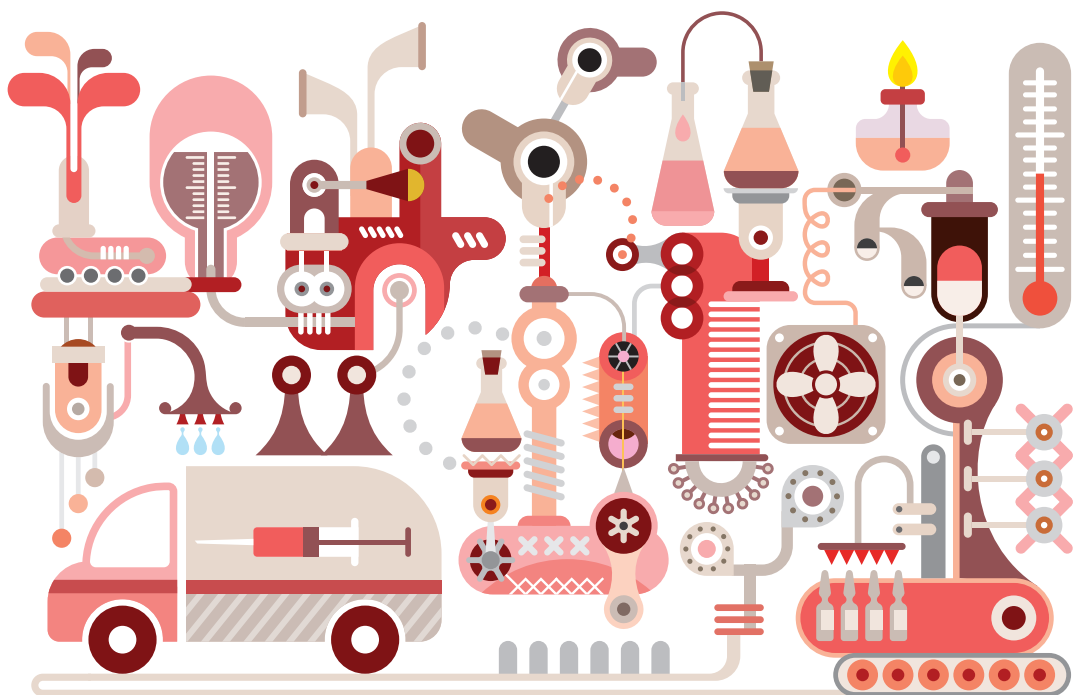


Therese Dahl, Silje Svarstad & Tove Littlekalsøy

STATUSRAPPORT 2015

Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon

Pasientsikkerhetsprogrammet





FORORD

Det dør rundt 260 mennesker av overdoser i Norge hvert år. Dette er langt flere enn antall døde i trafikken. Dersom vi tenker at det er 10 pårørende rundt hvert offer betyr det at 2600 blir berørt av overdosedødsfall hvert år. Fagfolk og brukerorganisasjoner er stort sett enige om at det ikke finnes noen “quick fix” som tar oss bort og ut av disse tragiske dødsfallene. God rusbehandling er krevende på tid, samarbeid og faglig klokskap. Men selv om rusbehandling er kompleks, kan vi, likevel, med noen enkle grep heve kvaliteten på arbeidet vi gjør. Mange ganger handler det ikke om å finne opp noe nytt, men å organisere arbeidet på en bedre og mer systematisk måte.

Pasientsikkerhetskampanjens forebygging mot overdoser er et slikt eksempel. Den har som mål å lære pasienter strategier for å unngå overdoser, kunne identifisere symptomer på en begynnende overdose hos en selv og andre og kunne tilkalle medisinsk hjelp når det er nødvendig. I tillegg får risikogruppene grundig innføring i og praktisk trening i HLR (hjerte- lunge redning). Treningsdukker blir brukt for å gjøre opplæringen så realistisk som mulig.

Det er et velkjent problem at faren for overdoser er størst like etter utskrivning fra døgninstitusjoner. Kampanjen har derfor satt særskilt fokus på de problematiske overgangene som kan oppstå når en pasient flytter seg fra et hjelpetilbud til et annet. ”Time i hånden når du går” er et hjelpemiddel for å hindre at pasienter ”faller mellom de velkjente stolene”, og sikrer at både institusjonen og pasienten vet hvem som har det videre ansvaret for behandlingsløpet. I tillegg legger kampanjen vekt på å utarbeide individuelle kriseplaner som tydeliggjør og avklarer hva pasienten og behandlingsapparatet kan gjøre hvis en krise eller tilbakefall oppstår.



Etter inspirasjon fra Overdoseteamet i Trondheim er det blitt laget et overdosekort på størrelse med et bankkort. På den ene siden blir eieren av kortet minnet om ulike risikosituasjoner og enkel førstehjelp, på den andre siden er nødnummeret 113 trykket. Kortet deles ut til alle pasienter i målgruppen. Kan tiltak som beskrevet i denne rapporten redusere antall overdosedødsfall?

Det er alltid vanskelig å måle effekter av enkle tiltak som dette. Mange forhold spiller inn og påvirker overdosestatistikken, her under hvilket illegalt rusmiddel som til enhver tid er tilgjengelig og kvalitet og tilgjengelighet på de kommunale tilbudene og spesialisthelsetjenesten. Videre spiller individuelle forhold som personens fysiske, psykiske og somatiske tilstand en betydelig rolle, i tillegg til en rekke andre uforutsette hendelser.

Men, flytter vi fokuset fra statistikk til den kliniske hverdagen ser vi raskt resultater. Pasienter rapporterer om økt mestingsopplevelse og at de nå har større oppmerksomhet rundt temaet overdoser. Det samme sier personalet, nå kan de lettere sette overdoser på dagsordenen og ansatte er blitt mer bevisst på hvilke pasienter som er særlig sårbare for å gå i overdoser. Så langt tyder mye på at det ikke bare er pasientene som lærer mer om dette kompliserte temaet, vi helsearbeidere får også hevet vår kompetanse. Og kompetanse er som kjent lett å ta med seg og har i tillegg få bivirkninger.

