

Selvmordsforebygging i akuttpsykiatriske døgnavdelinger – erfaringer fra nasjonalt læringsnettverk

Ved Marie Brudvik, Ewa Ness og Fredrik Walby

ABSTRACT

Tiden under eller etter innleggelse i psykiatriske avdeling er en velkjent høyrisikoperiode for selvmord. I 2013 gjennomførte den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" et læringsnettverk for å forebygge selvmord i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. I løpet av en periode på åtte måneder skulle akuttpsykiatriske døgnavdelinger implementere en rekke selvmordsforebyggende tiltak. Alle helseforetak i alle helseregioner ble invitert til å delta med team fra akuttpsykiatriske avdelinger. Det ble levert sluttrapport fra 22 team som representerte 17 helseforetak. Av de 22 teamene som deltok var det også med flere DPSer. Alle deltakende team har skrevet sluttrapporter som er gjennomgått og analysert i etterkant med fokus på hvilket tiltak som har størst endring, hva som har vært utfordringene for implementeringen og om det rapporteres andre følgeresultater enn implementering av tiltak. Rapportene viser at de fleste enhetene hadde på plass rutiner for en rekke av tiltakene i forkant av læringsnettverket, men at det var deler av tiltakene som gjensto å implementere. De tiltakene som flest team har rapportert forbedring på har vært kriseplan, time i hånden og kontakt med pårørende. Sluttrapportene tyder på at deltakelse i læringsnettverk har ført til bedre rutiner for dokumentasjon for flere team.

Time during or after hospitalization in a psychiatric ward is a well-known high-risk period for suicide. In 2013 the Norwegian patient safety campaign "In Safe Hands" completed a learning collaborative to implement suicide prevention interventions in acute psychiatric inpatient wards. All Norwegian hospitals were invited to participate with teams from acute psychiatric wards. Of the 22 participating teams representing 17 hospitals, all wrote final reports. The reports were reviewed and analyzed with particular attention towards which interventions had led to change, what the challenges were in relation to implementation and whether the teams had reported any effects besides the interventions. Several of the 22 teams that participated represented district psychiatric centers. Although most units reported they had procedures for some of the program interventions, none had implemented the whole intervention package ahead of the learning collaborative. The interventions that most teams reported improvement on were the establishment of a crisis plan, the intervention called "appointment - in- the hand" which implies that all patients receive an appointment upon discharge, and contact with relatives. The final reports also indicate that participation in a learning collaborative have led to improved procedures for documentation for several wards.

Tiden under eller etter innleggelse i psykiatriske døgnavdelinger er en velkjent høyrisikoperiode for selvmord. I 2013 gjennomførte den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" et nasjonalt læringsnettverk med tre samlinger, for å bedre selvmordsforebyggingen i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Med utgangspunkt i deltakernes sluttrapporter drøfter vi om dette læringsnettverket har ført til bedre pasientsikkerhet for pasienter på slike avdelinger.

Bakgrunn

For pasienter med psykiske lidelser er perioden rundt innleggelse og utskrivning høyrisikoperioder for selvmord (1). Dette gjelder spesielt rett etter innleggelse og i de første ukene og månedene etter utskrivning. Døgnavdelinger bruker i dag en rekke tiltak for å forebygge selvmord (2, 3, 4). På tross av dette er selvmord i denne fasen av pasientforløpet en av de vanligste og alvorligste pasientsikkerhendelsene på psykiatriske sykehus. I 2011 ble det rapportert 124 selvmord under behandling i psykisk helsevern til Helse-tilsynet (5).

Hva er pasientsikkerhet?

En definisjon av pasientsikkerhet er "Vern mot skade som følge av helsetjenestens ytelse eller mangel på ytelse". Sentralt for pasientsikkerhet er at pasienter ikke skal ta skade av den behandlingen de får. Pasientsikkerhet innebærer også at det er etablert systemer som gjør det mulig å lære av uønskede hendelser slik at feil ikke gjentas (6). I et pasientsikkerhetsperspektiv er derfor selvmordsforebygging å sørge for at behandling og beskyttelsestiltak er adekvate, både på systemnivå og på individnivå.

