

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-03-10

HSN 1103-0223

Handläggare:

Jocelyne Ängeslevä

Förslag till Handlingsplan nollvision suicid i Stockholms län

Ärendebeskrivning

Ärendet gäller förslag till Handlingsplan nollvision suicid. Suicid, suicidförsök och självdestruktivt beteende är ett folkhälsoproblem. Förslagen avser hälso- och sjukvårdens verksamheter på bas- och specialiserade vårdnivåer (samtliga åldersgrupper i befolkningen); inom akutsjukvården, den somatiska vården, den psykiatriska vården och den geriatriska vården. Förvaltningen föreslås få i uppdrag att verkställa huvuddelen av handlingsplanen.

Förslagen i handlingsplanen utgör konsultens samlade bedömning och värdering av vilka åtgärder som är önskvärda och möjliga att genomföra. Planen skall ses som en komplettering och som ett stöd till fortsatt fokuserat arbete i hela vården för att långsiktigt sänka antalet suicidhandlingar.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-03-10
Slutrapport – Handlingsplan nollvision suicid

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för folkhälsa och psykiatri.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att godkänna principerna i Handlingsplan nollvision suicid

att ge förvaltningen i uppdrag att ansvara för att verkställa huvuddelen av handlingsplanen.

Förvaltningens motivering till förslaget

I Stockholms läns landsting (SLL) har Landstingsfullmäktige antagit en nollvision mot suicid som berör alla nivåer och verksamheter inom hälso- och sjukvården. Nollvisionen om suicid är en viktig ledstjärna för hälso- och sjukvården. Psykisk störning och missbruk är vanliga riskfaktorer. Frekvensen suicid varierar starkt mellan olika delar i SLL samt med kön och ålder. Det finns även en samvariation med vissa sjukdomar, framför allt depression och socioekonomiska faktorer.

Bakgrunden till suicidhandlingar är ofta komplex och många olika aktörer är inblandade. Antalet genomförda suicid i länet är ca 300, att jämföra med dryga 30 trafikdödade varje år. Prevention av suicidhandlingar i samhället innebär ett mångfacetterat arbete och även om bara hälso- och sjukvårdens ansvar är föremål för denna handlingsplan är det i sig en komplex uppgift som innebär förändringar i attityder, synsätt och arbetsinnehåll för många personalgrupper.

Det finns på vuxenområdet ett vårdprogram som uppdaterats 2010 som utgör grunden för denna handlingsplan. På barn- och ungdomsområdet föreslås ett arbete starta för att ta fram ett vårdprogram. Införandet och användandet av dessa vårdprogram i det praktiska arbetet i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen är planens huvudsyfte. En kommunikationsplan för vårdprogrammet för vuxna finns framtagen och skall genomföras från 2011.

Kvalitetsuppföljning med vårdprogrammet som grund skall ske med utgångspunkt från vårdens journaldokumentation. Ett projekt för att ta fram möjligheter för denna uppföljning planeras att genomföras under 2011. Uppföljning startar 2012.

Beställaren skall ta fram ett fåtal men tydliga uppföljningsparametrar som utgår från vårdprogrammet och som ger möjlighet att styra mot högre kvalitet och fortsatt sänkta suicidstal. Förslag på sådana parametrar skissas men är beroende av den tidigare nämnda kvalitetsuppföljningen i journaldokumentationen.

Samverkan mellan flera olika aktörer i samhället är avgörande för att nå bra resultat i det suicidförebyggande arbetet och flera olika projekt pågår i länet som kan bidra till kunskaper om bästa möjliga arbetssätt. Handlingsplanen

innehåller flera delar som med fördel kan användas och utvecklas för ytterligare utökad samverkan.

Handlingsplanen har både ett kort perspektiv som handlar om år 2011 och ett längre som sträcker sig 3-5 år framåt i tiden. I det korta perspektivet gäller det framför allt att utveckla beställningsunderlagen och uppföljningsmodeller. På längre sikt handlar det om att skapa förutsättningar för en utvecklad säkerhetskultur och att ny kunskap hela tiden används för att förbättra vården.

