



Kvalitetsudviklingsprojekt

Af eksisterende procedurer og
samarbejdsrelationer for
selvmordstruede patienter.

Udarbejdet af:
Marianne Hvid og August G. Wang
Psykiatrisk afdeling H:S Amager Hospital
November 2003.

Kildeangivelse: Marianne Hvid,
August G. Wang.

Modelprojekt nr. 48 er finansieret af Socialministeriet, efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg.

Kontakt: Psykiatrisk Afdeling
H:S Amager Hospital
Digevej 110, 2300 København S

Telefon: 3234 5425
Fax: 3234 5426
marianne.hvid@ah.hosp.dk
august.wang@ah.hosp.dk

Indholdsfortegnelse	side
Resumé	4
Baggrund	5
Litteraturgennemgang	5
Definition på selvmordsforsøg	6
Projektets formål og mål	7
Kriterier	7
Projektets metoder og materiale	7
Indsamling af data	8
Analyse af data	9
Fordele/ulemper	10
Projektets forskerfelt	10
Patientens forløb gennem hospitalet	10
Etik	11
Projektets gennemførelse	12
Projektets organisering	12
Forundersøgelse før opstart af projektet	13
Resultater	13
Beskrivefasen	13
Afdelingernes beskrivelse af praksis	13
Gennemgang af proceduremapper	14
Beskrivelse af praksis	14
Uddybning af praksis, ledergruppen	16
Lægegruppen	18
Plejegruppen	19
Sammenfatning	20
Samarbejdspartner	21
Beskrivelser af forventninger og opfølgingsprocedurer	21
Sammenfatning	21
Datafasen	22
De selvmordstruedes deltagelse i projektet	22
Bortfaldsgruppe 1	24
Bortfaldsgruppe 2	24
Projektgruppen	24
Sammenfatning	27
De selvmordstruedes forventninger	27
Uddybning ved eksempler	29
Sammenfatning	31
De selvmordstruedes oplevelser af efterforløbet	31
Uddybning ved eksempler	32
Sammenfatning	34
Evalueringsfasen	34
Fra resultater til løsningsforslag	35
Projektets forslag	35
Definition og registrering	35
Værktøjer og opkvalificering	36
Opfølgning af den selvmordstruede	36
Formidling og samarbejdspartner	37
Handlingsfasen	37
Udgifter i forbindelse med hospitalsbehandlingen	38
Ordliste	39

Litteratur	40
Bilag 1 Projektets tidsforløb	42
Bilag 2 Psykiatriske sygdomme...	43
Bilag 3 Selvmordsadfærd...	44
Bilag 4 Kvalitetspolitik...	45

Resumé

Formål: Formålet med kvalitetsudviklingsprojektet har været at undersøge og beskrive, hvad der gøres for ambulante selvmordstruede patienter i dag på Amager Hospital. Endvidere at undersøge de selvmordstruedes oplevelser af forløbet samt komme med mulige løsningsforslag til kvalitetsforbedringer.

Metode og materiale: Der er indsamlet data fra forskellige kilder, observatører og metoder. En forundersøgelse over 3 måneder, hvor kvantitative data er indsamlet fra alle modtageafdelinger på H:S Amager Hospital, som dækker hele Amager. Dette materiale omfatter 99 selvmordstruede patienter, registreringspraksis, psykiatrisk tilsyn/-vurdering og behandlingstilbud.

En kvalitativ indsamling af data fra 23 fagpersoner fordelt på alle modtageafdelinger, med beskrivelse af procedurer, samarbejdsrelationer, definition af selvmordsforsøg, registreringspraksis, undervisning/oplæring. Samt kvalitative data fra 9 eksterne samarbejdspartnere vedrørende forventninger og opfølgingsprocedurer.

Yderligere er der indsamlet data fra 55 selvmordstruede patienter og kvalitative data fra 26 patienter om forventninger, og sammenhæng i efterforløbet.

Der blev endvidere indsamlet data fra afdelingernes proceduremapper og fra lægejournaler.

