pasienten får snarlig time.

Når pasienten skrives ut mottar han/hun et informasjonsskriv og et krisekort med flere telefonnummer der pasienten kan ta kontakt hvis situasjonen blir vanskelig etter utskrivelse. På

krisekortet blir også telefonnummeret til pasientens fastlege skrevet. I tiden mellom pasienten skrives ut og til vedkommende innkalles til time er det ingen form for oppfølging.

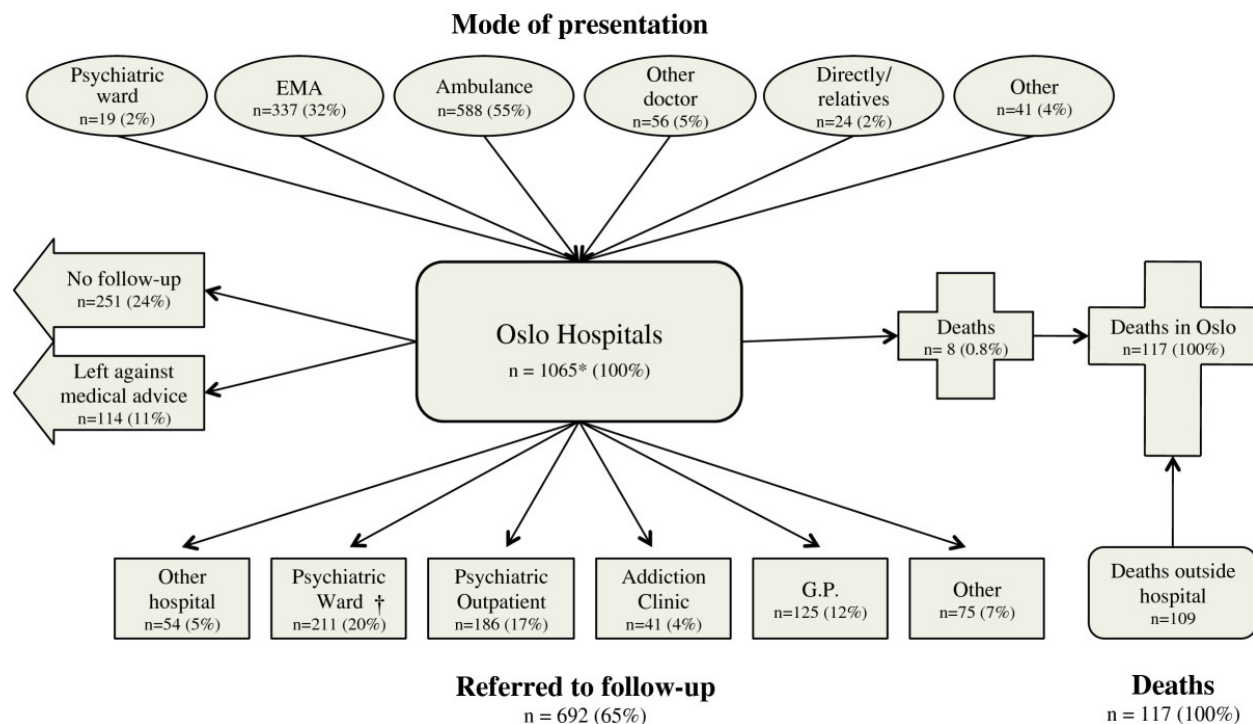


Fig.1. Pasientflyt for 1065 sykehusinnleggelses grunnet akutt forgiftning i Oslo i 2008.(4)

## Aktuelle tiltak

Under følger våre konkrete forslag til forbedringstiltak ved OUS, Ullevål.

Kartlegging under innleggelsen legger grunnlag for videre tiltak ved utskrivelse. Flytskjemaet under viser muligheter for tiltak, avhengig av pasientens situasjon.

Det legges en plan sammen med pasienten for videre oppfølging som er individualisert og tilpasset pasientens behov. For alle pasienter innlagt med akutt selvpåført forgiftning, skal utskrivende lege før utskrivelse fra somatisk avdeling sikre at:

1. Det er avtalt oppfølgingstime hos pasientens fastlege. Der det er mulig, bør pasienten avtale timen selv. Dersom pasienten ønsker det, bør ansvarlig sykepleier bistå med dette. Timen bør være i løpet av tre dager etter utskrivelsen og skal nedtegnes i pasientens utskrivningsnotat. Fastlege må få informasjon om det aktuelle før timen. Det er derfor viktig at epikrise sendes i tide, eller at fastlege informeres av utskrivende lege pr. telefon.