En pasient som nylig hadde gjennomgått hele tiltakspakken uttrykte det slik: "Det er masse god omsorg og god behandling i å få delta i systematisk kompetanseoppbygging".

Bergen 15. april 2015

Kari Lossius

Klinikkdirektør ved Stiftelsen Bergensklinikkene



ARBEIDSGRUPPEN

Rapporten er på vegne av arbeidsgruppen utarbeidet av:

Therese Dahl, Prosjekt- og metodeutvikler i Stiftelsen Bergensklinikkene
Silje Svarstad, Oversykepleier i Stiftelsen Bergensklinikkene
Tove Litlekalsøy, Sekretær i Stiftelsen Bergensklinikkene.

Arbeidsgruppen består av:

Programansvarlig og leder for arbeidsgruppen:

Klinikkdirektør Kari Lossius

Pådriveransvarlig og Veileder:

Oversykepleier Silje Svarstad

sesd@bergensklinikkene.no | Tlf:915 58 846

Måleansvarlig og veileder:

Sekretær Tove Litlekalsøy

tilt@bergensklinikkene.no | Tlf: 55 90 88 81

Pådriveransvarlig og Veileder for psykologgruppen:

Psykolog Laila Aziza Caradoon

Rapportansvarlig:

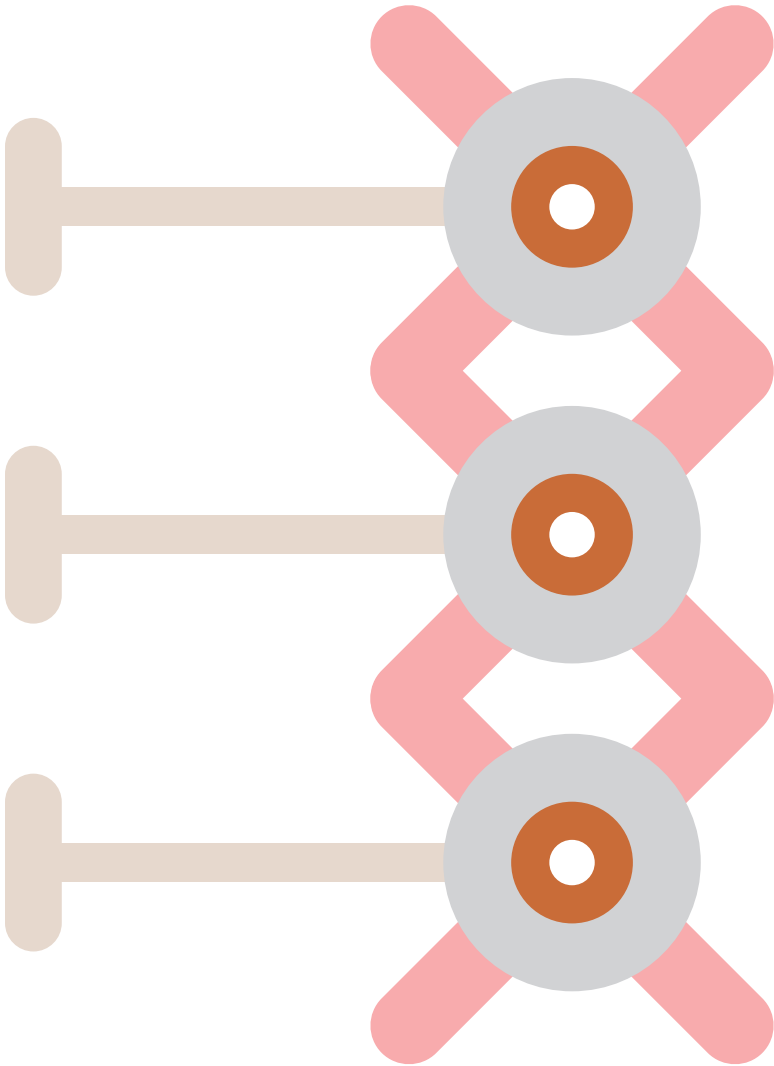
Prosjekt- og metodeutvikler Therese Dahl

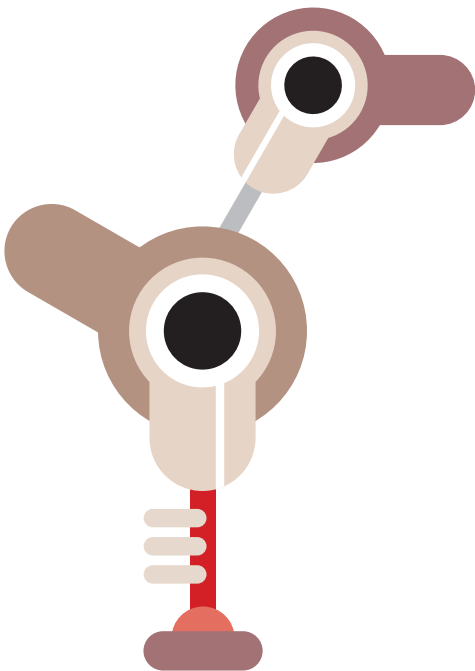
Arbeidsgruppen ønsker å takke alle behandlere og øvrig personell som har vært, og fremdeles er, involvert i programmet.

En spesiell takk til pasientene som har deltatt. For spørsmål

knyttet til implementering av Overdoseprogrammet kan

Oversykepleier Silje Svarstad kontaktes per telefon eller mail.







INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Pasientsikkerhetsprogrammet | 8

- 1.1 Bakgrunn for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram
- 1.2 Bakgrunn for pasientsikkerhetsprogrammet i Stiftelsen Bergensklinikkene
- 1.3 Organisering av rapporten

2.0 Tiltakspakken | 10

- 2.1 Spesialistvurdering
- 2.2 Kriseplan
- 2.3 Informasjon om overdosefare
- 2.4 Sikre kritiske elementer ved utskrivelse

3.0 Implementeringsarbeid | 14

- 3.1 Organisering av arbeidet
- 3.2 Metodisk tilnærming for implementeringsarbeidet
- 3.3 Viktige faktorer ved implementering av overdoseprogrammet

4.0 Resultater | 17

- 4.1 Metode for målinger
- 4.2 Utvalg
- 4.3 Resultater fra tiltakspakken
 - 4.3.1 Tallfestete måltall – svarprosent
 - 4.3.2 Tallfestete måltall - poeng
 - 4.3.3 Resultater i forhold til tiltakene i sjekklisten/tiltakspakken

5.0 Øvrige resultater | 23

- 5.1 Tidligere overdose
- 5.2 Legemiddelassistert Rehabilitering/Stabilisering
- 5.3 Avslutningsårsak

6.0 Resultatoppfølging | 25

- 6.1 Data fra resultatoppfølging

7.0 Veien videre | 27



1.0 PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET

1.1 BAKGRUNN FOR NASJONALT PASIENTSIKKERHETSPROGRAM

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten definerer pasientsikkerhet som:

Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Pasientsikkerhetsprogrammet handler om å forhindre at pasienter skades. Godt pasientsikkerhetsarbeid handler også om å lære av uønskede hendelser slik at man aktivt kan forebygge og hindre at hendelsene gjentar seg. Det femårige nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet er en videreføring av pasientsikkerhetskampanjen som ble gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten. Det er 12 ulike innsatsområder i programmet, hvor alle har som mål å:

- redusere unødig pasientskade i helsetjenesten
- bygge en varig struktur for å følge med på pasientsikkerhet
- utvikle en god pasientsikkerhetskultur i helsetjenesten

Tiltakene i innsatsområdet «Forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon» ble først utprøvd gjennom pilotprosjekter i perioden januar til juni 2013. Noen endringer ble gjort før tiltakspakken ble lansert i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen høsten 2013. I kampanjeperioden ble det gjennomført et nasjonalt læringsnettverk hvor team fra helseforetak i hele landet deltok. Innsatsområdets tiltakspakke og målemetoder fra kampanjeperioden ble direkte videreført til Pasientsikkerhetsprogrammet. Målinger og registreringer i Extranet skal utføres gjennom hele programperioden på fem år. Tiltakspakken er relevant for alle som arbeider med pasienter med rusproblematikk i spesialisthelsetjenesten. Mer om programmet finnes på hjemmesiden pasientsikkerhetsprogrammet.no



1.2 BAKGRUNN FOR PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET I STIFTELSEN BERGENSKLINIKKENE

Kunnskapssenteret etablerte i 2012 en arbeidsgruppe som fikk i mandat å utarbeide tiltak for innsatsområdet forebygging av overdosedødsfall etter utskrivelse fra rusinstitusjon. Klinikkdirektør i Stiftelsen Bergensklinikkene ledet arbeidsgruppen. Prosjekt- og metodeutvikler Therese Dahl deltok også i arbeidsgruppen. Etter at tiltakspakken var utviklet gjennomførte Stiftelsen Bergensklinikkene som en av tre institusjoner et pilotprosjekt i 2013. Det ble da opprettet en arbeidsgruppe bestående av fem ansatte med klart definerte roller som leder, pådriver, måleansvarlig, rapportansvarlig og pådriver opp mot behandlergruppen. Se del 3 for mer informasjon om implementeringsarbeidet som ble gjennomført i pilotfasen. I pilotprosjektet ble det også utarbeidet flere statusrapporter og en sluttrapport. Resultater fra pilotfasen, både fra Stiftelsen Bergensklinikkene og de øvrige pilotinstitusjonene kan lastes ned fra pasientsikkerhetsprogrammets nettside *pasient-sikkerhetsprogrammet.no*. På nettsiden finnes også programmets informasjonsmateriell m.m.

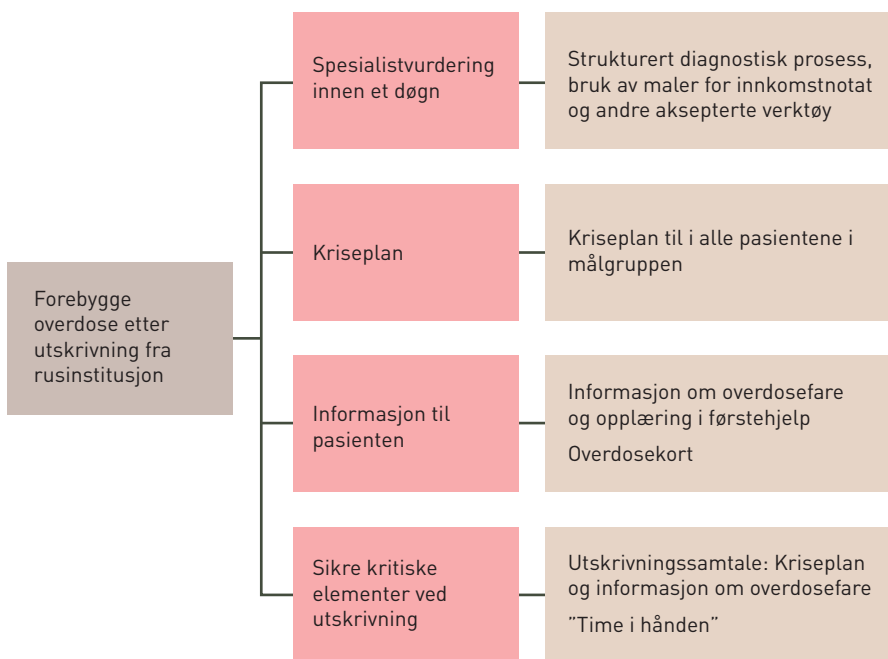
1.3 ORGANISERING AV RAPPORTEN

Rapportens del to beskriver innholdet i tiltakspakken, mens del tre beskriver implementeringsarbeidet som ble gjennomført i Stiftelsen Bergensklinikkene. I del fire og fem beskrives metode for målinger og resultater et år etter at programmet startet. Del seks tar for seg resultatoppfølging. Avslutningsvis beskrives veien videre.

