



Opsamlingsrapport af konference afholdt i Odense 4. november 2019

Selvordsforebyggelse på tværs

Sammen skaber vi god praksis
for tværgående samarbejde



Konkrete ideer, eksempler og initiativer til fremme af et godt tværsektorielt samarbejde på det selvmordsforebyggende felt

Resumé

Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg afholdt den 4. november 2019 konferencen **Selvmordsforebyggelse på tværs - Sammen skaber vi god praksis for tværgående samarbejde**. Formålet med konferencen var at drøfte hvordan det tværsektorielle samarbejde kan styrkes?

Konferencen foregik i Odense og havde deltagelse af 170 aktører fra hele landet; fra regioner og kommuner, fra bosteder, NGO'er, forskningsinstitutioner mv. Denne rapport er en opsamling af de oplæg, der blev givet på konferencen samt de workshops og kommentarer, som deltagerne bidrog med. Opsamlingen er suppleret med henvisninger til uddybende artikler og litteratur, hvor det har været relevant og muligt.

Mennesker med selvmordsadfærd befinder sig ofte i en situation, hvor en bred vifte af problemstillinger gør sig gældende. Således kan der i et patientforløb være flere regionale behandlingstilbud involveret, ligesom kommunens sagsbehandling af det enkelte menneske, ofte er spredt på forskellige forvaltninger. Flere forskellige organisatoriske enheder i region og kommune skal således samarbejde for at hjælpe til med at håndtere de ofte komplekse problemstillinger som selvmordstruede mennesker står i.

Imidlertid kan det gode samarbejde på tværs af sektorer, afdelinger/-forvaltninger mv. være udfordret af, at de to sektorer er baseret på forskellige lovgrundlag, fagligheder og systemer med risiko for, at ansvaret for den enkelte borger ikke er entydigt placeret og dermed, at behandlingstilbud, muligheder og krav ikke er samstemt og indimellem modarbejder hinanden.

Konferencen havde derfor fokus på konkrete initiativer og eksempler, som kan bidrage til forbedring af det tværsektorielle samarbejde indenfor selvmordsforebyggelse. Af gode konkrete eksempler på hvordan man regionalt kan organisere sig til fremme af et godt tværsektorielt samarbejde, kan nævnes Patientens Team i Region Nord (side 45) og Behandlingskæden i Region Syd (side 24). Derudover viser både konkrete eksempler og forskning om godt samarbejde, at:

- Det fysiske møde – eventuelt virtuelt – hvor man får sat ansigter på hinanden, er fremmende for et godt tværsektorielt samarbejde
- Et øget kendskab til hinanden og hinandens ansvarsområder bidrager til opbygning af ”fælles sund fornuft”
- At udarbejdelse af fælles dokumenter og skabeloner både skaber fælles forståelse og smidiggør sagsbehandlingen
- At et stafetprincip om, at den ene sektor ikke giver slip på en borger, før der er sat navn på og placeret et ansvar i den modtagende sektor

Håbet er, at opsamlingsrapporten kan tjene som inspiration for medarbejdere i region og kommune samt øvrige aktører i forhold til måder, hvorpå det tværgående arbejde omkring det selvmordstruede menneske, kan styrkes. Udover denne opsamlingsrapport, findes der en bilagssamling, præsentationer fra konferencen samt en pixi med fokus på konkrete ideer til fremme af et godt tværsektorielt samarbejde. De kan alle hentes på www.selvmordsforebyggelse.dk

Organisering

Bag konferencen står Det nationale Partnerskab for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, som der blev afsat midler til i satspuljeaftalen 2017-20 med det mål at reducere antallet af selvmord og selvmordsforsøg. Partnerskabets formål er at bidrage til at sikre et velfungerende samarbejde mellem relevante aktører og yde rådgivning på henholdsvis nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Partnerskabet skal i perioden arbejde for:

- at understøtte tidlig opsporing af personer med selvmordstanker i og på tværs af sektorgrænser og sikre, at de modtager relevante forebyggende tilbud af høj kvalitet
- at understøtte at personer, der har forsøgt selvmord og deres pårørende, modtager behandling og rådgivning af høj kvalitet, og at de oplever et sammenhængende forløb
- at understøtte at professionelle har de nødvendige kompetencer til at sikre tidlig opsporing og relevant visitation, og at de kan yde den nødvendige støtte og behandling overfor selvmords-truede personer, overfor personer, der har forsøgt selvmord samt overfor pårørende.

Partnerskabets medlemmer vil tage ansvar for, at deres organisation bidrager til de ovenstående målsætninger gennem egne aktiviteter og ved aktiv understøttelse af partnerskabets aktiviteter, der bl.a. omhandler at styrke og koordinere den eksisterende nationale videnindsamling og formidling vedr. fx risikogrupper, risikofaktorer og metoder til forebyggelse af selvmord samt understøtte sammenhængende forebyggelses- og behandlingstilbud af høj kvalitet i kommuner og regioner på tværs af sektorer – både med fokus på voksne, børn og unge med selvmordstanker.

Indeværende opsamlingsrapport og pixi er udarbejdet af Trine Alette Panton, panton.dk; Jan-Henrik Winsløv, Psykolog & Faglig ansvarlige af Enhed for selvmordsforebyggelse, Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien i Region Nord; Kim Juul Larsen, Teamleder, psykolog v/ Sundhed og Forebyggelse, Odense Kommune; Anna Gillet, Specialkonsulent i KL og Titia Lahoz; Psykolog i Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, Københavns Universitetshospital, Amager, Region Hovedstadens Psykiatri.



Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	6
2. METODE ANVENDT I OPSAMLINGEN	7
3. BAGGRUND FOR KONFERENCENS PROBLEMSTILLING	7
3.1 UDFORDRINGERNE I DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE OM SELVMORDSFOREBYGGELSE	9
3.2 DELTAGERNES MOTIVATION FOR DELTAGELSE I KONFERENCEN	12
4. REGIONAL PRAKSIS I SELVMORDSFOREBYGGELSE	15
4.1 DE FOREBYGGENDE KLINIKKERS ARBEJDE MED SELVMORDSFOREBYGGELSE	16
4.2 UDFORDRINGER I FORBINDELSE MED RISIKOVURDERINGER	17
4.3 HVAD BØR INDGÅ I EN SELVMORDSRISIKOVURDERING?	18
4.4 PRÆSENTATION AF TO KONKRETE REDSKABER TIL RISIKOVURDERING	20
4.5 AT HANDLE PÅ EN MAVEFORNEMMELSE OG HAVE RO I SINDET	23
5. BEHANDLINGSKÆDEN – ET SAMARBEJDE OM SELVMORDSTRUET BØRN OG UNGE	24
5.1 BAGGRUND FOR BEHANDLINGSKÆDEN	24
5.2 BEHANDLINGSKÆDEN SOM STRATEGI	25
5.3 KOMMUNERNES DEL AF BEHANDLINGSKÆDEN	27
5.4 PSYKIATRIENS DEL AF BEHANDLINGSKÆDEN	28
5.5 OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER	29
5.6 DELTAGERNES KOMMENTARER TIL OPLÆGGET FRA STINE LUNDSTRØM KAMIONKA	30
6. SAMARBEJDSFORMER PÅ TVÆRS AF SEKTORER	31
6.1 FRA TREKANT TIL FIRKANT – INDDRAGELSE AF PÅRØRENDE	31
6.2 FORLØBSKOORDINATORER	33
6.3 LEDELSESOPGAVEN I MELLEMRUMMET	34
6.4 FÆLLES SKOLEBÆNK	35
6.5 DELTAGERNES KOMMENTARER TIL OPLÆGGET FRA KJELD MØLLER PEDERSEN	36
7. TVÆRGÅENDE SAMARBEJDER: 3 VIGTIGE FAKTORER	38
7.1 BAGGRUND FOR OPLÆGGETS POINTER	38
7.2 SMIDIGE OG STÆRKE NARRATIVER OG METAFORER	39
7.3 MØDER	40
7.4 REDSKABER OG DOKUMENTER	40
7.5 DELTAGERNES KOMMENTARER TIL OPLÆGGET FRA TINE MURPHY	41

8. PATIENTENS TEAM – HVORDAN SIKRER VI SAMMENHÆNG I PATIENTFORLØBET?	45
8.1 BAGGRUND FOR PATIENTENS TEAM	45
8.2 KONKRETISERING AF PATIENTENS TEAM	46
8.3 INSTITUTIONALISERING AF PATIENTENS TEAM	48
8.4 ERFARINGER OG RESULTATER	49
8.5 DELTAGERNES KOMMENTARER TIL OPLÆGGET FRA JAN MAINZ	50
<u>9. SAMMENFATTENDE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER FRA KONFERENCEN TIL FORBEDRING AF DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE OM SELVMORDSFOREBYGGELSE</u>	<u>51</u>
9.1 KONFERENCENS INPUT TIL FORBEDRING AF DET TVÆRSEKTORIELLE SAMARBEJDE	54
9.2 FÆLLESNÆVNERE OG ØVRIGE OPMÆRKSOMHEDSPUNKTER	55

1. Indledning

Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg afholdt den 4. november 2019 konferencen **Selvmordsforebyggelse på tværs - Sammen skaber vi god praksis for tværgående samarbejde**. Formålet med konferencen var at drøfte hvordan det tværsektorielle samarbejde kan styrkes? Drøftelserne kredsede om spørgsmål såsom; hvem er de relevante samarbejdspartnere? Hvad indebærer et godt samarbejde? Hvori består barriererne, når det ikke fungerer og hvilke forhold er til stede, når det lykkes?

Konferencen foregik i Odense og havde deltagelse af omkring 170 aktører fra hele landet; fra regioner og kommuner, fra bosteder, NGO'er, forskningsinstitutioner mv.

Som oplæg til drøftelserne havde Det Nationale Partnerskab inviteret følgende oplægsholdere:

- Cand. Merc. Stine Kamionka Region Syd: "Selfo Teams"
- Psykolog Titia Lahoz, Region Hovedstaden, Psykolog Kim Juul Larsen, Odense Kommune, Psykolog Jan-Henrik Winsløv, Aalborg Universitetshospital: "Selvmordsforebyggelse. Hvordan gør vi (regionerne) i praksis?"
- Professor Kjeld Møller Pedersen: "Samarbejdsformer på tværs af sektorer. Hvad tager vi med os?"
- Ph.d. Tine Murphy, Professionshøjskolen Absalon: "Styrkelse af tværgående samarbejde - Hvad skal der til?"
- Professor Jan Mainz, Region Nord: "Facilitering af Patientens Team"

Konferencen var dermed ramme om oplæg i plenum, men også en række workshops hvor deltagerne, grupperet om borde, i fællesskab diskuterede anonymiserede cases indenfor problemstillinger som misbrug, autisme, sociale problemstillinger, børn og unge samt ældre. Deltagerne dokumenterede efterfølgende deres fælles overvejelser og refleksioner i templates, som lå på alle borde.

Denne rapport er en opsamling og gennemskrivning af de oplæg, der blev givet på konferencen samt de workshops og kommentarer, som deltagerne bidrog med. Opsamlingen er endvidere suppleret med uddybning af referencer, som blev nævnt eller mangler som blev påpeget undervejs. Ligeledes er præsentationen af oplæggene suppleret med henvisninger til uddybende artikler og litteratur, hvor det har været relevant og muligt.

Det er vigtigt at understrege, at denne opsamlingsrapport dermed er "talerør" for de oplæg, diskussioner og udsagn, som oplægsholdere og deltagere kom med på konferencen. Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg og den nedsatte arbejdsgruppe, som planlagde konferencen, er således ikke afsender af eller ansvarlige for opsamlingsrapportens indhold.

Håbet er, at denne opsamlingsrapport kan tjene som inspiration for medarbejdere i region og kommune samt øvrige aktører i forhold til måder, hvorpå det tværgående arbejde omkring det selvmordstruede menneske, kan styrkes.

2. Metode anvendt i opsamlingen

Opsamlingsrapporten er i udgangspunktet baseret på oplægsholdernes præsentationer, de udarbejdede cases og deltageres skriftlige kommentarer. På alle borde lå der templates, som deltagerne løbende kunne notere i. Deltageres kommentarer er i efterbearbejdningen først blevet sammenfattet på tværs; således er alle kommentarer til eksempelvis Stine Kamionkas oplæg på tværs af de 20 borde, blev samlet. Derefter er kommentarerne indholdsmæssigt blevet grupperet under fælles overskrifter. Der citeres undervejs til de respektive borde og ikke til enkeltpersoner.

Dernæst forsøger opsamlingsrapporten at formidle og udfolde oplægsholdernes præsentationer til interessenter, som ikke selv var til stede på konferencen. Der er derfor foretaget supplerende søgning af uddybende litteratur, dokumenter og baggrundsrapporter for at kunne folde indholdet ud. Ligeledes er flere af oplægsholderne efterfølgende blevet kontaktet med supplerende spørgsmål, især omhandlende konkretisering af nogle af deres pointer, da dette i høj blev efterspurgt af deltagerne i de skrevne kommentarer. Afsluttende har de enkelte oplægsholdere hver især godkendt opsamlingen og uddybningen af deres oplæg.

Rapporten er så vidt muligt fremstillet kronologisk i forhold til konferenceprogrammet med få undtagelser som fx at baggrundsoplysninger er samlet under et afsnit. På konferencen var de enkelte workshops fordelt over dagen, hvor deltagene ved de enkelte borde samarbejdede om vurdering af en anonymiseret case, og hvor de skulle bruge input fra de enkelte oplæg. I opsamlingsrapporten er de enkelte cases og deltageres kommentarer til de enkelte cases samlet i bilag 4.

3. Baggrund for konferencens problemstilling

Der er både i regioner og kommuner medarbejdere, som arbejder med selvmordsforebyggelse. Selvmordsforebyggelse har fokus på at forebygge adfærd, der omhandler selvmordstanker, selvmordsforsøg og selvmord samt selvskade. I mange tilfælde kræver det et samarbejde mellem de to sektorer grundet de ofte meget komplekse problemstillinger. Imidlertid opleves der en række udfordringer med det tværsektorielle samarbejde, hvilket er baggrunden for afholdelse af konferencen.

Fakta om selvmordsadfærd¹:

- I 2018 begik 610 mennesker selvmord i Danmark svarende til en samlet selvmordsrate på 10 per 100.000 borgere. Det er 3 gange så mange, som der dør i trafikken.
- Af de 610 mennesker, der begik selvmord i 2018, var 445 mænd og 165 kvinder
- 60 procent af dem, der begår selvmord, er over 50 år
- Selvmordsraten stiger med alderen for både mænd og kvinder, men det ses særligt for mænd, hvor aldersgruppen 80+ har en selvmordsrate, der er 6 gange højere end unge mænd i alderen 15-24 år
- For hvert selvmord er der minimum 10 selvmordsforsøg

¹ Dødsårsagsregisteret

- Der findes ikke nationale data på selvmordsforsøg i Danmark, hvorfor mange selvmordsforsøg ikke registreres. Det samlede antal selvmordsforsøg anslås derfor at være mellem 6.000 - 12.000 om året. Det er minimum 16 selvmordsforsøg om dagen
- 15-29-årige kvinder står for over 40 procent af selvmordsforsøgene blandt kvinder
- For hvert selvmord eller selvmordsforsøg anslås det, at fem mennesker berøres personligt
- Indlagte patienter i psykiatrien har 44 gange højere risiko for at dø af selvmord end den generelle befolkning

Endvidere har personer, der tidligere har forsøgt selvmord, en markant øget risiko for at forsøge selvmord igen på et senere tidspunkt. 10 % af dem, der tidligere har forsøgt selvmord, dør ved selvmord og 90 % af dem, der tidligere har forsøgt selvmord, dør af andre årsager, men mange har en voldsommere dødsårsag end normalbefolkningen; bl.a. pga. misbrug.

Mennesker med alvorlig psykiatrisk sygdom har en forventet kortere levetid på 10-20 år sammenlignet med den øvrige befolkning:

- 60 procent af overdødeligheden blandt psykisk syge kan tilskrives fysisk sygdom – primært somatiske sygdomme som hjertekarsygdomme, sukkersyge, infektioner samt KOL og overvægt
- 40 procent skyldes selvmord
- Ifølge Depressionsforeningen har op til 60 procent af dem, der forsøger selvmord, en depression

Selvmordshyppigheden er faldet markant siden 1980'erne og frem til årtusindeskiftet, hvilket helt overvejende skyldes, at vi er blevet langt bedre til at forebygge. Med andre ord; det nytter noget at forebygge! Dog har selvmordsraten siden 2007 ligget relativt stabilt. Spørgsmålet er hvorfor, og dernæst om et bedre tværgående samarbejde omkring selvmordsforebyggelse kan være blandt svarene på, hvordan selvmordsraten kan nedbringes yderligere.

For samtidig er psykiatriens udfordringer - som bl.a. Jan Mainz påpegede i sit oplæg - at:

- Antallet af patienter i psykiatrien i Danmark generelt er steget med 30% i perioden 2010 til 2016
- 45% i voksenpsykiatrien
- 27% i børne- og ungdomspsykiatrien

En tendens, der også fremgår af Sundhedsstyrelsens Den Nationale Sundhedsprofil fra 2017. Her havde flere end 180.000 danskere i alderen 16 år og opefter besvaret spørgsmål omkring deres sundhed. Hvad angår den mentale sundhed, gav 13,2% af den voksne befolkning udtryk for at have et dårligt mentalt helbred. Andelen er steget fra 10% i 2010 og 10,7% i 2013 til det daværende niveau, der svarer til, at 623.000 danskere i 2017 havde "ondt i livet". Hvis man fokuserer på tallene for stressramte, fremgår det, at andelen af danskere med et højt stressniveau var steget fra 20,8% til 25,1% i perioden 2010-2017. Hver fjerde voksne dansker føler sig med andre ord stresset²

Andelen af 16-24-årige unge kvinder, der har det mentalt dårligt, er steget fra hver femte i 2010 til hver fjerde i 2017 ifølge Den Nationale Sundhedsprofil³. En tendens som studievejledere på

² Thomsen, Signe m.fl.; "623.000 danskere har dårlig mental sundhed", Politiken 06.03.18

³ <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Den-Nationale-Sundhedsprofil-2017.ashx?la=da&hash=421C482AEDC718D3B4846FC5E2B0EED2725AF517>

gymnasie- og erhvervsuddannelser nikker genkendende til, hvor stadig flere unge går til psykolog og udviser stress- og angstsymptomer⁴. Også blandt mindre børn.

3.1 Udfordringerne i det tværsektorielle samarbejde om selvmordsforebyggelse

Af Sundhedsloven § 2 lyder det; ”Loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet med henblik på at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse og at opfylde behovet for:

1. let og lige adgang til sundhedsvæsenet,
2. behandling af høj kvalitet,
3. **sammenhæng mellem ydelserne,**
4. valgfrihed,
5. let adgang til information,
6. et gennemsigtigt sundhedsvæsen og
7. kort ventetid på behandling”.

Den røde markering havde Kjeld Møller Pedersen sat som led i sit oplæg for at markere, at det er her, mange af udfordringerne for samarbejdet gemmer sig.

For i Danmark er sundhedsopgaverne opdelt mellem landets 5 regioner og 98 kommuner⁵. Regionerne har bl.a. ansvaret for sygehusbehandling, almen- og speciallægepraksis, samt distriktspsykiatrien. Under regionerne er også de praktiserende læger, speciallæger og privatpraktiserende psykologer. Der er forskel på henvisningsprocedure for mennesker med selvmordsproblematikker fra region til region. I de fleste regioner skal en patient med selvmordsadfærd henvises fra egen læge til psykiatrien, mens det i andre regioner – blandt andet i Region Hovedstaden – er muligt at være ”selv-henvender”, dvs. borger selv kan henvende sig direkte til den selvmordsforebyggende enhed uden henvisning fra egen læge⁶.

Kommunerne har ansvar for den borgerrettede forebyggelse, herunder fysisk og mental sundhedsfremme. Kommunerne har derudover ansvaret for hele den specialiserede sociale indsats til både børn, unge og voksne med behov for hjælp eller støtte for at fungere i dagligdagen eller forebygge udvikling eller forværring af udfordringer. Den støtte kommunerne tilbyder, beror altid på en individuel vurdering af den enkelte borgers behov. Tilbuddene spænder meget bredt lige fra omfattende indsats som botilbud til børn, unge og voksne med fysiske eller psykiske funktionsnedsættelser, til støtte til borgere i eget hjem, tilbud til borgere i akut psykisk krise, familierettede indsatser, anbringelser af børn og unge, opsøgende indsatser til socialt udsatte, herberger og væresteder for hjemløse, misbrugsbehandling mv. Hvor regioner og almen praksis primært agerer under sundhedsloven, er kommunerne på det sociale område primært underlagt serviceloven.