2. Pasienten får med seg et krisekort med telefonnummer til nødeter, fastlege, psykiatrisk legevakt, sosial vaktjeneste og hjelpetelefoner, og oppfordres til å ta kontakt med de angitte instanser dersom vanskeligheter skulle oppstå etter utskrivelse.

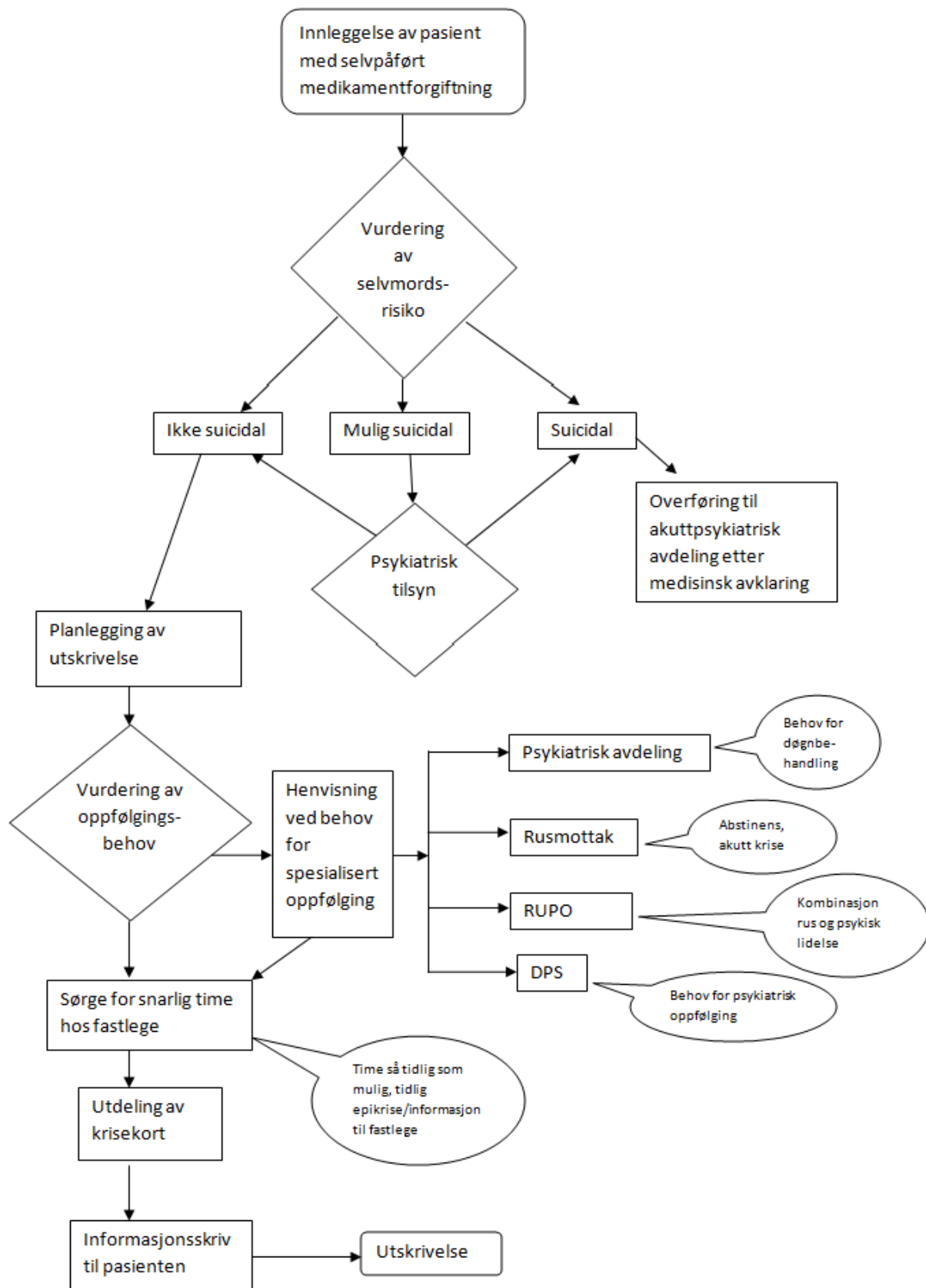


Fig. 2 Flytskjema over mulige tiltak for pasienter innlagt med akutt selvpåført forgiftning.

