

Temadag om selvmord og selvmordsforsøg

23. oktober 2015, Hotel Park i Middelfart

Utsigtede hændelser ved risikovurdering og overgange



Titel: Temadag om selvmord og selvmordsforsøg

© Styrelsen for Patientsikkerhed, 2015. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Styrelsen for Patientsikkerhed

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg

URL: <http://www.Styrelsen for Patientsikkerhed.dk>

Format: pdf

Tak til foredragsholderne for præsentationer og abstracts
Tak til Silkeborg Kommune og Region Sjælland for at dele deres projekter.

Indhold

Program for temadagen	4
Resumé	6
Selvmordsrisikovurdering	7
Overgange ved komplicerede patientforløb	8
Sammendrag af temadagen	9
Hvad ser Styrelsen for Patientsikkerhed?	9
Dansk Patientsikkerhedsdatabase	9
Patientklagecentret	12
Erstatningscenteret	12
Selvmordsrisikovurdering og overgange ved komplicerede patientforløb	13
Selvmordsrisikovurdering	14
Overgange ved komplicerede patientforløb	15
Paneldebat	16
Tal fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase	17
Lokale tiltag	22
Distriktpsychiatri for Ældre, Region Sjælland – Et tværfagligt team	22
Socialpsykiatrisk Center, Silkeborg Kommune	24

Program for temadagen

Temadag om selvmord og selvmordsforsøg

23. oktober 2015, Hotel Park i Middelfart

Utsigtede hændelser ved risikovurdering og overgange

Program

9.30-10.00 **Morgenmad og registrering**

10.00-10.25 Velkomst og introduktion til dagen og erfaringer fra Styrelsen for Patientsikkerhed

*Overlæge og enhedschef Lena Graversen, Læringsenheden,
Styrelsen for Patientsikkerhed*

10.25-10.50 Selvmord – en kompleks patientsikkerhedsudfordring i psykiatrien

*Speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Lene Riber og læge i samfundsmedicin
Kristina Ormstrup Johansen, Center for Kvalitet, Region Syddanmark*

10.50-11.00 **Pause**

TEMA: Risikovurdering

11.00-11.30 Risikovurdering, herunder den høje risiko lige efter udskrivelsen

*Sygeplejerske Hanne Frandsen, Kompetencecenter for
Selvmordsforebyggelse, Region Hovedstaden*

11.30-12.00 Regionale forskelle i risikovurdering

Læge Ane Storch Jacobsen, Region Hovedstaden/Styrelsen for Patientsikkerhed

12.00-12.30 Behovet for at undervise personale i risikovurdering

Psykolog Jan-Henrik Winsløv, Region Nordjylland

12.30-13.30 **Frokost**

TEMA: Overgange ved komplicerede patientforløb

13.30-14.00 Behandlingskæden, der kan sikre patientforløb på tværs

Psykolog Kim Juul Larsen, Region Syddanmark

14.00-14.30 Det tværsektorielle behandlingssamarbejde omkring den voksne psykiatriske patient, der bor på botilbud

Risikomanager Janet Johannessen og konsulent Nynne Dreyer Nies, Kvalitet og Udvikling, Region Sjælland

14.30-14.45 **Pause**

14.45-15.15 Den gode overlevering og samarbejde på tværs

Kontorchef Tina Wahl, Center for Social og Sundhed, Kommunernes Landsforening

15.15-15.50 **Paneldiskussion**

15.50-16.00 **Afslutning**

Resumé

Sundhedspersoners, patienters og pårørendes rapporteringer af utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase om selvmord og selvmordsforsøg var fredag 23. oktober udgangspunktet for Styrelsen for Patientsikkerheds temadag om selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien.

Fokus for temadagen var selvmordsrisikovurdering og overgange ved komplicerede patientforløb. Formålet med dagen var at præsentere viden og erfaringer, der kan medvirke til at synliggøre mulighederne for at forebygge selvmord blandt psykiatriske patienter, samt at beskrive gode erfaringer med indsatser på tværs af behandlingstilbud.

Temadagens præsentationer og diskussioner afspejlede, at det er et kompliceret og svært håndterbart område. Mange i psykiatrien arbejder for at forbedre kvalitet i behandlingen og patientsikkerhed for psykiatriske patienter, og dagen viste, at der sker spændende initiativer på vejen mod øget risikobevisthed og patientsikkerhed.

I oplægget fra Styrelsen for Patientsikkerhed blev der taget afsæt i de tendenser, som ses i de utilsigtede hændelser, klage- og erstatningssagerne samt i Sundhedsstyrelsens temarapport fra 2006 om selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse. Hændelserne som Styrelsen for Patientsikkerhed modtager i dag er af samme type, som blev set i 2006. Forskellen er, at der i 2015 også ses forløb fra kommuner, akutmodtagelser og ambulante forløb. Hændelserne blev stillet op i mod Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1998¹, om at selvmordstruede personer bør vurderes hurtigt og korrekt med den nødvendige faglige ekspertise, samt at hjælp til selvmordstruede, bør etableres efter et støttende og ledsagende princip, så den enkelte ikke slippes, før anden støtte er iværksat.

Anbefalingerne kan være svære at efterleve i praksis. Der ses stadig selvmord under indlæggelse, og metoderne, patienterne anvender, er oftest kvælning eller hængning. I de hændelser, hvor der er begået selvmord under orlov og udgang, eller hvor patienten er sendt hjem efter at have henvendt sig til psykiatrien, er patienten ofte vurderet til ikke at være selvmordstruet.

I mange af de ambulante hændelser er det ofte nævnt, at patienten ikke mødte op til aftaler eller aflyste aftaler, og at rapportøren derefter har fået at vide, at patienten er død. I relation til den problematik blev det drøftet, hvor aktivt personalet skal være ved udeblivelse og aflyste aftaler.

Der er også rapporteret hændelser, hvor patienten i ventetiden på et tilbud eller en behandling begår selvmord efter udskrivelsen fra hospitalet.

¹ Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark, Sundhedsstyrelsen, 1998

Temadagen var opdelt i to undertemaer:

- selvmordsrisikovurdering
- overgange ved komplicerede patientforløb.

Selvordsrisikovurdering

Der var på temadagen bred enighed om, at det er yderst kompliceret at selvmordsrisikovurdere en patient, og spørgsmålet, der optog deltagerne, var, om risikovurderingens kvalitet og brugbarhed kan forbedres. En præsentation viste, at risikovurderingen ikke er helt ens på tværs af regionerne, og et samlet koncept for risikovurdering på nationalt niveau blev foreslået. Det blev også klart, at patientsikkerheden styrkes, hvis alle medarbejdere – både i sengeafdelingerne, i ambulanseregion og i primærsektoren – kan foretage en selvmordsrisikovurdering. Det er desuden centralt, at risikovurderinger forstås ens blandt personale, som arbejder med patienter med psykiske lidelser, og at vurderingen bliver formidlet korrekt internt og på tværs af sektorerne.

I de sager, hvor en patient begår selvmord under indlæggelse, blev det påpeget, at det ved vurderingen af afskærmningsniveau af stor betydning, at der blandt personalet er enighed om, hvad et afskærmningsniveau betyder, og at afskærmningen udføres. Det er også vigtigt, at alt personale på de psykiatriske afdelinger kender instrukserne for, hvor ofte patienten skal tilses, når det er vurderet, at der er øget risiko for selvmord. Det er på samme måde vigtigt, at fjernelse af potentielle redskaber, som kan anvendes til selvmordsforsøg, fra patientens omgivelser i forbindelse med øget selvmordsrisiko udføres efter præcise instrukser, som alle kender og udfører ens.