Ekonomiska konsekvenser

Kortsiktigt kan merkostnader uppstå för utbildningsinsatser och utveckling av intern och extern samverkan för de föreslagna målgrupperna. På längre sikt bör kostnaderna för målgrupperna bli lägre om rätt vård ges i rätt tid på rätt vårdnivå.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Patientsäkerheten kommer att öka genom en nollvision mot suicid.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Genom att utveckla suicidpreventionen för högriskgrupperna kommer en jämställd och jämlik vård att utvecklas.

Miljökonsekvenser

Handlingsplanen innebär oförändrade konsekvenser för miljön.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Olle Olofsson
Avdelningschef

Procyon management consulting AB

2011-03-10

Slutrapport – Handlingsplan nollvision suicid

Lars-Bertil Arvidsson

Inledning

Uppdragsgivare till denna rapport är Stockholms läns landsting/Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning/närsjukvårdsavdelningen.

Rapporten som är utformad som en handlingsplan med konkreta åtgärder har tagits fram i dialog med Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning/närsjukvårdsavdelningen och Medicinskt kunskapscentrum. Ett antal organisationer och personer i vården har intervjuats och bidragit med kunskaper. Bland dessa kan särskilt nämnas David Titelman och IngaLill Ramström på NASP, Madeleine Sköld- Maria Ungdom, Olav Bengtsson och Anna Lundh på BUP, Bo Runesson och Håkan Götmark inom vuxenpsykiatri, Thomas Wohlin - primärvården. Ett diskussionsmöte har genomförts med organisationen SPES styrelse. Inom förvaltningen har främst Conny Gabrielsson, Henrik Almkvist och Eva Huslid bidragit med synpunkter.

Förslagen i handlingsplanen utgör konsultens egen samlade bedömning och värdering av vilka åtgärder som är önskvärda och möjliga att genomföra. Förslagen utgår från den kunskap som finns om förändring i komplexa adaptiva organisationer nämligen att det inte går att få till stånd utveckling med enskilda åtgärder utan att det behövs en programmatisk ansats.

Mycket är redan på gång och mycket har hänt och suicidtalerna är i sjunkande sedan lång tid bland annat på grund av insatser som gjorts inom psykiatri. Planen skall ses som en komplettering och som ett stöd till fortsatta fokuserat arbete i hela vården för att långsiktigt sänka antalet suicidhandlingar.

En sammanfattande bedömning är att det finns mycket kunskap, engagemang och vilja att ta nya steg inom de delar av vården som möter suicidnära patienter och att det nu handlar om att skapa bra verktyg att arbeta vidare med.

Stockholm 2011-03-10

Lars-Bertil Arvidsson

Innehåll

Inledning	2
På väg mot noll suicid – en handlingsplan	4
Sammanfattning	4
Bakgrund	6
Suicid i Stockholms län	6
Vägen dit – en långsiktig sänkning av antalet suicid och suicidförsök	7
Förutsättningar	8
Samverkan	9
Åtgärder	9
<i>Ge vården tillgång till aktuell kunskap om suicidhandlingar</i>	<i>9</i>
<i>Tydliggör området suicidhandlingar och hur vården omhändertar det idag.</i>	<i>10</i>
<i>Tillhandahåll stödfunktioner</i>	<i>11</i>
<i>Gör det möjligt för de professionella att följa sin utveckling och jämföra sig med andra.</i>	<i>12</i>
<i>Ge underlag för beslut kring systemåtgärder</i>	<i>13</i>
Tidplan	15
Återrapportering/Uppdateringsplan	15
Bilagor	16
Referenser	16

På väg mot noll suicid – en handlingsplan

Sammanfattning

Bakgrunden till suicidhandlingar är ofta komplex och många olika aktörer är inblandade. Antalet genomförda suicid i länet är ca 300 att jämföra med dryga 30 trafikdödade varje år. Antalet suicid har sjunkit under många år till del p.g.a. insatser från psykiatri som uppmärksammat området men har nu en tendens till att stabiliseras på nuvarande nivå. Prevention av suicidhandlingar i samhället innebär ett mångfacetterat arbete och även om bara hälso- och sjukvårdens ansvar är föremål för denna handlingsplan är det i sig en komplex uppgift som innebär förändringar i attityder, synsätt och arbetsinnehåll för många personalgrupper. Handlingsplanen utgår från kunskaperna kring hur förändring sker i professionella organisationer och att det är nödvändigt med en programmatisk ansats som siktar mot en utvecklad säkerhetskultur och bl.a. innehåller ökad kunskap, ökad insikt om det egna arbetet på området, utbildning, arbetsverktyg, jämförelsemöjligheter, kvalitetsarbete och uppföljning. Varje del för sig har inte stor påverkan men den samlade effekten innebär möjlighet till genomgripande förändring.