## **Indikatorer**

Kvalitetsindikatorer er indirekte mål på kvalitet i helsetjenesten. Det velges målbare aspekter ved helsetjenesten som skal ha sammenheng med tjenestens kvalitet.(23) Sammenhengen bør være dokumentert, men dette kan være vanskelig, og man må noen ganger derfor nøye seg med en antatt sammenheng.

Indikatorer kan deles inn i tre typer: struktur-, prosess- og resultatindikatorer. Strukturindikatorer omhandler helsevesenets rammer og ressurser, prosessindikatorer beskriver om pasienten har mottatt de ytelsene de bør, ifølge retningslinjer, mens resultatindikatorer dreier seg om resultater for pasientene, som f.eks overlevelse eller tilfredshet.(24)

Det kreves at en indikator skal være:

- Relevant: måler den noe som er viktig for kvaliteten innen området man ønsker å forbedre
- Gyldig: sammenheng mellom indikatoren og kvalitet
- Målbar: mulig å måle
- Tilgjengelig: mulig å innhente data
- Pålitelig og mulig å tolke: måles likt av alle, kan man stole på den?
- Mulig å påvirke og sensitiv for endring: egnet til å måle effekten av et tiltak
- Ikke føre til uhensiktsmessig flytting av fokus og ressurser (24)

## **Mulige indikatorer for vårt prosjekt**

Målsettingen for oppgaven er å bedre oppfølgingen av pasienter innlagt med akutt selvpåført medikamentforgiftning ved å innføre retningslinjer for denne oppfølgingen. Vi har vurdert en rekke indikatorer som mål på effekt av våre tiltak. Som prosessindikator kan det være relevant å se på hvilken andel av vår pasientgruppe som fikk gjennomført tiltak som beskrevet i retningslinjen, for eksempel hvor mange som ble vurdert med tanke på selvmordsrisiko, hvor mange som fikk krisekort eller hvor mange som ble utskrevet med plan for videre oppfølging.

Dette gir relevant informasjon om kvaliteten på vurderingen av pasienten under sykehusoppholdet. Alle disse bør være målbare ved gjennomgang av epikriser, gitt at journalføringen er god. Vi ser det som lite sannsynlig at bruk av disse indikatorene vil føre til uhensiktsmessig flytting av fokus eller ressurser, fordi tiltakene er lite ressurskrevende og vi mener det bidrar til å sette fokus på

viktige aspekter ved håndteringen av disse pasientene. Ulemper ved bruk disse som indikatorene er at de kun sier noe om enkelte momenter ved behandlingen, ikke om behandlingen som helhet.

Som resultatindikator kan det være aktuelt å bruke 1) gjentatte innleggelser med selvpåført forgiftning, 2) antall pasienter som senere begår selvmord og 3) pasienttilfredshet.

Pasienttilfredshet kan måles ved spørreskjemaer. Dette er en pasientgruppe der tilfredshet kan være relevant for kvaliteten: vi ser det som sannsynlig at dersom pasienten er fornøyd med hvordan han/hun er ivaretatt og hvilke videre planer som er lagt, er kvaliteten på opplegget god.

Antall pasienter som begår selvmord er relevant å måle, da det er noe av det vi vil forebygge ved å sørge for bedre oppfølging. Det er målbart, utvetydig og sier noe om kvaliteten på oppfølgingen som helhet. Selvmord er lite hyppig, og derfor lite sensitivt for endring hvis det måles over en kort tidsperiode.

Gjentakelse av forgiftning er hyppigere enn selvmord. En studie fra Oslo fant at ca. 1/3 av pasienter med akutt forgiftning hadde en gjentatt episode med forgiftning løpet av ett år.(2) Dette er derfor et mer sensitivt mål enn antall selvmord. Det sier noe om kvaliteten av oppfølgingen som helhet, og er enkelt å måle. Vi vil derfor velge reinnleggelse med selvpåført forgiftning som indikator for prosjektet.

## **Reinnleggelse som indikator**

Vi definerer reinnleggelse som gjentatt innleggelse med selvpåført legemiddelforgiftning i løpet av første året etter utskrivelse.

**Relevans:** Reinnleggelse som indikator er relevant fordi et vellykket oppfølgingsopplegg kan forhindre pasienten i å gjøre et nytt forgiftningsforsøk. Antall reinnleggelser måler også kvaliteten av oppfølgingen som en helhet, i stedet for å ta for seg enkelte deler av opplegget som bidrar hver for seg.