Der arbejdes i flere regioner på gode systemer til forebyggelse af selvmordsforsøg. På temadagen blev deltagerne præsenteret for forslag til tiltag samt hjælpemidler til vurderingen, fx *flash cards*, som personalet kan have i lommen og bruge, når risikovurderingen skal foretages, samt at give personalet forståelse for risikofaktorer og selvmordsadfærd, herunder patientens verbale og non-verbale signaler.

En vigtig pointe er, at alle medarbejdere i kontakt med patienten

POINTER OM RISIKOVURDERING

- Alt personale i kontakt med patienten skal kunne være med til at selvmordsrisikovurdere.
- Selvmordsrisikovurderinger bør forstås ens blandt personalet. Her kan fælles undervisning være et middel.
- Alt personale i kontakt med patienten bør kende og forstå instrukserne om afskærmning og overvågning.
- Klar og korrekt formidling er vigtig for korrekt forståelse.

POINTER OM SEKTOROVERGANG

- Tværfaglige teams på tværs af sektorerne er en fordel i understøttelsen af overleveringen.
- Det tværsektorielle samarbejde skal blandt andet baseres på respekt og forståelse for hinanden, fælles opgaveløsning, koordinering af ressourcer og aktiviteter samt tilpasning.
- Specielt for det komplicerede patientforløb er det vigtigt, at der tænkes i andre styringsformer end hidtil.
- Det er vigtigt at have patienten i centrum.

skal kunne være med til at risikovurdere. Erfaringerne med at undervise personale med forskellige fagligheder i risikovurdering er, at det har været en succes, der både har medført større opmærksomhed på at risikovurdere ved første kontakt, overgange, udskrivelse og orlov og givet større viden om risikofaktorer og opmærksomhed på advarselstegn. Resultaterne viser også, at selvmordsrisikovurdering gennemføres oftere både på sengeafsnit og det ambulante område, og det vurderes, at patienters selvmordsrisiko i højere grad adresseres end før undervisningen.

Overgange ved komplicerede patientforløb

Sektorovergange er generelt en udfordring, og temadagen bød på flere forslag til, hvordan hjælpen til patienten kan optimeres, når patienten ikke længere er indlagt. Blandt deltagerne var der enighed om, at der skal fokus på det tværsektorielle samarbejde. Specielt for det komplicerede patientforløb er det vigtigt, at der tænkes i andre styringsformer end hidtil. Både foredragsholderne og deltagerne på temadagen havde eksempler på tiltag. Typisk handlede det om tværfaglige teams, som går på tværs af sektorerne for at understøtte et sammenhængende forløb for den psykiatriske patient i overleveringen. *Behandlingskæden* er et konkret eksempel på en model for samarbejde mellem kommune og regioner. *Behandlingskæden* fokuserer på velkoordinerede, sammenhængende patientforløb. Tjeklister til brug i overleveringen kan også bidrage til bedre sammenhæng i forløb.

Et kerneelement i etableringen af tværsektorielt samarbejde er forståelse og respekt for hinanden, fælles opgaveløsning, koordinering af ressourcer og aktiviteter, forpligtelse i forhold til aftaler samt lokalt ejerskab og tilpasning – og frem for alt: patienten i centrum.

Der er pres på psykiatrien, og det mærker kommunerne ved, at de modtager dårligere patienter end tidligere. Kommunerne pegede på, at de derfor skal klædes bedre på til at modtage psykisk syge patienter, og dette kan bl.a. ske ved, at regionerne rådgiver kommunerne bedre om den enkelte patient.

Der er efterhånden et stort kendskab til problemstillingerne ved behandlingen af de psykiatriske patienter, men de ses stadig. Selv om der forsøges forebyggende tiltag mod selvmordsforsøg og selvskaede blandt psykiatriske patienter, er der stadig utilsigtede hændelser. Der er derfor grund til stadig at øge vores risikobevisthed, lære af egne og andres erfaringer og have et løbende fokus på den psykiatriske patient.

Læringsenheden håber, at rapporten kan bidrage til øget opmærksomhed på den psykiatriske patient, og at temadagen har bidraget til det videre arbejde med at forbedre patientsikkerheden.

Alle præsentationer fra temadagen kan findes på Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside.

Sammendrag af temadagen

Cirka 130 fagfolk var samlet på Hotel Park i Middelfart til en dag med fokus på risikovurdering og overgange. Som overlæge og enhedschef for Læringsenheden i Styrelsen for Patientsikkerhed, Lena Graversen, var inde på i sin velkomst, så kan de utilsigtede hændelser, der berører selvmord og selvmordsforsøg, i høj grad relateres til enten selvmordsrisikovurdering eller sektorovergange. Den faglige temadag skulle i den optik bidrage med perspektiver, der kan være med til at forbedre patientsikkerheden på området.

Hvad ser Styrelsen for Patientsikkerhed?

Temadagen begyndte med, at Styrelsen for Patientsikkerhed præsenterede tendenser, som findes i henholdsvis Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD) og klage- og erstatningssager omhandlende selvmord og selvmordsforsøg.

Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Hændelserne i DPSD viser, at selvmord ofte sker:

- under orlov/udgang
- lige efter udskrivelse
- når en patient forlader afdelingen uden tilladelse
- når en patient bliver sendt hjem efter henvendelse på akutmodtagelsen
- på afdelingen, primært ved kvælning eller hængning.



Dette svarer til, hvad Sundhedsstyrelsen beskrev i sin temarapport fra 2006 om selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse.² Rapporten var baseret på data fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase samt gennemgang af dødsattester. Hændelserne, som Styrelsen for Patientsikkerhed modtager i dag, er af samme type, som blev set i 2006. Forskellen er, at der nu også ses forløb fra kommuner, akutmodtagelse samt ambulante forløb. Dette skyldes, at patientsikkerhedsordningen 1.

² Temarapport: Selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse, Sundhedsstyrelsen, 2006

september 2010 blev udvidet til ud over sygehusvæsenet at omfatte praksissektoren, den kommunale sundhedssektor, apotekerne og det præhospitale område. Hændelserne i DPSD for årene 2012-14 viser, at der gennem de sidste år er sket en stigning af selvmordshændelser knyttet til akutmodtagelsen. Hændelser under indlæggelser og med tilknytning til ambulans behandling er nogenlunde konstante fra 2012-2014. Se data fra DPSD i Bilag 1.

I de hændelser, som omhandler orlov, udgang og tiden lige efter udskrivelse, samt de hændelser, hvor patienten bliver sendt hjem efter henvendelse på akutmodtagelsen, er det ofte nævnt, at patienten var blevet vurderet til ikke at være selvmordstruet (Bilag 1 – tabel 1).

Patient går fra afdelingen uden aftale. Patienten har kun udgang med følge og har udvidet alment observationsniveau hver anden time. Kl. 11 opdages det, at patienten er væk – to timer efter personalet sidst så patienten. Patienten forsøges kontaktet på mobiltelefon tre gange. Ca. to timer senere ringer en af patientens venner og udtrykker bekymring, og politiet kontaktes med henblik på efterlysning. Politiet bliver oplyst om, at der fem dage tidligere er lavet et journalnotat om, at patienten har planer om at hænge sig. Patienten findes død ved hængning.

Patient henvender sig i Akutmodtagelsen sammen med sin ægtefælle. Henvendelsen sker på opfordring fra egen læge på grund af symptomer på depression. Patienten er to uger tidligere sat i behandling af egen læge med Citalopram. Patienten selvmordsrisikovurderes, og det vurderes, at der ikke er øget selvmordsrisiko. Patienten bliver rådet til at drøfte øgning af Citalopram med egen læge. Patienten bliver sendt hjem med Akutmodtagelsens visitkort og opfordres stærkt til at henvende sig igen – især ved tanker om selvmord – samt at kontakte egen læge næste dag. Patienten er til samtale hos egen læge næste dag, men hænger sig efterfølgende.