Indsatser omkring selvmordsforebyggelse i kommunerne kan jf. de meget differentierede målgrupper være forankret forskellige steder i organisationen, ligesom borgere med selvmordsproblematikker kan ’dukke op’ i meget forskellige sammenhænge. Det er derfor en meget bred gruppe af medarbejdere i kommunerne, der potentielt kan møde borgere med selvmordsproblematikker/selvmordsadfærd. Udover det sociale område er ældreplejen

⁴ Christophersen, Vanessa; ”Ekspert: De unge er presset i bund”, Politiken 09.09.13

⁵ KL et al, 2009

⁶ I flg. regioner kan borgere over 18 år henvende sig direkte til det selvmordsforebyggende kliniker pr november 2020: Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Midtjylland og Region Nordjylland

(plejehjem, hjemmepleje) samt diverse beskæftigelsesrettede indsatser fx jobcentre, misbrugscentre og handicapcentre også arenaer, hvor kommunale medarbejdere, kan møde borgere med selvmordsproblematikker.

Oftentimes bruger man også begreberne den primære og den sekundære sektor. Den primære sektor består af generelle tilbud til borgere og udføres af kommune og almen praksis, og er således den del af sundhedsvæsenet, som har den primære kontakt til borgeren. Her indgår praktiserende læger, speciallæger (fx tandlæger), apoteker, hjemmepleje (kommunal såvel som privat), plejehjem og sundhedsplejersker. Den sekundære og specialiserede sektor består hovedsageligt af hospitalsvæsenet, og dækker den del af sundhedsvæsenet, der overtager eller viderefører behandlingen af borgeren med henvisning fra primærsektoren. Her indgår sygehuse og privathospitaler.

Sundhedsvæsenets fordeling på regioner hhv. kommuner i forhold til brugen af primær og sekundær sektor kan i sig selv bidrage til lidt forvirring, da fx de praktiserende læger hører under regionerne, men omtales som del af den primære sektor.

Selvom det overvejende er den primære sektor, der henviser patienter til den sekundære sektor, kan den sekundære sektor også henvise til den primære sektor. Fx indenfor psykiatrien, hvor det vedrørende problemstillinger indenfor autisme og misbrug, kan være sekundærsektoren, som henviser eller aktiverer primærsektoren. Der findes fx ikke behandling til selvmordstruede borgere med autisme spektrumforstyrrelser, som forventes modtaget mhp. mentorordning mv. Det samme gør sig gældende i forhold til selvmordstruede patienter med et aktivt misbrug, som henvises til de kommunale misbrugscentre.


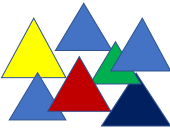
Samarbejdet mellem region og kommune kan opleves som udfordret i nogle sammenhænge. Fx kan der i et patientforløb være flere hospitalsafdelinger eller speciallæger involveret, ligesom kommunernes opgaver er fordelt på forskellige forvaltninger. Hertil kommer overgangen fra børne/unge psykiatrien til voksenpsykiatrien, som også kan være problematisk, som bl.a. Stine Kamionka fremhævede. Da mennesker med selvmordsadfærd ofte kommer med en bred vifte af problemstillinger, som gennem længere tid har belastet dem, kan der altså være behov for, at mange forskellige organisatoriske enheder skal samarbejde om og med det enkelte menneske, hvilket i den grad fordrer et godt samarbejde på tværs af sektorer, afdelinger/-forvaltninger og øvrige aktører.

Kjeld Møller Pedersen gjorde i sit oplæg opmærksom på, at udfordringen med det tværgående samarbejde på ingen måde er en nyere problemstilling. Når man går tilbage i arkiverne, kan man se, at det er en problemstilling man har arbejdet med, i hvert fald siden midt 80'erne, hvor man omtalte det som behovet for 'samordning'!

Han påpegede dernæst, at den løbende specialisering i sundhedsvæsenet ikke har gjort det lettere, da øget faglig specialisering, ofte fører til øget fragmentering, som igen fører til flere enheder, som skal samarbejde.



Den øgede fragmentering i stadig flere specialiserede organisatoriske enheder, bliver ifølge Kjeld Møller Pedersens oplæg⁷ yderligere kompliceret af...

<p>De enkelte aktører i et organisatorisk netværk, er kendetegnet ved:</p> <ul style="list-style-type: none"> • At have bundne opgaver • Være gensidigt afhængige • Være delvist overlappende • Have indbyggede modsætninger <p>Dette skyldes, at parterne har forskellige:</p> <p>Mål, opgaver, strukturer, arbejdsformer, traditioner, organisationskulturer, magt m.fl.</p> <p>Og at parterne tilhører forskellige:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sektorer • Politiske niveauer • Faggrupper/professioner 	<p>Det sædvanlige billede</p>  <ul style="list-style-type: none"> • <u>Én</u> ledelse • <u>Ét</u> problem • <u>Én</u> løsning <p><u>Gennemførelse af forandring og overvindelse af modstand</u></p> <p><i>Inspiration Janne Seemann</i></p>
	<p>På tværs af sektorer</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Flere ledelser • Flere problemer • Flere løsninger <p>Tilpasning og påvirkning parterne imellem - på tværs af professioner, sektorer og pol. niveauer</p> <p><i>Inspiration Janne Seemann</i></p>

⁷ Bl.a. inspireret af Professor Janne Seemann, Institut for Sociologi og Socialt Arbejde, Aalborg Universitet

Cand. Merc. Stine Kamionka, der var konferencen første oplægsholder, hvor hun præsenterede Selfo-teams, kom også ind på det problematiske samarbejde på tværs. Stine Kamionkas referenceramme er børn- og ungepsykiatrien, her belyst ved et tekstuddrag af en artikel⁸, som hun med flere har skrevet:

"I ukoordineret tværsektorielt samarbejde oplever de involverede fagpersoner at være i interessekonflikt omkring modsatrettede mål, at blive fanget i bureaukrati, at have dårlig informationsudveksling med andre fagpersoner, samt at have begrænset brug af den eksisterende viden om patienten (Plochg & Klazinga, 2002; Seemann, 2013). Det opleves svært og ressourcekrævende at sikre patienten den nødvendige sammenhæng i behandlingsforløb på tværs af sundheds- og socialsektor, hvilket er i stærk kontrast til de fjernævnte potentielle gevinster. Diskrepansen mellem tværsektorielt samarbejde i teori og i praksis tydeliggør den manglende prioritering af selve etableringen og organiseringen af sammenhæng. En af de store udfordringer er en manglende incitamentsstruktur til at prioritere samarbejdsopgaver, da disse ikke medfører direkte indtægter (Danske Regioner et al., 2013)".

3.2 Deltagernes motivation for deltagelse i konferencen

Deltagernes "første opgave" i templates var at kommentere på, hvad deres motivation for deltagelse i konferencen var. På tværs af de 20 borde og blandt de 170 deltagere er det tydeligt, at konferencen og dens formål om at ville forbedre det tværsektorielle samarbejde, havde ramt plet. Deltagernes kommentarer er her sammenfattet under:

- Manglende kendskab til hinanden
- Mangelfuld overlevering af information
- Problematisk overgange
- Konkrete ideer til forbedring

Manglende kendskab til hinanden

Det manglende kendskab til hinanden blev udtrykt ved udsagn som; manglende kendskab til hinanden og hinandens fagligheder, manglende kendskab til hinandens tilbud og muligheder, manglende viden om hinandens daglige praksis og motivation, at visitationsvejene er forskellige og at organisationsstrukturer er forskellige.

"Udfordringen er den faglige selvforståelse og at organisationsstrukturer er forskellige (psykiatrien, kommunal servicelov, den frivillige sektor)", bord 1

"Vi kender for lidt til hinanden og de tilbud, der er indenfor selvmord – derved bliver der risiko for utilstrækkelig opfølgning. Hvem giver man stafetten videre til?" Bord 3

"Vi har stor forskellighed – mange fagområder, det er spændende at høre om hinandens områder", bord 9

"Der er et behov for kendskab på tværs – hvilke muligheder er der og hvilke visitationsveje", bord 13

"De forskellige faggrupper har ikke altid tilstrækkelig respekt for hinanden og hinandens opgaver"
Kjeld Møller Pedersen, professor SDU

⁸ Kamionka, Stine Lundstrøm; Buus, Niels; Nøhr-Jensen, Peer og Juul Larsen, Kim; "Tværsektoriel opfølgning for børn og unge efter et selvmordsforsøg – en samarbejdsmodel fra Region Syddanmark", Suicidologi, nr. 2/2015

Mangelfuld overlevering af information

Mange af deltagerne giver i templatene udtryk for at have udfordringer med overlevering af informationer fra sektor til sektor. Det handler om IT-systemer, der ikke kan samarbejde, det handler om at blive mødt af "fællespostkassen", det handler om ventetider og det handler i høj grad om udfordringer med samtykke, hvis borgeren ikke vil skrive under på, at de involverede aktører må udveksle oplysninger om borgeren.

"Spørgsmål vedr. samtykke; må man overhovedet samarbejde? Hvad hvis borger ikke vil underskrive samtykkeerklæring?" Bord 7

"Kommuner ved ikke, hvad de skal gøre med de patienter, der ikke vil samtykke (fx patient med paranoide forestillinger eller manglende sygdomsindsigt)", spørgsmål fra Region Nord, bord 7

"Oplevelse af manglende viden hos sig selv og oplevelse af ej at være eller blive klædt på til opgaven", Bord 17

"Så meget viden går tabt, fordi der er et gab i reglerne for dataoverførsel mellem regioner og kommuner", deltager fra Københavns Kommune, citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmænd på konferencen

"Problemet er, at organisationerne er så kæmpe store. Det er fx et problem med forskellige Dokumentationssystemer. Kæmpe barriere", deltager fra Region Syd, citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmænd på konferencen.

Problematiske overgange

Her er der særligt to pointer som går igen. Den ene er, at flere af deltagerne påpeger, at især overgangen fra børne/unge-psykiatrien til voksen-psykiatrien er svær. Den anden pointe er, at ansvaret for borgeren falder mellem to stole.

"At ansvaret falder mellem to stole. Hvem tager 'opgaven'? Hvem har ansvaret?" Bord 17

"Unge i misbrug og hjemløse vurderes ofte, at det er sociale forhold, der fører til selvmordstanker og afsluttes derfor i psykiatrien". Bord 20

"Kommuner oplever problemer med at henvise til psykiatrien (at borgere bliver afvist)", bord 14.

"Hvem kan man samarbejde med, hvis psykiatrien afviser" (bord 17)

"Vigtigt med fagligt funderede indsatser til unge med selvmordstanker (uden egentlige forsøg) fremfor frivillige indsatser", Bord 10

"Hver sektor har fokus på økonomi, "hvordan kan vi spare penge?", hver sektor er som et egoistisk kongerige!", Bord 6

Deltagerens konkrete forslag til forbedring af samarbejdet

Allerede i forbindelse med denne første opgave om motivation for deltagelse i konferencen, havde deltagerne en række konkrete forslag til forbedring af samarbejdet:

- Mere fokus på netværksmøder eller andre muligheder for at sikre gode overgange/ overlevering af vigtige informationer
- Brobyggere og Peer medarbejdere til at støtte samarbejde mellem region og kommune
- Bedre kendskab til hinanden og hinandens fagligheder, tilbud og muligheder, daglig praksis (fx visitationsveje)
- At Selfo-teams udbredes til hele landet
- At behandlingskæder sættes i gang, så snart der er trussel om selvmord
- National handleplan for samarbejde, skal op på politisk niveau, man skal "tvinges" til samarbejde
- Handlingsplan for nationalt partnerskab
- Inddragelse af netværk og pårørende
- Bekæmpe berøringsangst – øve i samtalen

4. Regional praksis i selvmordsforebyggelse

Præsentation af oplægsholdere:

- Titia Lahoz, Psykolog, Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, Region Hovedstadens Psykiatri.
- Kim Juul Larsen, Psykolog og leder af Psykologteamet, Odense Kommune
- Jan-Henrik Winsløv, Psykolog og faglig ansvarlig, Enhed for Selvmordsforebyggelse, Region Nordjylland, Psykiatrien., Aalborg Universitetshospital

Som et led i en fælles forståelse for hinandens praksis og imødekommelse af kommunernes ønske om øget vidensdeling om selvmordsforebyggelse, fortæller oplægsholderne her om deres praksis i de selvmordsforebyggende klinikker.

De regionale selvmordsforebyggende centre er fordelt ud over 19 klinikker i landet, således at alle danske borgere kan få tilbudt et korterevarende psykosocialt forløb af 10 samtaler med start indenfor en-to ugers tid fra henvendelses-/henvi­snings­tidspunktet. Der sigtes på hurtigt, intensiv og individuelt tilpassede behandlingsforløb med vurdering af behov for viderehenvisning til andre specialiserede tilbud i Psykiatrisk eller Kommunalt regi. Målgruppen er typisk alle borgere som ikke i forvejen har et tilbud i psykiatrisk regi, hvilket i praksis viser sig at udgøre en blandet gruppe af menneskelige problemstillinger, idet ikke alle er udredte inden de starter i centret. Således kan der vise sig problemstillinger, som er bedre behand­lede i specialiserede tilbud, som de så viderehenvises til.

Behandlingen i det selvmordsforebyggende klinikker følger formelle krav til håndtering og visitering af selvmordstruede mennesker, herunder også til vurdering og håndtering af selvmordsrisiko. Disse er nedfældet i en vejledning, der fx fordrer, at alle mennesker der henvender sig i psykiatrien, gennemgår en selvmordsrisikovurdering, når de kommer og når de går, og undervejs i forløbet især ved forværring af tilstanden. Alle fem regioner har således udarbejdet kliniske retningslinjer for hvorledes man vurderer og dokumenterer selvmordsrisiko. Fællestræk for disse retningslinjer er, at man skal undersøge og afdække:

- aktuel og tidligere selvskade/selv­mordsadfærd
- aktuelle belastning og andre risikofaktorer
- den kliniske tilstand/psykisk lidelse
- beskyttende faktorer

Kommuner har ikke på samme måde retningslinjer, der formelt skal følges, men en række kommuner har udarbejdet handleplaner til medarbejdere, så de ved hvordan de kan handle, hvis de møder en selvmordstruet borger. Det gælder bl.a. visse kommuner i Region Nordjylland, hvor man har haft særligt fokus på at forebygge ældres selvmord (Socialstyrelsen, 2014). I Region Syddanmark har flere kommuner etableret såkaldte Selfo-teams, der har til formål at styrke den selvmordsforebyggende indsats på børne-ungeområdet. Selfo-teams bliver beskrevet i næste afsnit 5.

4.1 De forebyggende klinikers arbejde med selvmordsforebyggelse

Det er de regionale klinikers erfaring, at der kan være mange årsager til, at et menneske får selvmordsadfærd i form af selvmordstanker, selvmordsforsøg eller reelt ender med at begå selvmord. Ofte vil der være tale om årsager, som gennem længere tid har belastet det enkelte menneske. Og ofte vil der være tale om meget komplekse problemstillinger, i form af belastninger fra flere sider.

Det er endvidere opfattelsen i de selvmordsforebyggende klinikker, at alle mennesker kan få selvmordstanker:

- Når en smerte overstiger et menneskes smertetærskel, bliver den ubærlig.
- Når et menneske når til den konklusion, at der ikke eksisterer strategier til at løse det problem, der producerer smerten, bliver den uudholdelig.
- Når der udvikles en frygt for, at den situation som producerer smerten ikke vil forandre sig, opleves smerten som uendelig.
- Enhver som når til disse antagelser, vil være tilbøjelig til i det mindste at få selvmordstanker⁹.

Opfordring: Tag ALTID tage selvmordstanker alvorligt.

Derudover er det godt at vide, at:

- En suicidal krise klinger af. De færreste kan opretholde en krise længere end 24-48 timer.
- Møder man en borger i krise, så fokuser på at komme igennem de næste 1-2 dage. Hvad kan borgeren foretage sig, mens krisen står på.
- Tag borgeren med på råd, hvornår bør vi lave en ny aftale? Lav en aftale.

Med andre ord handler det – i første omgang – om at vinde tid! Og om muligt lave en plan for bedring.

Det kan være svært at tale om selvmordstanker og -adfærd, og det kan være svært at sætte ord på hvad det egentlig er, der gør ondt. En mulig tilgang er at reframe selvmordsadfærden som en ekstrem form for problemløsning. Behandleren kan fx forsøge at indkredse problematikken ved at spørge: Hvis du ikke var her mere, hvad ville du så slippe for? Handler det om, at:

- Slippe for at være så alene
- Slippe for at være arbejdsløs
- Slippe for at være boligsøgende
- Slippe for at være ked af det.
- Slippe for at blive svigtet af min familie

På den måde kan behandleren få et overblik over kompleksiteten, men også ideer til mulige behandlingsveje som fx depressionsbehandling, lavt selvværd mv.

Behandlerne peger også på validering som et vigtigt element i enhver selvmordsforebyggende behandling. Dels at det selvmordstruede menneske får en fornemmelse af, at behandleren forstår omfanget af belastningen, men også tilkendegiver gyldigheden af den smerte det selvmordstruede menneske oplever i den pågældendes situation, givet den historie eller andet den enkelte står i. På den måde kan behandleren forsøge at hjælpe det selvmordstruede

⁹ Chiles, J.A.; Strosahl, K.D & Roberts L.W. (2019): Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, 2019

menneske til at forstå, at han/hun ikke er alene i den forstand, at andre mennesker også ville blive berørte, hvis de var i deres situation, samt forstå, at smerte også er en del af livet.

Samtalen med det selvmordstruede mennesker består kort og godt af at opnå kontakt, forstå problemstillingerne, validere og give rum for følelserne, lægge en plan for bedring samt en plan for, hvordan vi bedst passer på den enkelte undervejs.

På baggrund af de oplysninger man får gennem samtalen med patienten og eventuelle pårørende, samt det indtryk man har af patienten under samtalen, vurderes det om patientens selvmordsrisiko er; ingen øget selvmordsrisiko, øget eller akut øget risiko, hvorefter man sammen med patienten og eventuelle pårørende aftaler hvilke forebyggende interventioner, der er den bedste i forhold til den aktuelle situation.

4.2 Udfordringer i forbindelse med risikovurderinger

Der findes ikke én selvmordsrisikoskala, der kan vurdere en persons risikoniveau præcist eller give en fyldestgørende beskrivelse af en persons suicidalitet. En risikovurderingsskala kan således ikke forudsige en persons selvmordsadfærd, men den kan understøtte den samtale, man har med den selvmordstruede, så man sikrer sig at få spurgt ind til de områder, der har betydning for personens suicidalitet. Det er vigtigt at få tilstrækkelig information om risikoforøgende og beskyttende forhold af to grunde. For det første skal vi øge patientens sikkerhed mest muligt, hvilket bl.a. sker ved at man tager højde for patientens impulsivitet, risikoforøgende adfærd som misbrug og adgang til medicin eller andet, der kan benyttes i suicidalt øjemed. For det andet har vi brug for at vide, hvad der udløser og forstærker patientens suicidale tilstand, så vi målrettet kan adressere de forhold, der øger personens risiko for selvmord.

Overordnet set kan man sige, at der er tre typer barrierer eller udfordringer i forhold til det selvmordsforebyggende arbejde. Det handler om:

- organisatoriske forhold,
- forhold relateret til klinikerens eller rådgiverens, der møder den selvmordstruede
- forhold relateret til personen, der er selvmordstruet.

Organisatoriske forhold

Organisatoriske forhold kan være udfordringer i forhold til overgange mellem børn/unge- og voksenpsykiatri, men også i forhold til udskrivelse og overgang til et andet behandlings-/støttetilbud. Her får man ikke altid videregivet den nødvendige information om patienterne, ligesom mulighederne for opfølgning ikke altid er tilstrækkelige. Analyser af utilsigtede hændelser i psykiatrien viser bl.a. at risikovurderinger kan være mangelfulde og usystematiske, ligesom der ikke altid er tilstrækkelig opmærksomhed på misbrug og opfølgning, hvis patientens forløb bliver ustabil.

Forhold relateret til klinikerens

En del af de udfordringer, som er relateret til klinikerens eller rådgiverens, der møder den selvmordstruede person, hænger sammen med viden om suicidalitet og kompetencer til at møde den selvmordstruede med en undersøgende, anerkendende og intervenserende holdning. Nogen klinikere kan synes, at det er grænseoverskridende at skulle spørge ind til selvmordstanker, der ofte er forbundet med ensomhed, skam og forpinthed. Andre frygter, at man kan sætte gang i tanker ved at spørge ind til døds- og selvmordstanker, ligesom man kan være usikker på hvordan

man skal håndtere situationen, hvis man sidder overfor en person, der giver udtryk for at have selvmordstanker og som måske dagen forinden, har haft et selvmordsforsøg.