**Gyldighet:** Det er ikke dokumentert sammenheng mellom antall reinnleggelser og kvalitet på oppfølging etter selvpåført forgiftning, men vi mener det er en sannsynlig sammenheng, da oppfølging av god kvalitet bør redusere selvskadende atferd. Det er også slik at reinnleggelser av geriatriske pasienter brukes som nasjonal kvalitetsindikator, og vi mener dette kan være overførbart til vår pasientgruppe.(25)

**Målbart og tilgjengelig:** Antall reinnleggelser kan måles ved å registre alle som er innlagt med akutt forgiftning i en database. Ved gode inklusjonskriterier og gode rutiner for registrering vil

man enkelt kunne hente ut informasjon om hvor mange pasienter som reinnlegges. For å kunne utføre slike undersøkelser kreves forhåndgodkjenning av Regional Etisk Komité (REK).

**Mulig å påvirke og sensitiv for endring:** Det er rimelig å anta at man vil kunne påvirke antall reinnleggelser ved å sørge for bedre oppfølging av disse pasientene. Som tidligere nevnt er reinnleggelser hyppig i denne gruppen.(2) Antall reinnleggelser blir derfor et sensitivt mål for endring, som er egnet til å måle effekten av våre tiltak.

**Ikke føre til uhensiktsmessig flytting av fokus og ressurser:** Vi anser det som lite sannsynlig at bruk av denne indikatoren skal ha uhensiktsmessige konsekvenser. Man kan eventuelt se for seg motstand mot å ta imot reinnleggelser av disse pasientene eller slurving med kodingen, for å unngå dårlig statistikk, men dette virker lite sannsynlig. Vi mener heller det bidrar til å flytte fokus på bedre oppfølging av disse pasientene, for å unngå reinnleggelser. Det kan føre til økt ressursbruk ved f.eks økt antall psykiatriske vurderinger, men vi anser dette som hensiktsmessig ressursbruk.

## **Prosess, ledelse og organisering**

### **Gjennomføring av tiltakene**

Plan for implementering av tiltakene:

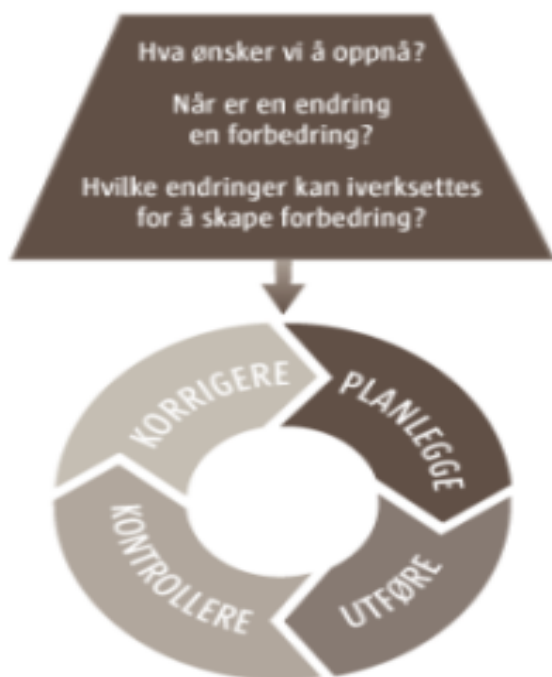
1. Utsending av et informasjonsskriv til sykepleiere og leger (inkl. psykiatriske sykepleiere og psykiatere) tilknyttet akuttinntak, observasjonspost og MIO ved OUS Ullevål.  
Informasjonsskrivet skal inneholde en beskrivelse av tiltaket som ønskes innført, og hva de positive gevinstene tiltaket vil føre med seg for avdelingene, som f. eks. redusert risiko for senere suicid og reinnleggelse.
2. Innkalling til et informasjonsmøte og utarbeidelse av en prosjektgruppe, bestående av minst en lege og en sykepleier fra hver av avdelingene. Prosjektgruppen skal møtes hver 3. måned for å vurdere fremgang i innføringsprosessen, og for å kartlegge eventuelle utfordringer og hindringer som måtte oppstå på veien.
3. Informasjon til både sykepleiere og leger, samt sekretærer, på morgenmøtet. Ta opp dette jevnlig i startfasen, og i perioder lenger ute i forløpet, både som en påminnelse og oppmuntring av personalet.

## Strukturering

Det finnes flere ulike verktøy man kan bruke for å oppnå en strukturert planlegging og gjennomføring av et kvalitetsforbedringsprosjekt. Langley og Nolan har utviklet en modell for kvalitetsforbedring som er hyppig brukt.(26) Vi valgte å ta utgangspunkt i denne modellen da vi skulle planlegge prosjektets struktur. Modellen består av to faser. Fase I er planleggingsfasen og fase II omfatter en forbedringssirkel.