Det finns på vuxenområdet ett vårdprogram som uppdaterats 2010 som utgör grunden för denna handlingsplan. På barn- och ungdomsområdet föreslås ett arbete starta för att ta fram ett vårdprogram redan 2011. Införandet och användandet av dessa vårdprogram i det praktiska arbetet i hela hälso- och sjukvårdsorganisationen är planens huvudsyfte. En kommunikationsplan för vårdprogrammet för vuxna finns framtagen och skall genomföras från 2011.

Hur det suicidförebyggande arbetet ser ut idag och vilka kunskapsluckor som finns kring förebyggande av suicidhandlingar behöver belysas och här föreslås en kartläggning av forskning och utveckling samt en studie av genomförda suicid i länet under ett år med start 2011.

För att göra det praktiska arbetet i vardagen smidigt skall enkla verktyg tas fram där medarbetarna får stöd i att arbeta enligt vårdprogrammet omedelbart.

Kvalitetsuppföljning med vårdprogrammet som grund skall ske med utgångspunkt från vårdens journaldokumentation och ett projekt för att ta fram möjligheter för denna uppföljning skall genomföras under 2011. Uppföljningen startar sedan 2012.

Beställaren skall ta fram ett fåtal men tydliga uppföljningsparametrar som utgår från vårdprogrammet och som ger möjlighet att styra mot högre kvalitet och fortsatt sänkta

suicidal. Förslag på sådana parametrar skissas men är beroende av den tidigare nämnda kvalitetsuppföljningen i journaldokumentationen. Uppföljning startar 2012.

Sammantaget föreslås här förutom fokusering av befintliga resurser en satsning på 3.65 miljoner kronor fördelat på åren 2011-2013 för att genomföra handlingsplanen.

Samverkan mellan flera olika aktörer i samhället är avgörande för att nå bra resultat i det suicidförebyggande arbetet och flera olika projekt pågår i länet som kan bidra till kunskaper om bästa möjliga arbetsätt. Denna handlingsplan innehåller flera delar som med fördel kan användas och utvecklas för ytterligare utökad samverkan.

Bakgrund

Stockholms läns landsting (SLL) har beslutat om en nollvision när det gäller suicid. För att börja arbetet mot denna vision har Hälso- och Sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) fått ett uppdrag att ta fram en övergripande handlingsplan för hälso- och sjukvårdens insatser när det gäller att förebygga och förhindra dessa handlingar. Att förhindra suicidhandlingar är en mycket komplex uppgift där hälso- och sjukvården har stor del men där flera andra aktörer också är mycket viktiga. Landstinget kan genom att konkretisera åtgärder inom sitt eget ansvarsområde ta ett initiativ som också syftar och inbjuder till ett helhetstänkande där många olika aktörer i samhället kan delta.

Det finns i SLL ett nyligen godkänt regionalt vårdprogram för vuxna från 2010 – Suicidnära patienter (ref 1). För barn och ungdomar finns det olika nationella äldre dokument (bilaga 1) samt lokala program t.ex. från Maria Ungdom (ref 2) och olika delar av BUP (bilaga 2). Under 2010 har också ett brett arbete genomförts där olika kunskapskällor, statistik m.m. sammanställts som underlag för handlingsplanen (ref 3).

Det finns god kunskap om hur suicid kan förbyggas och förhindras. Det som en övergripande handlingsplan skall ta sikte på är hur dessa kunskaper omvandlas till konkreta regler och riktlinjer i den dagliga vårdverksamheten. Det finns internationellt exempel på sådant arbete från bl.a. organisationen Nice i Storbritannien (ref 4). De åtgärder som föreslås skall kunna ingå i beställningar/uppdrag till olika delar av vården och vara uppföljningsbara.