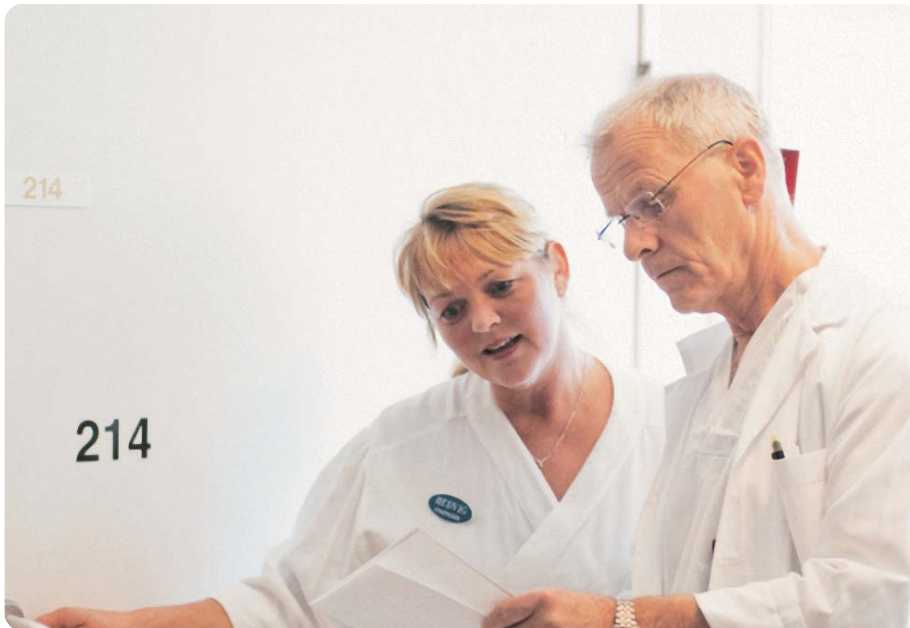
Pasientsikkerhetsarbeidet bygger på erkjennelsen av at det er menneskelig å feile og at intet system er perfekt. Når vi betrakter helsevesenet fra et pasientsikkerhetsperspektiv, er vi opptatt av å undersøke hvordan forbedringer av systemene kan bidra til å redusere risiko for at pasientene skades. Selv om de som jobber i helsevesenet har gode intensjoner om å gi pasientene den beste behandlingen, vet vi at de ikke alltid lykkes (7).

Det er kjent at avdelinger og sykehus ofte ikke tilrettelegger godt nok for å lære av feil. Dette skyldes blant annet at det ikke er nok fokus på systematisk oppfølging av kvaliteten på behandlingen fra ledelsen. Dette gjelder også evnen til å lære av de selvmord som skjer. (8)

Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern gir klare anbefalinger for hvordan tjenestene bør arbeide med å forebygge selvmord. Anbefalingene peker på både strukturelle elementer, innholdet i behandlingen og prosedyrer (4). Til tross for at fagfolk ofte har kunnskap om hva som bør gjøres, viser erfaringer at den praktiske gjennomføringen ikke alltid er god nok.

I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no





Forskning viser at ledere og sykehusstyrer spiller en viktig rolle i å forebygge rutine-svikt. Pasientsikkerhetsprogrammet tilbyr tiltak for ledere som ønsker å styrke pasient-sikkerheten. (Foto: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)

En av anbefalingene i de nasjonale retningslinjene er at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern bør vurderes for selvmordsrisiko. Likevel rapporterte Helsetilsynet i 2010, etter gjennomføring av nasjonalt tilsyn med distriktpsykiatriske sentra (DPS) i 2008–2009, at slike vurderinger ikke gjennomføres systematisk nok. Det er altså et stykke mellom liv og lære (9).

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" har siden 2011 bygget opp en metodikk for å bedre pasientsikkerheten i den norske helsetjenesten på flere viktige områder. Pasientsikkerhetskampanjen handler om å bygge bro mellom "det vi vet" og "det vi gjør" i helsetjenesten. Ved å identifisere de tiltakene som har størst virkning på pasientsikkerheten og bidra til at de blir gjennomført, håper man å redusere antallet uønskede hendelser så mye som mulig. Tiltak er f.eks. utviklet innen legemiddel-samstemming, kirurgi og forebygging av fall. For psykisk helsevern ble det nedsatt en ekspertgruppe bestående av fagfolk og brukerrepresentanter. Gruppen kartla hva som var gjort på området i andre

land og vurderte flere mulige innsatsområder. På bakgrunn av ekspertgruppens anbefalinger besluttet pasientsikkerhetskampanjens styringsgruppe, ledet av direktøren i Helsedirektoratet, å satse på forebygging av selvmord som ett av flere innsatsområder. Hensikten med denne artikkelen er: a) å presentere bakgrunnen for og erfaringer fra et nasjonalt læringsnettverk for forebygging av selvmord i akuttpsykiatriske avdelinger og b) beskrive egenvurderinger deltakende klinikere i kampanjen gjorde av endringer som ble oppnådd og utfordringer som ble registrert.