I fase I ønsker man å avklare følgende spørsmål: «Hva ønsker vi å oppnå?», «Når er en endring en forbedring?», «Hva er nåværende praksis?» og «Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?». For dette prosjektet er disse spørsmålene avklart i de tidligere avsnittene.

I fase II innfører man den såkalte PDSA- (plan, do, study, act) sirkelen. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet en utdypning av PDSA-sirkelen, som vi bruker her.(27) Ved hjelp av dette verktøyet kan man enkelt systematisere og evaluere de enkelte delene av en kvalitetsforbedringsprosess, både før, underveis og i etterkant av gjennomføringen.



Figur 3: PDSA-sirkelen.(27)

## **Bruk av PDSA-sirkelen**

### **Trinn I: Plan (Planlegging)**

I planleggingsdelen er det som nevnt fire hovedspørsmål det er nødvendig å se nærmere på før man går videre med utførelse av et kvalitetsforbedringsprosjekt.

*Hva ønsker vi å oppnå?*

Når man skal utvikle mål for forbedring, må man utvikle såkalte «SMARTE» mål, det vil si mål som er mest mulig spesifikke, målbare, ansporende, realistiske og tidsbestemte.(27) Desto tydelige målene er, jo lettere er det i etterkant å måle om man har nådd de ønskede målene. Vi ønsker å forbedre oppfølgingen av pasienter innlagt med akutt selvpåført medikamentforgiftning, der målet er å redusere antall reinnleggelser og å redusere mortalitet i denne gruppen.

*Når er en endring en forbedring?*

I et kvalitetsforbedringsprosjekt kan man måle hvordan innføringen av tiltakene fungerer underveis i prosessen, og hva resultatene er etter endt tiltaksperiode. Det blir dermed viktig å utvikle måleverktøy som presist kan beskrive de endringene man ønsker å oppnå. Forbedringer kan måles ved hjelp av kvalitetsindikatorer. Vi har valgt å bruke reduksjon i antall reinnleggelser som indikator på forbedring.

*Kartlegging av nåværende praksis:*

For å kunne si noe om det eksisterer et forbedringsbehov eller ikke, er det nødvendig å få en oversikt over nåværende praksis. Vi har skaffet til veie informasjon om praksis på OUS, Ullevål, som beskrevet tidligere i oppgaven.

*Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?*

Når man ser på nåværende praksis i lys av kunnskapsgrunnet og de strukturelle forholdene ved avdelingen, vil man kunne komme fram til ideer og forslag til hvordan prosessen kan forbedres. I tillegg er det viktig å undersøke om ressursbruken ved tiltakene er forsvarlig sett opp mot ønsket resultat. Endringene vi ønsker å iverksette er beskrevet tidligere i oppgaven.

### **Trinn II: Do (Utføre)**

Når man skal gjennomføre et forbedringsprosjekt vil det alltid være utfordringer knyttet til selve endringsprosessen. For å få et vellykket resultat er det viktig med god informasjon om tiltakene presentert for de som skal gjennomføre endringene. Vi mener at skriftlig informasjon til



avdelingenes ansatte, før en undervisningsøkt ved et morgenmøte, vil være tilstrekkelig. Vi vil samarbeide med utvalgte nøkkelpersoner og presentere kunnskapsgrunnlaget, og samtidig gå igjennom manglende rutiner ved dagens praksis på relevante avdelinger på Ullevål. Dermed vil ansatte få mulighet til å stille spørsmål de eventuelt har rundt kunnskapsgrunnlaget og selve implementeringsprosessen. Vi vil involvere alle nivåer av ansatte på avdelingene, altså både leger, sykepleiere, sekretærer, sosionomtjeneste og ledelse, og vi håper derfor at fundamentet for endring blir godt. Vi har valgt oss tydelige og kvantifiserbare mål, og dette blir et godt grunnlag for å informere om målsettingen ved prosjektet. Det må informeres om målene slik at alle har en felles forståelse av prosjektet og for hvordan man skal klare å oppnå disse.

Prosjektgruppen som består av minst en overlege og en sykepleier skal innlede prosjektet, ved at de skal gå gjennom hva tiltakene innebærer og hva målsettingene er i plenum ved et morgenmøte. Gruppen skal møtes hver 3. måned for å oppsummere og vurdere fremgang i prosjektet, men i startfasen kan det være nødvendig å møtes f. eks. en gang i uken, der målet kan være å oppmuntre og støtte hverandre for å holde motivasjonen oppe.