Som Sundhedsstyrelsens rapport fra 2006 viser, og som flere af oplægsholderne på temadagen også påpegede, er tiden lige efter udskrivelsen fra hospitalet kritisk. Overgangen fra sygehussektoren til primærsektoren er kompleks og problematisk. Hændelserne i DPSD indikerer, at kommunikationen mellem sektorerne er en væsentlig problemstilling.

Patient udskrives efter indlæggelse. Distriktspsykiatrien forsøger dagen efter at kontakte patienten telefonisk, hvilket ikke lykkedes. Egen læge og en bekendt af patienten forsøger også at få kontakt. Patienten findes efterfølgende død i hjemmet.

Det skrives i hændelsen, at det ville have været en hjælp for Distriktspsykiatrien, hvis der havde været sat en aftale i stand inden patienten var udskrevet. Journalnotaterne var først skrevet fem dage efter udskrivelsen, og det bliver i hændelsen foreslået, at notater skrives hurtigere ved udskrivelse af selvmordstruede patienter.

Der er endvidere rapporteret hændelser, hvor patienter, der udskrives, selv skal tage kontakten til en behandler i primærsektoren, men enten ikke magter dette eller i ventetiden på en behandling eller et tilbud efter udskrivelse fra hospitalet begår selvmord.

Patient udskrives til vurdering med henblik på psykoterapi. Patienten har tidligere forsøgt selvmord tre gange – sidste gang kort før udskrivelsen. Patienten svinger ved udskrivelsen mellem at være opgivende og fortrøstningsfuldt interesseret i behandlingsmuligheder. Patienten risikovurderes inden udskrivelsen som ikke-selvordstruet.

Fjorten dage efter henvisning er modtaget, bliver patienten indkaldt til visitationssamtale. Ægtefællen reagerer på indkaldelsen og fortæller, at patienten har begået selvmord fire dage tidligere.

Patient henvender sig i psykiatrisk skadestue om aftenen. Patienten har haft flere tabsoplevelser og har tidligere forsøgt selvmordsforsøg én gang. Patienten har aktuelt katastrofetanker. Patienten har tid hos egen læge fem dage senere. Det aftales med patienten, at lægetiden fastholdes, og i epikrisen til egen læge nævnes det, at patienten ønsker et andet antidepressivt præparat. Patienten bliver endvidere henvist til en enhed for selvmordsforebyggelse med akuttid otte dage efter henvendelsen til psykiatrisk skadestue. Patienten møder imidlertid ikke op til samtalen, og det erfarres senere, at patienten har begået selvmord.

For de rapporterede hændelser, som omhandler ambulante patienter, er omstændighederne oftest ukendte. Det nævnes dog i mange af rapporterne, at patienten ikke mødte op til eller aflyste aftaler og dernæst blev erfaret død.

I Sundhedsstyrelsens temarapport fra 2006 blev det konkluderet, at hængning og kvælning er de hyppigste metoder til selvmord. Rapporten kom med anbefalinger til forebyggelse, fx at bærende elementer ikke bør kunne bære mere end 25 kg, at ophængningsredskaber som ledninger og bruseslanger bør elimineres fra afdelingen, og at plastikposer ikke bør anvendes som skraldeposer på psykiatriske afdelinger.

Data fra afsluttede sager med DPSD-hovedgruppen *Selvskade og selvmord* for 2014 og 2015 viser, at *hængning/kvælning* og *medicin* er de mest anvendte selvmordsmetoder under indlæggelse (Bilag 1 – tabel 3). I rapporteringerne til DPSD ses det, at anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsens rapport stadig er relevante. Dataene viser fx, at blandingsbatteri/armatur, bruserstang og seng anvendes til *hængning/kvælning*. I enkelte tilfælde er radiator, kroge på væg eller i loft samt dørhængsler anvendt.

Hyppigst anvendt i forsøget på selvmord er tøjgenstande og ledninger: strømpebukser og strømper, trøjer, snore fra bukser og hættetrøjer, bæltter og snøreband, ledninger til mobilopladere, føn-

tørrere og barbermaskiner. Der er enkelte hændelser med poser og bruseslanger. Enten forsøges genstandene snoet stramt om halsen, eller også forsøger patienten at hænge sig.

Patientklagecentret

Patientklagecenteret i Styrelsen for Patientsikkerhed får hvert år enkelte klager fra pårørende over, at patienter, der har haft kontakt til psykiatrien, begår selvmord. Der er tale om patienter, der enten var indlagt på psykiatriske afdelinger eller kort tid før selvmordet havde været i kontakt med psykiatrien.

Patientklagecentret ser derudover sager, hvor patienter gennemfører selvmord, mens de er indlagt på psykiatriske afdelinger. Samme tendens som i de utilsigtede hændelser – at det er hverdagsremedier som fx livrem eller plasticpose, der anvendes – ses i klagesagerne. Af sagerne fremgår det, at det er af stor betydning, at alle typer af personale på de psykiatriske afdelinger kender instrukserne for afskærmning og for, hvor ofte patienten skal tilses, når risikovurderingen viser, at der er øget risiko for selvmord. Det er på samme måde vigtigt at fjerne potentielle redskaber, som kan anvendes til selvmordsforsøg, fra afdelingens fysiske miljø i forbindelse med øget selvmordsrisiko, og at visitationen af patienten bliver udført efter entydige instrukser, som alle kender og udfører ens. Denne sanering af miljøet ved øget selvmordsrisiko skal dokumenteres, så det øvrige personale kan orientere sig herom.

Der er også klagesager, hvor patienter kort tid før deres selvmord har haft kontakt til en psykiatrisk afdeling eller modtagelse, og hvor patienten ikke er blevet vurderet til at være i øget risiko for selvmord. På baggrund af vurderingen af, at der ikke er øget risiko for selvmord, tilbydes patienten ikke indlæggelse. Ligeledes ses også klagesager, hvor patienten efter en selvmordsrisikovurdering gives udgang og derefter – selv under kortvarige udgange – gennemfører selvmord.

Erstatningscenteret

De fleste af erstatningssagerne fra Ankenævnet for Patienterstatningen vedrører patienter, som gennemfører selvmord, mens de er indlagt på psykiatriske afdelinger, fx ved at hænge sig. I størstedelen af sagerne var patienterne vurderet som værende ikke-selv mordstruet.

I enkelte tilfælde har der været skærpet opsyn, men patienterne lykkedes alligevel med at tage deres egne liv.

I nogle sager lykkes det for patienter at begå selvmord med overdosering af egen medicin, enten på afdelingen eller hjemme. Der er sager, hvor der er sket ordination af potent medicin, fx morfin, til en længere periode.

Derudover er der én sag med afvisning ved kontakt til psykiatrisk afdeling samt én sag med manglende opfølgning efter udskrivelse. Sagerne resulterede i henholdsvis selvmordsforsøg og selvmord.

Samlet set rejser rapporterede utilsigtede hændelser, erstatning- og klagesager følgende spørgsmål:

- Bliver patienten skærmet og observeret i forhold til screeningsfund?
- Er det en særlig disciplin at selvmordsvurdere akutte patienter?
- Bliver patienten vurderet tilstrækkeligt og på de rigtige tidspunkter i forhold til orlov eller udgang?
- Er der samme forståelse på afdelingen af, hvad et bestemt afskærmningsniveau er?
- Får patienten det rigtige tilbud om hjælp i overgangen?
- Bør man lave plan for reaktion på udeblivelse?
- Bør selvmordstruede vente flere dage på en ambulant tid?
- Lytter man nok til patientens behov og de pårørendes anmodninger?