Selvmordsforebygging i et pasientsikkerhetsperspektiv

Innenfor tradisjonelt pasientsikkerhetsarbeid tar man i bruk enkle prosedyrer med godt dokumentert effekt for å forebygge uønskede hendelser. Et eksempel kan være kampanjer for å bedre helsepersonells håndhygiene for å forebygge sykehusinfeksjoner. Effekten av tiltaket kan da relativt enkelt måles ved å telle forekomst av slike infeksjoner i en gitt periode. En så enkel tilnærming er naturligvis ikke mulig ved et så komplisert og sammensatt

fenomen som selvmord. En metodisk utfordring er for eksempel at forekomsten av selvmord, selv i høyrisikogrupper, er så lav at man ikke kan forvente noen direkte effekt på dette utfallsmålet. For å kunne bruke pasientsikkerhetstilnærmingen på dette området måtte det utvikles tiltak og målemetoder tilpasset både fenomenet selvmord og forhold i helsetjenesten som for eksempel manglende kvalitetsregistre.

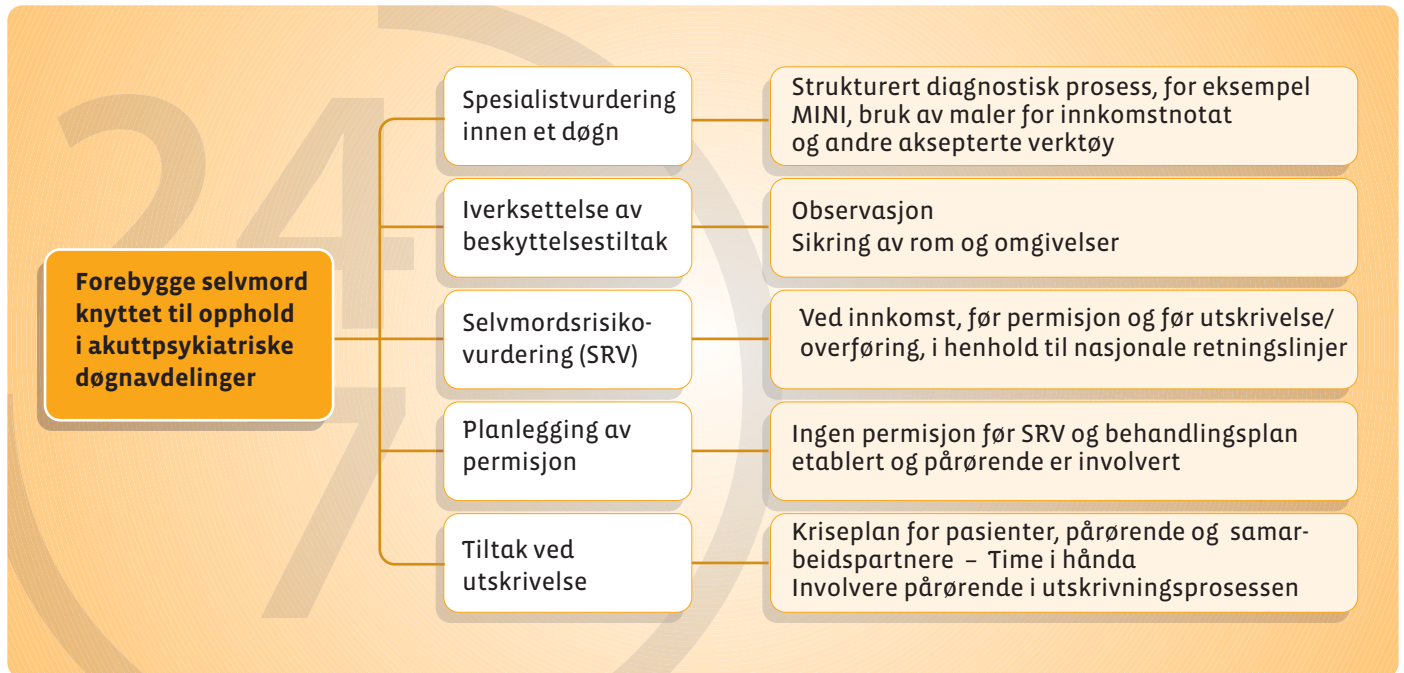
Utvikling av tiltakspakken

Basert på de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (4) og det som regnes for å være god praksis for pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten, utarbeidet ekspertgruppen et sett med tiltak for pasientsikkerhetskampanjen tilpasset pasienter i akuttpsykiatriske døgnenheter. En oversikt over tiltakene finnes i figur 1. Kampanjen inkluderte også en vurdering av om tiltakene var relevante for pasienter som var innlagt i akuttpsykiatriske døgnavdelinger. Disse vurderingene skulle dokumenteres i journal. (Fig. 1)

Implementering av kampanjen

Tiltakene ble først prøvd ut på Akuttpsykiatrisk avdeling ved Oslo Universitets-sykehus og Psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger.

Implementeringen av tiltakene ble der- nest fulgt opp gjennom et nasjonalt læringsnettverk med tre samlinger fra mars til oktober 2013. Her benyttet man kjer- nen i læringsnettverksmetodikken som er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdelinger og organisasjon (10). Læringsnettverket baserer seg på enkle prinsipper og involverer elementer som skal vekke arbeidsinnsats, entusiasme og effektivitet for å løse problemer. Elementene er for eksempel å sikre eier- skap til problemet, benytte påvirknings- muligheter, øke fellesskapet rundt proble- met, bygge konkurranseånd, gjennomføre måling, og gi veiledning og støtte.