Handlingsplanen skall ha både ett kort perspektiv som handlar om 2011 och ett längre som sträcker sig 3-5 år framåt i tiden.

I det korta perspektivet gäller det framför allt att få på plats beställningsunderlag, uppföljningsmodeller och förbereda start av eventuell ny verksamhet. På längre sikt handlar det om att skapa förutsättningar för en utvecklad säkerhetskultur och att ny kunskap hela tiden används för att förbättra vården.

Suicid i Stockholms län

Det avlider ca 300 personer varje år till följd av suicid och antalet beräknade suicidförsök är ca 3000. När det gäller suicidhandlingar finns troligen ett stort mörkertal. En dryg tredjedel av genomförda suicid är s.k. osäkra dödsfall där olyckor eller andra händelser inte kan förklaras på annat sätt. Frekvensen suicid varierar starkt mellan olika delar av länet samt med kön och ålder.

Det finns samvariation med vissa sjukdomar framför allt depression och även med socioekonomiska förhållanden.

Tabell 1. Antal suicid i Stockholms län bland personer 15 år och äldre uppdelat på säkra och osäkra suicid (2007)

	Säkra	Osäkra	Totalt
Män	134	62	196
Kvinnor	72	35	107
Totalt	206	97	305

Källa: Dödsorsaksregistret Socialstyrelsen

Tabell 2. Antal suicid i Stockholms län (2007) bland kvinnor och män i olika åldersgrupper (inom parentes osäkra suicid).

	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	Totalt
Män	2 (1)	12 (3)	54 (16)	82 (32)	48 (11)	198 (63)
Kvinnor	2 (1)	9 (2)	32 (7)	39 (13)	27 (13)	109 (36)
Totalt	4 (2)	21 (5)	86 (23)	121 (45)	75 (24)	307 (99)

Källa: Dödsorsaksregistret Socialstyrelsen

Vägen dit – en långsiktig sänkning av antalet suicid och suicidförsök

Studier visar att ungefär hälften av alla personer som tar sitt eget liv har eller har haft kontakt med vården. En studie från Stockholms län visar att 60-80 av de som genomför ett suicid i länet har en pågående kontakt med psykiatrisk vård. Stora delar av sjukvårdsapparaten kommer i kontakt med människor i kris där många har sökt psykiatrisk vård för olika symtom som också innebär ökad risk för suicidtankar och suicidhandlingar, andra har sökt primärvården där ofta symtomen är mer diffusa och på akutmottagningarna tas många av de som gjort suicidförsök om hand initialt. För de allra flesta medarbetare i vården, med undantag psykiatri, är suicid och suicidförsök dock sällan förekommande händelser och det är därför problematiskt att upprätthålla kompetens, uppmärksamhet och handlingsrutiner. Ovanliga händelseförlopp är ofta föremål för säkerhetsarbete inom andra sektorer av samhället t.ex. flyget, kärnkraften och trafiksäkerheten. Just trafiken är ett exempel där döds- och skadesiffrorna stadigt är på väg ner trots ökad trafikvolym. Siffrorna för Stockholm när det gäller dödsfall i trafiken är nu, 2010, 33 och var 2005, 40. Det finns alltså lärdomar att dra från det säkerhetsarbete

som utförts utanför hälso- och sjukvården. De olika strategier som beskrivs från andra delar i samhället handlar om att skapa en genomgripande säkerhetskultur, att ta fram manualer och checklistor för delar av arbetet samt att bygga strukturer som minimerar risker. De stödsystem som byggts handlar om tydliga regelverk, uppföljning av insatta åtgärder och bred forskning på risker och möjligheter.