Selvmondsrisikovurdering og overgange ved komplicerede patientforløb

Patienter med psykiske lidelser er komplekse patienter, som til tider har flere diagnoser og sociale problemer. Det er ofte patienter, som befinder sig i overgangen mellem primær- og sekundærsektoren med forskellige systemer og lovgivninger, og det kan være problematisk at skabe sammenhæng i patienternes forløb. Årsager til hændelser er ofte flygtige, og det kan være svært at gennemskue, hvad der gik galt, og hvordan det kan gøres bedre.

Indledningsvis præsenterede speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri Lene Riber og læge i samfundsmedicin Kristina Ormstrup Johansen, Center for Kvalitet, Region Syddanmark, FRAM (Funktionel Resonans Analyse Metode) som en metode til at analysere og få en forståelse af dette komplekse system.



FRAM er en metode til at beskrive hverdagsarbejdet, som det sædvanligvis foregår. Man ser på "den normale arbejdssituation" – hvad der rent faktisk sker i forhold til, hvordan man tror, det foregår – med fokus på relationer og andre sammenhænge, der kan forklare, hvorfor en uventet

hændelse opstod, samt mangler og svagheder. Metoden kan give en bedre forståelse af hverdagsarbejdets variationer, og dermed hvordan man kan gøre det mere sikkert for patienterne.

Selvmondsrisikovurdering

Sygeplejerske Hanne Frandsen, Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, Region Hovedstaden, fortalte om risikovurdering og den høje risiko lige efter udskrivelsen. Hun nævnte, at den forebyggende indsats mod selvmord skal inddeles i tre niveauer: generel forebyggelse, risikofaktorer og risikogrupper samt specifik forebyggelse. I selvmordsrisikovurderingen er selvmordsadfærden vigtig at have for øje. Den kan både bestå af verbale signaler og nonverbale signaler. Risikofaktorer er også vigtige i vurderingen af patienten, fx udskrivelse fra psykiatrisk afdeling inden for de seneste uger, tidligere selvmordsforsøg eller nylig diagnose af alvorlig fysisk sygdom.

Region Hovedstadens Psykiatri vejledning og de tilhørende *flash cards* blev nævnt som et eksempel på et hjælpemiddel til den faglige vurdering. Det andet eksempel var en ny vejledning, som var under udarbejdelse i et samarbejde mellem Region Sjælland og Region Hovedstaden med harmonisering for øje.

Læge Ane Storch Jacobsen fra Region Hovedstaden præsenterede en sammenligning af regionernes metode til risikovurdering. Der var taget udgangspunkt i selvmord/selvmondsforsøg, hvor selvmordsrisikovurdering var scoret *lav*. Desuden var de foreliggende retningslinjer for de fem regioner gennemgået, og det blev fundet, at de alle lever op til minimumskravene til håndtering af selvmordsforebyggelse i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), bl.a. beskrivelse af selvmordsrisikovurdering. Resultaterne i undersøgelsen viser, at der er enighed om, hvornår der skal risikovurderes, men ikke om hvordan, fordi risikovurderingen ikke foretages på samme måde i regionerne. Der blev stillet forslag, om at der bliver udarbejdet én fælles retningslinje for risikovurdering. Vigtigheden af, at risikovurderinger og afskærmningsniveau forstås ens og formidles korrekt blandt sundhedspersonale, som arbejder med patienter med psykiske udfordringer, blev igen understreget.

Psykolog Jan-Henrik Winsløv fra Region Nordjylland fortalte om de erfaringer, Enhed for selvmordsforebyggelse i Aalborg har med at undervise personale i arbejdet med selvmordstruede borgere og patienter i både kommunalt og den regionalt regi. Baggrunden for undervisningsprojektet er, at kerneårsagsanalyser viser mangelfuld selvmordsrisikovurdering, fx i forbindelse med udskrivelse, orlov eller ændring af patientens tilstand. Resultaterne fra undervisningsprojektet viser, at deltagerne oplevede det særligt lærerigt at arbejde med cases i tværfaglige grupper, at lave rollespil, der opøver kommunikation med selvmordstruede, og fandt det konstruktivt med introduktionen til kriseplan og redskaber til risikovurdering. Jan-Henrik Winsløv påpegede, at det er vigtigt, resultaterne af vurderingerne er synlige for personalet.

Overgange ved komplicerede patientforløb

Udfordringerne med forebyggelse af selvmord og selvmordforsøg er ikke nye, og med rapporteringerne af utilsigtede hændelser er problematikkerne i processerne blevet mere synlige lokalt. Specielt patientens overgange mellem behandlingssystemerne er udfordrende. Mange steder kæmper man med at koordinere, integrere og skabe sammenhæng i patienternes forløb.

Psykolog Kim Juul Larsen fra Region Syddanmark præsenterede *Behandlingskæden* som et eksempel på en model for samarbejde mellem kommune og regioner. *Behandlingskæden* fokuserer på at tilbyde kvalificeret hjælp i hver afdeling og på at hjælpe den selvmordstruede bedst muligt videre til næste behandlingsled – på tværs af fag- og ansvarsområder.



Hver kommune i *Behandlingskæden* har etableret et fagligt team, kaldet *Selvfo-team*. Det er et tværfagligt team sammensat af kommunale fagfolk. *Selvfo-teams* er opkvalificeret med efteruddannelse og er en intern organisatorisk udbygning, som medvirker til klare retningslinjer. Formålet er en hurtig, sammenhængende og kvalificeret hjælp til selvmordstruede børn og unge.

Kim Juul Larsen påpegede i sit oplæg, at kerneelementer i etableringen af det tværsektorielle samarbejde bl.a. var forståelse for fælles opgaveløsning, koordinering af ressourcer og aktiviteter, forpligtelse over indgåede aftaler samt lokalejerskab og -tilpasning. Det har vist sig, at modellen bidrager til bedre logistik og sammenhæng ved de fleste patientforløb, men at der er brug for en supplerende form for styring og koordinering, når der er tale om komplekse patientforløb.

Regional risikomanager Janet Johannessen og konsulent og patientsikkerhedsansvarlig Nynne Dreyer Nies fra Den Tværsektorielle Patientsikkerhedsgruppe i Region Sjælland fortalte om resultaterne fra et projekt, der identificerer patientsikkerhedsmæssige udfordringer hos voksne patienter, som bor på sociale botilbud. Her var konklusionen, at et godt samarbejde kræver faste samarbejdsflader med kendte personer samt kommunikation, lydhørhed og tilgængelighed til kontaktpersoner. Vigtigheden af den gensidige respekt for hinandens arbejdsområder er også en væsentlig forudsætning for at lykkes ifølge dette projekt.

Det er endvidere vigtigt, at kompetenceprofilen på botilbuddet matcher de pædagogiske og sundhedsfaglige opgaver. Derfor er undervisning og supervision fra samarbejdspartnere, fx i medicin-håndtering, et centralt element. Men et botilbud er et pædagogisk tilbud, ikke et behandlingstilbud, og når botilbuddene ikke har de sundhedsfaglige kompetencer, kunne distriktspsykiatrien eller hjemmeplejen involveres. Fx i relation til medicineringen skulle botilbuddet involveres tidligt i et indlæggelsesforløb og inddrages i beslutning om selvadministration, bl.a. stillingtagen til, om det skal være hjemmeplejen, der overtager opgaven.