2.0 TILTAKSPAKKEN

Som vist i driverdiagrammet (se figur 1) er programmets målsetting å forebygge/forhindre overdosedødsfall etter utskrivelse fra institusjon. Fire tiltak er iverksatt for å nå målet. Spesialistvurdering ved innleggelse, grundig informasjon til pasienten om overdosefare, utarbeidelse og bruk av kriseplan, samt å sikre kritiske elementer ved utskrivelse. Stiftelsen Bergensklinikkene har utarbeidet interne prosedyrer for gjennomføring av tiltakene i pasientsikkerhetsprogrammet.

FIGUR 1 DRIVERDIAGRAM





2.1 SPESIALISTVURDERING

Spesialistvurdering gjennomføres av pasientansvarlig lege eller psykolog innen ett døgn etter innleggelse. En strukturert diagnostisk prosess og bruk av maler for inntakstnotat og andre aksepterte verktøy benyttes for å vurdere den beste behandlingsformen. Pasienten sikres dermed tidlig vurdering av spesialist. Målet er å hindre eller avdekke overdosefare.

2.2 KRISEPLAN

Formålet med kriseplan er å forhindre tilbakefall og samtidig sikre at pasienten har viktig kontaktinformasjon tilgjengelig for bistand i risikosituasjoner. I tillegg skal kriseplanen gi pasienten forutsigbarhet i forhold til hvordan vedkommende skal gå frem for å komme tilbake i behandling så raskt som mulig dersom de har hatt et tilbakefall.

Behandler utarbeider kriseplan i samarbeid med pasienten i løpet av de første 7 døgnene under innleggelse ved avd. Hjellestad og innen 4 første døgn ved avd. Skutviken. Stiftelsen Bergensklinikkene benytter mal for kriseplan som tar utgangspunkt i metoden Mentaliseringsbasert Terapi (MBT). Kriseplanen er lagt inn som mal i journal-systemet. Malen dekker i tillegg til tilbakefall spesifikt overdose. Det kan også være hensiktsmessig å sende ut kopi av kriseplanen til samarbeidene instanser dersom pasienten selv ønsker det.

2.3 INFORMASJON OM OVERDOSEFARE

Pasienter som er i målgruppen dvs. personer som bruker GHB og/ eller opioider, gis informasjon om overdosefare ved utskrivelse, innen 7 dager etter innleggelse ved avd. Hjellestad og innen 4 dager ved innleggelse ved avd. Skuteviken. Samtalen gjennomføres av behandler eller pasientansvarlig lege/psykolog og følger informasjonsveilederen som ble utarbeidet i pasientsikkerhetskampanjen (se vedlegg 1). Pasienten får utdelt et overdosekort som oppsummerer informasjonen som er gitt og skal fungere som en påminner/ huskeliste (se figur 2).

FIGUR 2 OVERDOSEKORT

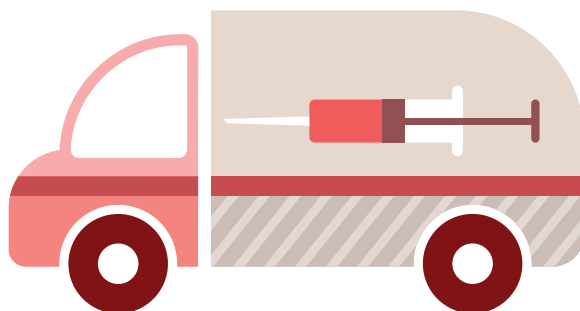


Målet med tiltaket er at pasientene skal lære om overdosefaren og i tillegg få teoretisk og praktisk opplæring i livreddende førstehjelp/kameratredning. I Stiftelsen Bergensklinikkene gis den teoretiske informasjonen individuelt. Praktisk opplæring og øving i basal hjerte-lungeredning etter NRR sin retningslinje gjennomføres ukentlig i grupper hvor pasientene øver på Anne-dukke. Praktisk og teoretisk førstehjelp er i tillegg en del av det ordinære undervisningsprogrammet ved avdeling Hjellestad. Etter deltagelse på førstehjelpsundervisning får pasientene utlevert nøkkelhank med pustemasker.



2.4 SIKRE KRITISKE ELEMENTER VED UTSKRIVELSE

Ved utskrivelse gjennomføres samtale med pasienten med fokus på viktige elementer i kriseplanen. Kriseplanen gjennomgås og det sikres at pasienten har denne tilgjengelig. Informasjon om overdosefare som ble gjennomgått ved starten av oppholdet repeteres kort og overdosekortet deles ut på nytt dersom pasienten ikke lenger har det tilgjengelig. For å sikre kontinuitet i tjenestene er avtale om oppfølgingstime («time i hånden») et viktig tema i samtalen. «Time i hånden» vil si at alle pasienter skal ha en konkret avtale for oppfølging når de skrives ut fra institusjonen uavhengig av om avslutningen er planlagt eller ikke. Ved avbrutte opphold skal behandler kontakte pasienten for å tilby oppfølging. Oppfølgings-samtale foregår enten ved en av avdelingene i Stiftelsen Bergensklinikkene eller hos samarbeidende instans.





3.0 IMPLEMENTERINGSARBEID

3.1 ORGANISERING AV ARBEIDET

Stiftelsen Bergensklinikkene avd. Hjellevstad var som tidligere beskrevet en av tre institusjoner som gjennomførte pilotprosjektet i 2013. Vi hadde dermed erfaring med implementeringsarbeid forut for kampanjeperioden. Klinikkdirektør opprettet arbeidsgruppen og fordelte ansvars- og arbeidsoppgaver allerede på dette tidspunktet. Arbeidsgruppen har et overordnet ansvar for implementeringsarbeidet, men samtlige ansatte som er i direkte kontakt med pasienter er involvert i pasientsikkerhetsarbeidet.