De här nämnda områdena har många år av uthålligt säkerhetsarbete bakom sig och kan visa på goda resultat. Inom psykiatrisk verksamhet har förebyggande av suicid länge varit en prioriterad fråga vilket säkert varit en bidragande orsak till det sjunkande antalet suicid. Under senare år ses en tendens till utplaning och stabilisering på nuvarande nivå av suicidstal vilket talar för att ytterligare åtgärder behöver sättas in. Det handlar om att komplettera och förfina statistik kring prevalens, analyser av avvikelser och att skapa regler, rutiner och verktyg som gör att säkerhetstänkandet blir en vana och helt integrerat med övrigt arbete i alla delar av vården.

Förutsättningar

Denna handlingsplan utgår från det ansvar och de resurser som hälso- och sjukvården har inom de verksamheter som finansieras av landstinget.

Avgörandeför att lyckas sänka antalet suicidhandlingar är att hela vårdorganisationen ser nyttan av att arbeta aktivt för att nå en utvecklad säkerhetskultur. En sådan kultur innebär i vården att alltid använda bästa möjliga metoder för att upptäcka, diagnosticera och behandla individer med risk för suicidhandling. Det är alltså inte bara psykiatrisk verksamhet som har ansvar när det gäller att förebygga suicid. Det är inte heller en enskild åtgärd som förändrar beteendet i en vårdorganisation utan flera olika samordnade insatser. Vi vet att utbildning som enda insats ofta inte får genomslag, riskbedömning och användning av olika skalor kan enskilt inte påvisas ha stora effekter o.s.v. Forskning visar dock att en samlad programmatisk och långsiktig insats påverkar attityder och handlingsmönster som leder till förändring. Utgångspunkter i en handlingsplan bör därför vara att:

- vården skall ha tillgång till bästa möjliga uppdaterade kunskap på ett enkelt och lättillgängligt sätt
- tydliggöra vårdområdet och hur organisationen omhändertar det idag
- göra det lätt att göra rätt – ge vården tillgång till stödfunktioner
- göra det möjligt för medarbetarna i vården att se hur de själva utvecklas och kunna jämföra sig med andra.
- skapa en uppföljningsmodell som ger underlag för förändringar på systemnivå

Den första punkten finns påbörjad genom det arbete som genomförts med vårdprogram inom suicidområdet för vuxna. Det finns en kommunikationsstrategi för implementering av programmet

(bilaga 3) som blir en naturlig del av den samlade handlingsplan som här presenteras. Handlingsplanens samlade insatser är det som gör skillnad där varje åtgärd för sig troligen inte påverkar särskilt mycket.

Det pågår flera olika projekt med olika inriktning som arbetar med att nedbringa antalet suicidhandlingar i länet. Det är viktigt att det påbörjade arbetet i dessa projekt stöts av handlingsplanens insatser.

Samverkan

Suicidhandlingar är inte bara ett problem för hälso- och sjukvården varför det är viktigt att andra aktörer inbjuds att följa arbetet och att stimulera till lokalt gemensamt ansvarstagande. Det sociala sammanhanget och familjen är viktiga delar i en mycket komplex bild som kan leda en individ mot en suicidhandling.

Här finns modeller beskrivna från Jönköping och Vancouver som kan ligga till grund för utvecklingsarbete i länet. Det pågår också ett förberedande arbete med att pröva Jönköpingsmodellen i Stockholms län.

Det bör bildas en grupp som följer handlingsplanens genomförande. Gruppen skall innehålla aktörer från olika samhällssektorer som har betydelse för det suicidförebyggande arbetet.

Åtgärder

Åtgärderna är grupperade efter de punkter som beskrivits tidigare för att planens helhet skall kunna bedömas.

Ge vården tillgång till aktuell kunskap om suicidhandlingar

Implementera vårdprogram för vuxna under 2011

Gör vårdprogrammet – Suicidnära patienter - känt och lättillgängligt. Erbjud utbildning, seminarier och studiematerial till vårdens medarbetare. Det finns en kommunikationsstrategi framtagen och också praktiska förutsättningar för genomförandet (bilaga 3) . Det är viktigt att rikta utbildningen till de områden som är av störst betydelse för att få genomslag för ett utvecklat säkerhetstänkande. Samsyn mellan olika professioner kring bedömningsgrunder för suicidrisk och attityder till hela området bör prioriteras. Inom psykiatrin finns ett nätverk av medarbetare som arbetar med området suicidhandlingar. Detta nätverk kan med fördel användas för att fortlöpande hålla bl.a. primärvården uppdaterad på området och ett uppdrag till psykiatrin kring detta bör formuleras inför 2012.