Oplægsholderne præsenterede tjeklister, der har til hensigt at sørge for, at al relevant kommunikation og alle relevante handlinger udføres både fra psykiatriens og det sociale tilbuds side.

Tina Wahl, Kontorchef i Kommunernes Landsforening (KL), talte om *Den gode overlevering* og gjorde opmærksom på vigtigheden af samarbejde og forebyggelse. Wahl pointerede, at det er vigtigt, at kommunen bliver godt informeret om patienten ved overleveringen, da det ikke er alle psykisk udfordrede patienter, som er kendt af kommunen.

Der er pres på psykiatrien, og kommunernes erfaring er, at patienternes behov for hjælp er større ved udskrivelsen i forhold til tidligere, hvilket udfordrer kommunernes kompetencer. Wahl opfordrede regionerne til at rådgive kommunerne mere. Det vil styrke kommunerne, når de modtager en patient, og det kan måske spare regionerne for nogle indlæggelser. For at dette skal lykkes, kræver det bl.a. dialog, fælles sprog og en helhedsorienteret og tidlig indsats for patienter med psykiske udfordringer.

Paneldebat

I relation til overgange kom der på temadagen flere eksempler på arbejdsmetoder frem i plenum, fx tværfaglige specialteams, som støtter de sværeste patienter. Et andet eksempel er et patientteam, som har patienten i centrum – et dynamisk team, men med en udpeget stafetholder. Stafetten kan gives videre til en person det sted, der er mest relevant i forhold til patienten.



Medicinhåndteringen på botilbuddene blev taget op. På hvilket niveau skal personalet have medicinfaglig forståelse og viden? Det blev diskuteret, om der skal være et minimum af sundhedsprofessionelle i botilbud, og det blev påpeget, at det er vigtigt, at personalet på bosteder får den rette oplæring i medicinhåndtering.

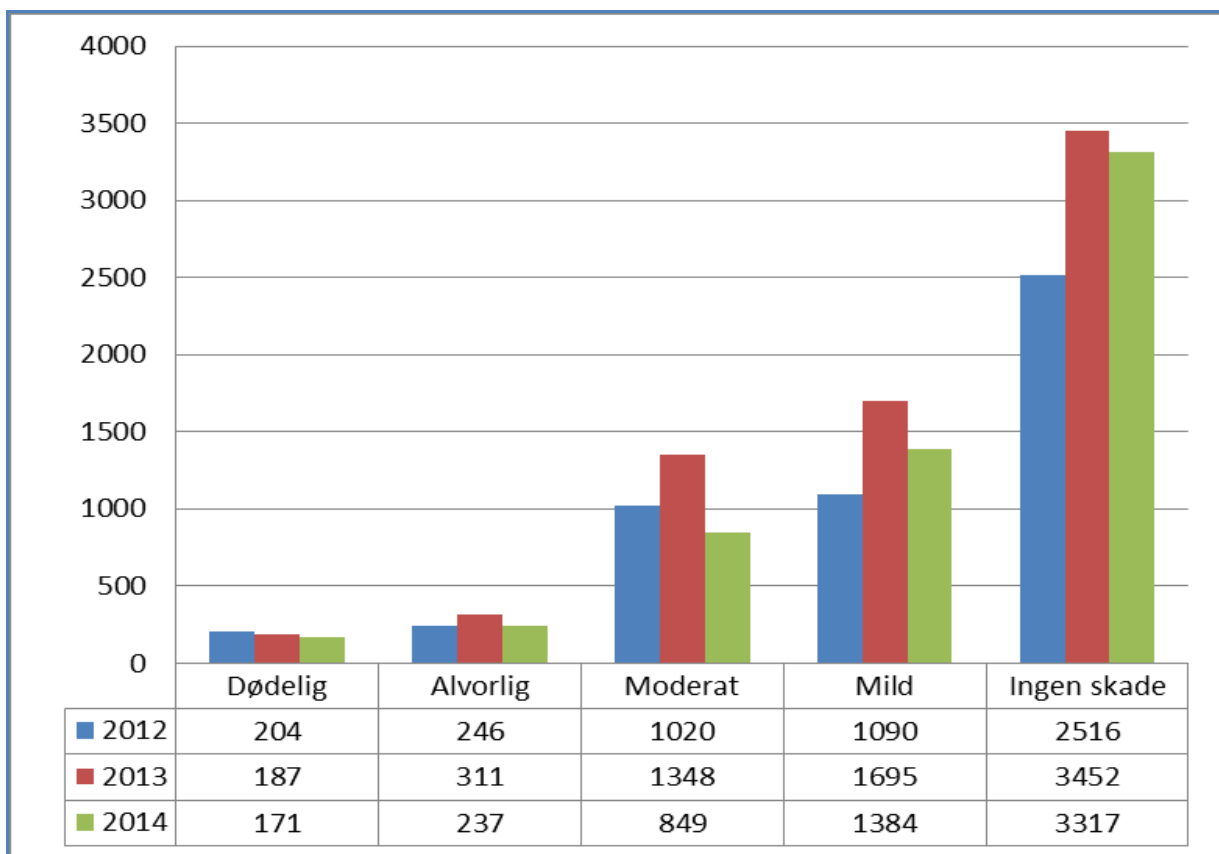
Dansk Selskab for Patientsikkerhed nævnte *I sikre hænder*. Et projekt, der giver redskaber til at gøre det nemmere at forhindre fejl omkring håndtering af medicin. Dansk Selskab for Patientsikkerheds Projekt Sikker Psykiatri påbegyndes primo 2016 og omhandler forebyggelse af medicinfejl. Det skal ske ved, at de sundhedsprofessionelle systematiserer deres arbejdsgange, og at personalet samarbejder med patienter og pårørende. Projektet vil desuden have fokus på selvmordsforebyggelse.

Tal fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase

Da der ikke findes en kategori i DPSD, som knytter sig specifikt til psykiatrien, blev der i stedet søgt på rapporter, hvor hændelsessted indeholder *psyk*.

Antal og alvorlighed

Figur 1 viser udviklingen af de identificerede hændelser fra 2012 til 2014 fordelt på alvorlighed.³



Figur 1: Udviklingen i afsluttede hændelser indsendt til DPSD med hændelsessted indeholdende *psyk*.

³ Mild' alvorlighedsgrad er defineret som *Lettere forbigående skade, som ikke kræver øget behandling eller øget plejeindsats.*

'Moderat' alvorlighedsgrad er defineret som *Forbigående skade, som kræver indlæggelse eller behandling hos praktiserende læge eller øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling.*

'Alvorlig' alvorlighedsgrad er defineret som *Permanent skade, som kræver indlæggelse, behandling hos praktiserende læge, øget plejeindsats eller for indlagte patienter øget behandling, eller andre skader som kræver akut livreddende behandling.*