Arbeidsgruppen utarbeidet grovskissene til internprosedyrer som skulle sikre korrekt gjennomføring av tiltakene i kampanjen. Leder for legegruppen, teamleder for psykologgruppen og avdelingsledere ble invitert med for å slutføre og konkludere arbeidet med prosedyrene. Det ble da gjort en rekke justeringer og ansvar for ulike tiltak ble direkte plassert i prosedyreskrivet.

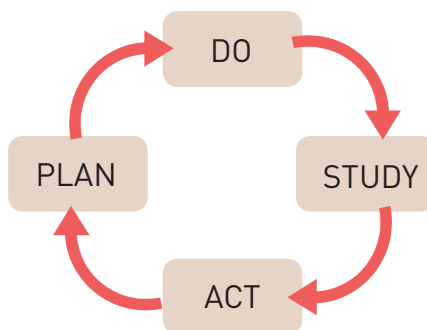
God implementering av nye tiltak forutsetter forankring i toppledelsen, samt involvering av øvrig personell slik at de ansatte får et eierforhold til tiltakene. På bakgrunn av dette har flere ansatte med ulike funksjoner vært involvert i kampanjen. Kampanjen har vært godt forankret i ledelsen, noe som falt naturlig fordi Klinikkdirektør og Prosjekt- og metodeutvikler har vært del av arbeidsgruppen som utarbeidet de nasjonale tiltakene. For å sikre god implementering har det vært gjennomført internundervisning. Vi har også sikret at informasjon når ut til alle ansatte gjennom blant annet informasjon per mail. Det har også vært nødvendig at kampanjen og dens innhold har vært fast tema på ukentlige teammøter hvor behandlere og pasientansvarlige møtes. Fokus på disse møtene har både vært status i forhold til hvorvidt prosedyren følges og hvor mange pasienter som er i målgruppen til enhver tid. Samtidig har det vært viktig å skape en arena hvor både positive erfaringer og utfordringer deles.

Som ledd i kvalitetssikring av arbeidet og for å følge med hvordan vi ligger an i forhold til målepunktene i programmet har vi punchet data fra sjekklisterne over i SPSS, et statistisk analyseprogram. Ved regelmessig gjennomgang av disse dataene har vi kunnet finne forbedringspunkter og gjøre endringer underveis. For mer informasjon om metode for målinger se punkt 4.1.

3.2 METODISK TILNÆRMING FOR IMPLEMENTERINGSARBEIDET

Vi har tatt utgangspunkt i de tallfestede resultatene fra sjekklisterne og målingene og anvendt PDSA-sirkelen (Plan, Do, Study, Act) i implementering og kvalitetsforbedringsarbeidet. PDSA-sirkelen ble brukt da vi gjennomførte pilotprosjektet ved Stiftelsen Bergensklinikkenes avdeling Hjellettestad og to andre institusjoner. Pilotprosjektet ved disse tre klinikkene ble regnet som småskalatesting før tiltakspakken skulle introduseres nasjonalt. Videre har vi brukt PDSA-sirkelen internt i mindre skala ved å prøve ut forbedringer i bare en avdeling for å se om det gav forventet resultat før ideen enten ble forkastet eller tatt videre til resten av Stiftelsen Bergensklinikkenes.

PDSA-sirkelen muliggjør småskalautprøving av forbedringstiltak. Deretter kan endringer gjøres i større skala. Det er flere fordeler med å prøve ut endringer i liten skala. Først og fremst reduserer man risikoen for å implementere endringer som ikke fungerer eller i verste fall kan gi negative konsekvenser. Videre gir det mulighet for å justere tiltaket før man implementerer det i større skala. Ved bruk av småskalatesting blir også terskelen for forandring lavere.





De fleste av tiltakene i kampanjen hadde vi konkrete prosedyrer for også forut kampanjestart. Det systematiske arbeidet knyttet til kampanjen og læringsnettverkene har likevel gitt økt fokus, økt kompetanse og langt mer systematisk arbeid med overdoseproblematikk. Det har vært helt essensielt at kampanjen har vært ledelsesforankret, og at det ble lagt føringer fra ledelsen om at dette var å anse som en høyt prioritert oppgave. Det har muliggjort at arbeidsgruppen har fått tid til regelmessig fokus på, og møter rundt kampanjen. Det har også vært vesentlig å registrere data i SPSS i tillegg til i Extranet. Dette har ført til at vi har fanget opp svakheter og forbedringspunkter. Ledelsen har også oppfordret og gitt mulighet for ansatte til å delta på kurs om pasientsikkerhetsarbeid.

3.3 VIKTIGE FAKTORER VED IMPLEMENTERING AV OVERDOSEPROGRAMMET

Det er flere faktorer som bør være tilstede for å lykkes med implementeringsarbeid. Først og fremst må programmet være forandre i ledelsen. Man bør ha en arbeidsgruppe med klart definerte roller og anvende metoder for måling. Det er hensiktsmessig at en ansatt har rollen som måleansvarlig. I tillegg bør det være en eller flere med pådriveransvar for implementeringsarbeidet. Det har vist seg å være en fordel om en av de som innehar rollen som pådriver er behandler. Opplæring og hyppig informasjon er viktig for å skape eierforhold til programmet blant de ansatte. Det bør utvikles system som bidrar til at behandlere og pasienter opplever eierforhold til programmet.



4.0 RESULTATER

HOVEDFUNN

Måltall: 100% svarprosent.

Oppnådd svarprosent: er 96%.

I overkant av 2/3 av de som er inkludert i programmet har gjennomført hele tiltakspakken

Måltall på 120 poeng er oppnådd for 70% av pasientene

99% har fått spesialistvurdering innen første døgn

90% har fått informasjon om overdosefare og HRL (hjerte og lungeredning)

60% har fått utarbeidet kriseplan

Nesten 90% av har fått overdosekort og gjennomgang av dette ved utskrivelse.