Forhold relateret til den selvmordstruede person

Selvmordstruede personer er utrolig forskellige. Nogen er hjælpsøgende og meget meddelssomme, mens andre har svært ved at fortælle om, hvordan de har det og kan have svært ved at beskrive deres situation og selvmordstanker. Der er også dem, der forsøger at skjule deres selvmordstanker og forsøger at give indtryk af, de har det væsentlig bedre end de egentlig har det. Der kan være flere grunde til den adfærd, fx at nogen er opsatte på at skade sig selv. Fra tid til anden ser vi også patienter blive stærkt suicidale, efter en periode med stabilisering og fremgang. Det kan hænge sammen med en pludselig hændelse i deres tilværelse, som slår benene væk under dem; det være sig en konflikt med nærtstående, tab af arbejde eller at de pludseligt får katastrofetanker, som de har svært ved at aflede eller korrigere. Nyere undersøgelser¹⁰ har vist, at patienters suicidale tilstand kan være særdeles svingende indenfor ganske få timer. Det er således ikke nemt at forudsige en selvmordshandling og bl.a. derfor sker der selvmord i psykiatrien, der ikke kunne være forhindret uanset medicinering og sikkerhedsforanstaltninger¹¹.

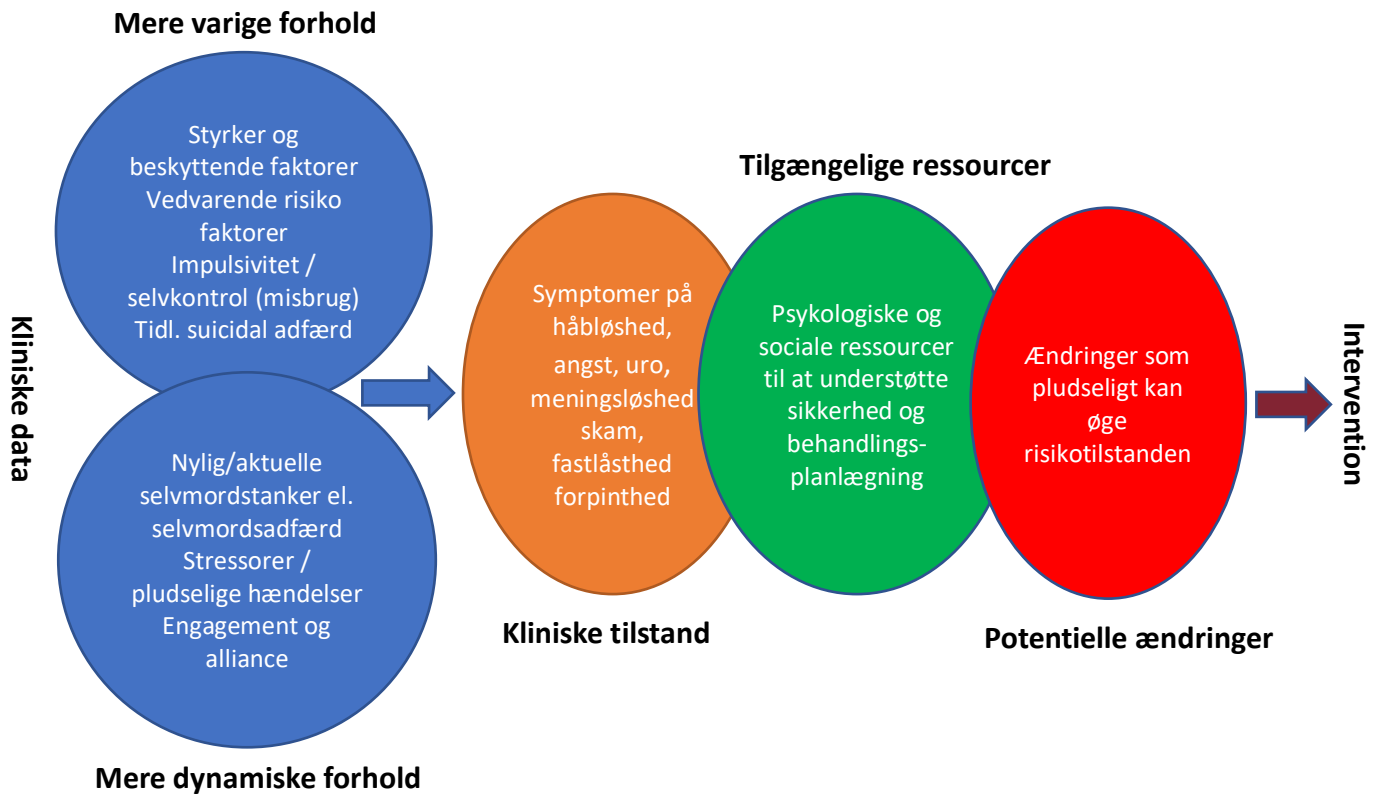
4.3 Hvad bør indgå i en selvmordsrisikovurdering?

Når man møder et forpint menneske med selvmordstanker eller som har haft et selvmordsforsøg, er det vigtigt man får afdækket en række risikoforøgende forhold, som vi erfaringsmæssigt ved kan have en selvforstærkende effekt, sammenholdt med de ressourcer, som personen har adgang til. Psykiateren og selvmordsforskeren Anthony Pisani har sammen med en række kolleger udviklet en model, der giver en god oversigt over de forhold, som man bør være opmærksomme på, når man skal beskrive en persons suicidalitet med henblik på at vurdere, hvilken intervention man skal anvende¹² (se nedenfor).

¹⁰ Forkmann, T. et al (2018). Assessing suicidality in real time: A psychometric evaluation of self-report items for the assessment of suicidal ideation and its proximal risk factors using ecological momentary assessments. *J Abnorm Psycho Chiles*, Strosahl & Roberts (2019): *Clinical Manual for Assessment and Treatment of suicidal Patients*, 2nd ed. APA publishing

¹¹ Patienterstatningen, "Selvmord og selvmordsforsøg i psykiatrien, Februar 2018

¹² Kilde: tilpasset efter Pisani, Murie & Silvermann (2016)



Som det fremgår af modellen overfor, undersøger man både aktuelle og livshistoriske forhold, der kan påvirke den enkeltes robusthed eller sårbarhed, og man er særlig opmærksom på tidligere og aktuel selvmordsadfærd og selvskade. Derudover er man opmærksom på personens psykiske tilstand; er vedkommende meget forpint, urolig og angst, oplever stor grad af håbløshed og kan ikke se nogen grunde til at leve? Man vil også her undersøge på hvilken måde personen er anderledes end "sit sædvanlige jeg". Når man afdækker de psykologiske og sociale ressourcer, skal man være særlig opmærksomme på, om de er tilgængelige aktuelt. Ellers har de ikke den store betydning i forhold til at kunne reducere risikoen for at handle på suicidale impulser.

De regionale selvmordsforebyggende klinikker tilbyder på samme måde - udover risikovurdering - en afdækning af de bagvedliggende faktorer for selvmordstanker/adfærd. Det er vigtigt at få en forståelse af de samlede stressorer. Dette kan eksempelvis og meget direkte, som tidligere beskrevet, opnås ved samtaler omkring, hvad patienten ville slippe for, hvis vedkommende begik selvmord. Med et samlende overblik over stressorer, kan der lægges en plan for det videre behandlingsforløb, herunder hvad der skal til for at afhjælpe patientens problemer. Dette handler om at skabe overblik over, hvilket problemer, der kan gøres noget ved på den korte bane, hvilke forhold der givetvis vil kunne afhjælpes på den lidt længere bane, samt hvilke som må accepteres. Dernæst handler det om hvem, der vil kunne hjælpe til med at afhjælpe problemerne, i form af andre fagprofessionelle, som det kunne være relevant at inddrage. Endvidere vil der være fokus på at indgyde håb samt på at vinde tid.

Endelig kan der udarbejdes en plan indeholdende strategier til krisehåndtering for de førstkomende dage, som handler om opmærksomhed på, om der kan ske noget, der kan forværre personens tilstand væsentligt. Det kan være et møde i familieretshuset, eller på

jobcenteret, hvor der skal drøftes ting, der er har stor betydning for personen. Ligeledes kan det være afgørelse om forældremyndighed, en domsafsigelse eller et prøvesvar på alvorlig sygdom mv.

En kriseplan indeholder dialog med den selvmordstruede om:

- Hvilke tegn, der kan være på, at vedkommende er ved at blive (mere) suicidal (tanker, følelser, bestemte hændelser)
- Hvilke risikosituationer, der kan øge risikoen for selvmordsadfærd (at blive beruset/påvirket)
- Hvad vedkommende selv kan gøre for at forhindre visse situationer i at opstå, og hvordan det er muligt at aflede sig selv
- Hvad der betyder noget for personen på en positiv måde og hvad der vækker gode minder
- Hvem der kan kontaktes i det personlige netværk
- Hvem der kan kontaktes i det professionelle netværk
- Om der er nogen, der skal administrere medicin, eller om der er ting, der skal fjernes for at skabe større sikkerhed i patientens omgivelser.

Som det fremgår, er det vigtigt at inddrage pårørende (hvis patienten ønsker det), der kan støtte den selvmordstruede i at anvende de iværksatte interventioner. Det er også vigtigt at være behjælpelig med at sikre kontakt til andre, der kan hjælpe den selvmordstruede. Det kan være i den kommunale, som den regionale sektor, men også specifikke tilbud som praktiserende læge, mandecentre, krisecentre, henvisning til psykoterapeutisk behandling og lignende. Klinikerens sørger således for at sikre relevante telefonnumre på personligt og professionelt netværk, som patienten kan gøre brug af undervejs i forløbet. Den psykosociale behandling er desuden en tværfaglig indsats, hvor medicinsk, psykoterapeutisk og socialrådgivers faglige tilgange bringes i spil.

Kriseplanen nedskrives typisk, det kan være på et stykke papir (se bilag 3), men det kan også være ved at bruge app'en MINPLAN¹³.

Fleksibilitet og diversitet i mødet med den enkelte patient spiller således en stor rolle, ligesom validering, accept, problemløsning og sund fornuft er vigtige elementer i en samtale.

4.4 Præsentation af to konkrete redskaber til risikovurdering

- SEFE-T
- Nationalt E-læringsprojekt

SEFE-T – et redskab til selvmordsrisikovurdering

Der er udviklet flere redskaber, der har til formål at guide den professionelle, når han/hun skal vurdere en persons selvmordsrisiko. Et af dem er SEFE-T, der er oversat og tilpasset til danske forhold af psykolog Kim Juul Larsen, Odense Kommune.

SEFE-T er en guide, der i fem trin viser, hvilke områder man skal være særlig opmærksomme på og hvad man skal spørge ind til, hvorefter risikoniveau og intervention fastsættes. Guiden understreger også vigtigheden af, at vurdering og intervention dokumenteres. Udover de fem

¹³ <https://play.google.com/store/apps/details?id=dk.minplan.controllers&hl=da>

trin, indeholder SEFE-T en oversigt over, hvad der kan karakterisere de forskellige risikoniveauer og hvilke interventioner man kan anvende. De fem trin er:

1. Trin: Risikofaktorer undersøges
2. Trin: Beskyttende faktorer undersøges
3. Trin: Selvmordsadfærd afdækkes
4. Trin: Risikoniveau fastsættes og der iværksættes intervention
5. Trin: Beskriv og dokumenter

Når man undersøger *risikofaktorer*, er man særlig opmærksom på, at risikofaktorer kan have en tendens til at akkumulere over tid og dermed forstærke hinanden. Som i Pisanis model er man interesseret i at få afdækket både varige, aktuelle og potentielle risikofaktorer. Man spørger således ind til personens historie og baggrund for at få afdækket faktorer, der kan indikere en sårbarhed såsom nedsat evne til at håndtere vanskelige situationer og følelser. Det kan også være varige belastninger eller begrænsninger som kroniske smerter, nedsat førlighed eller alvorlig psykiatrisk sygdom som bipolar lidelse. De aktuelle risikofaktorer kan være belastninger i familien i form af konflikter/vold og alvorlig sygdom/partners død, men også aktuelt misbrug, nylig udskrivelse fra psykiatrisk sygehus og socioøkonomiske forhold, såsom ledighed og dårlig økonomi, kan være belastninger, der kan udløse en suicidal krise. Endelig undersøger man også, om der er risiko for, at der kan opstå belastninger eller tab indenfor den kommende uge, der pludseligt vil kunne øge selvmordsrisikoen.

Ved undersøgelse af de *beskyttende faktorer* spørger man ind til ting og forhold i et menneskes liv, der kan hjælpe til at håndtere psykisk smerte og stressfyldte livsbegivenheder, og derved virke beskyttende i forhold til selvmordstanker og -adfærd. Her er man opmærksom på, om personen normalt plejer at kunne håndtere vanskeligheder og belastninger på fleksibel og fornuftig vis, om hun/han kan opsøge hjælp og støtte ved behov, om der er et støttende og tilgængeligt netværk og om tilværelsen fortsat synes at give mening eller rumme grunde til at leve, på trods af situationen aktuelt synes vanskelig. Det kan være ansvar for andre, at man grundlæggende har et positivt livssyn og at der er livsområder, der betyder noget for én.

En undersøgelse af *selvmordsadfærd* vil først og fremmest undersøge aktuelle selvmordstanker, nylige episoder med selvskade og selvmordsforsøg, men der vil også være en opmærksomhed på tidligere episoder med selvmordsforsøg/selvskade.

Man afdækker karakteren af selvmordstanker, det vil sige undersøger, hvor hyppige de optræder, hvor intense og kontrollerbare de er, herunder om der er konkrete planer og om personen har gjort visse forberedende handlinger som at samle piller sammen, undersøge metoder på Internettet, lavet afskedsbrev osv. Man vil også undersøge om personen har været lige ved at gennemføre et selvmordsforsøg, men stoppede sig selv eller blev forstyrret af andre. I forbindelse med selvmordsforsøg vil man undersøge, hvad der ledte op til handlingen (belastninger, tanker og følelser) og hvad personen forventede, der vil ske – havde personen en forventning om at dø og hvad tænker vedkommende om, at handlingen ikke lykkedes. Man spørger også ind til personens ambivalens (grunde til at dø vs. grunde til at leve) og frygten for at skade sig selv.

På baggrund af den information behandleren har om risikofaktorer, beskyttende faktorer og personens tidligere og aktuelle selvmordsadfærd fastsættes niveauet for *selvmordsrisikoen*, og det vurderes, hvilke *interventioner*, der skal iværksættes. Dette er beskrevet nedenfor i oversigten.

Risiko-niveau	Suicidalitet	Risiko og beskyttende faktorer	Mulig intervention
Risikoniveau 1 Ingen øget selvmordsrisiko	Selvmodstanker, men ingen planer, intentioner eller handlinger	Påvirkelige risikofaktorer og stærke beskyttelsesfaktorer	Ingen eller kun moderate foranstaltninger. Efter selvmordsforsøg/selvskadeende handling bør tilbydes/anbefales opfølgning. Udlever kontaktoplysninger til hjælp
Risikoniveau 2 Øget selvmordrisiko	Selvmodstanker med konkrete planer, selvskadende adfærd, og / eller tidligere selvmordshandlinger	Akkumuleret risiko og få beskyttende faktorer	Indlæggelse kan være nødvendig afhængig af risikofaktorer. Lav kriseplan. Udlever kontaktoplysninger til hjælp. Pårørende inddrages.
Risikoniveau 3 Akut øget selvmordsrisiko	Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærk intervention eller selvmordsadfærd	Psykiske lidelser med alvorlige symptomer, eller akut opståede begivenheder; få eller ingen beskyttende faktorer tilstede	Indlæggelse med mindre, det er muligt at reducere risiko signifikant. Pårørende skal inddrages om muligt.

Det sidste trin i SEFE-T er at få beskrevet patientens suicidalitet og de tiltag, der vurderes nødvendige. Man anbefaler handleplaner for at reducere nuværende risiko niveau (f.eks. ændring af miljø, psykoterapeutisk behandling, kontakt til en vigtig person, støttesamtaler) eventuelt akut plan hvis nødvendigt. Handleplan bør også inkludere forældre/forsørgers rolle.

Et nationalt E-læringsprojekt støttet af Sundhedsstyrelsen

I 2020 vil der blive udrullet et e-læringsprojekt til forebyggelse af selvmord på landets psykiatriske sygehuse. Formålet er at styrke vurdering af selvmordsrisiko og håndtering af selvmordstruede.

E-læringen er opbygget med en fælles indgang, hvor man udover en introduktion til e-læringen møder en indføring i det selvmordsforebyggende område "Værd at vide", som kan downloades. Dernæst kommer der en række cases, som videoer fra forskellige situationer, hvor man skal forholde sig til personernes risikoniveau og muligheder for intervention. Som tillæg til e-læringen er der desuden en række podcasts med behandlere, der fortæller om det at miste patienter til selvmord, en pårørende fortæller om det at miste en nærtstående til selvmord, mens en patient fortæller om det at være kommet igennem et behandlingsforløb.

E-læringen vil blive tilgængeligt for alle, der er interesseret i selvmordsforebyggelse og som ønsker at blive bedre til at vurdere og håndtere selvmordstruede borgere. Det være sig praktiserende læger, sygeplejersker på medicinske afdelinger, socialrådgiveren på jobcenteret eller folkeskolelæreren. Når det er endelig udviklet og implementeret i regionerne, vil det blive tilgængeligt på www.selvmordsforebyggelse.dk.

Arbejdsgruppen bag projektet har været tværfaglig og der har været repræsentanter fra alle regioner. Sundhedsstyrelsen og de enkelte regioner har støttet projektet økonomisk.

4.5 At handle på en mavefølelse og have ro i sindet

Som det fremgår af ovenstående, indgår der mange elementer i en klinisk vurdering af selvmordsrisiko, hvilket fordrer faglighed og træning af den enkelte behandler. Imidlertid kan den enkelte behandler indimellem sidde tilbage med en følelse af, at situationen er mere alvorlig end det er fremgået af dialogen med den selvmordstruede. Det kan være i situationer, hvor personen er afvisende og ikke ønsker at samarbejde, men det kan også handle om en følelse af, at alvoren og risikoen er blevet nedtonet af den selvmordstruede, men reelt er højere.

I disse situationer er det vigtigt, at man giver udtryk for sin bekymring overfor den selvmordstruede og at man derfor sætter de interventioner i værk, man vurderer, er nødvendige. Det er ikke altid, at det er muligt at motivere borgeren til det, som behandleren finder nødvendigt, og så kan det være nødvendigt at informere den selvmordstruede om, at forlader vedkommende samtalen, uden man har kunnet gøre det man finder nødvendigt (det kan være at sikre, at borgeren kommer til egen læge/fælles akutmodtagelse/inddragelse af pårørende eller behandler), vil man tage kontakt til borgerens praktiserende læge eller politiet, hvis man vurderer, at der er akut fare for borgeren. Under alle omstændigheder er det vigtigt, at man inddrager andre for at drøfte situationen og på hvilken måde man bedst kan intervenere. Som behandler bør man altid handle på det, man finder nødvendigt, da man i værste tilfælde (patienten gennemfører selvmord) kan sige til sig selv, at man gjorde alt, der stod i ens magt.

Yderligere info:

- Titia Lahoz, Psykolog, Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, Region Hovedstadens Psykiatri. Mail: titia.lahoz@regionh.dk
- Kim Juul Larsen, Psykolog og leder af Psykologteamet, Odense Kommune. Mail: kjla@odense.dk
- Jan-Henrik Winsløv, Psykolog og faglig ansvarlig, Enhed for Selvmordsforebyggelse, Region Nordjylland, Psykiatrien., Aalborg Universitetshospital. Mail: jahew@rn.dk
- Anna Gillett, Specialkonsulent, Kommunernes Landsforening. Mail: angi@kl.dk

Se endvidere: www.selvmordsforebyggelse.dk, hvor også E-læringsplatformen kan findes.

Til yderligere inspiration i rapportens bilagsdel:

BILAG 2. Skabelon til netværksmøde fra Region Hovedstaden

BILAG 3. Skabeloner til krise-, mestrings- og forebyggelsesplan fra Region Nord

BILAG 4. Skabelon til fælles samtykkeerklæring fra Region Syd

BILAG 5. Skabelon til samtykkeerklæring fra Region Hovedstaden

5. Behandlingskæden – et samarbejde om selvmordstruede børn og unge

Præsentation af Cand. Merc Stine Kamionka

Cand.merc. International Management, ansat i Børne- og ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark i hhv. Center for Selvmordsforebyggelse og Center for ADHD, samt ansat som forskningsassistent ved Center for Global Sundhed, Syddansk Universitet.