Figur 1. Diagram med oversikt over tiltakene. Målsetning står til venstre. Diagrammet får høyere detaljeringsgrad jo lengre til høyre man kommer.

Kunnskap om forbedring og gjensidig læring var sentralt i de tre samlingene i nettverket. For å få til forbedring må den spesifikke fagkunnskapen formidles sammen med forbedringskunnskapen (11). Læringsnettverket er bygget opp slik at begge deler ivaretas.

Alle helseforetak i landet ble invitert til å delta med forbedringsteam fra akuttpsykiatriske avdelinger. Det ble presisert at teamene burde være tverrfaglige og bestå av ca. 3–5 personer som til daglig jobbet sammen. Det var imidlertid opp til helseforetakene å sette sammen teamet. I praksis var det noe ulikt hvordan teamene ble sammensatt. De besto for det meste av leger, psykologer og sykepleiere, men også andre faggrupper deltok. Noen av teamene hadde også med brukerrepresentant.

På samlingene planla teamene hvordan de skulle implementere tiltakene og forbedre sine resultater etter hvert som målingene viste hva de oppnådde. Det ble også avholdt telefonkonferanser mellom samlingene slik at det var mulig å drøfte uklarheter og utfordringer.

Skåring av etterlevelse av tiltakene

Et sentralt element i gjennomføringen av pasientsikkerhetskampanjen er at tiltakene som iverksettes skal være målbare: "Er det viktig, så mål det!" Resultatene skulle brukes til lokalt forbedringsarbeid. Dette innebar at alle enhetene selv skulle følge med på prosessene sine og analysere etterlevelse og variasjon.

I hvilken grad tiltakene vist i figur 1 ble gjennomført i forhold til hver enkelt pasient ble registrert i et skåringsskjema med følgende punkter:

- Er spesialistvurdering foretatt innen ett døgn (strukturert diagnostisk prosess, f.eks. MINI og bruk av maler for inntakstnotat, evt. andre aksepterte verktøy)?
- Er beskyttelsestiltak iverksatt (observasjon + sikring av rom og omgivelser)?
- Er selvmordsrisikovurdering foretatt ved følgende tidspunkter?
 - A. Ved inntakst
 - B. Før utskrivning/overføring

- Er følgende tre tiltak på plass før permisjon innvilges?

- A. Selvmondsrisikovurdering
- B. Behandlingsplan
- C. Pårørende involvert

- Er følgende tre tiltak på plass før utskrivning?