### **Trinn III: Study (Kontrollere)**

I PDSA-sirkelens natur ligger det at man kan dele et kvalitetsforbedringsprosjekt inn i sykluser. Det er nyttig å måle resultater fra syklus til syklus for å se om utvikling av prosjektet går i riktig retning. Dette kan man gjøre ved å samle inn resultatene, for så å analysere dem, og sette dem opp mot kvalitetsforbedringsindikatorene.

Antall reinnleggelser som følge av selvpåført medikamentforgiftning kan presenteres for resten av avdelingen etter ett år. Dette vil gjøre det mulig for de ansatte å følge utviklingen av prosjektet.

I denne delen er det mange ting som må evalueres. Man må finne ut om planen fungerer i praksis, og om personalet er tilfreds med den. Føler personalet at de får nok oppfølging og klarer de å nå målene? Er oppfølgingen vi ønsker å innføre bedre enn den etablerte praksisen? Er antallet reinnleggelser redusert?



Figur 4: Det er nødvendig å gå flere runder med PDSA for å gjennomføre et vellykket kvalitetsforbedringsprosjekt.(27)

#### **Trinn IV: Act (Korrigere)**

I denne delen skal man finne ut hva som eventuelt må korrigeres, og endre det som ikke fungerer ved tiltaket. Ut i fra den analysen som man har gjort i del tre får man et grunnlag for å kunne si om man har funnet en metode som gir gode resultater. I så fall må man utvikle tiltak som sørger for at det gode arbeidet opprettholdes og rutinene standardiseres. Ved utilfredsstillende måloppnåelse må man gjøre endringer, f. eks. innføre justeringer av metodikken og/eller målsettingen for tiltaket. Det kan da være nødvendig å arrangere flere møter i prosjektgruppen.

I et kvalitetsforbedringsprosjekt er det ikke tilstrekkelig med kun en runde i PDSA-sirkelen. Når man følger PDSA-sirkelen skal man hele tiden gjøre en ny vurdering og deretter foreta en korrigerende, før man begir seg på en ny runde. Det er da viktig å identifisere hvilke(t) tiltak som ikke fungerer optimalt. Dette skal vi gjøre ved å bruke prosess- og resultatindikatorerne vi har valgt. Ofte trenger man gjentatte runder i PDSA-sirkelen før man er tilfreds.

#### **Tidsperspektivet**

Vi tenker at implementeringsfasen skal vare i ett år. Det vil være naturlig å gå gjennom resultatene for prosjektet etter to år. På denne måten vil man ha fulgt alle pasienter i minimum ett år etter utskrivelse, og man har et reelt tall på antall reinnleggelser i løpet av dette året.

#### **Forventet motstand**

I de fleste organisasjoner vil det etter hvert dannes en kultur, der de på samme nivå i ansvarsstigen vil ha de samme grunnleggende måtene å tilnærme seg arbeidsoppgaver på. Motstand kan oppstå når det ønskes en endring av suboptimale rutiner, der endringsprosessen, og ikke minst endringen i seg selv, vil virke inn på den daglige praksisen. I organisasjonen kan motstand oppfattes som en selvbeskyttende kraft, som stopper eller hindrer de endringene ledelsen forsøker å innføre.(28)

De endringene som vi ønsker å innføre med prosjektet vårt anser vi for å være av minimal invasiv karakter når det gjelder tidsbruk og kompleksitet for leger og sykepleiere endringene gjelder. Vi tror

derfor at motstanden som vi kan møte vil først og fremst vil være av tilfeldig karakter, og ikke en del av en antipatisk holdning mot endringer.

Når man skal innføre nye rutiner er det helt essensielt å skape en felles forståelse av at endring er nødvendig. Det er større sannsynlighet for at en endring vil bli gjennomført hvis ønsket om forandring kommer innenfra i en organisasjon, enn om ideen om forandring kommer utenfra. Motivasjonen for forbedringsprosessen forsterkes når resultater formidles klart og tydelig til alle involverte. En slik alliansebygging tidlig i prosessen vil kunne sørge for et godt oppstartsmiljø for forbedringsprosjektet.(29)

Det er mulig at manglende forståelse for hvorfor endringer er nødvendige er en faktor som kan by på utfordringer. Sykehusleger kan ha en oppfatning om at det ene og alene er fastlegens ansvar å stå for og sørge for den videre oppfølgingen av denne pasientgruppen, og at sykehuset ikke har noen form for ansvar når det gjelder initiert oppfølgingsavtaler. I en travel hverdag på de respektive avdelingene kan et sekundærprofylaktisk tiltak, som tiltakene våre på mange måter er, oppfattes som mindre viktig enn behandling av andre akutte innleggelsesårsaker. Vi anser likevel våre tiltak som en integrert del av den behandlingen som er riktig å tilby vår pasientgruppe, og vi anser kapasiteten per i dag som tilstrekkelig for gjennomføring av våre tiltak.