Kommunikationsstrategin har tagits fram av Medicinskt Kunskapscentrum (MKC) under ledning av psykiatrirådet. MKC ingår från 2011-01-01 som en avdelning inom Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning.

Kostnadsbild

Stora delar av insatserna ingår i ordinarie verksamhet på MKC och i produktionen. Flera av kommunikationsstrategins delar som inte ingår i redan budgeterade kostnader presenteras i den följande texten under respektive område för insatser. Uppdraget för utbildningsinsatser från psykiatri till primärvården beräknas kosta ca 200 000 kronor per år.

Ta fram vårdprogram för barn och unga 2011

Det finns äldre nationella dokument, regionala riktlinjer samt lokala handledningar inom flertalet av landstingets enheter som skulle kunna ligga till grund för ett vårdprogram för barn och unga. Ett arbete med att ta fram ett regionalt vårdprogram bör inledas omedelbart och vara klart senhösten 2011.

Uppdraget bör på sedvanligt sätt läggas på MKC. Det finns intresse, möjlighet och kunskap inom BUP att vara ledande i arbetet.

Kostnadsbild

Större delen av kostnaderna tas inom ordinarie budget. Prioritering inom det medicinska programarbetet är klar för 2011 varför ett tillskott om 250 000 kronor bör ges för att bl.a. frigöra en huvudskribent inom BUP.

Tydliggör området suicidhandlingar och hur vården omhändertar det idag.

Var finns kunskapsluckorna

En kartläggning av vad som pågår inom forskning när det gäller suicid i länet bör göras. Detta paras med en diskussion med företrädare för vårdens olika delar om vilka kunskapsluckor när det gäller suicidhandlingar som finns idag och som påverkar den praktiska vardagen. Under arbetet med åtgärdsplanen har det framkommit flera områden där kunskapen ännu är otillräcklig t.ex. gäller detta riskbedömningsskalor och nyttan av riskbedömning, betydelse av socialt sammanhang och familj, överföring av patienter från BUP till vuxenpsykiatri m.m.

Suicid i Stockholms län 2011-2012 - en totalstudie av suicid i Stockholms län.

Landstinget tar initiativ till en studie, av forskningstyp eller mer av verksamhetsuppföljningsmodell, där alla individer bosatta i länet som under en tidsperiod, förslagsvis ett år, genomför ett suicid och som inom en treårsperiod före dödsfallet haft kontakt med vården studeras. Studien skall vara av typen action learning d.v.s. kunskaper skall snabbt komma till användning. Det finns redan god erfarenhet av händelseanalyser från de Lex Maria ärenden som anmäls när suicid inträffar under vård. Det finns också forskare som har erfarenhet från liknande studier knutna till Centrum för psykiatriforskning som kan leda arbetet.

För att snabbt komma igång med studien och få spridningseffekt av arbetet behöver kontakter med polismyndighet respektive rättsmedicinalverket upprättas så att alla genomförda suicid kan identifieras. Samverkan med det s.k. SPIS projektet är viktigt.

Syfte

- Vinna kunskaper kring vilka individuella faktorer och omgivningssituationer som är avgörande när det gäller genomförda suicid.
- Göra det tydligt hur vården agerar och påvisa vilka handlingsmönster i vården som inte leder till önskat resultat och påtala förbättringsområden i systemet i anslutning till implementering av vårdprogrammet.
- Ta fram modell för hur fortsatt händelseanalys kan utformas.
- Påvisa brister i samverkan med andra aktörer.

Kostnadsbild

Det läggs nu ner en hel del arbete och resurser på att analysera de suicid som sker under vård – detta arbete kan återanvändas i studien. Ett stort antal individer har troligen inte alls haft kontakt med vården innan ett suicid genomförts och blir då föremål för en liten insats som handlar om att söka i befintliga vårdregister. För studien kvarstår ca 150 nya fall per år. En tidsperiod på ett år är troligen tillräcklig för de syften som landstinget har. Kostnaden för studien och kartläggningen beräknas till 1.5 miljoner kronor.