- A. Kriseplan for pasient, pårørende og samarbeidspartnere
- B. Pasient har mottatt avtale om oppfølging ("time i hånda")
- C. Pårørende involvert i utskrivningsprosessen

For hvert av de ti punktene ble det gitt 10 poeng dersom det var krysset av for "ja" eller "ikke aktuelt". Dersom det ble krysset av for "nei", ble det gitt 0 poeng. Etter at pasienten ble skrevet ut ble poengene summert. Dataene ble registrert i pasientsikkerhetskampanjens database og fremstilt i SPC-diagrammer for hver deltakende avdeling. SPC står for statistisk prosesskontroll, og er tidsseriediagrammer med statistiske analyser for nivåendring, variasjon og trender (12).

Hvert datapunkt i diagrammet utgjør totalskår til en pasient.

Enhetene som deltok var ikke like, med hensyn til størrelse, organisering og pasientgrunnlag. Dette innebar lokale tilpassninger, både med hensyn til gjennomføring og registreringsmåte. Hvordan selve registreringen ble gjort i praksis, og også til noen grad hvorledes de ulike tiltakene ble definert, varierte mellom enhetene. Resultatene er derfor i mindre grad egnet for aggregerte analyser på nasjonalt nivå, men for illustrasjonsformål presenterer vi nedenfor et eksempel på resultater fra en av de deltakende avdelingene.

Metode for innhenting av data om erfaringer med kampanjen

Ved avslutning av læringsnettverket leverte alle deltakende team sluttrapporter etter mal fra Pasientsikkerhetskampanjen. Sluttrapportene har blitt gjennomgått og analysert av artikkelforfatterne i etterkant med fokus på 1) hvilket tiltak som viste størst endring, 2) hva som var de største utfordringene, og 3) om det ble rapportert andre følgerresultater.

Punkt én ble i stor grad besvart gjennom analyse av hvordan teamenes egne målinger gjennom kampanjeperioden utviklet seg, men også ut fra fritekstkommentarer. Som nevnt ovenfor har vi ikke sammenholdt målingene på tvers av teamene, men begrenset oss til å studere endringer observert av hvert team.

Punkt to baserer seg på analyse av vurderinger og erfaringer beskrevet i rapportene. Det samme gjelder punkt tre.

Vi ønsket også å undersøke hvordan teamene vurderte sin egen progresjon og mulighet for at prosjektarbeidet førte til vedvarende forbedringer. I sluttrapportene og på siste samling ble teamene bedt om å skåre arbeidet sitt på en skala fra 1 til 5, der skår 4 og 5 innebærer at de ser tydelige forbedringer med bakgrunn i forbedringsarbeidet.

Resultater

Det ble levert sluttrapport fra 22 team fra 17 helseforetak. Av de 22 teamene var det foruten akuttavdelinger også ett team fra BUP og fem team fra DPS-er. Det var stor variasjon på størrelsen av enhetene som deltok.

Fjorten av teamene evaluerte seg selv ved slutten av læringsnettverket. Av disse oppga 11 team en skår på fire eller fem. For de fem teamene som oppga topp skår, var det også forventet at prosjektet i tillegg hadde ført til endringer i organisasjonens strukturer. Målinger av baseline, det vil si skåringer før implementering av kampanjen, tyder på at de fleste enhetene hadde på plass rutiner for flere av tiltakene. Flere team kommenterte også spontant at tiltakene ble oppfattet som fornuftige.

Det var forskjeller i hvilke tiltak teamene rapporterte forbedring på. Noen team rapporterte jevn forbedring på alle tiltakene, hos andre var det utslag på ett eller flere av tiltakene. Åtte team rapporterte forbedring på at systematisk «utarbeidelse av kriseplan». Også «time i hånden» og «kontakt med pårørende» har vært tydelige forbedringsområder. Syv team oppga at de hadde forbedringer på disse to tiltakene. Teamene rapporterte at det ble gjennomført mer systematisk selvmordsrisikovurdering etter deltakelsen i læringsnettverket. Åtte team rapporterte at de hadde forbedret seg på ett eller flere av de tre tidspunktene for å gjøre slik vurdering. Tre team rapporterte mulig synkende kvalitet på ett eller to målepunkter i løpet av perioden.