Nesten 80% har fått avtale om oppfølgingstime ved utskrivelse

Vel halvparten har tidligere hatt overdoser etter opiatbruk

I overkant av 20% har tidligere hatt overdoser etter bruk av GHB/GBL

40% har tidligere hatt overdoser både ved bruk av GHB/GBL og opiater

60% av opiatbrukerne er i LAR/LAS



4.1 METODE FOR MÅLINGER

Som del av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet for forebygging av overdose etter utskrivelse fra institusjon registreres sjekklisterens totale poengskårer i kunnskapssenterets database som er kalt Extranet. Stiftelsen Bergensklinikkene har valgt å føre disse dataene også i statistikkprogrammet SPSS for å kunne holde oversikt over poengskårer for hvert enkelt tiltak i tiltakspakken. Dette har gitt oss mulighet til kontinuerlig å vurdere hvilke forbedringspotensial vi har innenfor de ulike tiltakene i tiltakspakken. Stiftelsen Bergensklinikkene valgte i tillegg å utarbeide en side 2 av sjekklisten med en del tilleggsvariabler som behandler fyller ut før sjekklisten leveres anonymt til måleansvarlig for registrering på gruppenivå. Disse variablene som blant annet omhandler primærrusmiddel, avslutningsårsak og tidligere erfaring med overdose innhentes av behandler fra pasientens journal. Måleansvarlig har regelmessig gjennomgått alle anonymiserte utfylte sjekklister og laget et spesifikt oppsummeringsnotat på hva som har fungert bra og hvor det er behov for forbedring. Videre har måleansvarlig sørget for at denne informasjonen når ut til alle ansatte. I hensikt å sikre at alle pasienter i målgruppen inkluderes i overdoseprogrammet har måleansvarlig jevnlig gjennomgått pasientlister. Inklusjon av pasienter i målgruppen tematiseres også ukentlig på teammøter og pasientlister kontrolleres opp mot leverte sjekklister ved avslutning.

4.2 UTVALG

Denne delen av rapporten beskriver resultater fra overdoseprogrammet i Stiftelsen Bergensklinikkene for perioden 1. mars 2014 til 1.mars 2015. Det er i perioden 522 registrerte sjekklister for behandlingsopphold på pasienter som har deltatt i overdoseprogrammet. Av disse er 382 innleggelses menn og 125 innleggelses kvinner. For 15 er det ikke registrert kjønn.



442 av disse innleggelsene har vært avrusning- eller stabiliseringsopphold ved avdeling Skuteviken mens 80 har vært til innleggelser ved avdeling Hjellestad.

Vi har benyttet tre alderskategorier: 18–30 år, 30–40 år og pasienter over 40 år. Aldersmessig fordeler pasientgruppen seg jevnt mellom de tre kategoriene. Det er registrert hvilken type rusmiddel pasienter bruker for 496 av 522 pasientopphold. Nesten 90 prosent oppgir bruk av opiat. Andelen er like stor både for kvinner og menn. Det er 3% som oppgir bruk av GBH mens like mange oppgir bruk av både opiat og GBH. De aller fleste av de som oppgir bruk av GHB alene, eller GBH og opiat i kombinasjon er i aldersgruppen under 30 år.

4.3 RESULTATER FRA TILTAKSPAKKEN

4.3.1 Tallfestete måltall – svarprosent

Stiftelsen Bergensklinikkene har satt som mål å inkludere alle pasienter i målgruppen, dvs. pasienter som bruker GHB/GBL og/eller opiat. Måltall for svarprosent er satt til 100%. Oppnådd svarprosent er 96%.

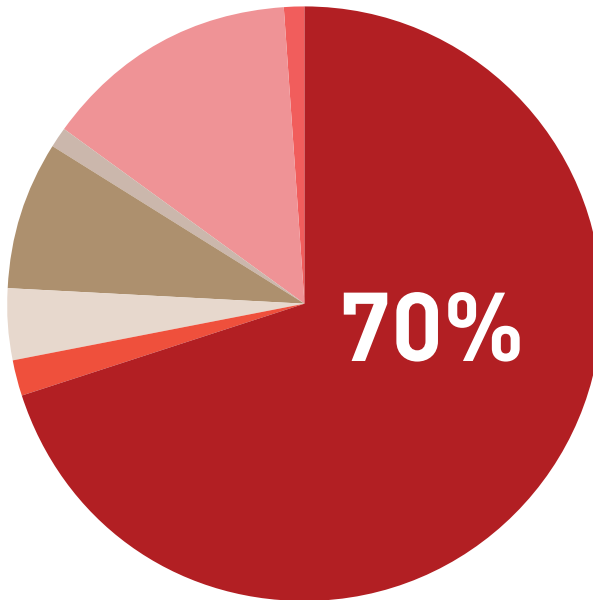
4.3.2 Tallfestete måltall - poeng

På hver utfylte sjekkliste gis det en skåre på 20 poeng for hvert gjennomførte tiltak. Maks skåre er 120 poeng. Stiftelsen Bergensklinikkene sitt måltall er 120 poeng, og en svarprosent på 100%. Sistnevnte betyr at alle pasienter i målgruppen skal inkluderes i programmet.

Som figur 1 (neste side) viser er det tallfestete målet på 120 poeng nådd for nesten 70% av pasientoppholdene. Det betyr at for 2/3 av pasientene er alle tiltakene i tiltakspakken gjennomført i sin helhet. 14% mangler et gjennomført tiltak, og nesten like mange mangler to eller flere tiltak.