## **Diskusjon/konklusjon**

Det er kjent at oppfølgingen av pasienter som er lagt inn på grunn av akutt selvpåført medikamentforgiftning, er dårlig organisert, og preget av tilfeldigheter ved mange sykehus. Svært mange pasienter får ikke den oppfølgingen de trenger, noe som resulterer i mange reinnleggelses og høy mortalitet på lang sikt. Dette kan delvis forklares av manglende kunnskap om hva som er hensiktsmessig oppfølging av denne pasientgruppen.

Det er få studier som belyser oppfølging av pasienter innlagt med selvpåført medikamentforgiftning. De studiene som finnes har små pasientpopulasjoner. Flere randomiserte studier med større pasientpopulasjoner etterlyses.

Basert på det som er tilgjengelig av litteratur, kombinert med diskusjon innad i gruppen, har vi kommet frem til to konkrete forslag til forbedring ved OUS, Ullevål. Forslagene innebærer tidlig involvering av fastlege, og utlevering av krisekort. Basert på tilgjengelig litteratur er det støtte for at oppfølging hos fastlege kan være tilstrekkelig når pasientens problemer er mindre kompliserte og

fastlegen er engasjert, eller pasientens problemer har løst seg i løpet av sykehusoppholdet. Vår gruppe mener også det er hensiktsmessig at timen hos fastlege avtales mens pasienten fremdeles er på sykehuset, og at den bør være i løpet av de første tre dagene etter utskrivelse. Dette har vi kommet frem til ved bruk av elementer fra Bærumsmodellen, som nettopp tar utgangspunkt i tidlig intervensjon. Studier av Bærumsmodellen viser at dette har gode resultater på pasienter som ikke får nok støtte gjennom etablert behandlingstilbud, samt for pasienter som venter på behandlingstilbud i spesialisthelsetjensten. Det gjøres for øyeblikket en randomisert studie på Ullevål, som undersøker effekten av tidlig involvering av fastlege, noe som understreker at vi har støtte for dette forbedringstiltaket i fagmiljøet.

Det skal påpekes at Ullevål er det sykehuset i Norge som tar imot flest forgiftningspasienter, og har lang erfaring med denne type pasienter. Til tross for at de ikke har nedskrevne regler for en systematisk tilnærming til denne pasientgruppen, er det mye som gjøres riktig, som med fordel kan overføres til andre sykehus. Eksempelvis behandles alle pasienter i de samme avdelingene, og av det samme personellet. Dermed har avdelingene god erfaring med denne type pasienter, noe som medfører bedre behandling. I tillegg ønsker personellet og gi denne pasientgruppen god behandling. Dette i motsetning til andre steder, hvor denne pasientgruppen av enkelte oppfattes som "lav-status". Gruppens egne erfaringer fra andre sykehus er at det ofte er tilfeldig hvilken avdeling forgiftningspasienter legges på, noe som medfølger en lite strukturert tilnærming til denne pasientgruppen.

På bakgrunn av at utlevering av krisekort allerede er etablert på OUS, Ullevål, og at det for øyeblikket utføres en studie som undersøker effekten av tidlig involvering av fastlege konkluderer vi med at vi ikke har noen nye forbedringstiltak som kan innføres. Derimot vil mange andre sykehus kunne dra nytte av de tiltakene vi har kommet med i denne oppgaven.