Gjennomgang av sluttrapportene viste at noen utfordringer med implementeringen har vært felles. Hele seks av 22 team rapporterte at de har hatt utfordringer knyttet til ferieavvikling og vikarbruk. Ett team har nevnt at de ikke hadde hatt fallende kvalitet under ferieavviklingen. Noen bygger disse kommentarene på tydelige måleresultater, mens andre nevner det som en ikke målt observasjon.

“Det var en tilbakegang i juli. Hypotesen vår er at dette sannsynligvis kan forklares med ferieavvikling blant faste behandlere og mangelfull opplæring/oppfølging av ferievikarer. Dette vil være viktig å være bevisst på videre. Fra august har det igjen vært en stabil positiv utvikling.” (Sitat fra en av sluttrapportene.)

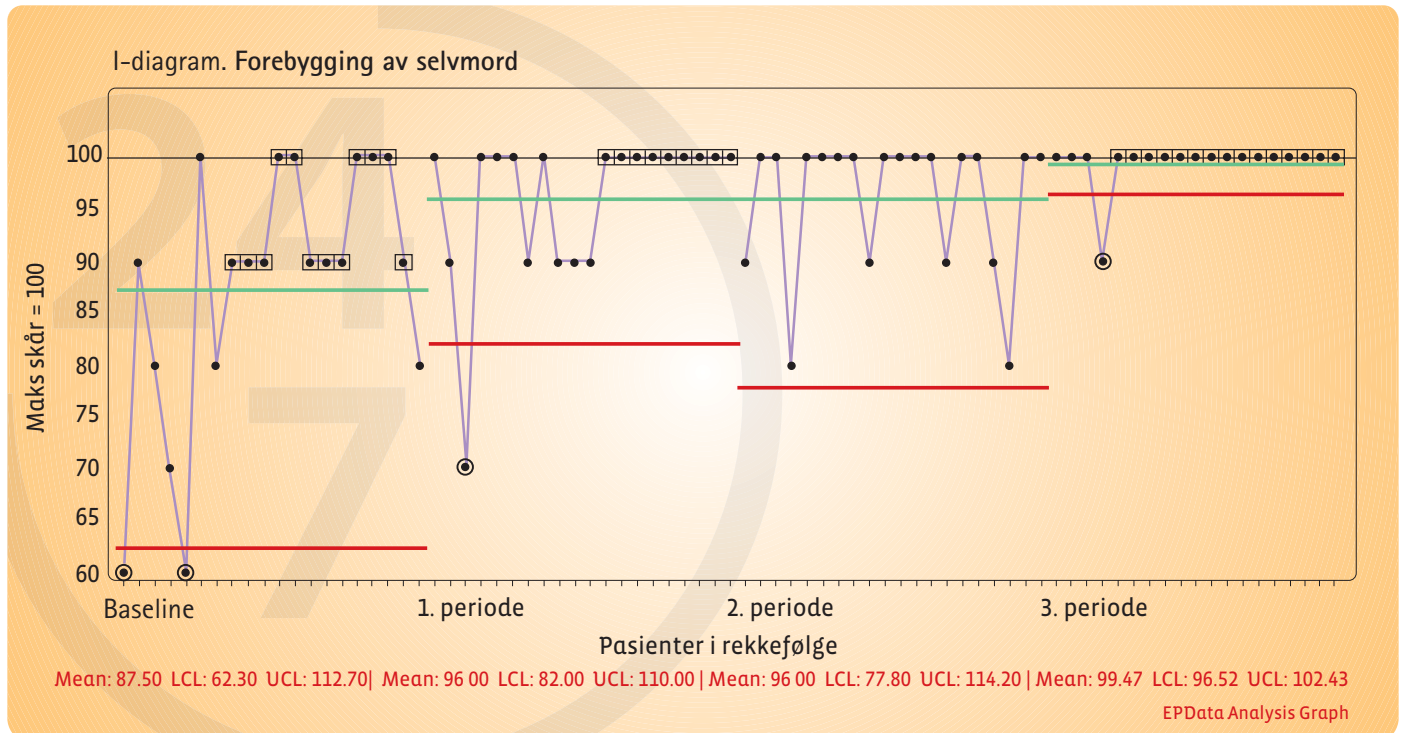
Teamene nevnte også flere positive følger av å delta i læringsnettverk. Hele elleve rapporter sa at prosjektet har bidratt til større fokus på dokumentasjon. Økt systematikk og gjennomgang av rutiner synes å være et resultat av deltakelsen.