Opsamlingen er baseret på:

- Stine Kamionka's oplæg fra konferencen
- Deltagernes feedback på konferencen
- Supplerende artikel om Selfo-teams, ved Stine Lundstrøm Kamionka, Niels Buus, Peer Nøhr-Jensen og Kim Juul Larsen, Suicidologi nr. 2/2015
- Opsamlingen er godkendt af Stine Kamionka 2. juni 2020

5.1 Baggrund for Behandlingskæden

I Danmark er børn og unge, der har forsøgt at begå selvmord, ikke sikre på at modtage efterfølgende støtte og behandling. Dette på trods af, at selvmordsforsøget er udløst af akkumulerede psykosociale problemstillinger og på trods af, at opfølgning kan forebygge recidiv. Selvmordstruede børn og unge har således brug for tværfaglig og tværsektoriel hjælp. Tværsektorielle forløb er dog ofte karakteriseret ved en uklar og tvetydig opgavedeling mellem sektorerne, hvilket kan føre til mangelfulde, tilfældige og fragmenterede behandlingsforløb, bl.a. i form af:

- Manglende sted at henvende sig i både psykiatri og kommune
 - Udskrivelser til ingenting
 - Flere genhenvisninger (Panodil-piger)
- Ukoordinerede, tilfældige forløb
 - For mange fagpersoner
 - For lidt fagpersoner
- "Tilfældig" viden
 - Manglende viden
 - Manglende fælles sprog

I Region Syddanmark har man derfor etableret et tværsektorielt samarbejde kaldet 'Behandlingskæden' for at imødekomme disse udfordringer. Prioritering af dette samarbejde på flere beslutningsniveauer sikrer opfølgning på tværs af somatik, psykiatri og kommune til børn og unge, der har haft et selvmordsforsøg. Ud over at sikre kvalificeret opfølgning, muliggør strategien og organiseringen en større grad af forebyggelse og medvirker til afklaring af sektoropdelte ansvarsområder.

Behandlingskæde-samarbejdet i Region Syddanmark har til formål at sikre selvmordstruede børn og unge lige adgang til faglig kvalificeret opfølgning efter et selvmordsforsøg. Behandlingskæden skal således:

- Forebygge genforsøg og selvmordsdød.
- Sikre relevant behandling og støtte, da denne målgruppe ikke er sikret hjælp
- Sikre faglig tværsektoriel sparring, da ingen skal stå alene i disse sager

Mere konkret er det udmøntet ved:

- Ét sted at henvende sig og dermed én indgang til et hurtigt, kvalificeret og tværsektorielt sammenhængende tilbud til selvmordstruede børn og unge.
- Hver impliceret kommune har etableret et team, der er opkvalificeret til at håndtere selvmordstruede børn og unge i kommunalt regi. Ligeledes er teamet udpeget til at samarbejde med psykiatrien. Disse teams kaldes Selfo-teams.
- Sikre hurtig opfølgende indsats og behandlingstilbud af høj kvalitet til børn og unge, der har haft et selvmordsforsøg (- ventetid). Dette qua team-til-team koordination, som betyder, at fagpersoner ikke arbejder alene, heller ikke i egen organisation. Dermed oparbejdes et bedre kendskab til målgruppens forløb, og på den baggrund kan opfølgning hurtigere iværksættes
- Formidling af viden om selvmordsforebyggelse til relevante samarbejdspartnere.

5.2 Behandlingskæden som strategi

Inspirationen til behandlingskæden som strategi, er hentet i engelsksproget litteratur, og kaldes community-based integrated care (CBIC). CBIC kombinerer kvalificerede sundhedsydelse, medicinsk behandling og pleje, og inddrager samtidigt sociale tilbud og forebyggende indsatser og sammenkæder forløb¹⁴. Ifølge CBIC afhænger en succesfuld implementering af sammenhængende tværsektorielle forløb, af fælles prioritering af opgaven på tre beslutningsniveauer med hver deres mål:

- det praktiske (mikro-)niveau,
- det organisatoriske (meso-)niveau
- det politisk/administrative (makro-)niveau.

Kompleksiteten i selvmordstruede børns og unges forløb betyder, at det i hver sektor er en opgave på henholdsvis politisk, organisatorisk og fagpraktisk niveau. Et koordineret samarbejde modarbejder ikke hver sektors underliggende paradigmer, men giver tværtimod alle beslutningsniveauer mulighed for at leve op til deres juridiske ansvar. De strategiske mål for Behandlingskæden ses i tabel 1. Her ses også hvert beslutningsniveau, deres tilhørende paradigmer og incitamenter for at leve op til målopfyldelsen. De fire mål er udviklet i et patient/borger-perspektiv, og der er en klar hensigt på alle niveauer om at prioritere målene.

¹⁴ Kilde: Plochg & Klazinga, 2002

Tabel 1. De strategiske mål for behandlingskæden

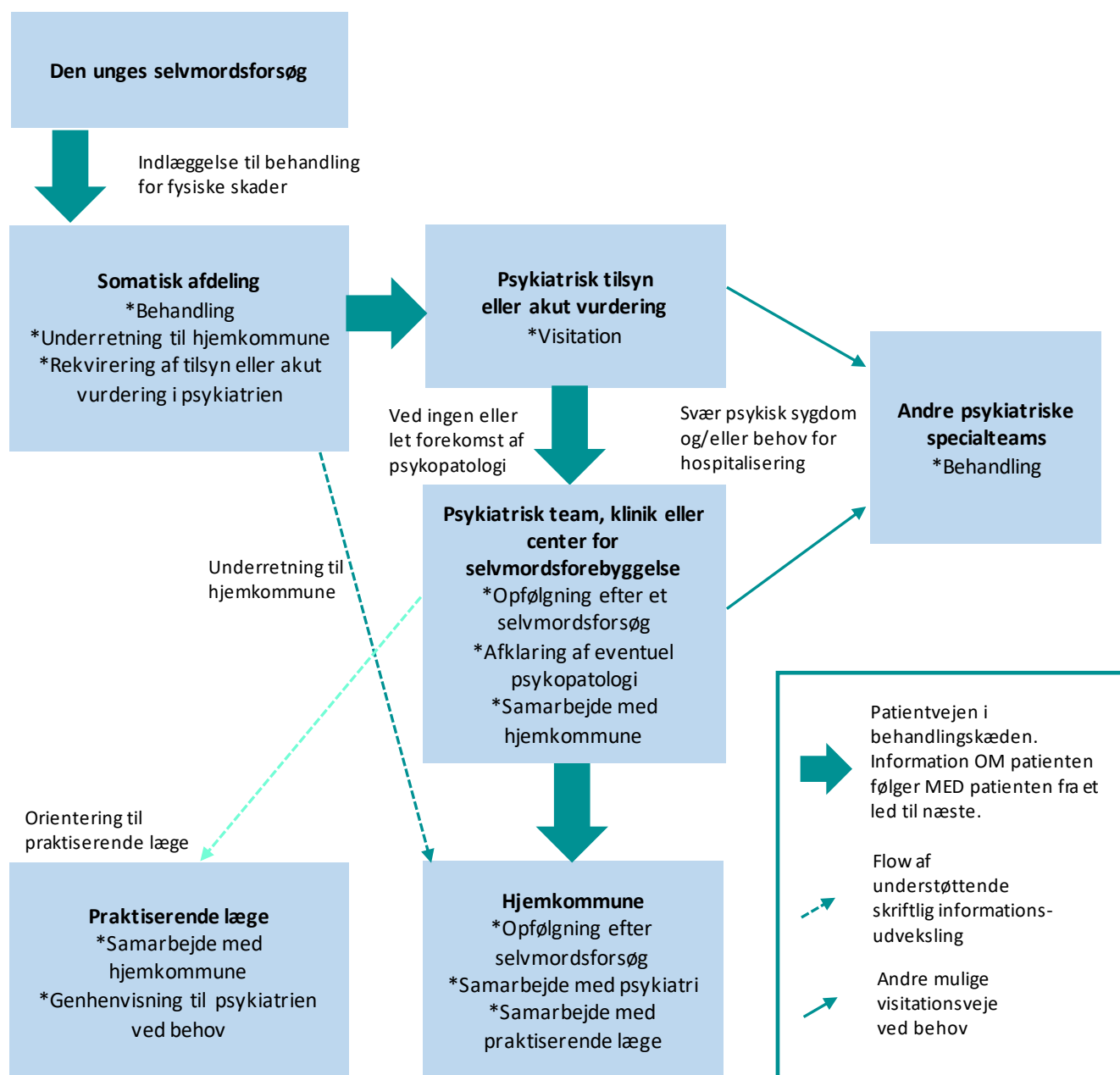
De strategiske mål:		
<ul style="list-style-type: none"> • At der ikke er ventetid for børn og unge med selvmordsadfærd • At der er ét bestemt sted at henvende sig • At der er en kvalificeret vurdering og opfølgning • At samarbejdet organiseres og koordineres 		
Beslutningsniveau	Paradigmer	Incitament til at indarbejde de fastsatte mål
<i>Mikroniveau</i> Patientorienteret kontekst	Evidensbaseret behandling, vidensteknologi og patient-relation.	Patienten inddrages direkte De fagprofessionelle opnår handlemuligheder og sparring samtidigt med at de leverer en ordentlig behandling
<i>Mesoniveau</i> Organisatorisk kontekst	Specialisering og institutionalisering	Fokus på specialisering i sammenhæng – reduktion af fragmentering i forløb Forløbene kan monitoreres
<i>Makroniveau</i> Finansiell og politisk kontekst	Effektivitet, efficiens og samfundets interesser	Lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Alle børn og unge tilbydes tværsektoriell opfølgning efter et selvmordsforsøg. Bedste behandling gives til flest muligt med den bedst mulige udnyttelse af gældende ressourcer til rådighed

I praksis betyder det, at der er sikret overlap mellem hver del af behandlingskæden. Det afgivende led giver ikke slip på patienten før det modtagende led er godt i gang, og patienten er "landet trygt". Dette gælder også for overgangen til voksen-psykiatrien. Information om patienten følger med patienten og sikrer derved kvalificeret vidensopbygning om patienten i hele behandlings-kæden.

Helt lav-praktisk benyttes de eksisterende systemer. Løbende opdaterede kontakt-lister gør, at man kontakter hinanden telefonisk og relevante dokumenter sendes via de formaliserede kanaler såsom underretnings-postkassen, hvorefter dokumentet kopieres ind i eget system. Forudsætningen herfor er naturligvis, at borgeren har givet samtykke dertil.

I Region Syddanmark har Center For Selvmordsforebyggelse og Børne- og Ungdomspsykiatri Odense opgaven med vedligeholdelse af Behandlingskæden, hvilket er en stor administrativ opgave. Eksempelvis udarbejdes en kontaktdataliste på hvert teams medlemmer, så alle ved, hvem man skal overlevere information og patient til i næste behandlingsled. Man kan altid ringe ind til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse og få kontaktdata på et Selfo-team. Vedligeholdelsesrollen skal udføres med en stor grad af netværksfacilitering, da samarbejdet ikke tildeler CFS-B&U reelt overordnet ledelsesansvar. Organisatoriske ændringer forekommer løbende i hver sektor, og dette skal inddrages i samarbejdet, for eksempel i forhold til nye visitationsprocedurer.

Figur 2. Flowchart over ideelt patientforløb for børn og unge



Kilde: Tværsektoriel opfølgning for børn og unge efter et selvmordsforsøg – en samarbejdsmodel fra region Syddanmark”, ved Kamionka, Stine; Buus, Niels; Nøhr-Jensen, Peer; og Juul Larsen, Kim; Suicidologi nr. 2/2015

5.3 Kommunernes del af behandlingskæden

Hver kommune i Region Syddanmark har opbygget et tværfagligt beredskab/team med fast(e) kontaktperson(er), kaldet Selfo-team med bistand fra Center og Team for Selvmordsforebyggelse. Et Selfo-team er et tværfagligt kommunalt team forankret i kommunernes Børne- og ungeforvaltninger. Selfo-teamet består af et fagligt bredt felt af medlemmer, samt en kontaktperson, der varetager rollen som gatekeeper til teamet og er således sygehusvæsenets

informationsvej. Selfo-teamet er kommunens specialister i forhold at varetage de selvmordstruede børn og unges kommunale del af et forløb. Kommunens rolle er således at prioritere og bemande Selfo-teamet samt for sin del bidrage til en let og direkte gensidig kontakt mellem team for selvmordsforebyggelse/center for selvmordsforebyggelse og kommunen, baseret på opdaterede kontaktlister.

Selfo-teamet skal samarbejde med psykiatrien og evt. patientens egen læge, samt skal sikre at barnet eller den unge hjælpes i kommunalt regi. Det er ikke nødvendigvis Selfo-teamet, der fungerer som sagsbehandlere, men de stiller deres viden til rådighed for deres kolleger og har den koordinerende rolle for forløbene.

Der er etableret Selfo-teams i hver enkelt kommune under Region Syddanmark; der er således i alt 22 Selfo-teams med 2 – 12 teammedlemmer. Hvert team i Behandlingskæden er unikt i forhold til antal medlemmer og faglighed. Det første Selfo-team blev etableret i 2001, det sidste i 2015.

Kommunens opgaver:

- Kommunen foretager opfølgning efter modtagelse af orientering fra psykiatrien
- Kommunernes Selfo-teams prioriterer henvendelser om selvmordstruede børn og unge, og kontakter familierne indenfor få hverdage.
- Kommunen kan også arbejde forebyggende før henvisning til psykiatrien. Kommunerne er i stigende omfang begyndt at arbejde med risikovurdering ift. selvmordsrisiko og beskyttende faktorer mv. Dette med baggrund i faglig sparring fra Team for selvmordsforebyggelse.
- Vedligeholdelse af behandlingskæden. Liste med kontakt-data til det enkelte Selfo-team opdateres som minimum en gang årligt. Ofte i forbindelse med, at region og det enkelte kommunale Selfo-team mødes fysisk en gang årligt.

Hvordan støttes kommunerne:

- Den unge med et selvmordsforsøg afsluttes ikke længere direkte efter indlæggelse; Kommunen kontaktes mhp. koordineret samarbejde og der samarbejdes med at øge beskyttelsesfaktorer omkring patienten og inddrage pårørende.
- Tilbud om faglig opkvalificering (Selfo-team). Regionen inviterer to gange årligt til heldagskursus i klinisk psykiatri.
- Faglig sparring med team for selvmordsforebyggelse. Regionen og det enkelte selfo-team mødes fysisk en gang årligt, derudover to årlige heldags-kurser om klinisk psykiatri samt løbende kontakt og sparring; *"Vi har hinandens ryg"*!

5.4 Psykiatriens del af behandlingskæden

Team for selvmordsforebyggelse (TFS) arbejder med børn og unge op til 19 år med selvmordsadfærd og/eller nyligt selvmordsforsøg. Opgaverne er:

- Første opfølgning efter selvmordsforsøg (OpS), som har til formål at identificere og reducere væsentligste risikofaktorer og forebygge yderligere selvmordsadfærd, herunder SURF, som står for "Self Understanding Resilience Feelings"
- Udgangspunktet er, at barnet/den unge tilbydes første samtale indenfor 2 uger efter modtagelse af henvisning
- Tilbyde og aftale forløbskoordination til sikring af sammenhængende hjælp i forhold til hjemkommune
- Inddrage pårørende

Organisatorisk er regionens opgaver at sikre:

- Faglig opkvalificering, sparring og udvikling: undervisning, specialviden og funktion, systematisering, fælles temadag
- Vedligeholdelse af behandlingskæden

5.5 Opmærksomhedspunkter

Den organisering, de principper og metoder, der kendetegner Behandlingskæden og Selfo-teams, som i dag er gældende for børn- og ungepsykiatrien i Region Syddanmark, kan ifølge Stine Kamionka uden videre kopieres til andre regioner og ligeledes også gøres gældende for voksenpsykiatrien. Endvidere kan denne tværsektorielle organisering og samarbejdsform anvendes på andre områder. Bl.a. er man i Region Syddanmark i gang med at overføre det til ADHD-området.

Behandlingskæden som middel til at sikre et bedre tværsektorielt samarbejde forudsætter løbende vedligeholdelse og prioritering fx vedr. udpegning og udskiftning af medlemmer i selfo-temaet i form af opdaterede kontaktinfo. Dette er klart en ledelsesprioritering, så samarbejdet ikke alene beror på involverede medarbejderes indsats og ressourcer. Men denne administrative opgave til trods, opleves Behandlingskæden at være en succes, da praktikerne oplever at kunne bruge mere tid på behandling af målgruppen og mindre tid på at overbevise næste sektor om, at de skal tage over. Desuden oplever praktikerne at kunne tilbyde et mere kvalificeret tilbud til patienten/borgeren, da de kan koncentrere sig om at praktisere egen faglighed fremfor at kompensere for manglende forløbssammenhæng.

I løbet af konferencen blev der både fra oplægsholdere og deltagere talt og i templates skrevet om behov for forløbskoordinatorer med beslutningskompetence som middel til et forbedret samarbejde. Stine Kamionka kommenterede til det – ifm. hendes godkendelse af afsnittet – at hendes erfaring med Selfo-teams er, at der sker en bevægelse fra en adskillelse i borger-patient perspektivet til en fælles forståelse af, at det er *vores* patient/borger, hvilket fører til, at almindelig sund fornuft på tværs af sektorerne, bidrager til fælles beslutninger på vegne af den enkelte borger/patient.

Bevægelsen henimod 'vores patient/borger' sker som beskrevet bl.a. qua løbende opkvalificering af Behandlingskædens fagpersoner gennem kurser om målgruppen og om organisering af samarbejdet. Undervisning giver en fælles vidensbase og et fælles billede af den helhedsorienterede indsats, så der kan arbejdes hen imod samme mål. Hertil kommer, at de løbende vedligeholdelsesmøder mellem feltets samarbejdende praktikere sikrer relevans og kendskab til de gensidige forpligtigelser i de fastsatte mål, sikrer gensidigt kendskab til behandling i de enkelte sektorer – samt til hinanden som samarbejdspartnere.

De praktiske erfaringer med Behandlingskæden i Region Syddanmark er således konkret udmøntning af Kjeld Møllers begreber 'Fælles skolebænk' og 'Ledelse i mellemrummet' (se afsnit 8), ligesom Tine Murphys forskning i sensemaking om, hvordan vi kan skabe fælles mening, når vi mødes fysisk og får et fælles narrativ omkring den enkelte patient/borger (se afsnit 10).

5.6 Deltagernes kommentarer til oplægget fra Stine Lundstrøm Kamionka

Helt overordnet var deltagerne ved konferencen inspirerede af Stine Kamionkas oplæg om Behandlingskæden, og Selfo-teams i kommunerne. De fleste af bordene havde efterfølgende kommenteret positivt på oplægget i den template, der lå på alle borde. Bl.a. følgende kommentarer:

"Vi vil gerne have selfo-teams i Region Midt. Bedre koordinering + overlevering i forløb + mere ens arbejde på tværs med kommunerne i regionen", Bord 8

"Selfo-teams lyder spændende, som en god mulighed for formaliseret samarbejde", Bord 11

"Inspirerende at høre om selfo teams – det vil vi gerne have til Randers. Vi vil gerne høre hvordan de har bygget det op, så vi kan lave en konstellation, der passer hos os i Randers", Bord 12

"Selfo bør udbredes til alle regioner. Et bredere samarbejde mellem myndigheder, psykiatri og sundhedsvæsen", Bord 15

Yderligere info:

Region: Stine Kamionka – mail: stine.lundstroem.kamionka@rsyd.dk

Kommune: Kim Juul Larsen – mail: kjla@odense.dk

Supplerende litteratur; "Tværsektoriel opfølgning for børn og unge efter et selvmordsforsøg – en samarbejdsmodel fra region syddanmark", ved Stine Lundstrøm Kamionka, Niels Buus, Peer Nøhr-Jensen og Kim Juul Larsen, suicidologi nr. 2/2015

6. Samarbejdsformer på tværs af sektorer

Præsentation af Kjeld Møller Pedersen

Professor, Sundhedsøkonomi og Sundhedspolitik, Institut for Virksomhedsledelse og Økonomi, Syddansk Universitet

Professor, Danish Center for Healthcare Improvement, Aalborg Universitet
Uddannet Cand. Oecon ved Aarhus Universitet, 1974

Forsker bl.a. i beslutningsprocesser i sundhedsvæsenet, syge- og sundhedsforsikringer og værdisætning af sundhed.