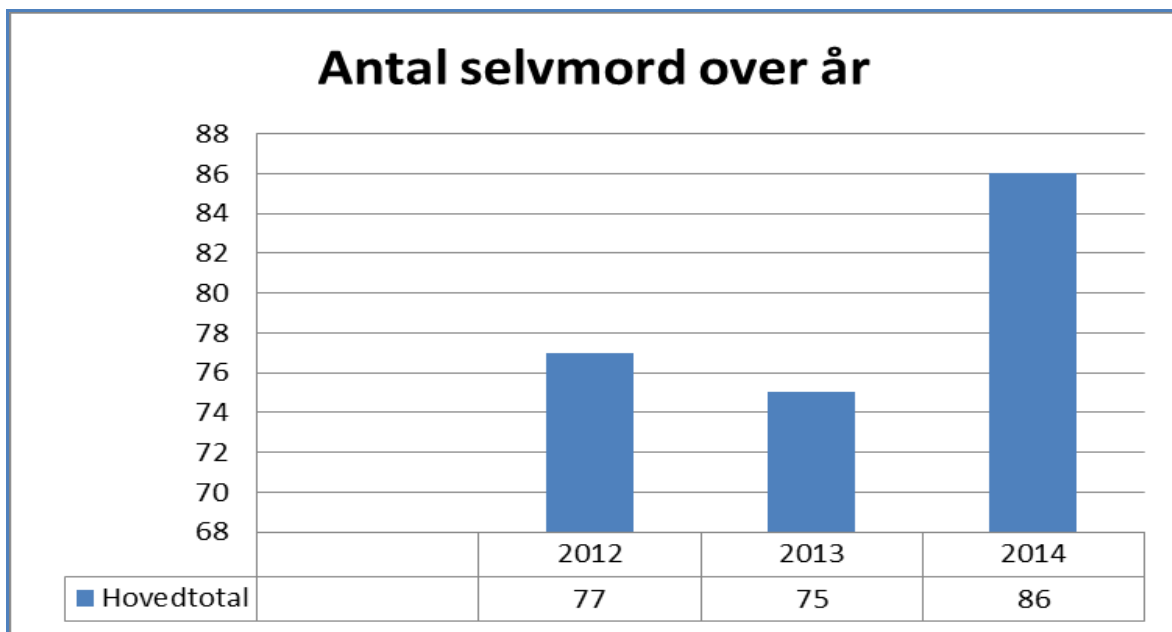
Når en utilsigtet hændelse bliver rapporteret, skal rapportøren angive, hvor alvorlig hændelsen faktisk var for patienten. Når sagsbehandleren bagefter arbejder med sagen, kan vedkommende justere alvorlighedsklassifikationen i hændelsen.

Som figur 1 viser, er størstedelen af hændelserne kategoriseret som 'Ingen skade' eller 'Mild' i alvorlighedsgrad.

Antal selvmord

Da det er den person, som rapporterer, der klassificerer hændelsens alvorsgrad, viser erfaringen, at hændelsen ofte kategoriseres mere alvorlig, end den skulle ifølge definitionen. Det gjorde sig også gældende i denne undersøgelse.

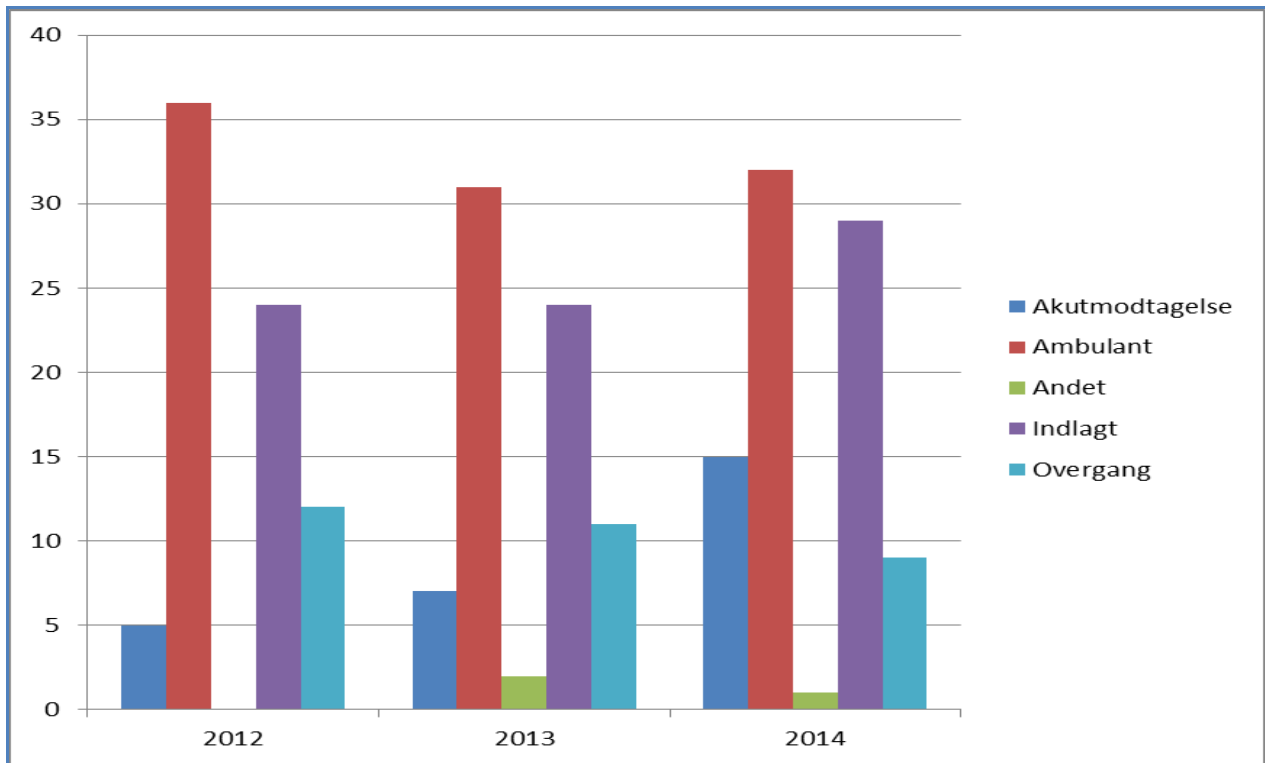
Når hændelser kategoriseret som 'dødelig', bliver renset for dubletter og hændelser, som ikke skyldes selvmord, eller hvor dødsårsag er ukendt, er tallene for selvmord samlet 238 og mellem 75 og 86 pr år. Se figur 2.



Figur 2: Antallet af hændelser, hvor selvmord er sikker årsag til dødsfald. Baseret på afsluttede hændelser for 2012-2014 indsendt til DPSD, kategoriseret som dødelig, og med hændelsessted indeholder *psyk*.

Patients tilknytning til sundhedsvæsenet

Når de 288 hændelser, som omhandler selvmord, fordeles på baggrund af, hvor i sundhedssektoren patienten var tilknyttet, ses det, at der gennem årene er sket en stigning af hændelser knyttet til akutmodtagelsen, mens ambulante hændelser og hændelser under indlæggelse er nogenlunde konstante (Figur 3).



Figur 3: Hændelser, hvor selvmord er sikker årsag til dødsfald, klassificeres ud fra, hvor patienten var tilknyttet.⁴ Baseret på afsluttede hændelser for 2012-2014 indsendt til DPSD, kategoriseret som 'dødelig' og med hændelsessted indeholdende *psyk*.

Af de i alt 238 selvmord for 2012-2014 var der 27 selvmord, som knyttede sig til akutmodtagelsen. Af disse havde 16 'hjemsendelse efter kontakt med akutmodtagelsen' som årsag. I 9 tilfælde forlod patienten akutmodtagelsen igen eller ønskede ikke indlæggelse.

For de ambulante hændelser er omstændighederne oftest ukendte. Det er oftest nævnt, at patienten ikke møder op til aftaler eller aflyser aftaler og dernæst erfare død.

Fra 2012 til og med 2014 er der rapporteret 77 selvmord, hvor patienten var indlagt. I 35 af disse hændelser skete selvmordet på udgang/orlov. I 17 hændelser har patienten forladt afdelingen uden tilladelse. I 23 af de 77 hændelser kom patienten i besiddelse af redskaber, som kan anvendes til selvmord. Antallet er dog faldende. Mod henholdsvis 8 og 10 hændelser i 2012 og -13, blev der registreret 5 i 2014.