“Det å konkretisere arbeidet, både når det gjelder vurdering og dokumentasjon, har utifra målingene gitt et bedre behandlingstilbud til pasientene (oppleves som et kvalitetsforbedringsarbeid ifht. alle pasientforløp). Kampanjen og prosjektet har fått gode tilbakemeldinger fra klinikken og fra fagansvarlig. Prosjektet oppleves av arbeidsgruppen som en kvalitetssikring.” (Sitat fra en av sluttrapportene.)

Eksempel på resultater

Diagrammet under er hentet fra en akuttpsykiatrisk avdeling. Figur 2 viser resultatene grafisk fremstilt i et SPC-diagram.

Baselinemålingene viser her at dette sykehuset gjennomførte en rekke av tiltakene allerede før prosjektoppstart, men at det var store individuelle variasjoner fra pasient til pasient. Gjennomsnittet for baselinemålingen var 87,5 av en total skår på 100. Ved behandlingen av flere av pasientene ble det gitt maksimal skår, dvs. at alle tiltakene var enten vurdert eller tatt i bruk overfor disse pasientene. Diagrammet viser en klar fremgang i første måleperiode. Imidlertid varierte det betydelig fra pasient til pasient i hvilken grad tiltakene ble gitt. Det samme mønsteret viste seg i andre måleperiode hvor variasjonen syntes å øke noe. I siste måleperiode hadde man oppnådd høy gjennomføring med lite variasjon.



Figur 2. Resultater fra en akuttavdeling. Hvert punkt representerer skår for tiltak gitt til en pasient. Maksimum skår er 100, og gis dersom pasienten mottar alle tiltakene. Grønn linje viser gjennomsnittet for målingene. De røde linjene er uttrykk for variasjonen, tilsvarende tre sigma under medianen. Grafen viser fire måleperioder, hvor den første er baselinemålinger før implementering av tiltakspakken.

Alle tiltak gis, eller blir vurdert gitt, til nesten alle pasienter, og man har etablert en endring på systemnivå, dvs. i organisasjonen som ikke er individavhengig. Målingene viser liten eller nesten ingen variasjon. Teamet hadde målsetning om 100 % gjennomføring av tiltakene i pasientsikkerhetskampanjen, hvilket de oppnådde. (Fig.2)

Drøfting

Ved avsluttet læringsnettverk var det flere team som rapporterte at de gjennomførte alle tiltakene for alle pasienter. For andre team var det fremdeles en vei å gå for å oppnå dette. Før oppstart var det mange team som gjennomførte en del av tiltakene, men ikke alle tiltakene tilstrekkelig systematisk. Det synes å være stor oppslutning i fagmiljøet om de tiltakene som har vært iverksatt. Gjennomgangen av de 22 sluttrapportene viste at det er ulikheter teamene imellom i hvilken grad forbedringene ble oppnådd i løpet av de

åtte månedene læringsnettverket varte. Hovedinntrykket er at pasientsikkerheten er bedret ved de fleste avdelingene som deltok.

De tiltakene som flest team har rapportert forbedring på har vært kriseplan, time i hånden og kontakt med pårørende. Når vi ser på baseline-målingene til teamene, ser vi at det er disse tiltakene som i utgangspunktet også hadde det største forbedringspotensial. Den påviste forbedringen kan både skyldes mer systematisk gjennomføring av tiltakene og bedre dokumentasjon enn tidligere. Øvrige tiltak var i større grad allerede implementert og dokumentert.

Vårt inntrykk er at læringsnettverket har bidratt til økt fokus på rutiner og dokumentasjon, og økt forståelse av systemperspektivet, behovet for internkontroll og faglig ledelse. Uønskede hendelser oppstår blant annet fordi det er gjentatt svikt i de mekanismene som skal redusere risiko for at hendelser oppstår.

Vi må ha systemer som fanger opp dette slik at vi kan forebygge det (14).

Det er flere faktorer som er avgjørende for om forbedringene som er gjort vedvarer også etter at læringsnettverket er avsluttet. At ledelsen etter spør resultatene er i litteraturen ansett som en av de viktigste faktorene. Dette for å sikre en utvikling fra individnivå til systemnivå, med mål om at pasientsikkerheten bakes inn i avdelingens struktur. En annen kjent viktig faktor er at enhetene gjør gjentatte målinger for å monitorere utviklingen (ref. som over).