Tillhandahåll stödfunktioner

Screening/Mallar/Checklistor 2011

Underlätta arbetet med lokala riktlinjer och rutiner som utgår från de regionala vårdprogrammen genom att ta fram arbetsmaterial i form av informationsmaterial, instruktioner, mallar och checklistor. Viktiga verktyg är olika screeninginstrument som gör vårdens riskbedömning mer enhetlig och som anpassats för olika verksamheter även utanför psykiatri t.ex. inom primärvård och geriatrisk verksamhet. Erbjud också stödresurser för det lokala arbetet. Dessa delar återfinns i kommunikationsstrategin för vårdprogrammet för – Suicidnära patienter och skall också vara en del i en kommande strategi för vårdprogrammet för barn och ungdom.

Kostnadsbild

Samordning av materialet sker genom MKC och de grupperingar som ansvarar för innehållet i vårdprogrammen. Kostnaden beräknas till 100 000 kronor.

Gör det möjligt för de professionella att följa sin utveckling och jämföra sig med andra.

Regional kvalitetsuppföljning suicid från 2012

Det pågår ett arbete med att ta fram mallar för bedömning av suicidrisk i ett av journalsystemen som används i stora delar av den landstingsfinansierade vården. Arbetet är långt gånget men behöver intensifierats och slutföras. Det är av stor vikt att de riskbedömningsskalor som används i IT systemen kan anpassas till ny vunnit kunskap. Internationellt händer det en del på detta område just nu bl.a. i arbetet med DSM V (omarbetning av diagnosregelverket inom psykiatri).

Detta arbete skall samordnas med implementering av vårdprogrammet där fokus läggs på att säkra likartad riskbedömning i hela vården.

När arbetet med IT baserade mallar är implementerat i de olika journalsystemen kan viktiga kvalitetsparametrar följas kontinuerligt i vården vad gäller suicidnära patienter.

Det finns god erfarenhet av att kvalitetsuppföljning ger resultat, framför allt när det gäller omhändertagande av sällsynta händelser och ovanliga sjukdomar (t.ex. barnonkologi).

Parametrar som skall registreras och IT lösning tas fram i ett projekt under 2011 med sikt på start av kvalitetsuppföljning 2012.

Vårdens aktörer kan när de infört de nya mallarna i sitt journalsystem snabbt ta fram rapporter byggda på de parametrar som tagits fram i det genomförda vårdprogramsarbetet. Beställaren kan i sin reguljära uppföljning kräva in rapporter från hela vården kring hur vårdprogrammet följs och vården kan jämföra sig sinsemellan.

Kostnadsbild

Framtagande av innehåll bör kunna samordnas med övriga aktiviteter och vara en viktig del för gruppen kring vårdprogrammet. Samordningen beräknas kosta 200 000

IT lösning och implementering bör stöttas med 1 000 000 kronor. Denna siffra är osäker och starkt beroende av hur många journalsystem som kommer att användas i vården och hur införandet av Take Care kommer att genomföras.

Ge underlag för beslut kring systemåtgärder

Uppföljning av beställaren

Dessa förslag är i vissa fall beroende av att journalmallar införs i hela vårdorganisationen och av vilka parametrar som kommer att följas.

Mått	Mätmetod	Frekvens
Andel suicidförsök där vården rapporterat avvikelser från vårdprogram	Rapporter från vården.	Årligen
Andel suicidförsök som registreras enligt vårdprogrammet.	Data ur valdatabas samt rapporter från vården.	Årligen
Andel suicid under psykiatrisk vård där avvikelser finns från vårdprogram	Lex Maria statistik	Årligen
Enheter med uppdaterade lokala rutiner och riktlinjer.	Enkät	Årligen
Suicidfrekvens	Dödsorsaksregistret	Årligen
Frekvens suicidförsök	Valdatabasen	Årligen

Definitioner och användning

1. Andel suicidförsök där vården rapporterar avvikelser från vårdprogram. Vilka parametrar som följs utgår från vårdprogrammet och arbetet med journalmallar. Vårdenheten tar fram rapporter ur journalsystemet om hur varje enskilt fall registrerats och i hur många fall som registrering inte gjorts fullt ut eller avvikelser från vårdprogram registrerats.