⁴ Kategorisering af patienttilknytning:

- kategoriseret som offentligt sygehus, men patienten er ikke indlagt = ambulant
- når der specifikt står i hændelsen, at problemet har været i overgangen = overgang
- ikke-offentligt sygehus = andet
- kategoriseret som offentligt sygehus, og akutafdeling eller psykiatrisk skadestue nævnes = akutmodtagelse.

Der blev i 2012 og 2013 rapporteret henholdsvis 6 og 5 selvmordshændelser, lige efter at patienten var udskrevet. Der var ingen i 2014.

Hændelserne i DPSD peger på, at kommunikationen på tværs af sektorer er en problemstilling. Der er endvidere rapporteret hændelser, hvor patienten udskrives og selv skal tage kontakten til behandler i primærsektoren og enten ikke magter dette eller i ventetiden på et tilbud eller en behandling efter udskrivelsen fra hospitalet begår selvmord.

Risikovurdering

Hvor det har været muligt i de 238 selvmordshændelser er risikovurderingen kategoriseret. I størstedelen af de utilsigtede hændelser, som resulterede i selvmord, og hvor risikovurderingen var beskrevet, var patienten vurderet som ikke selvmordstruet eller scoret i risikoniveau 1, svarende til 'ingen øget selvmordsrisiko' (tabel 1).

Beskrevet risikovurdering	Patientens tilknytning til sundhedsvæsenet				
	Akut-modtagelse	Ambulant	Andet	Indlagt	Overgang
Risikovurdering beskrevet i hændelse					
Kronisk selvmordstruet		1			
Skærmningsniveau 1				1	
Selvmordsrisiko vurderet til høj				1	
Scoret i risikoniveau 1		3		9	5
Suicidal	1				
Suicidale impulser				1	
vurderes i øget selvmordsrisiko		1			
Vurderet ikke suicidal	10	13		16	4

Tabel 1: Hændelser, hvor selvmord er sikker årsag til dødsfald, og risikovurdering omtalt i hændelse. Baseret på afsluttede hændelser for 2012-2014 indsendt til DPSD, kategoriseret som dødelig, og med hændelsessted indeholdende *psyk*.

Selvskaade og selvmord

Søges på afsluttede sager hvor rapportør/sagsbehandler har koblet hændelsen til DPSD-hovedgruppe 'Selvskaade og selvmord'⁵, viser dette, at henholdsvis 68 og 95 hændelser i 2014 og 2015 er kategoriseret som selvmord. Henholdsvis 169 og 189 hændelser i 2014 og 2015 er kategoriseret som selvmordsforsøg (tabel 2).

Disse tal er ikke rensat for eventuelt flere hændelser på samme sag (dubletter), hændelser, som ikke skyldes selvmord, eller hændelser, hvor dødsårsag er ukendt.

⁵ Tallene er trukket 9. november 2015.

Antal selvmord og selvmordsforsøg og selvskade	Årstal		Sum
	2014	2015*	
Selvmord	68	95	163
Selvmordsforsøg	169	189	358
Selvskade	210	135	345
Sum	447	419	866

Tabel 2: Afsluttede sager med DPSD-hovedgruppe 'Selvskade og selvmord' for 2014 og 2015 sorteret efter kategoriseret proces lig med selvmord og selvmordsforsøg og selvskade. Tallene er ikke renset for eventuelt flere hændelser på samme sag (dubletter), hændelser, som ikke skyldes selvmord, eller hændelser, hvor dødsårsag er ukendt. *Tallene er trukket 9. november 2015.

Når disse opdeles efter, hvordan selvmordet eller selvmordsforsøget blev gjort, viser tallene, at medicin og hængning/kvælning er de mest anvendte metoder (tabel 3).

Metode	Selvmord	Selvmordsforsøg	Selvskade	Sum
Andet	35	29	44	108
Drukning	9	4		13
Hængning	50	66		116
Kvælning	7	75		82
Med kniv/våben	13	21		34
Med medicin	27	127		154
Rusmidler	1	7	16	24
Som led i sygdomsmønster			285	285
Udspring	21	29		50
Sum	163	358	345	866

Tabel 3: Afsluttede sager med DPSD-hovedgruppe 'Selvskade og selvmord' for 2014 og 2015 sorteret efter kategoriseret proces og problem. Tallene er ikke renset for eventuelt flere hændelser på samme sag (dubletter), hændelser, som ikke skyldes selvmord, eller hændelser, hvor dødsårsag er ukendt. *Tallene er trukket 9. november 2015.

Det, der hyppigst bliver anvendt i forsøget på selvmord, er tøjgenstande og ledninger. Eksempler på tøjgenstande er strømpebukser, strømper, trøjer og snore fra bukser og hættetrøjer. Derudover anvendes også bæltter og snørebånd. Ledningerne er oftest ledninger i lokalet eller kabler til fx tv, men der ses også hændelser, hvor der er anvendt mobilopladerledninger, føntørrerledninger og barbermaskineledninger. Der er enkelte hændelser med poser og bruseslanger.

Enten forsøges genstanden snoet stramt rundt om halsen, eller også forsøger patienten at hænge sig. Der er en del selvmord og selvmordsforsøg ved hjælp af blandingsbatteriet/amaturet, stangen i bruser og sengen. I enkelte tilfælde er radiator, kroge og dørhængsler anvendt.

Lokale tiltag

Under temadagens diskussioner blev lokale forebyggende tiltag beskrevet. Styrelsen for Patient-sikkerhed håber, at det kan bidrage til det videre arbejde med at forbedre patientsikkerheden.

Distriktspsykiatri for Ældre, Region Sjælland – et tværfagligt team

I region Sjællands Distriktspsykiatri for Ældre arbejder man med tværfaglige ressourcer internt i et team. Det er et specialiseret, men på den anden side også bredt sammensat team til udredning, behandling af og opfølgning på de ofte både komplicerede og fysisk/psykisk svage patienter, der inkluderes (patienter over 75 år med psykiatriske symptomer).

Teamet i Roskilde har to læger ansat. Den ene er overlæge i psykiatri, den anden er speciallæge i almen medicin. Herved er såvel specifikt psykiatriske samt brede somatiske problemstillinger dækket ind. Dette anses som en fordel, da somatiske problemer ofte fylder meget hos de ældre patienter og også ofte er medvirkende til deres psykiatriske symptomer. Af sygeplejersker er der flest med erfaring i psykiatri, men også nogle med somatisk erfaring og/eller erfaring fra kommuner (hjemmepleje og plejehjem) samt én med erfaring som demenskoordinator. Derudover er der tilknyttet en psykolog, og der er adgang til at trække på en socialrådgiver. Dette er dog sjældent nødvendigt.

Samtidig er der dedikeret ressourcer til teamet, så det oftest kan besøge patienterne i deres eget hjem i stedet for, at patienterne skal komme ind til et ambulatorium. Dette er kommet i stand, fordi det kan være besværligt, belastende og indimellem psykisk helt uoverskueligt og fysisk umuligt for mange af de tilknyttede patienter.

Den brede sammensætning med erfaring og viden fra det psykiatriske område, det somatiske område, fra psykiatriske afdelinger og fra kommunerne gør, at teamet kan rådgive bredt om de fleste aspekter i patienters liv, og at komplicerede sager, der tages op på konference, får en helhedsvurdering. Teamet kan desuden rådgive om udredning og behandling af både fysisk og psykisk sygdom og vejlede om både sygepleje og socialpædagogiske virkemidler, inklusive tilbud til personalet om undervisning omkring den enkelte borger.