Resultater: Projektet viser at der i gennemsnit kommer 1 selvmordstruet patient i døgnet på en af de tre afdelinger. Registrering af selvmordsforsøg ved kontaktårsagskode EUN4 for de somatiske modtageafdelinger bliver kun anvendt i godt en tredjedel af tilfældene og på psykiatrisk skadestue anvendes aktionsdiagnose fra DX60*-DX84* sjældent. Undersøgelsen viser ligeledes at opfattelsen af definitionen af selvmordsforsøg er for snæver. Yderligere at der kun i psykiatrisk afdeling forefindes nedskrevne procedurer for behandling af den selvmordstruede. Der er generelt ingen eller ringe formel oplæring eller undervisningstilbud om selvmordsadfærd. Hovedparten af de selvmordstruede patienterne får psykiatrisk tilsyn/bliver psykiatrisk vurderet. Behandlingstilbuddene er dog utilstrækkelige og der er ingen sammenhæng i efterforløbet, og intet tilbud om støtte/ledsagelse i skiftet fra den ene instans til den anden. Undersøgelsen viser også at der ikke er noget formelt sektorsamarbejde omkring de selvmordstruede personer.

Projektet foreslår derfor følgende løsningsforslag til kvalitetsforbedringer:

For at bedre kvaliteten bør der være en fælles hospitalsdefinition af selvmordsforsøg, retningslinier for registreringspraksis, klare ensartede retningslinier til identifikation, vurdering af selvmordsfare, psykiatrisk tilsyn/-vurdering, og oversigt over behandlingsmuligheder for den selvmordstruede, samt retningslinier til sikring af den selvmordstruedes fremmøde ved behandlingstilbuddet.

Implementeringen bør ske gennem afholdelse af jævnlige obligatoriske kurser i selvmordsadfærd, hvor der ligeledes bør indgå holdningsbearbejdning og træning i kommunikation med den selvmordstruede.

Det foreslås endvidere at afdelingerne medinddrager primærsektoren, f.eks. egen læge i forløbet specielt vedrørende opfølgningen af den selvmordstruede patient.

Løsningsforslagene er blevet positivt modtaget af hospitalets ledelse, og der blev nedsat en arbejdsgruppe med formål at udarbejde nye fælles retningslinier/procedurer, og beskrive hvorledes undervisning om selvmordsadfærd kan indarbejdes i afdelingernes faste undervisningsprogram.

Besparelser:

Projektet har undersøgt, at aktiv forebyggelse med en halvering af tilbagefald, kan der spares kr. 1.014.396,00 i direkte hospitalsudgifter.

Baggrund

Foranlediget af Sundhedsstyrelsens ”Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark” har Socialministeriet efter indstilling fra Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord ydet økonomisk støtte til ”modelprojekter”.

Psykiatrisk afdeling, Amager Hospital, har fået bevilliget økonomisk støtte til et af disse modelprojekter, et kvalitetsudviklingsprojekt vedrørende behandling af personer der har forsøgt selvmord og som kommer på hospitalets somatiske - og psykiatriske skadestue samt på akut medicinsk modtageafdeling, samt den efterbehandling der tilbydes personer, der ikke henvises direkte til psykiatrien eller til Center for Selvmordsforebyggelse.

Den psykiatriske afdeling flyttede i november 2001 fra Kommnehospitalet i København til Ørestaden på Amager og kom dermed til at ligge i sit optagerområde med kortere afstand til de øvrige hospitalsafsnit samt til samarbejdspartnerne i optagerområdet. Samtidig med flytningen var det en oplagt mulighed til at afklare, om procedureerne vedrørende behandling af de selvmordstruede var god nok.

Amager har et befolkningsgrundlag på ca. 159.000 indbyggere opdeles i to områder. Et område der hører ind under Københavns Kommune og et område der hører ind under Københavns Amt. (Tårnby og Dragør kommuner).

Litteraturgennemgang

Selvom der indenfor de seneste 20 år er der sket et betydeligt fald i antallet af selvmord, er hvert enkelt selvmord og selvmordsforsøg en stor belastning for det enkelte menneske, dennes familie og omgangskreds samt en samfundsmæssig økonomisk belastning (1,2,3).

Selvmordstruede mennesker er ofte belastet på flere områder og er præget af at være i krise. For norges vedkommende er psykiatrisk lidelse af stor betydning for selvmordsadfærden. Selvmordstruede mennesker ser ofte deres situation i et unuanceret sortsyn og er ikke i stand til selv at finde relevante handlemuligheder. De er præget af uoverkommelighedsfølelse, følelseskaos og desperation. Ligeledes er de ofte ambivalente overfor behandling eller ophører for tidligt en iværksat behandling (4,5).