Kan användas för målrelaterad ersättning och som underlag för dialog mellan beställare och vårdenhet om målformuleringar i avtal.

2. Andel suicidförsök som registreras enligt vårdprogram samt antal som registreras i vårdregister

Vårdenhetens totala antal registrerade suicidförsök enligt journalmall (egenrapportering) jämfört med totalt registrerade i gemensamma vårdregistret (GVD) för enheten.

Används som kontroll på registreringsfrekvens. Målvärde 100 %. Om avvikelse finns troligen systemfel.

3. Andel suicid under psykiatrisk vård där avvikelse från vårdprogram föreligger

Lex Maria utredningar ger kunskap om avvikelser från vårdprogram. Statistik sammanställs årligen.

Kan användas i dialog mellan beställare och vårdenhet kring kvalitet och systemproblem.

4. Enheter med uppdaterade lokala rutiner och regler

Egenrapportering årligen.

Används i dialog mellan beställare och vårdenhet. Kan ligga till grund för målrelaterad ersättning.

5. Suicidfrekvens

Dödsorsaksregistret

Används för att följa utvecklingen och som underlag för beslut om fortsatta åtgärder.

6. Frekvens suicidförsök

Valdatabasen

Används för att följa utveckling och som underlag för beslut om fortsatta åtgärder.

Kostnadsbild

Vissa ökade kostnader för bl.a. enkät som dock bör bli små om arbetet samordnas med övrig uppföljning.

Tidplan

Under förutsättning av beslut om handlingsplanens genomförande under februari kan följande tidplan skisseras.

Implementering av vårdprogram – Suicidnära patienter	våren 2011
Framtagande av mallar checklistor samt stödfunktioner	våren 2011
Framtagande av projektplan för riskbedömningsdel i journalsystemen	april 2011
Start av projekt riskbedömning i journalsystemen	april 2011
Bilda grupp med andra aktörer för att följa handlingsplanen	våren 2011
Förarbete kring prospektiv studie av självmord i Stockholms län	våren 2011
Kartläggning av forskning och seminarium om kunskapsluckor	hösten 2011
Start av arbete med vårdprogram för barn och ungdomar	våren 2011
Start av prospektiv studie av suicid i Stockholms län	hösten 2011
Start av ev. annan kunskapsutveckling	hösten 2011
Leverans av projekt riskbedömning i journalsystemen	oktober 2011
Implementering av riskbedömning i journalsystemen	nov 2011
Klart och godkänt vårdprogram för barn och ungdomar	december 2011
Implementeringsplan vårdprogram barn och ungdomar	december 2011
Start av riskbedömning i journalsystemen	januari 2012
Första rapportering enligt del av uppföljningsplan	januari 2012
Slutrapport av studie suicid i Stockholms län	januari 2013
Fullständig rapportering enligt uppföljningsplan	januari 2013

Återrapporering/Uppdateringsplan

Återrapporering görs årligen i januari 2012 och 2013 via rapporter från MKC, forskare och projektet för kvalitetsuppföljning i journalsystemen. En rapportsammanställs av HSN-f.

Den aktörsgemensamma gruppen samlas två gånger per år för att få rapport om läget i handlingsplanen förslagsvis för att diskutera årsrapport och innehåll i årlig hearing.

En hearing anordnas i februari 2012 och 2013 för att diskutera genomförda åtgärder och planläggning framåt för att ge underlag för eventuell anpassning av planen.

Första genomgripande uppdatering av planen sker våren 2013.

Bilagor

1. Nationellt vårdprogram ungdomar 2002
2. Urval av lokala handlingsprogram BUP
3. Kommunikationsstrategi - Suicidnära Patienter 2010

Referenser

1. Regionalt vårdprogram – Suicidnära patienter 2010.
2. Handlingsprogram Maria Ungdom
3. Kunskapsunderlag till nollvision suicid i Stockholms läns landsting 2011
4. Self harm -National Clinical Practice Guideline Number 16 - Nice