Opsamlingen er baseret på:

- Anden del af Kjeld Møller Pedersens oplæg fra konferencen. Oplæggets første del, der omhandlede økonomiske nøgletal og lidt historik på det tværsektorielle samarbejde, er beskrevet i afsnit 3; Baggrund
- Deltagernes feedback på konferencen
- Supplerende artikler og materialer.
- Opsamlingen er godkendt af Kjeld Møller Pedersen 3. juni 2020

Kjeld Møller Pedersen havde – udover nøgletal og historisk baggrundsviden – nogle bud på hvad der kan bidrage til et forbedret tværsektorielt samarbejde. Han stillede spørgsmålet:

Hvor kan vi finde inspiration til at svare på; Samarbejdsformer på tværs af sektorer

Og svarede selv; I de erfaringer vi har fået med at skabe sammenhængende somatiske og psykiatriske patientforløb på tværs af sektorer, skal vi se på hvad der kan gøres i forbindelse med selvmordsforsøg som tværsektorielle sammenhængende patientforløb

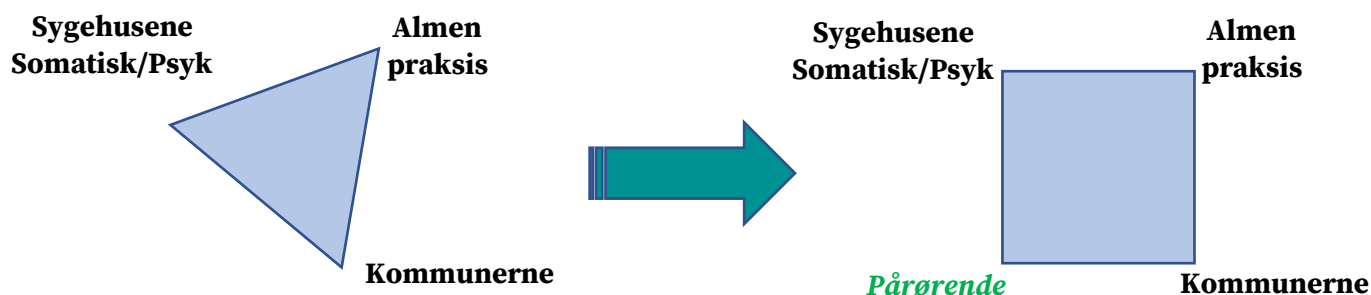
Kjeld Møller Pedersen havde fire bud med, som gennemgås i det følgende:

- Fra trekant til firkant – inddragelse af pårørende
- Anvendelse af forløbskoordinatorer
- Ledelse i mellemrummet
- Fælles skolebænk

6.1 Fra trekant til firkant – inddragelse af pårørende

Spørgsmålet er, om den danske social- og sundhedstrekant hænger godt nok sammen i lyset af, at sammenhængende patientforløb er en udfordring. Kjeld Møller Pedersen påpegede, at det manglende element er de *pårørende*. De pårørende til en patient i psykiatrien bør således mere systematisk inddrages i patientforløbet.

Figur 1. Fra trekant til firkant



Ifølge bedrepsykiatri.dk¹⁵ fordi det betaler sig! Dette ved, at behandlingen bliver bedre, tilbagefald og genindlæggelser reduceres og forløbet bliver kortere. Alle forhold, der har betydning for, at forløbet også bliver mere omkostningseffektivt.

Således oplever tre ud af fire pårørende (75 pct.), at deres tilstedeværelse er af meget stor betydning eller stor betydning for, at den psykisk syge får tilfredsstillende hjælp og støtte fra kommunen ([BP 2013](#)).

Endvidere viser en undersøgelse fra Copenhagen Business School (CBS) ([CEBR 2011](#)), at samfundet årligt ville kunne spare 1,5 mia. kr., hvis pårørende blev inddraget mere systematisk. Allerede med en relativt kortsigtet effekt på kun 2 år, er der tale om en samfundsøkonomisk nettogevinst på 36.000 kr. pr. patient, mens der ved en effekt af 5 års varighed er tale om en nettogevinst på 205.000 kr.

Alligevel er der langt igen. Fakta er, det langt fra er alle pårørende, der bliver inddraget i behandlingen. Det viser en undersøgelse fra Bedre Psykiatri 2018. ([BP undersøgelsen 2018](#)):

- To ud af tre pårørende (58 pct.) oplever, at de ikke bliver tilstrækkeligt inddraget i den syges behandling
- Tre ud af fire pårørende (74 pct.) får ikke tilstrækkelig information om, hvordan de som pårørende kan hjælpe den syge i hverdagen
- To ud af tre pårørende (65 pct.) oplever ikke, at deres erfaringer og viden om den syge efterspørges eller bruges af personalet i behandlingen

Og yderligere:

- Kun ved en ud af fire voksne patienter (ambulant) er der registreret pårørendekontakt (Kilde: Baseret på Sundhedsdatastyrelsen [2019](#))
- Kun 63 pct. af pårørende til ambulante voksne og 52 pct. af pårørende til indlagte voksne patienter er i 2019 tilfredse med det samlede forløb. Kilde: National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien ([Defactum 2019](#))

I 2017 havde blot 27% af kommunerne tilbud rettet mod pårørende og/eller en politik for pårørende til psykisk syge.

¹⁵ <https://bedrepsykiatri.dk/viden/inddragelse-af-paroernde/>

6.2 Forløbskoordinatorer

Ifølge Danske Patienter¹⁶ oplever mange patienter og pårørende, at de selv skal skabe sammenhæng mellem Sundhedsvæsenets opdeling i mange fragmenterede enheder. Det gælder især for mennesker med komplekse og langvarige forløb, for eksempel mennesker med multi-morbiditet, svært ulykkesramte og mennesker med alvorlige livstruende eller kroniske sygdomme, som har behov ydelser på tværs af sundhedsvæsenets aktører.

Den manglende sammenhæng forringer kvaliteten af den samlede behandlingsindsats. Det øger risikoen for fejl i behandlingen og efterlader mange patienter og deres pårørende med en belastende koordineringsopgave på tværs af sektorer og specialer. Der er derfor behov for indsatser, som kan understøtte sammenhæng for patienter gennem komplekse forløb.

Både nationale og internationale erfaringer har vist, at en navngiven koordinator kan skabe bedre sammenhæng for patienter i komplekse forløb på tværs af sektorer og specialer.

Kjeld Møller Pedersen refererede, at litteraturen¹⁷ viser, at der kan være blandede erfaringer med forløbskoordinatorer, hvis ikke begrebet er defineret ordentligt, og opgaver og ansvar beskrevet; Taler vi om 'udskrivningskoordinator', 'generel koordinator', 'terapeut' eller 'barnepleje'? og fortsatte, at en patient bør få følgende fordele ud af en forløbskoordinator¹⁸:

- Forløbskoordinatoren skal være GPS for den patient der, uanset stadie af sygdommen, ikke kan navigere rundt i systemet
- Være koordinator for de patienter, der er uden for hjemmeplejen
- Være brobygger til de enkelte instanser, have overblik for patienten.
- Være indgangsport til systemet
- Se det hele menneske
- Skal kunne hjælpe patienten med at afdække og se muligheder
- Tilpasse et individuelt forløb, forskellige pakkestørrelser
- Forløbskoordinatoren skal have fokus på patientens netværk

Et konkret praksiseksempel kan hentes i Region Syddanmark, hvor et tværsektorielt samarbejde mellem regionen, 22 kommuner, praktiserende læger samt patient- og pårørendeorganisationer, har gjort det muligt for borgere med svær psykisk sygdom og misbrugsproblemer at få sammenhængende hjælp¹⁹. Se endvidere afsnit 5 om Behandlingskæden.

En meget væsentlig del af samarbejdet omhandler indarbejdelse af lovkrav om koordinerende indsatsplaner, der betyder at hverken misbrugsbehandlingen i kommunen eller behandlingspsykiatrien må afvise en patient med den begrundelse, at en patient først skal have afhjulpet andre problemer. I tillæg til denne særlige delaftale ansatte man 20 forløbskoordinatorer i hel- og deltidsstillinger i den regionale psykiatri, som fik et gensvar i den kommunale sektor.

Forløbskoordinatorerne har forskellige faglige baggrunde som eksempelvis socialrådgiver, sygeplejerske eller ergoterapeut og er ofte ansat i en af lokalpsykiatrierne. Så når patienten

¹⁶ <https://www.danskepatienter.dk/politik/det-mener-vi/forloebskoordinatorer>

¹⁷ "Effects of Care Coordination on Hospitalization, Quality of Care, and Health Care Expenditures Among Medicare Beneficiaries – 15 Randomized Trials", JAMA. 2009;301(6):603-618

¹⁸ Kilde: Region Midtjylland

¹⁹ <https://dssnet.dk/artikler/det-naere-sundhedsvaesen/tvaersektorielt-samarbejde-hjaelper-psykisk-syge-med-misbrugsproblemer/>

dukker op hos sin egen læge, kan lægen tage kontakt med koordinatoren via lokalpsykiatrien og få indsatsen sat i gang. Tilsvarende, hvis patienten kommer fra et kommunalt døgntilbud. Forløbs- koordinatorene kender til mekanismerne i forskellige typer misbrug, og samtidig har de stor indsigt i psykiatriske diagnoser.

6.3 Ledelsesopgaven i mellemrummet

Det danske sundhedsvæsen har i dag tre hovedsiloeer karakteriseret ved forskellige ledelsesformer, forskellige styringslogikker og forskellige perspektiver; det er almen praksis, de kommunale sundhedstilbud og hospitalerne. Der er i dag ingen ledelse, der klart har ansvaret og kompetencen til at lede i mellemrummene mellem disse tre siloeer. Der er ingen, der har ansvar for, at tingene hænger sammen, og der er ingen, der hindrer almen praksis, kommunen eller hospitalet i hver for sig at optimere i egen ret til potentiel skade for patientens forløb og/eller med ekstra omkostninger for andre aktører. Den store udfordring er at lede sygehuset som center for service til det samlede øvrige sundhedsvæsen.

Kjeld Møller Pedersen kom i sit oplæg ind på de ovennævnte problematikker, der knytter sig til det tværsektorielle samarbejde (eller rettere mangel derpå), hvilket i denne opsamlingsrapport er sammenfattet i afsnit 3 om baggrund. I dette afsnit refereres Kjeld Møller Pedersens bud på ledelsesopgaven i mellemrummet mellem sektorerne, her uddybet ved en artikel, som Kjeld Møller Pedersen var medforfatter på primo 2019²⁰.

Konkret kunne ledelse af en sundhedsklynge tage afsæt i **et geografisk områdes** samlede befolkning (populationsansvar). En sundhedsklynge kunne bestå af kommunerne omkring et akuthospital (optageområde) – typisk 4-6 kommuner – de praktiserende læger og øvrige ydere i området.

Ledelsen af en sundhedsklynge burde både have langsigtet og kortsigtet beslutningskompetence i forhold til hospital, kommuner og praktiserende læger. Sundhedsklyngeledelsen skal med andre ord både lede i mellemrummet mellem hospital, kommuner og almen praksis, lede sammenhængende patientforløb på tværs af siloeer og lede udviklingen af samarbejdet over tid. Derfor kunne en sundhedsklyngeledelse bestå af tre personer: Én med baggrund som praktiserende læge/almen medicin, én med baggrund i den kommunale hjemmesygepleje og én med baggrund i hospitalsledelse.

Tre komponenter i ledelsesopgaven

Overordnet består ledelsesopgaven af tre indbyrdes afhængige og overlappende komponenter:

1. At se opgaven og forstå behovet for sammenhæng, fordi ingen på forhånd har hele billedet af patienternes forløb.
2. At etablere rammer for samarbejde, fordi der er brug for systematiske, robuste forbindelser mellem arbejdsprocesser, funktioner og enheder.
3. At styrke professionelle relationer på tværs i form af relationsopbygning, fordi der er brug for klare, professionelle relationer for at kunne opbygge og vedligeholde samarbejde på tværs og reagere agilt afhængig af, hvad situationen fordrer.

²⁰ "Fra siloledeelse til klyngeledelse i sundhedsvæsenet" af Kjeld Møller Pedersen, Frede Olsen og Leif Vestergaard Pedersen, 10/01/19, Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, DSSNET

Sammenhængende patientforløb

Koges klyngeledelsesopgaven ind til kernen, omhandler det at sikre det gode sammenhængende og tidsoptimerede patientforløb, herunder en optimering af opgavefordelingen mellem sundhedsvæsenets parter (LEON-princippet). Udover optimering af ressourcer, viser undersøgelser også, at sammenhængende og tidsoptimerede patientforløb, giver patienterne mest tryghed jf. nedenfor.



- De patienter, der blev interviewet, **tænker i episoder**. Når de skal fortælle om deres forløb, fortæller de **ikke om et kronologisk forløb** fra A til Z, hvor alle møder med sundhedsvæsenet er forbundet og lige vigtige. Det er de episoder, der har været afgørende eller særligt problematiske i forhold til udredning og behandling.
- Patienternes altoverskyggende mål er den bedst mulige behandling. **Hvis patienterne oplever, at der ikke er sammenhæng i indlæggelsen, bliver de usikre på, om de får den behandling, de skal have – om der er 'styr på mig'**.
- Kendte problemer giver patienterne en oplevelse af manglende sammenhæng. **Ventetid, aflysninger, manglende information om det videre forløb og usikkerhed om, hvornår aktiviteter finder sted, giver patienterne indtryk af kaos og af, at der ikke er 'styr på tingene'**

Mere specifikt kan man tale om, at der er tre hovedopgaver for en klyngeledelse:

1. Den organisatoriske opgave, som eksempelvis omfatter koordination/samarbejde, kommunikation og opgavefordeling.
2. Den sundhedsfaglige opgave, som fokuserer på hvilke evidensbaserede indsatser og ydelser, der skal præsenteres over for patienten og hvordan.
3. Den styrings- og ledelsesmæssige opgave, der drejer sig om, hvordan de gode hensigter sættes i værk, altså at omsætte de beslutninger, der træffes, til daglig praksis.

6.4 Fælles skolebænk

Kjeld Møller Pedersen kom slutteligt også ind på betydningen af, at medarbejderne i de enkelte sektorer får større kendskab til hinandens fagligheder, opgaver mv. som redskab til at forbedre samarbejdet, konkretiseret ved Fælles Skolebænk.

Som eksempel kan nævnes et fællesprojekt mellem Vejle Sygehus/Sygehus Lillebælt og Vejle Kommune, som i fællesskab har haft ledere på Medicinsk Afdeling og Seniorområdet i Vejle Kommune på fælles uddannelse i "Sammen om borgeren. Ledelsesopgaven i 'mellemrummet'".

På tre moduler blev der sat fokus på at etablere et fælles forståelsesgrundlag - fælles skolebænk - som er faktisk og giver indsigt i den virkelighed, den enkelte lederskollega på den anden side af hospitalets mure sidder med.

En vigtig del i forløbet er da også, at man følger en lederskollega fra "den anden side" en halv dag og tilsvarende selv er vært en anden halv dag.

Evalueringen af dette lille projekt var næsten imponerende positiv. En af tilbagemeldingerne lød: "Det var en øjenåbner af dimensioner!"



6.5 Deltagernes kommentarer til oplægget fra Kjeld Møller Pedersen

På tværs af bordene gav Kjeld Møller Pedersens oplæg anledning til både refleksion, ideer og anbefalinger. De kommentarer der blev givet til første del af oplægget omkring historik og økonomi er flyttet med over i afsnit 3; baggrund.

Helt overordnet var der stor enighed om, at der skal være nogen som har **blik for helhed og sammenhæng**, men hvem? En tværsektoriel ledelse? (ledelsens netværk), en tovholder, netværkskoordinator, forløbskoordinator?... Men som der blev skrevet ved bord 3; "Vi skal forpligtes til at samarbejde" og fra bord 7; "Et fælles 3., som ikke nødvendigvis tager udgangspunkt i problem/ressourcer/sekter". I forlængelse heraf, havde deltagerne også mange kommentarer til vigtigheden af at kunne udveksle information. Blev bl.a. udtrykt ved;

- Bedre lovgivning der giver mulighed for udveksling af relevante oplysninger, bord 10,
- Sikre overlevering på tværs, at sikre dataoverførsel, fx qua fælles patientjournal, bord 11
- Nemmere samarbejde/kommunikationsveje (fx et "bag-nummer" til lægen), bord 19

Endvidere at **samarbejdet skal baseres på kendskab til og respekt for hinandens fagligheder, vilkår og rammer**. Blev bl.a. udtrykt ved:

- Mangler gennemsigtighed og overblik over de personer og fagligheder, der er involveret i patientens forløb. Ved ikke altid om man samarbejder godt nok, for man ved ikke hvem der er involveret. Det ville lette sagsarbejdet og tidsforbruget (REG H)
- Vigtigt med indblik i hele forløbet; at man ikke kun har blik for sin egen enhed
- Der bør tegnes et landkort over aktører og tilbud på landsplan

OBS! "Vi har de relationelle handlingsplaner, men det er stadig svært at finde ud af, hvem der har teten/ansvaret", bord 12

Og i forlængelse deraf var der stor anerkendelse af Kjeld Møller Pedersens begreb **om den fælles skolebænk**:

- Vi skal besøge hinanden/vi skal i praktik hos hinanden (Vil meget gerne på udveksling i en kommune/selvmondsforebyggende centre. Også for at se hinandens fokuspunkter -> på hvilken baggrund sættes indsatsen ind (undgå selvmord?, få i job?, udredning?)
- Vi skal have viden om hvilke rammer, der arbejdes under, indsigt og forståelse for "de andres" områder og hverdag (i den anden sektor) bliver nemmere på baggrund af relationer, at man har ansigt på den anden
- Undervisning i hinandens arbejdsområder, fx at psykologer kender arbejdsmarkedsregler, "praktik" på tværs af faggrupper
- Inspirationsmøder på tværs af sektorerne/besøg på tværs af sektorerne

OBS! Udskiftning i personale vanskeliggør også ofte samarbejdet i praksis

Ligeledes gav Kjeld Møller Pedersens formulering om, at samarbejde skal udvikles **fra en trekant til en firkant** genlyd hos deltagerne, dvs. at de pårørende skal inddrages i samarbejdet mellem sygehusene, det kommunale og almen praksis. Ved en del af bordene var man optaget af, at borgeren blev hørt eller at familie og/eller bisiddere kunne tale borgerens sag, hvis vedkommende selv er svækket:

- At borgeren inddrages, hvem taler borgerens stemme, borgeren i centrum
- Vigtigt at de forskellige instanser taler sammen, så familierne føler tryghed og fælles fodslag,
- Ansvarer tilbage til borgeren, således at denne ikke oplever at blive overflødig, forvirret, undværlig. Den sårbare/skrøbelige borger skal støttes af bisidder/mentor ved vigtige møder

OBS! Involvering af netværk/pårørende kan være en særlig udfordring for de unge/18+ årige

OBS! Samtykke er en meget konkret barriere, da der skal udfyldes mange formularer.

Yderligere information:

Kjeld Møller Pedersen, mail: kmpe@dcm.aau.dk

"Det borgernære sundhedsvæsen – anbefalinger til udvikling af et sammenhængende sundhedsvæsen med udgangspunkt i det hele menneske", Danske Patienter, 2016

["Fra siloleddelse til klyngeledelse i sundhedsvæsentet"](#) af Kjeld Møller Pedersen, Frede Olsen og Leif Vestergaard Pedersen, 10/01/19, Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen, DSSNET

["Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv"](#) af Helle Max Martin, Dansk Sundhedsinstitut, januar 2010

7. Tværgående samarbejder: 3 vigtige faktorer

Præsentation af Lektor, Ph.d. Tine Murphy

Lektor, Ph.d. Tine Murphy er ansat på Professionshøjskolen Absalon. Hendes vidensområde er ledelse og organisationsprocesser med særlig fokus på sensemaking samt tværfagligt samarbejde, herunder dynamisk samspil mellem organisation og omgivelser

Opsamlingen er baseret på:

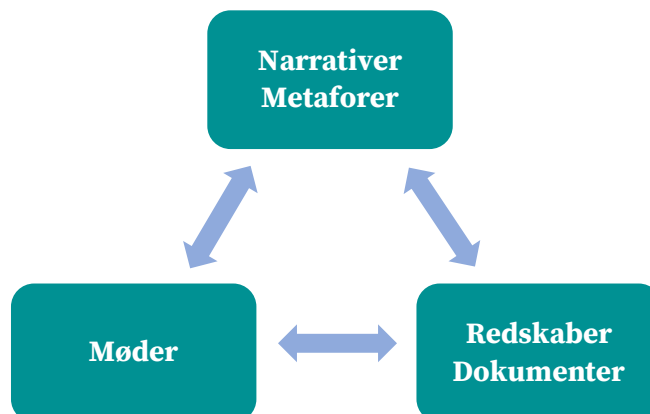
- Tine Murphy's oplæg fra konferencen
- Supplerende materiale om Tine Murhpys forskningsfelt
- Deltagernes feedback på konferencen
- Opsamlingen er godkendt af Tine Murphy den 27. maj 2020

7.1 Baggrund for oplæggets pointer

Baggrund for Tine Murphy's oplæg er et EU finansieret internationalt forskningsprojekt – kaldet CO-LAB konsortiet – der omhandler en samarbejdsmodel mellem psykisk syge indsatte, psykiatrien og fængselsvæsenet, og involverer feltarbejde i de to organisationer KRUS (Norge) og Footprint (UK). Projektet har til formål at undersøge grundlaget for anvendelse af Change Laboratory Model (Engeström, 2001) til udvikling og organisering af samarbejde og velfærdsinnovation imellem psykiatri og kriminalforsorg, med patienten som aktiv deltager.