FIGUR 1 POENG

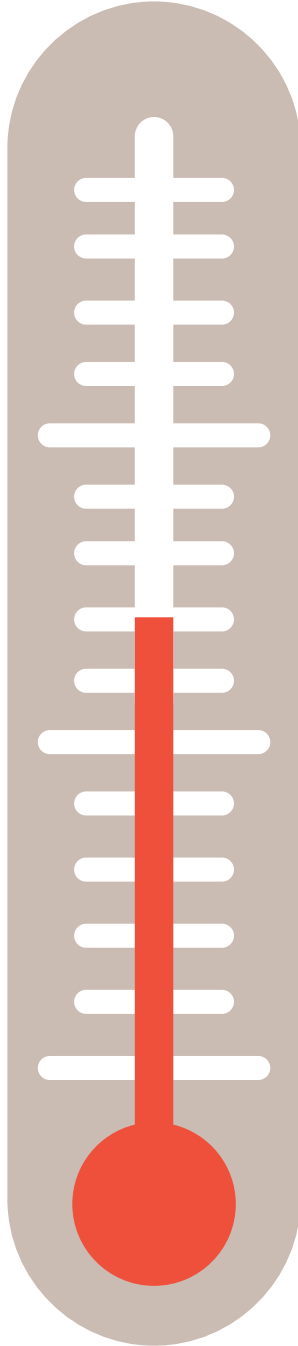


4.3.3 Resultater i forhold til tiltakene i sjekklisen/tiltaks pakken

99% av pasientene har fått spesialistvurdering innen første behandlingsdøgn. Litt i overkant av 60% har fått utarbeidet kriseplan, mens 15% har ikke fått kriseplan. Det skyldes ofte tidlig drop out. 15% av pasientene oppgir at kriseplan ikke er aktuelt for dem, enten fordi de ikke ønsker kriseplan, eller fordi de allerede har fått utarbeidet kriseplan. For 6% av pasientene er det ukjent status når det gjelder kriseplan. Det tredje tiltaket i tiltakspakken omhandler informasjon om overdosefare og HLR(hjerte- og lungeredning). 90% av pasienten har fått informasjon om overdosefare i tråd med utarbeidet veileder, og informasjon om HLR. Mens vel 1% ikke har fått informasjon om overdosefare og HLR. Noen pasienter formidler at de ikke ønsker informasjon, primært fordi de allerede besitter nødvendig kunnskap på området. Fjerde tiltaket omhandler utlevering av overdosekort ved utskrivelse. Nesten 90% av pasienten har fått overdosekort og gjennomgang av det ved utskrivelse.



Noen få (2%) har ikke fått overdosekort (drop out), mens 6% ikke ønsket overdosekort. Primært gjelder dette pasienter som har vært innlagt flere ganger og således har fått utlevert dette tidligere. Erfaring viser at pasienter som har fått utlevert overdosekort tar vare på det og oppbevarer det i jakkelommer, i lommebok, eller i hjemmet. I tråd med tiltakspakken skal pasienter ved utskrivelse få avtale om oppfølgingstime, enten i Stiftelsen Bergensklinikkene eller hos andre aktører rundt pasienten (NAV, fastlege m.m). I tiltakspakken kalles dette « time i hånden». Nesten 80% har fått avtale om oppfølgingstime ved utskrivelse, mens i underkant av 4% ikke har fått det. For i underkant av 100 pasienter er sjekklisten mangelfullt utfylt i forhold til « time i hånden». Dette er et sentralt forbedringspunkt for kommende år. Vel 10% av pasientene er ført opp som ikke aktuelle for oppfølgingstime, primært fordi de skal direkte overføres internt i Stiftelsen Bergensklinikkene eller til andre behandlingsinstitusjoner. Det siste tiltaket i forbindelse med utskrivelse omhandler å minne pasienten på kriseplanens innhold og anvendelse. I tiltakspakken brukes betegnelsen « påminning kriseplan». Nesten 60% er i utskrivelsessituasjonen påminnet denne, mens vel 8% ikke har fått slik påminning. For nesten 10% av pasientene mangler det opplysninger om dette tiltaket, noe som blir fokus for forbedring. 25% av pasienten er registrert som ikke aktuell for påminning om kriseplan, enten fordi de ikke har kriseplan eller ikke har ønsket kriseplan.





5.0 ØVRIGE RESULTATER

5.1 TIDLIGERE OVERDOSE

Nesten 70% av pasientene i programmet rapporterer at de tidligere ikke har hatt overdose i forhold til GHB/GBL, mens i overkant av 20% tidligere har hatt ikke dødelige overdoser. De fleste av dem har hatt mellom en og fem overdoser, mens 3% rapporterer mellom fem og 20 overdoser i forhold til GHB. Det er ikke store forskjeller på hvilken alderskategori som har hatt tidligere overdoser med GBH. Flertallet er imidlertid mellom 18 og 40 år.

Nesten halvparten rapporterer at de tidligere har hatt ikke dødelige overdoser ved bruk av opiater, mens i overkant av 20% ikke har hatt overdoser. Av de som har hatt overdoser rapporterer i overkant av halvparten at de har hatt mellom en og fem overdoser, vel 20% har mellom fem og ti overdoser, mens 22% har hatt mer mellom ti og 100 overdoser. Av disse rapporterer 1% (5) at de tidligere har hatt mellom 50 og 100 overdoser ved bruk av opiater. Det er heller ikke her store forskjeller innenfor hver alderskategori. Aldersgruppen med høyes antall ikke dødelige overdoser er de mellom 30 og 40 år. Flere av disse pasientene har hatt mellom 50 og 100 ikke dødelige overdoser.

40% av pasientene som har deltatt i programmet har hatt overdoser både på GHB og opiater. Av disse har 60% hatt mellom to og 10 overdoser, mens litt i overkant av 20% har hatt mellom 10 og 100 overdoser. I underkant av 20% har ikke hatt overdose. For 40% av pasientene står overdose i forhold til GHB og opiater registrert som ukjent(missing).

10% av pasientene rapporterer at de tidligere har hatt ikke dødelig overdose etter utskrivelse fra institusjon, mens nesten 50% rapporterer at de ikke har hatt det. For 40% mangler det opplysninger om tidligere overdose i etterkant av utskrivelse. Det skyldes i hovedsak mangelfull utfylling av sjekklisten, og er dermed et viktig forbedringspunkt.



5.2 LEGEMIDDELASSISTERT REHABILITERING/STABILISERING

Over halvparten av pasienten som har deltatt i programmet mottar Legemiddelasstert Rehabilitering eller Stabilisering (LAR/LAS). 40% er ikke i LAR/LAS. Justert for personer som bruker GHB finner vi at nesten 60% av de som bruker opiater er i LAR/LAS. I underkant av 40% er ikke i LAR/LAS.