Angående overgange mellem sektorer har teamet mulighed for ved særligt behov at tilbyde, at kontaktsygeplejersken fra teamet kan være med (fysisk eller pr. videokonference) til planlægningsmøde, når de sværeste patienter skal udskrives fra en indlæggelse på ældrepsykiatrisk afdeling, ligesom teamets retningslinjer tilsiger, at teamet skal tage på opfølgende hjemmebesøg inden for fem hverdage efter en udskrivelse fra ældrepsykiatrisk afdeling. Det er i de tilfælde, hvor afdelingens læger har vurderet, at patienten skal følges i Distriktspsykiatri for Ældre efter udskrivelsen, og ideelt kan patienten have en tid til opfølgning med i hånden ved udskrivelse.

Den største udfordring ligger nok i, at teamet ofte ikke fra afdelingernes side bliver informeret om, at der planlægges udskrivelse, og hvornår der er planlægningsmøde (hvis et sådant afholdes). Ofte informeres teamet først, når patienten udskrives eller endda et par dage efter udskrivelsen.

Hos de patienter, teamet kender i forvejen fra det ambulante arbejde, og som teamet selv har indlagt, kan kontaktpersonen i teamet holde øje med, hvordan det går under indlæggelsen, kontakte afdelingen og aftale at være med til møder, men det er ret ressourcekrævende og gøres normalt kun hos de mest komplicerede og dårlige patienter.

Det bliver af teamet påpeget, at teamets force er den brede tilgang, hvor der tages højde for såvel pædagogiske som sundhedsfaglige problematikker hos den komplicerede ældre patient, ikke specielt overgange eller overlevering af patienten.

Der er ikke ressourcer til at tilbyde undervisning om ældre psykisk syge patienter generelt, og det ligger heller ikke i opgaven.

Socialpsykiatrisk Center, Silkeborg Kommune

Psykiatriens Hus i Silkeborg arbejder med forebyggelse af utilsigtede hændelser i overgangen mellem region og kommune.

Socialpsykiatriens politiske udvalg i Silkeborg Kommune er Sundheds- og forebyggelsesudvalget, som har opstillet følgende pejlemærker:

- sikring af en positiv udvikling i borgerens sundhedstilstand og oplevelse af livskvalitet gennem sundhedsfremmende, forebyggende og rehabiliterende indsatser
- særligt fokus på at styrke sundhedstilstanden for udsatte borgere og dermed mindske ulighed i sundhed
- sikring af fokus på sundhedsfremme og forebyggelse overalt i Silkeborg Kommune
- sammenhængende og helhedsorienterede indsatser på tværs af sektorer med borgeren i centrum.

Gennem de sidste år har der været stor fokus på kompetenceudvikling i Socialpsykiatrien, hvor alle medarbejdere har gennemført kompetenceforløb, fx opdatering af sundhedsfaglige kompetencer eller funktionsevnevurderinger. Aktuelt er alle medarbejdere i gang med en opdatering i psykopatologi.

Socialpsykiatrisk Center har et retningsgivende dokument omkring risikovurdering og har igennem de sidste fire-fem år arbejdet med selvmordsrisikovurderinger. Alle borgere risikovurderes i en fast struktur og efter behov.

Socialpsykiatrisk Center har haft den samme underviser som regionen i risikovurderinger og har på den baggrund et fælles fagsprog omkring forebyggelse af selvmord.

Det tværsektorielle samarbejde i Psykiatriens Hus

Medarbejdere og ledere i Psykiatriens Hus har formelle og uformelle møder, der understøtter det sammenhængende forløb for borgeren/patienten.

Undersøgelse af utilsigtede hændelser, hvor en borger har tilknytning til både region og kommune:

- Både region og kommune er med til at lave kerneårsagsanalyse og på den måde skabe læring på tværs af sektorer. Konkret har man bl.a. klarlagt, at det har stor betydning, at der ikke er en fælles sikkerhedsplan på tværs af region og kommune.
- Der er nedsat en arbejdsgruppe med medarbejdere og ledere på tværs af region og kommune, som skal udarbejde en fælles sikkerhedsplan, der understøttes af velfærdsteknologi, så den kan udfyldes på en smartphone eller tablet. Aktuelt er den fælles sik-

kerhedsplan strandet på udfordringer med, at region og kommune ikke kan bruge den samme teknologi i forhold til dokumentation. Se udkast til fælles sikkerhedsplan.

Af andre konkrete samarbejdsflader kan nævnes, at der er faste aftaler om møder mellem bostederne i socialpsykiatrien og det regionale psykoseteam, hvor det gode sammenhængende forløb drøftes mellem ledere og medarbejdere på tværs af region og kommune. Ved behov bliver der indkaldt til opfølgingsmøder, telefonkontakt til region eller kommune i forhold til koordinering, fx ved ændring i borgerens tilstand, indlæggelse eller skærpet observation, for at forhindre en indlæggelse.

På tværs i Psykiatriens Hus foregår megen udvikling og implementering af udviklingstiltag, bl.a.:

- Liv i Sundhed – sundhedstiltag (kost, motion) med henblik på forebyggelse af livsstilssygdomme
- Åben dialog – på tværs mellem flere sektorer, herunder også det kommunale jobcenter
- IPS - Individuelt Planlagt job med Støtte
- Udvikling af pårørendeindsatser på tværs og i samarbejde med frivilligforeninger
- Frivillighed på tværs i Akut Døgntilbud.

Psykiatriens Hus version 2.0

Region Midtjyllands rådgivende udvalg vedrørende psykiatri- og det specialiserede socialområde og Silkeborg Kommunes sundheds- og forebyggelsesudvalg har besluttet, at der i den videre udvikling af samarbejdet omkring Psykiatriens Hus skal arbejdes på afdækning af mulighederne for at etablere:

- samdrift af Akut Døgn, som er et fælles døgntilbud med 6 regionale og 6 kommunale pladser (ved samdrift forstås fælles ledelse og økonomi)
- fremrykket tidlig indsats og fælles udredning/visitation
- fælles plan for den enkelte patient/borger.

Se mere om psykiatriens Hus på: <http://psykiatrienshus.silkeborgkommune.dk/Om-Psykiatriens-Hus>

UDKAST

Samarbejdsaftale ml. Bostøtten og Hjemmebehandlerteamet

Ved akut støtte til borger

Aftaler mellem bostøtten og Hjemmebehandlerteamet (tlf. xx xx xx xx)

Der er truffet aftale om samarbejde omkring nedenstående borger med følgende i Hjemmebehandlerteamet (HBT) (navn):

Hvordan foregår kontakten, tid og sted:

Hvad er HBT´s opgave:

Hvad er bostøttens opgave

Navn:

Adr.:

Tlf.:

CPR.Nr.:

Diagnose:

Netværk:

Bostøtter:

Navn:

E-mail:

Tlf.:

Næste kontakt til Borger:

Aktuel problemstilling, herunder grunden til henvisningen:

hvis ja sæt X

- Der foreligger samtykkeerklæring ml. regionspsykiatrien og socialpsykiatrien.
- Der er udarbejdet sikkerhedsplan ifbm. Selvmords risiko, hvis ja hvor opbevare borgeren denne
- Borgeren tager sin medicin som beskrevet, også i perioder hvor borgeren er dårligt psykisk fungerende
- Screening af borger har resulteret i handleplan (handleplan medsendes hvis aktuelt)

Kommentar:

Andet: (fx ringeklokke virker ikke, stor hund der gør, kan kun kontaktes pr sms osv.):

HBT´s notater fra perioden