## Referanser

1. Skjerdal J, Haga C, Muan B, al e. Forgiftninger ved norske somatiske sykehus i 2008. Norwegian journal of epidemiology. 2011;21(1).
2. Heyerdahl F, Bjornaas MA, Dahl R, Hovda KE, Nore AK, Ekeberg O, et al. Repetition of acute poisoning in Oslo: 1-year prospective study. Br J Psychiatry. 2009;194(1):73-9. Epub 2009/01/02.
3. Bjornaas MA, Jacobsen D, Haldorsen T, Ekeberg O. Mortality and causes of death after hospital-treated self-poisoning in Oslo: a 20-year follow-up. Clin Toxicol (Phila). 2009;47(2):116-23. Epub 2008/07/09.
4. Lund C, Teige B, Drottning P, Stiksrud B, Rui TO, Lyngra M, et al. A one-year observational study of all hospitalized and fatal acute poisonings in Oslo: epidemiology, intention and follow-up. BMC public health. 2012;12:858. Epub 2012/10/11.
5. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mehlum L. [Deliberate self harm in adolescents]. Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke. 2003;123(16):2241-5. Epub 2003/09/26. Villet egenskade blant ungdom.
6. House A, Owens D, Patchett L. Deliberate self harm. Quality in health care : QHC. 1999;8(2):137-43. Epub 1999/11/11.
7. Camidge DR, Wood RJ, Bateman DN. The epidemiology of self-poisoning in the UK. British journal of clinical pharmacology. 2003;56(6):613-9. Epub 2003/11/18.
8. Hawton K. Psychiatric assessment and management of deliberate self-poisoning patients. Medicine. 2007;35(10):565-9.
9. Payne RA, Oliver JJ, Bain M, Elders A, Bateman DN. Patterns and predictors of re-admission to hospital with self-poisoning in Scotland. Public health. 2009;123(2):134-7. Epub 2009/02/03.
10. Kreitman N, Foster J. The construction and selection of predictive scales, with special reference to parasuicide. Br J Psychiatry. 1991;159:185-92. Epub 1991/08/01.
11. Carter GL, Clover KA, Bryant JL, Whyte IM. Can the Edinburgh Risk of Repetition Scale predict repetition of deliberate self-poisoning in an Australian clinical setting? Suicide & life-threatening behavior. 2002;32(3):230-9. Epub 2002/10/11.

12. Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, et al. Effects of legislation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: before and after study. *BMJ*. 2001;322(7296):1203-7. Epub 2001/05/19.
13. Owens D, Wood C, Greenwood DC, Hughes T, Dennis M. Mortality and suicide after non-fatal self-poisoning: 16-year outcome study. *Br J Psychiatry*. 2005;187:470-5. Epub 2005/11/02.
14. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. *BMJ*. 1998;317(7156):441-7. Epub 1998/08/14.
15. Rutiner for registrering, behandling og oppfølging av pasienter innlagt ved norske sykehus etter parasuicid. Statens helsetilsyn; 2001; Available from: <http://www.helsetilsynet.no/no/ts/sokeside/?quicksearchquery=Rutiner+for+registrering,+behandling+og+oppf%C3%B8lgning+av+pasienter+innlagt+ved+norske+sykehus+etter+parasuicid>.
16. NICE guidelines Self Harm. 2004; Available from: <http://www.nice.org.uk/CG16>.
17. Kapur N, Murphy E, Cooper J, Bergen H, Hawton K, Simkin S, et al. Psychosocial assessment following self-harm: results from the multi-centre monitoring of self-harm project. *Journal of affective disorders*. 2008;106(3):285-93. Epub 2007/09/01.
18. Morgan HG, Jones EM, Owen JH. Secondary prevention of non-fatal deliberate self-harm. The green card study. *Br J Psychiatry*. 1993;163:111-2. Epub 1993/07/01.
19. Evans MO, Morgan HG, Hayward A, Gunnell DJ. Crisis telephone consultation for deliberate self-harm patients: effects on repetition. *Br J Psychiatry*. 1999;175:23-7. Epub 2000/01/06.
20. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*. 2001;323(7305):135-8. Epub 2001/07/21.
21. Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, Xie SX, Hollander JE, Beck AT. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2005;294(5):563-70. Epub 2005/08/04.
22. : Helseetaten Oslo kommune; Available from: <http://www.helseetaten.oslo.kommune.no>.
23. Rygh LH, Morland B. [The good quality indicators]. *Tidsskrift for den Norske laegeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny raeke*. 2006;126(21):2822-5. Epub 2006/11/07. Jakten pa de gode kvalitetsindikatorene.

24. Frich J. Kvalitetsindikatorer. UiO; 2011 [updated 2013-01-22]; Available from: <http://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html>.
25. Lindman A, Damgaard K, Tjomsland O, al e. Reinnleggelser av eldre i Norge. Kunnskapssenteret; 2012; Available from: <http://www.kunnskapssenteret.no/15377.cms>.
26. Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, al e. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2 ed2009.
27. Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, al e. En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid2013.
28. Maurer R. Beyond the wall of resistance: Bard press; 2010.
29. Johannessen HA, Dieserud G, De Leo D, Claussen B, Zahl PH. Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Baerum, Norway. BMC public health. 2011;11:81.