5.3 AVSLUTNINGSÅRSAK

40% har avsluttet behandlingsoppholdet som planlagt, like mange er utskrevet før tiden. Sistnevnte omfatter da både pasienter som har ferdigstilt behandlingsforløpet før planlagt avslutningsdato, og pasienter som har avsluttet behandling uten å ferdigstille behandlingsforløpet (drop out). For nesten 20% mangler opplysning på sjekklisten om avslutningsårsak. Dette er et forbedringspunkt.

6.0 RESULTATOPPFØLGING

Dette innsatsområdet i Pasientsikkerhetsprogrammet har fokus på forebygging av overdose i den kritiske fasen etter utskrivelse fra institusjon. Hvorvidt implementerte tiltak faktisk fører til færre overdoser etter utskrivelse vet man imidlertid ikke. Den problemstillingen må i tilfelle besvares gjennom forskning. I hensikt å kunne si noe om hvordan pasienter som har deltatt i overdoseprogrammet har det etter utskrivelse, valgte vi å gjennomføre resultatoppfølging. Pasienter som har deltatt i overdoseprogrammet får dermed tilbud om å bli kontaktet per telefon 1-2 måneder etter utskrivelse. Pasienter som takker ja til å bli kontaktet gir skriftlig samtykke og oppgir sitt telefonnummer. Det ble utviklet følgende seks oppfølgings spørsmål som ledd i resultatoppfølging:

1. Fikk du overdosekort og informasjon om overdosefare ved utskrivelse?
2. Fikk du oppfølgingstime ved utskrivelse?
Hvis ja, benyttet du deg av denne?
3. Har du Kriseplan?
Hvis ja, opplever du det som ett nyttig verktøy?
4. Har du hatt overdose etter utskrivelse? Hvis ja, hvor lang tid etter utskrivelsen og på hvilket rusmiddel?
5. Opplever du at informasjonen om overdosefare etter utskrivelse har vært nyttig? Hvis ja, på hvilken måte?
6. Har du hatt bruk for HLR ferdighetene (og kunnskapen) etter utskrivelse? Hvis ja, på hvilken måte?

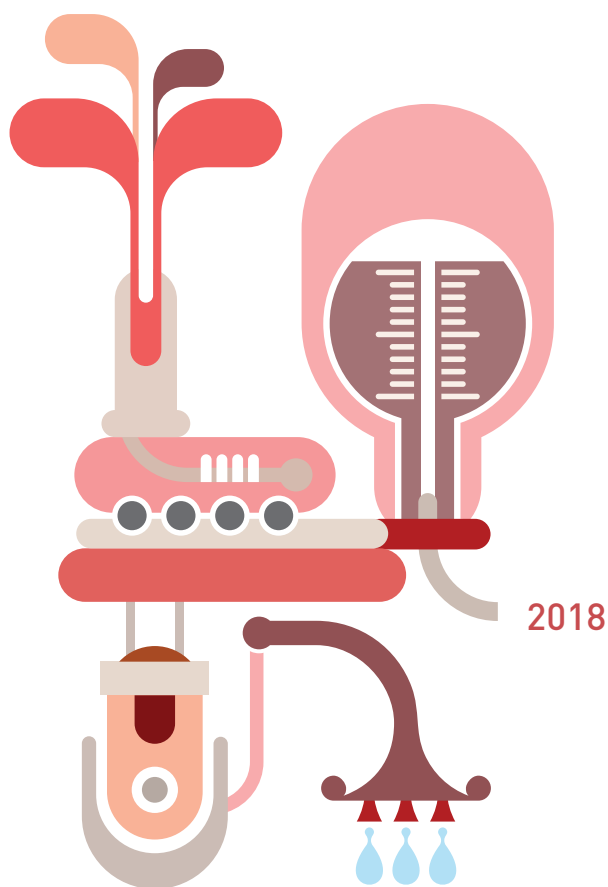


6.1 DATA FRA RESULTATOPPFØLGING

Av de 522 som i perioden 1. mars 2014 til 1. mars 2015 har vært inkludert i overdoseprogrammet har 144 gitt skriftlig samtykke til å bli ringt opp som del av resultatoppfølgingen. Resultatoppfølgingen er gjennomført ved at måleansvarlig har ringt til pasienter som har samtykket til det. Arbeidet med resultatoppfølging har foregått på dagtid, hverdager. Det har vist seg vanskelig å nå pasientene per telefon. Det er kun oppnådd telefonisk kontakt med 28 pasienter. Av disse ønsket fire ikke å svare på de seks oppfølgingsspørsmålene. Fire personer var opptatt på oppringt tidspunkt, mens 20 besvarte oppfølgingsspørsmålene. Det må i fortsettelsen gjøres en konsekvensanalyse i forhold til pasientenes nytte av resultatoppfølgingen og hvordan den evt. kan gjennomføres på en måte som både er tilpasset pasientens ønsker, og gir økt svarprosent.

7.0 VEIEN VIDERE

Overdoseprogrammet er femårig og løper frem til 2018. Det vil bli utgitt årlige statusrapporter i denne perioden. Resultater brukes til intern kvalitetssikring og til forbedringsarbeid for gjennomføring av overdoseprogrammet. De viktigste forbedringspunktene for kommende år er økning i antall som får «time i hånden» og kriseplan. Videre at sjekklistene fylles ut korrekt på alle punkt. Videre er det et viktig forbedringspunkt å endre prosedyre for resultatoppfølging for å nå flere pasienter.





Stiftelsen Bergensklinikkene er en selveiende og livssynsnøytral stiftelse for behandling, forebygging, undervisning, kompetanseutvikling, forskning og dokumentasjon for mestringsproblemer; helse, livsstil og avhengighet.

Stiftelsen Bergensklinikkene driver Tverrfaglig Spesialisert Behandling for rusmiddelavhengige på oppdrag fra Helse Vest RHF.

Stiftelsen Bergensklinikkene har behandlingsvirksomhet på Hjellevik, i Skuteviken og i sentrum av Bergen. Bergensklinikkene driver eget Kompetansesenter KoRus vest Bergen på oppdrag for Helsedirektoratet