Konsortiet gennemfører over en fireårig periode en række empiriske undersøgelser og udvikler træningsmoduler i samarbejde mellem forskning og praksis samt en model for samskabelse. Konsortiet har studeret 'best cases' for at lære af, hvad der kunne understøtte det tværgående samarbejde. Følgende tre faktorer anses som vigtige for samarbejdet:

- redskaber og dokumenter – fx de mødeskabeloner, vejledninger, dokumentations- og screeningsredskaber, der anvendes
- narrativer og metaforer – den måde, der talers om samarbejdet på
- de møder, der afholdes som del af samarbejdet



Den danske del af konsortiets resultater af case-studierne har vist sig at udfordre dansk narrativ teori²¹, som ellers lægger vægt på stærke fælles narrativer som afsæt for fælles handling. Men her viser det sig, at narrativer, som kun er begrænset fælles og som er formuleret helt overordnet (modulært), alligevel kan understøtte tværprofessionelt samarbejde.

Det analytiske afsæt hentes i sensemakingteori, som Tine Murphy forsker i²². Sensemaking betyder meningsskabelse. Hendes forskningsfelt omhandler hvilke ”tegn” aktører lægger mærke til og skaber mening ud fra; det kan være redskaberne, sproget, møder de indkaldes til mv. Hvad er det, som er rammesættende for menneskers engagement i interaktionen med hinanden? Hvis mennesker der skal samarbejde tværfagligt, i udgangspunktet har fordomme om hinanden, vil de ubevidst lede efter tegn, der kan bekræfte denne forforståelse. Det vil være langt sværere at få øje på de tegn, der tyder på det modsatte.

Når dét vi tror, bliver dét vi handler på, kommer vi til at påvirke vores omgivelser i netop dén retning. Det bliver så at sige selvopfyldende. I tværgående samarbejder er det derfor vigtigt, at man bliver hjulpet til at bygge bro henover de forforståelser, som vi hver især kommer med, ved sammen at skabe en fælles forståelse, en fælles mening.

7.2 Smidige og stærke narrativer og metaforer

Det sprog vi taler, og de ord og begreber vi anvender, er i høj grad med til at påvirke og skabe den virkelighed vi opfatter og tror på. Vi bruger sproget til at skabe mening. Derfor kan fælles narrativer og metaforer være med til at skabe fælles mening på tværs af afdelinger og/eller sektorer. Tine Murphy påpegede i sit oplæg:

- ”En smidig metafor” kan let oversættes til noget meningsfyldt i mange forskellige professionelle eller organisatoriske logikker.
 - En metafor for samarbejdet om selvmordsforebyggelse kan måske udgøres af en kæde, et sikkerhedsnet, en hånd med mange fingre, en flue med mange øjne..?
- Eksempler fra samarbejdet omkring fængslet er bl.a.:
- Vi hjælper de indsatte med at ”finde nøglen” og ”mestre livs-arenaer”
- Styrken ved en metafor er ikke at uddybe præcist hvad ”at finde nøglen” er, eller hvordan man ”mestrer en arena” i form af et helt narrativ. Styrken er at holde dem simple, så alle kan forholde sig til dem og skabe sin egen mening og narrativer i forhold til dem.

At et narrativ eller en metafor kan være modulært fremfor fælles, handler om:

- At et modulært narrativ fungerer som paraply, som ligestiller mange logikker for forskellige professioner, organisationer og sektorer.
 - Narrativer hvor der indgår flere dele, som potentielt er lige vigtige. De kan opbygges på et utal af måder.
 - Det understøtter en parallel sameksistens af flere fag-logikker. Det, som de samles om, og er fælles om, er borgeren.
- Det her er ikke et tykt fælles narrativ, hvor vi i detaljer tænker ens om tingene. Snarere det modsatte. Styrken er, at vi er mange som samarbejder, men bidrager med noget vidt forskelligt.
- Eksempler fra samarbejdet omkring fængslet:

²¹ Schnoor, 2016, ”Narrativ organisationsudvikling, at forme fælles mening og handling”

²² Se bl.a. Murphy, 2015, ”Sensemaking – introduktion til Karl Weick” og Weick, 1995, 2001

- "Vi ved ikke hvilken tilgang, der når igennem til de indsatte først". "Det er forskelligt hvilken livs-arena de mestrer først, men det hjælper dem til at mestre de næste arenaer – de hænger jo sammen" ...
- Det modsatte af hierarkiske narrativer, som privilegerer bestemte professioner.

Et eksempel kan hentes hos Selfo-teams og Stine Kamionka, som vi kontaktede i forbindelse med opsamlingen og spurgte ind til, hvordan de fik samarbejdet i Selfo-teams til at fungere (ud fra en forventning om, at det nok var svært og at der måtte foreligge nogle formaliserede skriftlige samarbejdsaftaler om uddelegering af beslutningskompetence eller lignende). Men det gør der ikke. Ifølge Stine Kamionka følger det naturligt af de fysiske møder – hvor man lærer hinanden at kende – at "sund fornuft" sejrer. Det tværfaglige samarbejde i Selfo-teams har altså udviklet sig til et modulært narrativ om "sund fornuft", som man er fælles om, uagtet at de enkelte sektorer måske forbinder noget forskelligt med begrebet.

7.3 Møder

Eksemplet ovenfor fra Stine Kamionka bekræfter i høj grad Tine Murphys næste pointe om betydningen af møder, rammer om møder og mødekultur for det tværfaglige samarbejde. Hendes forskning viser således at:

- Jo oftere I mødes på tværs og får sat ansigt på hinanden, jo nemmere er det at kontakte hinanden
- Jo oftere I mødes på tværs, jo bedre chance har I formodentligt for at udvikle det tværgående samarbejde.
- Jo oftere I mødes, jo større chance har I for at skabe fælles mening om de opgaver, som I løser sammen.
- Jo oftere I sidder sammen/løfter i flok, jo flere anledninger er der til, at jeres identitet og tilhørsforhold udvikler sig, så I oplever at høre sammen som én gruppe om at forebygge og forhindre selvmord.

7.4 Redskaber og dokumenter

Redskaber og dokumenter kan ifølge Tine Murphy opdeles i tre typer:

- **Mono-professionelle:** Redskaber og dokumenter, som er knyttet til én bestemt profession.
- **Multi-professionelle:** Redskaber og dokumenter, som er knyttet til flere professioner, og som udpeger, hvad de hver især skal bidrage med.
- **Pan-professionelle:** Redskaber og dokumenter, som ikke er knyttet til en bestemt profession, men som kan anvendes af alle.

Eksempler fra fængslet

- **Multi-professionelle:** Skabelon for dagsordenen til bestemte møder angiver de mange professioner, som skal være tilstede, og hvad de hver især skal bidrage med. Skabelonen er vedlagt som eksempel i bilag 1.
- **Pan-professionelle:** Et dokument som beskrev en særlig samtaleteknik, hvor der ikke var nogen angivelse af om det skulle anvendes af en bestemt profession.

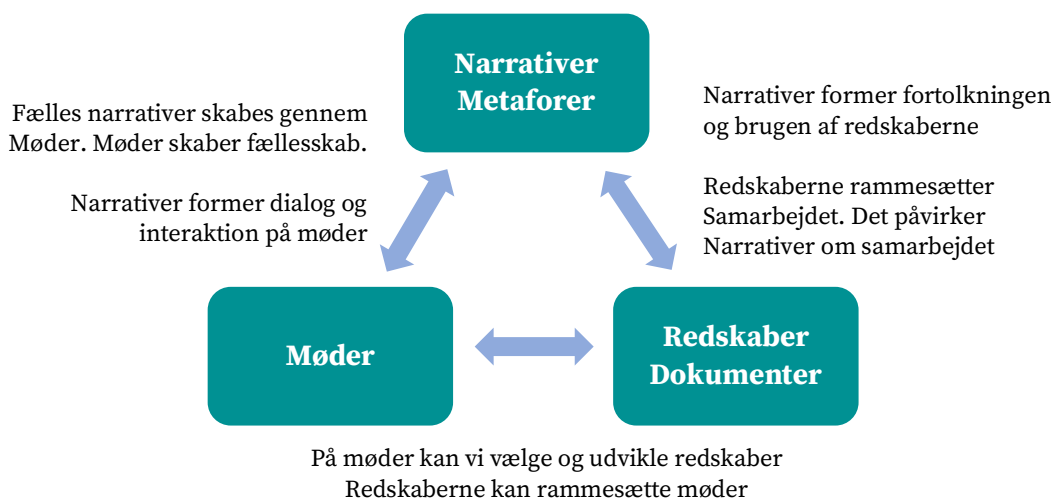
Erfaringerne viste:

- Jo mere der er multi-professionelle og pan-professionelle redskaber og dokumenter, jo mere vil tværprofessionelt samarbejde være understøttet.
- Redskaberne vil simpelthen i højere grad medvirke til at synliggøre flere professioners potentielle bidrag.
- De vil skabe et mere fælles sprog.
- De vil rammesætte flere anledninger til, at flere professioner bidrager på lige fod.

Tine Murphy påpegede, at i det tværfaglige samarbejde om selvmordsforebyggelse kan fælles (multi- og pan-professionelle) redskaber og dokumenter fx være:

- Forskellige skabeloner og skemaer til dokumentation.
- Skabeloner til dagsorden
- Guidelines og vejledninger fx til risikovurderinger
- Screening redskaber som "Early Warning Score"
- Guidelines til bestemte samtaleformer og -teknikker.
- Rammesættende dokumenter

Samarbejdet på tværs kan således styrkes gennem samspillet mellem de tre faktorer:



7.5 Deltagernes kommentarer til oplægget fra Tine Murphy

På tværs af bordene gav Tine Murphys oplæg anledning til refleksion, ideer og anbefalinger. Helt overordnet var der stor enighed om:

- at det at opnå kendskab til hinandens fagområder, arbejdsmetoder, lovgivninger mv., er et godt grundlag for et forbedret samarbejde
- at fælles og strømlinede redskaber, skabeloner og dokumentationskrav kan bidrage til at opnå effektivitet og undgå dobbeltarbejde, og bidrage til at sikre fælles adgang til information om patient/borger og sikre en fælles forståelse af borgerens situation på tværs (sammen med borgeren)

- at det er en god idé med fælles narrativer og metaforer til at understøtte forståelsen af den enkelte borgers situation og prioritere indsatsen på tværs
- at godt samarbejde kan forebygge indlæggelser

Derudover kom følgende ideer og kommentarer frem:

Fælles møder

Blandt deltagerne var der meget stor enighed om, at jo oftere man mødes på tværs og får sat ansigt på hinanden, jo nemmere bliver det at kontakte hinanden, og jo nemmere bliver det formentlig også sammen at tænke helhedsorienteret og gribe det hele menneske. At møder kan være indgangsbillet til et efterfølgende mere smidigt samarbejde.

Opmærksomhedspunkter, som deltagerne påpegede:

- Faste møder mellem sektorer kræver planlægning og prioritering; det skal sikres, at det er praktisk muligt at mødes på tværs. Det er med andre ord en ledelsesopgave.
- Faste møder kunne have form som tværfaglig træffetid, hvor alle relevante interessenter mødes. For børn og unge vil det være; psykologer og andre professionelle, lærere og pædagoger, som mødes og drøfter eleven
- En risiko/udfordring ved faste tværgående møder kan være eller kan kræve, at indsatsen specialiseres og forankres hos nogle få nøglepersoner
- Vær opmærksom på, ad hoc møder/telefonsamtaler kan være meget udbytterige uden at være formaliserede, hvilket til gengæld åbner den udfordring, at netværksmøder og koordinerende telefonsamtaler ikke "tæller" som en ydelse, der udløser ressourcer
- Møder kan være flere slags:
 - koordinerende indsatsmøder/planer
 - åbne dialogmøder
 - ad hoc møder (ofte akut)

Fælles redskaber, dokumenter og systemer

Derudover var mange deltagere enige i, at fælles og mere formaliserede redskaber og skabeloner vil kunne understøtte et bedre tværfagligt samarbejde. Det handler bl.a. om:

- Kendskab til og anvendelse af hinandens dokumenter, hvorved en masse dobbeltarbejde kan undgås. Og/eller et samarbejde omkring udvikling af fælles dokumenter, og evt. med fælles samarbejdspakker
- Fælles dokument kunne fx være en møde-skabelon, der dikterer en fast dagsorden, herunder plads til afklaring af, hvad der skal komme ud af et møde
- Fælles dokument kunne være beskrivelser af gode eksempler på godt samarbejde
- Et fælles it-system/kommunikationssystem med fælles fokus på borgeren, så alle aktører har adgang til den samme viden om borgeren.

Man skal dog være opmærksom på, at ikke alle borgere nødvendigvis er interesseret i, at systemerne er fælles jf. modvilje mod at dele oplysninger. Dette til trods for, at det ville lette meget for borgeren, hvis de ikke skulle fortælle deres historie mange gange.

- Et fælles screeningssystem kan give et fælles udgangspunkt for alle involverede aktører.
- Et fælles redskab til risikovurdering kan give et fælles udgangspunkt for alle involverede aktører

Man skal dog være opmærksom på, at fælles screening – og eller risikovurderinger, ikke er ensbetydende med, at myndighedsopgave og ansvar er fælles. Fx kan det være givtigt at kommunerne har kendskab til hvordan regionerne arbejder med risikovurdering, men det er fortsat regionernes ansvar.

- En fælles hotline-aftale
- Fælles procedure ved akutte situationer; hvem kontakter man? Kontakter man det psykiatriske tilsyn eller kontakter man den vagthavende i kommunen?

Fælles sprog/fælles forståelse

Tine Murphys oplæg om fælles narrativer og metaforer gav også anledning til – blandt konferencens deltagere – at tale om betydningen af at have et fælles sprog i det hele taget; altså forstå det fagsprog, der knytter sig til selvmordsforebyggelse samt berøringsangsten overfor at tale om emnet. Deltagerne kommenterede bl.a.:

- Kunne være givtigt med en koordinerende sagsbehandler, som gøres til en central nøgleperson, der kan fungere som bindeled/oversætter mellem sektorerne, altså muliggør at tale samme sprog, fx hvilke diagnoser kan oversættes til hvilke ydelser, støttebehov mv., som diagnosen kan udløse. Kunne fx være en socialrådgiver med erfaring fra en socialforvaltning, som ansættes i selvmordsklinikken.
- At udpege nøglepersoner, som er nogen med en særlig viden, som man kan hente sparring hos kollegialt og som kan videreformidle viden
- Opkvalificering i at lære "sproget", som fx kan gøre det nemmere at kontakte en praktiserende læge
- Opkvalificering i at tale om de svære problematikker, både ift. borgere, med kolleger og på tværs af sektorer

Enkelte borde observerede netop en vis berøringsangst overfor at tale med sårbare borgere. Bl.a. udtalte en konferencedeltager, som sad ved bord 18; *"Jeg ser ofte i skemaer, at de unge skriver, at de har tanker om selvmord, men jeg taler ikke med dem om det, fordi jeg ved ikke, hvordan jeg kan handle på det..."* og blandt de skrevne kommentarer: *"Vi som professionelle skal turde tage bladet fra munden – turde sætte ord på tanke og handling"*.

Konkrete forslag til fælles metaforer:

- PSYK Isbar
- At være en sikker havn for borgerne, så de trygt kan sejle ud i livet
- Svesken på disken, kald en spade for en spade, tag bladet fra munden, gå forrest med flaget
- Sag før sektor
- Fælles skolebænk (fra Kjeld Møller Pedersen)
- Patienten for bordenden (patientens team)
- "Det betaler sig at redde liv", bord 8 (kommentar til Jan Mainz oplæg)
- Mange tandhjul spiller sammen
- Let tilgang til behandling -> den åbne dør
- Alt er forbundet og kan ikke adskilles

Man skal være opmærksom på, at en fælles metafor også kan udtrykke fælles fordomme, fx at forsøg på selvmord blot er et forsøg på at få opmærksomhed.

Yderligere info:

Tine Murphy, mail: timu@pha.dk

Murphy, Tine 2015, "Sensemaking – introduktion til Karl Weick" og Weick, 1995 og 2001

De første resultater fra forskningsprojektet CO_LAB præsenteres i den engelske antologi: *Collaboration, innovation and organizational learning in Penal Systems*. Redigeret af Sarah Hean, Berit Johnsen and Laure Kloetzer. Bliver udgivet af Palgrave Macmillan series for Penology efteråret 2020.

8. Patientens team – hvordan sikrer vi sammenhæng i patientforløbet?

Præsentation af Jan Mainz

Direktør for patientforløb og kvalitet, Psykiatrilæden, Region Nordjylland
Professor, Danish Center for Health Services Research (DACs), Aalborg Universitet,
Adjungeret professor, Syddansk Universitet, Affilieret professor, Haifa University, Israel
Uddannet: MPA, (CBS, 2018), speciallæge i samfundsmedicin (2006), ph.d. (Aarhus Uni. 1995),
cand.med. (Aarhus Uni. 1990)

Opsamlingen er baseret på:

- Jan Mainz's oplæg fra konferencen
- Deltagernes feedback på konferencen
- Supplerende artikler og materiale om Patientens Team
- Opsamlingen er godkendt af Jan Mainz 9. juni 2020

8.1 Baggrund for patientens team

Hospitalerne i Region Nordjylland har med tre store ændringer i organisationen siden 2013 forsøgt at styrke fokus på behandlinger i ét for patienten sammenhængende forløb. Det skete for at udmønte en beslutning i Regionsrådet fra 2010 om at gentænke hospitalernes organisering for at kunne fremme et sundhedsvæsen med fokus på patientens behov, bl.a. qua fokus på tværgående forløb. Patientforløbet skulle være omdrejningspunktet i alt hvad, regionen gør.

Bl.a. indførte man i 2013 en ny klinisk ledelsesstruktur, hvor afdelinger blev skiftet ud med klinikker, som har ensartet struktur og fokus på specialisering. Formålet hermed var at sikre en entydig ledelsesstruktur, som kan understøtte hensigtsmæssige patientforløb. Den nye klinikstruktur og ledelsesorganisering udgør de organisatoriske rammer for etablering af hensigtsmæssige patientforløb.

Dernæst satte man i 2014 fokus på, hvordan sammenhængende, hensigtsmæssige og effektive patientforløb i praksis kan tilrettelægges og gennemføres, så alle patienter i Region Nordjylland oplever, at deres samlede patientforløb hænger sammen, og at hver kontakt med sundhedsvæsenet har værdi. Fokus var at sikre integration og implementering af regionalt gældende principper for "Patientens team og behandlingsansvarlig læge i Region Nordjylland" i Psykiatrien.

Visionen i den nye organisering:

- Skabe sammenhængende og effektive patientforløb
- Styrke patientoplevelsen af sammenhængende og effektive patientforløb
- Sikre at hver kontakt med sundhedsvæsenet har værdi
- Visionen udmøntes ved, at patienten har sit eget team: PATIENTENS TEAM

8.2 Konkretisering af Patientens Team

Den helt grundlæggende idé bag sikring af et sammenhængende og effektivt patientforløb er, at hver eneste patient får sit eget team, *Patientens team*, der har ansvar for at sikre, at patientforløbet er veltilrettelagt og velkoordineret, og derudover at patienter og pårørende inddrages og er velinformerede om forløbet. Patientens team er en vision om at ændre klinisk praksis til i højere grad at have fokus på sammenhængende patientforløb med patientinvolvering og behandlingseffekt.

Principperne er således:

- En patientansvarlig læge
- Forløbskoordinering og stafetprincip i overgange
- Patienten er inddraget i eget forløb
- Pårørendedeltagelse i teamet – når det er muligt
- Fælles mål for patient og klinisk personale
- Gensidig forpligtelse og respekt
- Empatisk og ligeværdig dialog mellem involverede

Patientens team er en dynamisk organiserings- og samarbejdsform, hvor det er patientforløbets kompleksitet, der definerer teamets sammensætning, graden af samarbejde og omfanget af det koordinerende netværk. Teamet udgøres således af en gruppe af fagpersoner eller et tværfagligt team, der på et givent tidspunkt er centrale for patientens behandling, situation og forløb, men med et éntydigt lægeligt ansvar²³. Der kan således være tale om fast tilknyttede medlemmer og mere løst tilknyttede medlemmer fra hospitalsvæsenet, den praktiserende læge og fagpersoner fra kommunerne, såsom socialrådgiver eller misbrugskonsulent. Opgaven for teamets fagpersoner er – i samspil med patienten – at opnå størst mulig kvalitet i pleje og behandling.



Ved indlæggelse etableres Patientens team indenfor 24 timer efter indlæggelse. Ved opstart af ambulante forløb etableres Patientens team i forbindelse med første ambulante besøg.

Patienten og evt. pårørende skal for første færd vide, hvem der indgår i patientens team, hvordan teamet kontaktes og hvem der har det sundhedsfaglige ansvar for patientforløbet og behandlingen. Konkret får patienten udleveret skriftligt materiale²⁴ samt et kontaktkort med de relevante kontaktinformationer.