At ferieavviklingen gir lavere gjennomføring av de forebyggende tiltakene samsvarer med erfaringer fra meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, der gjennomgang av meldinger viser at vikarbruk kan gi økt risiko for uønskede hendelser (15). Dette synliggjør behovet for opplæring av vikarer og gode rutiner som ikke er personavhengige.

Oppsummering

Våre evalueringer kan ikke si noe sikkert om effekter av pasientsikkerhetskampanjen og læringsnettverket. Resultatene fra læringsnettverket for forebygging av selvmord i akuttpsykiatrien kan imidlertid gi visse indikasjoner på at arbeidet har ført til en mer systematisk tilnærming til kvalitet og pasientsikkerhet i enhetene som har deltatt. Samtidig ser vi at det er stykke vei igjen før alle enheter kan vise 100 % gjennomføring av tiltakene. Noen enheter var ikke kommet skikkelig i gang med forbedringsarbeidet etter endt periode med læringsnettverk, mens andre helseforetak var godt i gang med å spre tiltakene til andre enheter hvor det var aktuelt.

Pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" videreføres med et femårig pasientsikkerhetsprogram fra 2014, og fokuset på å forebygge selvmord vil vedvare. Målsettingen er at alle døgnavdelinger skal innføre tiltakene for å forebygge selvmord. I perioden 2014-2018 vil det også gjennomføres en rekke nasjonale aktiviteter i regi av "I trygge hender 24-7" for å fortsette implementeringen av tiltakspakken. Kampanjen inngår også som ett av tiltakene i den nye handlingsplanen mot selvmord som Helsedirektoratet nylig publiserte (16).

Referanser

1. Qin P., Nordentoft M., Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization Evidence Based on Longitudinal Registers, Arch Gen Psychiatry. 2005;62(4):427-432.
2. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, Myhre K, Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi, Rapport fra Kunnskapssenteret Nr 24-2006.
3. Mehlum L, Dieserud G, Ekeberg Ø, Grøholt B, Mellesdal L, Walby F, Myhre K, Forebygging av selvmord, del 2, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 04-2007.
4. Helsedirektoratet, Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern, Nasjonal faglige retningslinjer IS-1511, Oslo 2008)
5. Statens helsetilsyn, Meldesentralen – oppsummeringsrapport 2008-2011, Rapport fra Helsetilsynet 4/2012.



Marie Brudvik, seniorrådgiver og cand. polit., er ansatt i sekretariatet for pasientsikkerhetsprogrammet I trygge hender 24-7 og prosjektleder for innsatsområdene forebygging av selvmord og overdosedødsfall. Sekretariatet er, fra 1. juli 2014, plassert i Helsedirektoratet.



Ewa Ness er seniorrådgiver ved Oslo universitetssykehus, direktørens stab for pasientsikkerhet og kvalitet. Hun har i en årrekke ledet Psykiatrisk legevakt i Oslo.



Fredrik Walby er forsker ved NSSF med særlig interesse for selvmord og selvmordsforebygging blant pasienter med psykiske lidelser. Han har hovedstilling som sjefpsykolog ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, Diakonhjemmet Sykehus, og jobber dessuten ved Psykiatrisk Legevakt i Oslo.

6. Krogstad U, Saunes IS. Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. The National Academies Press; 2000.
8. Rønneberg U., Walby F. A., Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern, Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:180-3.
9. Statens helsetilsyn, Distriktpsykiatriske tenester – likeverdige tilbud? Rapport fra Helsetilsynet 3/2010.
10. Bakke T, Udness E, Harboe I., Rapport fra Kunnskapssenteret nr 23 – 2011. ISBN 978-82-8121-438-5 ISSN 1890-1298).
11. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: Buildin and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv 1993; 19: 424-45.
12. Carey RG. "Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003.
13. Maher L, Sustainability – Guide and model, NHS Institute for innovation and improvement, London 2007.
14. Reason J. Human error: models and management. BMJ 2000;320 (7237):768-770).

15. Moberg T.O. og Saastad E. Nytt fra Meldeordningen 3/2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

16. Helsedirektoratet, Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017, Publikasjonsnummer IS-2182, Oslo 2014.