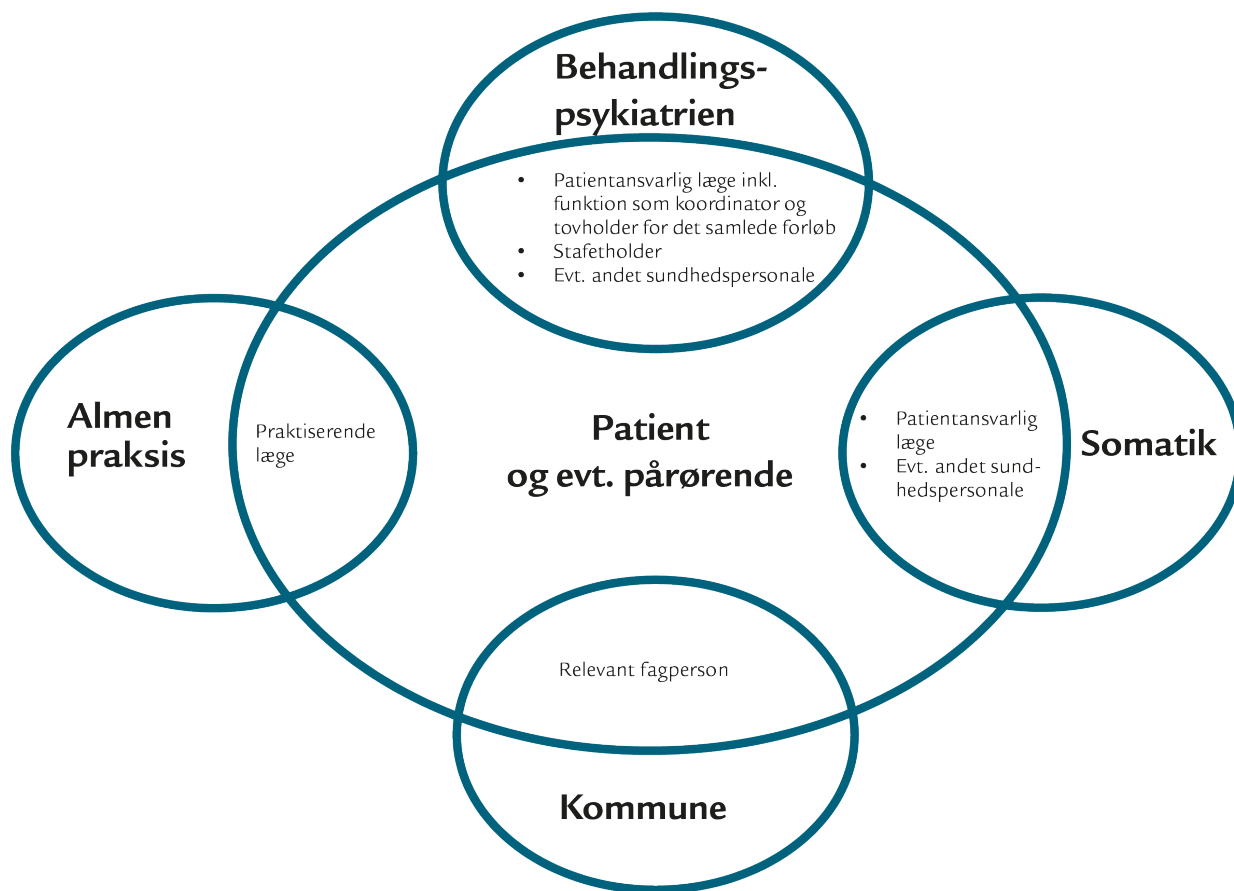
Det skal endvidere fremgå tydeligt af patientjournal og behandlingsplan, hvem der er patientansvarlig læge og hvem der indgår i patientens team.

Patientens team sammensættes så tidligt som muligt i forløbet. Ved indlæggelse etableres patientens team indenfor 24 timer. Ved påbegyndelse af et ambulante forløb etableres patientens team i forbindelse med det første besøg.

²³ Mainz, Jan & Jensen, Jens Winther; Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb, Ugeskrift for Læger, 2015;177:V05150436

²⁴ Patientens team – et samarbejde om dit forløb

Illustration af Patientens team



Den patientansvarlige læge²⁵

- Er en navngiven læge, der har det overordnede ansvar og koordinerende overblik for hele patientforløbet på tværs af afdelinger, specialer, sygehuse. Patienten skal aldrig opleve at have mere end en patientansvarlig læge, heller ikke når der er tale om forløb, der omfatter flere afdelinger eller specialer. I så fald bliver vedkommende også til den tværgående patientansvarlige læge; oftest vil det være den behandlingsansvarlige læge i det primære (aktionsdiagnose) speciale, som bliver den tværgående patientansvarlige læge.
- Har til opgave at sikre fremdrift samt organisere den nødvendige koordinering af alle involverede aktører i en patients udrednings- og behandlingsforløb.
- Når den aktuelle behandling involverer flere specialer, skal der desuden udpeges en behandlingsansvarlig læge indenfor det enkelte speciale eller afdeling, som selvfølgelig så har ansvaret for den medicinske eller kirurgiske behandling.
- Den patientansvarlige læge kan uddelegere opgaven, men ikke ansvaret, til en anden fagperson. Opgaven er at koordinere patientforløbet med de aktører, der skal involveres i forløbet, og kommunikere med patienten om forløbet.
- I Region Nordjylland understøttes Patientens Team og den patientansvarlige læge af IT-værktøjer med dokumentation i CCS og qua EPJ systemet Clinical Suite²⁶.

²⁵ Patientansvarlig læge og Patientens Team – implementering i Psykiatrien, www.psykiatri.rm.dk, februar 2020

²⁶ Læs mere om de anvendte IT-systemer i pjecen; "Patientansvarlig læge og Patientens Team – Implementering i Psykiatrien, februar 2020

Stafetprincippet

Stafetprincippet er et vigtigt redskab for patientens team, da det er i overgangen mellem sektorerne (hospital, kommune og almen praksis), at der kan være behov for særlig opmærksomhed og fokus for at sikre det gode tværsektorielle forløb for den enkelte borger. Dels kan der være mange aktører inden for den enkelte sektor, dels kan der være flere forvaltningsområder i spil i en kommune, ligesom kommunen kan optræde både som myndighed og leverandør (fx inden for specialområdet). Det skal derfor kontinuerligt være tydeligt for alle – både patient og øvrige medlemmer i teamet – hvem der har ansvaret for den enkelte borgers forløb på tværs af sektorer. Ingen slipper således ansvaret for borgeren, før en anden tager over (stafet-tankegang)²⁷.

8.3 Institutionalisering af Patientens team

Patientens team, patientansvarlig læge mv. er konkret udmøntning af Region Nord's vision om at skabe sammenhængende og effektive patientforløb. Dette er senest blevet institutionaliseret gennem Sundhedsaftalen 2019-2024, hvoraf det fremgår at borgere med psykisk sygdom, herunder borgere med samtidigt misbrug, skal opleve sammenhæng mellem den sundhedsmæssige, sociale og beskæftigelsesmæssige indsats.

Derudover understøttes det tværsektorielle samarbejde qua afholdelse af fælles temadage om Patientens Team. Deltagere er alle typer aktører, der har opgaver ind i Patientens Team, såsom medarbejdere i regionen og de 11 kommuner samt politi, kriminalforsorgen, Handicapråd mv. Målet er at sikre en bred udbredelse af Patientens Team samt samarbejde og videndeling mellem alle relevante aktører.

Temadag i Rebild



Temadag i Frederikshavn



²⁷ Patientens team som grundlag for det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde

8.4 Erfaringer og resultater

Principperne i patientens team er bl.a. afprøvet i flg. tværsektorielle projekter:

- Samarbejde mellem Klinik Kvinde-Barn og Urinvejskirurgi, Aalborg Universitetshospital, Almen praksis, Brønderslev Kommune, Klinik Psykiatri Nord, Psykiatrien i Region Nordjylland
- Ældre med hoftenære frakturer (initiativet ”Fast Track” på Aalborg UH, hvor patienterne nu opereres hurtigere efter ankomst i skadestuen). Der arbejdes med flere delprojekter, herunder optimering af kommunikation mellem hospital og kommune, hurtig genoptræning og hjælpemidler til tiden samt opfølgende hjemmebesøg ved behov.
- Fælles tværfaglige, tværsektorielle rehabiliteringsplaner i hjerneskaderehabiliteringsforløb. Målgruppen er personer med erhvervet hjerneskade. Det er et samarbejde mellem Neuroenhed Nord, Brønderslev og de nordjyske kommuner.
- Udvikling af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og Klinik Psykiatri Syd. Projektet vedrører borgere med komplekse forløb kendetegnet ved en eller flere bi-diagnoser, misbrugsproblematikker, manglende sygdomserkendelse, manglende compliance af sociale eller behandlingsmæssige indsatser og et deraf følgende stort ressourcetræk ved bl.a. hyppige genindlæggelse og stort socialt støttebehov.
- Forløbsprogram for borgere med bipolar affektiv sindslidelse i alderen 18-40 år. Det er et to-årigt satspuljeprogram, hvor Psykiatrien, ni nordjyske kommuner og almen praksis deltager.

Og resultaterne er positive. Ifølge Jan Mainz har Patientens Team ført til:

- Færre indlæggelsesdage
- Færre genindlæggelser
- Længere perioder uden indlæggelse
- Kortere indlæggelsestid
- Bedre koordinering (øget relationel koordinering)
- Fælles planer mellem patient, region og kommune
- Bedre forståelse blandt de fagprofessionelle af hinandens rammer, vilkår og opgaver
- Højere grad af involvering af de patienter, som selv ønskede det eller var i stand til det.
- Større arbejdsglæde blandt aktørerne

Men selvfølgelig er der også udfordringer, hvilket omhandler:

- En primærsektor med varierende tilbud
- Ventetider på eksempelvis bostøtte og botilbud. Meget forskelligt hvor hurtigt den enkelte kommune reagerer.
- Henvisning af patienter til psykiatrien, der ikke tilhører psykiatriens målgruppe (pga. ventetider hos praktiserende psykiater og psykolog)
- Få praktiserende speciallæger
 - Dialog med Patientforløb vedrørende eventuel § 66 aftale
 - Oprettelse af ydernummer i børne- og ungdomspsykiatri og psykiatri

8.5 Deltagernes kommentarer til oplægget fra Jan Mainz

På tværs af bordene gav Jan Mainz' oplæg anledning til refleksion, ideer og anbefalinger. Helt overordnet var der stor enighed om:

Tidlig indsats med mennesket i centrum

Blandt deltagerne blev der i forlængelse af Jan Mainz oplæg efterlyst større fokus på forebyggelse, tidlig kontakt og indsats; *"Det betaler sig at redde liv"*. Centralt her er endvidere, at borgeren inddrages fra start af, lyttes til og støttes, og herunder at der ikke gives slip i mellemrum mellem indlæggelser, udredninger og behandlingstilbud. Der blev i forbindelse hermed også henvist til Fredericia-modellen²⁸, som omhandler hverdagsrehabilitering blandt ældre med projektet *"Længst muligt i eget liv"*.

Samarbejde og øget kendskab til hinanden

Ønsket om mere samarbejde står næsten bøjet i neon, hvis man trækker essensen ud af de mange kommentarer om dette, illustreret ved *"Mere nært tværfaglig samarbejde 'udenom fælles-postkassen"*, *"at se os selv som en del af et team"*, *"tæt samarbejde med psykiatrien – som strategi når man har det svært"*, *"Øget samarbejde med kommunale instanser"*, *"Brug koordinerende indsatsplaner"*, *"Samarbejde om gråzoner"*, *"Konkrete samarbejdsplaner"* og *"At kunne bruge netværket til at sparre"*.

Om at lære hinanden at kende, hedder det i kommentarerne bl.a.:

- ½ årlige temadage regionalt; åben dialog og hvordan tænker forskellige professioner
- Ønske; at komme i praktik/besøg hos hinanden
- Lære hinanden at kende
- Respekt for andres fagområde
- Viden om hinandens eksistens (fx klinik for selvmordsforebyggelse)
- Tag kontakt/brug hinanden
- Vi skal mødes og videndele
- Vi kontakter center for selvmordsforebyggelse for at få undervisning vedr. selvmord
- Bedre info om hinanden, "så vi kan spille hinanden gode"; "alle kan noget og sammen kan vi endnu mere"

I forlængelse heraf, er der selvsagt også en del kommentarer der vedrører ledelse og beslutningskompetence, såsom *"til netværksmøder – aftal hvem der tager teten og uddeleger på mødet"*, *"Behov for koordinerende sagsbehandler med erfaring fra flere instanser"* eller der påpeges behov for fx *"at nedsætte fast arbejdsgruppe om samarbejdsmodel"* og *"etablering af fast mødestruktur med interesserede kommuner/afdelinger"*

Slutteligt var der også en del kommentarer, der kredsede om behovet for **overblik bl.a. qua digitale løsninger**. Kommentarerne handler om at blive bedre til online IT-netværksmøder, at anvende videosamtaler for at undgå meget tid til kørsel samt behov for platforme eller kataloger over de mange tilbud, der findes i region og kommune. Som bord 17 skrev; *"Oprettelse af en videnportal for region syd hvor faglige og praktiske spørgsmål og problemstillinger kan stilles og besvares. Den skulle være på tværs af ngo, kommune, region (behandlingsskæden) og voksne. Som start kunne den diskuteres via behandlingsskæden og tilgås via selvmordsforebyggelse"*.

²⁸ Læs mere om Fredericia-modellen

Yderligere info:

Jan Mainz, mail: jan.mainz@rn.dk

Supplerende litteratur:

["Patientens team i Psykiatrien i Region Nordjylland. Rammebeskrivelse: Strategi. Organisering. Implementering. Inklusiv regionalt gældende principper for Patientens team i Region Nordjylland"](#). Revideret version 2 udarbejdet af styregruppen omkring Patient

[Patientansvarlig Læge og Patientens Team, Psykiatrien RN, Februar 2020](#)

[Patientens Team – et samarbejde om dit forløb, Februar 2020](#)

[Patientens team som grundlag for det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde](#)

[Mainz, J. & Winther Jensen, J.: "Patientens team og den behandlingsansvarlige læge kan optimere patientforløb"](#), Ugeskrift for Læger; 2015;177:V05150436

Mainz, J.; "Det Kliniske Mikrosystem I: Mainz J. Basal Kvalitetsudvikling". Munksgaard, 2017

9. Sammenfattende opmærksomhedspunkter fra konferencen til forbedring af det tværsektorielle samarbejde om selvmordsforebyggelse

Denne rapport er som bekendt en opsamling og gennemskrivning af de oplæg, der blev givet på konferencen om det tværsektorielle samarbejde, om selvmordsforebyggelse samt de workshops og kommentarer, som deltagerne bidrog med undervejs. De enkelte oplægsholdere har godkendt præsentationen af deres oplæg. Opsamlingsrapporten er dermed "talerør" for de oplæg, diskussioner og udsagn, som oplægsholdere og deltagere kom med på konferencen. Hverken Det Nationale Partnerskab til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg eller den nedsatte arbejdsgruppe, som planlagde konferencen, er afsendere af opsamlings-rapportens indhold.

På konferencen deltog ca. 170 aktører fra hele landet fordelt på kommuner, regioner og forskning, botilbud mv. Når man i afsnit 3, Baggrund læser deltagerens begrundelser for deltagelse, flugtede det med konferencen formål; nemlig ønsket om at styrke det tværsektorielle samarbejde. Endvidere ved vi fra Kjeld Møller Pedersens oplæg, at problematikken var velkendt allerede i 1980'erne, og er blevet påtalt og analyseret gentagne gange i diverse rapporter gennem årtierne.

Alene behovet for afholdelse af konferencen samt de oplæg, diskussioner og udsagn, som oplægsholdere og deltagere kom med, ifalder således historiens ekko: Det tværsektorielle samarbejde om selvmordsforebyggelse har brug for forbedring, hvilket blev belyst på konferencen gennem en række forhold og eksempler/cases, hvor sagsbehandlingen og samarbejdet kunne/burde være håndteret bedre og mere effektivt.

Et eksempel er casen om Nikolaj (case 4 i bilag 4), som har en autismespektrum forstyrrelse, hvor sektorerne ikke kan blive enige om, hvem der skal betale for hans psykoedukation med det resultat, at han ikke får den psykoedukation, som han er berettiget til i relation til den diagnose han har fået.

Deltagerens kommentarer i templates kastede også lys over, at det i det daglige arbejde med selvmordsforebyggelse, kan være svært for de involverede medarbejdere. Eksempler på det, er følgende kommentarer:

"Jeg ser ofte i skemaer, at de unge skriver, at de har tanker om selvmord, men jeg taler ikke med dem om det, fordi jeg ikke kan handle på det...", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmann på konferencen

"Jeg er bange for at spørge ind til en borger med selvmordstanker", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmann på konferencen

"Kan jeg fremprovokere et selvmord ved at spørge?", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmann på konferencen

"Det er så trist. Vi har jo taget vores uddannelser for at hjælpe folk, ikke skubbe ansvaret fra os...", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmann på konferencen

"Der er meget skubben ansvaret fra sig...", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmann på konferencen

"Min største frygt er at havne i mit eget system...", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen

Årsagerne kan være mange, men følgende kommentarer indikerer, at der er tale om dels manglende ressourcer, viden og redskaber til at kunne handle på en mistanke om eller konkret udmelding fra en borger med selvmordstanker og -adfærd, dels en usikkerhed på ansvars- og rolle-fordeling sektorerne imellem.

"Vi kan godt italesætte, at de er selvmordstruende, men vi har ikke redskaberne til at handle på det", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen

"Manglende samarbejde og viden om hinandens forpligtelser/muligheder rammer patienten", bord 7

"Jeg er bekymret for om vores socialrådgivere har et sted at ringe hen, hvis de sidder med en borger som alene har selvmordstanker", Kommunal medarbejder, citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen

"Ofte en tendens til, at de forskellige sektorer forsøger at "skubbe" sagen videre, med risiko for mangelfuld behandling", Bord 15

"Oplevelse af manglende viden/ikke at være blevet klædt på til opgaven.", Bord 17

Hertil kommer, at selvmordsforebyggelse skal kunne favne og håndtere den kompleksitet af årsager og problemstillinger, som selvmordstruede mennesker kommer med, samt det faktum, at alle mennesker kan få selvmordstanker. Som det fremgår af kapitel 4 om den regionale praksis i selvmordsforebyggelsen, kræver det forskellige kompetencer, metoder, samtaleteknikker mv. at rådgive og hjælpe et selvmordstruet menneske. Det handler om:

- Når en smerte overstiger et menneskes smertetærskel, bliver den ubærlig.
- Når et menneske når til den konklusion, at der ikke eksisterer strategier til at løse det problem, der producerer smerten, bliver den uudholdelig.
- Når der udvikles en frygt for, at den situation som producerer smerten ikke vil forandre sig, opleves smerten som uendelig.
- Enhver som når til disse antagelser, vil være tilbøjelig til i det mindste at få selvmordstanker²⁹.

Udfordringen med det tværsektorielle samarbejde indenfor selvmordsforebyggelse stikker dybt og har stået på længe, men som opsamlingsrapporten også formidler, så findes der rundt omkring i landet en række positive resultater, som man har erfaret gennem implementering af dels Selfo-teams i Region Syd, dels Patientens Team i Region Nordjylland, her gentaget fra Jan Mainz oplæg, hvor han nævnte følgende positive resultater:

- Færre indlæggelsesdage
- Færre genindlæggelser
- Længere perioder uden indlæggelse
- Kortere indlæggelsestid

²⁹ Chiles, J.A.; Strosahl, K.D & Roberts L.W. (2019): Clinical Manual for Assessment and Treatment of Suicidal Patients. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, DC, 2019

- Bedre koordinering (øget relationel koordinering)
- Fælles planer mellem patient, region og kommune
- Bedre forståelse blandt de fagprofessionelle af hinandens rammer, vilkår og opgaver
- Højere grad af involvering af de patienter, som selv ønskede det eller var i stand til det.
- Større arbejds glæde blandt aktørerne

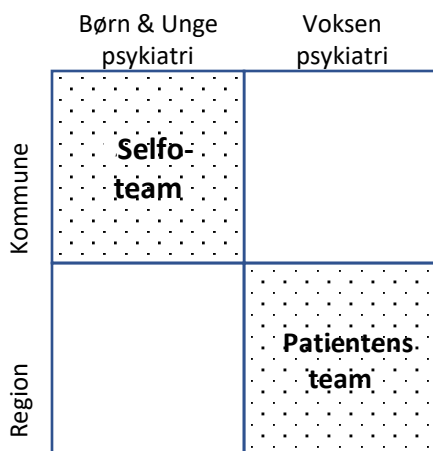
9.1 Konferencens input til forbedring af det tværsektorielle samarbejde

I opsamlingsrapportens indledning blev vi præsenteret for årsager til, hvorfor det tværsektorielle samarbejde er udfordret. Det handler ifølge Kjeld Møller Petersen om, at en stigende grad af specialisering, fører til en stigende grad af fragmentering (forskellige sektorer, forskellige afdelinger, forskellige forvaltninger, forskellige fagligheder, forskellige lovgivninger mv.), som igen udfordrer samarbejdet, når mange forskellige organisatoriske enheder skal samarbejde om og med det enkelte menneske.

Det positive ved opsamlingen er, at vi er blevet præsenteret for både gode konkrete initiativer, der har direkte fokus på forbedring af det tværsektorielle samarbejde indenfor selvmordsforebyggelse og en række ideer og opmærksomhedspunkter, hentet fra forskning og analyser om forudsætninger for gode samarbejder, som også vil kunne give mening for samarbejdet omkring selvmordsforebyggelse.

De kommunale Selfo-teams, som Cand. Merc. Stine Kamionka fra Region Syddanmark præsenterede for os, er en samarbejdsform og organisering, der er etableret i 22 *kommuner* i Region Syddanmark i samarbejde med regionen, heraf begrebet Behandlingskæden. Målgruppen er her børn og unge i psykiatrien. Fra Region Nordjylland blev vi ved Professor Jan Mainz præsenteret for Patientens Team, som er en samarbejdsform og organisering, der er etableret i *regionens* hospitaler, men i samarbejde med regionens kommuner. Målgruppen er voksenpsykiatrien.

Vi er således blevet præsenteret for to eksempler, der til sammen dækker hele området; både børn/unge psykiatrien og voksenpsykiatrien, både region og kommune.

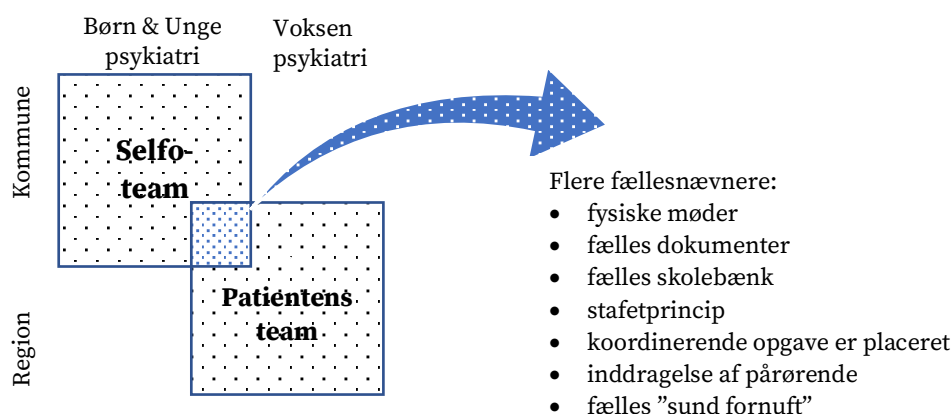


Dermed ikke sagt, at man uden videre forventes at kunne overføre og implementere Patientens Team direkte i alle regioner, og Selfo-teams i alle kommuner. Det må være en vurdering i den enkelte region og kommune, hvad der er relevant og muligt for dem.

Men der er i hvert fald inspiration og erfaringer at hente for øvrige regioner og kommuner, ligesom der formentlig er flere andre gode eksempler at hente i region og kommuner, som ikke er præsenteret her.

Pointen er, at ingen behøves at starte helt forfra.

Det er endvidere interessant, at der er en række fællesnævnere i de to eksempler, som også blev fremhævet af både Lektor Ph.d. Tine Murphy og Professor Kjeld Møller Pedersen. Fællesnævnere som med fordel kan indgå i arbejdet med at forbedre det tværsektorielle samarbejde omkring selvmordsforebyggelse. De nævnte fællesnævnere i figuren gennemgås nedenfor.



9.2 Fællesnævnere og øvrige opmærksomhedspunkter

Fysiske Møder

De gode erfaringer man har opnået med at mødes fysisk både i regi af Selv-teams og Patientens team, bekræftes endvidere af Tine Murphys forskning, som viser:

- Jo oftere I mødes på tværs og får sat ansigt på hinanden, jo nemmere er det at kontakte hinanden
- Jo oftere I mødes på tværs, jo bedre chance har I formodentligt for at udvikle det tværgående samarbejde.
- Jo oftere I mødes, jo større chance har I for at skabe fælles mening om de opgaver, som I løser sammen.
- Jo oftere I sidder sammen/løfter i flok, jo flere anledninger er der til, at jeres identitet og tilhørsforhold udvikler sig, så I oplever at høre sammen som én gruppe om at forebygge og forhindre selvmord.

Fysiske møder kan endvidere foregå digitalt. En mødeform, som i høj grad er blevet afprøvet og forfinet her under Corona-pandemien, bl.a. i Region Hovedstaden, hvor man har afholdt og fortsat afholder netværksmøder digitalt. En særlig udfordring her kan være, at de enkelte sektorer, kommuner, afdelinger har valgt forskellige systemer af sikkerhedsmæssige årsager, herunder GDPR. Nogen anvender ZOOM og må ikke bruge Skype eller Microsoft Teams mv. eller vice versa, hvilket selvsagt gør det lidt svært, måske ikke mindst for den patient/borger, det handler om.

Et system som Microsoft Teams er nemt tilgængeligt for de fleste og det er gratis. Der kan så være nogen særlige krav om fx at undgå at udveksle personfølsomme oplysninger.

Men helt lavpraktisk, kan medarbejdere i region og kommune, som efterspørger et bedre tværsektorielt samarbejde omkring selvmordsforebyggelse, starte med at invitere sine kolleger "fra den anden side" på kaffe og dialog.

Fælles dokumenter (og fælles systemer)

Tine Murphy argumenterede ligeledes for, at man i fællesskab udvikler fælles redskaber og dokumenter som fx synliggør formålet med mødet og de enkelte professioners bidrag, da forskningen viser, at det understøtter det tværsektorielle samarbejde og i øvrigt bidrager til en fælles forståelse og et fælles sprog. Til inspiration er der i bilag 2 vedlagt en fælles skabelon til netværksmøder fra Region Hovedstaden, og i bilag 3 fælles skabeloner til krise-, mestrings- og forebyggelsesplan fra Region Nord.

Som led i Patientens team har man i Region Nord fx udviklet en række fælles dokumenter som på tværs af afdelinger, dokumenterer hvem den patientansvarlige er, og hvilken behandlingsplan der er udarbejdet, hvilket understøttes af IT-værktøjer med dokumentation i CCS og qua EPJ systemet Clinical Suite³⁰.

I region syd vedr. Behandlingskæden har man helt lav-praktisk valgt at benytte de eksisterende systemer. Løbende opdaterede kontaktlister gør, at man kontakter hinanden telefonisk og relevante dokumenter sendes via de formaliserede kanaler såsom underretnings-postkassen, hvorefter dokumentet kopieres ind i eget system. Forudsætningen herfor er naturligvis, at borgeren har givet samtykke dertil.

I begge regioner har man således fundet måder at anvende nuværende systemer på, om end det ikke er optimalt. Dette skal således heller ikke opfattes som et argument for, at man så ikke behøves at etablere og/eller udvikle fælles IT-løsninger. Ligesom i eksemplet med forskellige digitale møde-formater, er der behov for, at der på strategisk ledelsesniveau tages stilling til, hvilke systemer alle parter kan og må anvende. Behovet for fælles systemer blev påpeget af en række deltagere på konferencen:

"Så meget viden går tabt, fordi der er et gab i reglerne for dataoverførsel mellem regioner og kommuner", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen

"Ønsket er et stort fælles it-system/dokumentationssystem med et fælles fokus på borgeren Et fælles screeningssystem kunne give et fælles udgangspunkt", Bord 4

"Problemet er at organisationerne er så kæmpe store. Det er fx et problem med forskellige Dokumentationssystemer. Kæmpe barriere", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen

Stafet-princip i overgange

Et af de bærende principper i både Behandlingskæden og Patientens Team er at videregive "stafetten" i overgangene mellem sektorer. I praksis betyder det, at der er sikret overlap mellem sektorerne. Det afgivende led giver ikke slip på borger/patienten, før det modtagende led er godt i gang, og borgeren/patienten er "landet trygt". Information om patienten følger med patienten. Det

³⁰ Læs mere om de anvendte IT-systemer i pjecen; "Patientansvarlig læge og Patientens Team – Implementering i Psykiatrien, februar 2020

skal kontinuerligt være tydeligt for alle – både borger/patient og de ansvarlige i sektorerne (medlemmerne i teamet) – hvem der aktuelt har ansvaret for den enkelte borgers forløb på tværs af sektorer.

Fælles skolebænk

Dette begreb lanceret af Kjeld Møller Pedersen på konferencen gav i høj grad genlyd hos deltagerne, og er da også en væsentlig grund til, at både Behandlingskæden/Selfo-teams og Patientens Team fungerer så godt. I begge eksempler gives der faglig opkvalificering og man mødes om årlige temadage. Fx inviterer Region Syd to gange årligt Selfo-teams'ene til heldagskursus i klinisk psykiatri, og Regionen og det enkelte Selfo-team mødes fysisk en gang årligt til faglig sparring samt løbende kontakt og sparring; Som Stine Kamionka formulerede det; *"Vi har hinandens ryg"*!

Kjeld Møller Pedersen nævnte selv et eksempel fra et fællesprojekt mellem Vejle Sygehus/Sygehus Lillebælt og Vejle Kommune, hvor man i fællesskab har haft ledere på Medicinsk Afdeling og Seniorområdet i Vejle Kommune på fælles uddannelse i *"Sammen om borgeren. Ledelsesopgaven i 'mellemrummet'"*. En vigtig del i forløbet var, at man fulgte en ledelseskollega fra "den anden side" en halv dag og tilsvarende selv var vært en anden halv dag.

Koordinerende opgave er placeret

Kjeld Møller Pedersen refererede i sit oplæg, at både nationale og internationale erfaringer har vist, at en navngiven koordinator kan skabe bedre sammenhæng for patienter i komplekse forløb på tværs af sektorer og specialer.

Samme erfaring har man gjort i både Behandlingskæden og i Patientens Team, hvor den koordinerende opgave er placeret hos Regionen.

I Region Syddanmark er den koordinerende opgave placeret hos Center For Selvmordsforebyggelse og Børne- og Ungdomspsykiatri Odense. I Region Nordjylland er denne opgave placeret hos den patientansvarlige læge, dvs. en navngiven læge, der har det overordnede ansvar og koordinerende overblik for hele patientforløbet på tværs af afdelinger, specialer, sygehuse. Vedkommende har til opgave at sikre fremdrift samt organisere den nødvendige koordinering af alle involverede aktører i en patients udrednings- og behandlingsforløb.

I begge regioner oplever man, at denne opgave er en lidt administrativt krævende opgave, da der løbende forekommer organisatoriske ændringer. I Region Syddanmark udarbejdes eksempelvis en kontaktdataliste på hvert teams medlemmer, så alle ved, hvem man skal overlevere information og patient til i næste behandlingsled. Dette sker typisk i forbindelse med, at region og det enkelte kommunale Selfo-team mødes fysisk en gang årligt.

Fælles sund fornuft

Mange af deltagerne kommentarer omhandlede oplevelsen af, at ansvar falder ned mellem stolene, at sektorerne kæmper om at undgå "regningen" eller "dead ends", hvor henvisninger til psykiatrien afvises uden at man ved hvorfor (*"Jeg har aldrig oplevet at henvende mig i psykiatrien med en ung, hvor de faktisk tog ham/hende..."*), forløb afsluttes uden anvisning af næste skridt, usikkerhed om, hvad der er det rigtige at gøre eller når systemerne virkelig clasher, som det ses i casene om Nikolaj (autismecase) og Sofia (nedslidt af gig), hvor regionen kæmper for at redde en borgers liv, og jobcentret kæmper for sikring af en borgers arbejdsmarkedspartnerskab.

Det har derfor været interessant at høre både Stine Kamionka og Jan Mainz tale om, hvordan "sund fornuft" på borgerens vegne tager over, når man lærer hinanden at kende, får sat ansigt på hinanden, når man mødes fysisk. Der sker således en bevægelse fra en adskillelse i borger-patient perspektivet til en fælles forståelse af, at det er vores patient/borger, hvilket fører til, at almindelig sund fornuft på tværs af sektorerne, bidrager til fælles beslutninger på vegne af den enkelte borger/patient. Disse konkrete og positive erfaringer understøtter dermed i høj grad Tine Murphys forskning, når hun taler om hvordan det fysiske møde kan føre til et fælles narrativ, en fælles historiefortælling.

Ikke dermed sagt, at "sund fornuft" som styringsredskab uden videre vil kunne "fixe" alle samarbejdskonflikter i alle regioner og kommuner. Nogen kommuner kan bl.a. være særligt udfordret på grund af deres størrelse, medarbejdere kan være organiseret i teams (så man aldrig ved hvem man møder næste gang) og der kan være udfordringer med stor udskiftning i medarbejderstaben.

I forlængelse af dette, blev det fra flere deltagere på konferencen efterlyst, at der kunne placeres et overordnet ansvar og/eller en overordnet beslutningskompetence; én eller nogen som kan skære igennem og angive en retning, som alle indordner sig. Professor Kjeld Møller Pedersen formulerede det på konferencen i sit oplæg, som et behov for "ledelse i mellemrummet", og blandt deltagerne kom det til udtryk ved:

"Det ville være godt, hvis Socialstyrelsen kunne udbyde opgaven med at koordinere de allertungeste, mest komplicerede patientforløb på baggrund af konkrete sager", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen'

"Spændende hvis selvmordsforebyggelsescentrene kunne koordinere nogle af de mest alvorlige sager", citat givet til journalist Elisabeth Kjær Teilmand på konferencen'

"Et fælles 3., som ikke nødvendigvis tog udgangspunkt i enten problem/ressourcer", bord 7

"Samarbejdet skal findes/forbedres på lederniveau. Samarbejdet skal måske endda op på politisk niveau; pengene skal uddeles tværsektorielt, så der opstår tvungen samarbejde", bord 14

Inddragelse af pårørende

Inddragelse af pårørende er oplagt i børne- og ungepsykiatrien, hvor forældre oftest vil være involveret, med mindre særlige forhold taler for, at det ikke er tilfældet. Derimod er det ikke altid, at pårørende inddrages i voksenpsykiatrien. Således oplever to ud af tre pårørende (58 pct.), at de ikke bliver tilstrækkeligt inddraget i den syges behandling, tre ud af fire pårørende (74 pct.) får ikke tilstrækkelig information om, hvordan de som pårørende kan hjælpe den syge i hverdagen og to ud af tre pårørende (65 pct.) oplever ikke, at deres erfaringer og viden om den syge efterspørges eller bruges af personalet i behandlingen³¹

Men ifølge Kjeld Møller Pedersen er der al mulig grund til "at gå fra trekant til firkant" med inddragelse af pårørende, ganske enkelt fordi det ifølge bedrepsykiatri.dk³² betaler sig! Dette ved, at behandlingen bliver bedre, tilbagefald og genindlæggelser reduceres og forløbet bliver kortere. Alle forhold, der har betydning for, at forløbet også bliver mere omkostningseffektivt.

³¹ Ifølge Bedre Psykiatri 2018

³² <https://bedrepsykiatri.dk/viden/inddragelse-af-paroerende/>

Øvrige opmærksomhedspunkter

Opsamlingsrapporten har præsenteret en række opmærksomhedspunkter fra konferencen vedr. både udfordringer og muligheder i forhold til at styrke det tværsektorielle samarbejde, som beskrevet ovenfor. Derudover var der fra oplægsholdere og deltagere, en række mere konkrete forslag, hvoraf enkelte opridses i det følgende.

Psykiatrisk diagnose = psykoedukation

De deltagere, der sad ved bord 1 og 2 skulle forholde sig til casen om autisme (Nikolaj, case 4 i bilag 4). Deltagerne udtrykte i templates, at casen er meget genkendelig, og kommenterede bl.a., at hvis en borger/patient får en diagnose indenfor psykiatrien, såsom autisme eller ADHD, og dermed er berettiget til psykoedukation, bør det ikke være til diskussion, hvilken sektor der skal betale for det, som det var tilfældet i Nikolajs case³³.

Opblødning af kravet om 12 ugers ædruelighed

Ligeledes har deltagere ved bord 3 og 4, som beskæftigede sig med misbrugscasen (Bjarne, case 1 i bilag 4), påpeget, at kravet om 12 ugers ædruelighed eller "clean" blandt misbrugere bør blødes op³⁴. Det er velkendt, at fx alkoholmisbrug og depression følges ad; Man drikker for at dulme smerten og man bliver deprimeret fordi man drikker, hvilket kan føre til selvmordsadfærd. Blandt de konkrete eksempler, som deltagere nævnte, kan man i dag afvise et selvmordstruet ungt menneske med hashmisbrug, indtil vedkommende har været clean i tre måneder³⁵.

Deltagerne på konferencen efterspørger mulighed for udarbejdelse af udredninger på trods af overforbrug af alkohol og rusmidler, bl.a. med henvisning til Horsens Kommune og deres projekt Ung i Gang³⁶.

Mulighed for selv-henvendelse

I nogen regioner – bl.a. Region Hovedstaden – kan man selv-henvende sig til psykiatrien. Det kan overvejes at gøre det til en mulighed i alle regioner for at skabe lighed i tilbuddet.

Udfordringer med samtykke

En stor barriere i sektorernes muligheder for at samarbejde om selvmordsforebyggelse, er, at den enkelte borger eller patient skal give samtykke til udveksling af personlige oplysninger sektorerne imellem. Dette er ikke altid så enkelt. Flere af deltagere spørger direkte; "hvad gør man hvis en borger ikke vil give samtykke?"³⁷

Opsamlingsrapporten giver ingen svar på denne udfordring. Det er en udfordring med et etisk dilemma, da man ikke må "tvinge" et voksent menneske til noget imod dets vilje. Men det kan eventuelt lovgivningsmæssigt overvejes at se på om vejledningen til medarbejdere i region og kommune omkring samtykke, muligheder og dialog med borgerne, kan forbedres.

Viden og overblik

³³ Kan suppleres med flg. kommentar, som blev givet af bord 6 ifm. Kjeld Møller Pedersens oplæg; "Hver sektor har fokus på økonomi, "hvordan kan vi spare penge", hver sektor er som et egoistisk kongerige"

³⁴ "At man dropper kravet om tre måneders "clean" før man kan hjælpe et menneske med misbrug, som er selvmordstruet", bord 4

³⁵ "Udfordringen er, at unge i hashmisbrug bliver afvist – kan først hjælpes efter 3 måneder clean", bord 20

³⁶ Jf. deltagere ved bord 18

³⁷ Bord 7

Mange af deltagerne³⁸ giver udtryk for, at de ikke kender nok til de tilbud, der findes i egen kommune og region, målrettet selvmordsforebyggelse. Det handler både om at kunne informere, rådgive og henvise borgere med selvmordsadfærd og/eller deres pårørende, og det handler om, hvor man som medarbejder selv kan hente viden, faglig sparring og samarbejde. Lidt eksempler:

”Støtteværktøjer, der kan gøre det lettere for den enkelte medarbejder i region, kommune og i almen praksis at vide hvilke rettigheder og tilbud, der er for den konkrete borger, da der kan være forskellige tilbud i de enkelte kommuner”.

”Målrettet information til borgerne, så den enkelte kan orientere sig i de rettigheder til hjælp (fx i forhold til Serviceloven) og tilbud, han/hun kan benytte sig af”.

Udfordringen er, at udbuddet af rådgivning, hjælp og service er meget fragmenteret, idet regionen har egne tilbud, de enkelte kommuner i den givne region har egne tilbud og hertil kommer en række private tilbud fra civilsamfundet. Opgaven med at kortlægge de mange tilbud og muligheder samt løbende opdatering deraf, er derfor en krævende og kompleks opgave, men ikke desto mindre en relevant opgave og ifølge deltagerne på konferencen en forudsætning for forbedring af det tværsektorielle samarbejde.

Opsamling af de gode erfaringer på tværs

Ligeledes blev der over en bred front efterlyst kortlægning af de gode cases, og de gode projekter fra hele landet, som kan danne grundlag for inspiration og best practise i det tværsektorielle samarbejde om selvmordsforebyggelsen.

Dette bliver imidlertid udfordret af, at redskaberne til at monitorere en indsats indenfor selvmordsforebyggelse ikke er på plads. Dermed bliver det alt andet lige endnu sværere at ”måle successen” og skabe evidens. Stine Kamionka med flere påpegede; *”....der er ikke evidens for, at Behandlingskæden som model forebygger antallet af selvmordsforsøg. De forskelligartede opfølgingsprocedurer i Danmarks øvrige regioner samt etiske retningslinjer muliggør ikke randomiserede blindede forløb. Ej heller kan Behandlingskæden siges at være bedre end andre samarbejdsmodeller i forhold til at reducere antallet af selvmordsforsøg, da der mangler databaser for antallet af selvmordsforsøg i andre regioner end Region Syddanmark. Litterært mangler der desuden beskrivelser af øvrige modeller, der systematisk sammenkæder tværsektorielle forløb for målgruppen, hvorfor en egentlig sammenligning af samarbejdsmodeller ikke kan foretages”.*

³⁸ Kommentarerne er givet i templates, både som begrundelse for deltagelse i konferencen og som kommentarer til de enkelte cases