Hvor mange selvmordsforsøg der forekommer årligt, ved vi ikke, men dem der kommer til hospitalsvæsenets kendskab, udgør et tal der er omkring 8 – 10 gange større end tallet for fuldbyrdede selvmord. Vi ved, at der er et betydeligt sammenfald mellem grupperne, således at en del af selvmorderne har et eller flere forsøg bag sig, ligesom vi ved, at omkring halvdelen af de selvmordstruede vil gentage selvmordsforsøget og omkring 10 % vil afslutte livet ved selvmord. (6,7).

Forebyggelse af gentagen selvmordsadfærd er derfor velbegrundet som hjælp og terapi til de selvmordstruede.

Det er anbefalet, at alle selvmordstruede skal vurderes af en psykiater for at diagnosticere egentlig psykisk sygdom og tilbyde behandlingsmuligheder (4).

Da Ettliger (8) i sin tid påviste, at der ikke kunne spores effekt på selvmordsadfærden af ekstra indsat vedr. opfølgning efter selvmordsforsøg, var skuffelsen stor. Man har efterfølgende set, at da der var tale om statistisk små tal, skal der virkelig markante forskelle til for at kunne påvise en effekt. Undersøgelser, der kan påvise forskel, er ofte biased i gunstig retning for gruppen med effekt, f.eks. er det dem, hvor fastholden i opfølgningen har været størst.

Vedr. psykoterapi og opfølgende tiltag ses i mange undersøgelser ingen effekt af standard behandling. Dog ses en vis effekt, når opfølgningen foregår ved sygeplejerske med hjemmebesøg, eller ved regelmæssig brevkontakt/telefonkontakt. Disse kontakter har ikke karakter af at være terapeutiske, men har karakter af omsorg for den selvmordstruede, dennes netværk og samtidig at være motiverende mhp. behandlingstiltag. Problemløsningsbehandling har ikke vist sig effektiv, men denne terapiform plus hjemmekontakt kan have en vis effekt. Dialektisk adfærds terapi over for borderline kvinder kan have en vis effekt. Af mere generelle opfølgingsforløb kan der måske ses en vis effekt af opfølgning af samme psykiater som har fulgt patienten under en initial indlæggelse (6,9,10,11,12,13).

Konklusion

Som forsigtig konklusion må man sige, at tiltag efter selvmordsforsøg stort set kun synes at have nogen effekt når de suppleres med opfølgende hjemmebesøg og måske når der er en gennemgående person gennem hele forløbet helt fra starten af behandlingen. Et problem kan selvfølgelig være, at man ikke har en reel visitationsprocedure, en slags ”matchning” af patient og terapiform/opfølgingsform. Givet er det dog, at man forsigtigt kan udlede, at sammenhængende forløb og opsøgende indsats synes at være vigtige elementer. Man kan således forestille sig, at patientens manglende evne til compliance ødelægger mange behandlingsforløb (10).

Definition på selvmordsforsøg

WHO har følgende definition på selvmordsforsøg:

*” En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser”
(14).*

I definitionen af selvmordsforsøg indgår:

- handlingen er bevidst skadevoldende
- der behøver ikke at være dødsønsker
- handlingen behøver ikke at være farlig
- har til formål at fremme ønskede forandringer
- det er en ikke vanemæssig adfærd
- handlingen ville være skadevoldende, hvis ikke andre greb ind (15)

Vi har i lighed med Sundhedsstyrelsens ”Forslag til handlingsplan...” valgt at henholde os til WHO’s definition på selvmordsforsøg.

Det udtrykkes klart i definitionen, at en person, som har foretaget et selvmordsforsøg, har forventninger om, at handlingen får konsekvenser. Disse konsekvenser kunne være ændringer i livet, der ville gøre livet tåleligt og udholdeligt.

Projektets formål og mål

Undersøgelser har vist, at der på hospitalsafdelinger ofte savnes faste procedurer for indsatsen over for de selvmordstruede, og at omkring halvdelen af dem uden psykiatrisk diagnose udskrives uden opfølgning. (4)

Det er derfor projektets mål:

- at undersøge og beskrive den nuværende praksis
- at finde/udvikle indikatorer til måling af, i hvilken grad kvalitetsmålene bliver opfyldt
- at undersøge om der er en sammenhæng for de selvmordstruede i efterløbet
- at komme med mulige løsningsforslag til forbedringer (16)

Kriterier

Inklusionskriterier: Personer der har forsøgt selvmord, og ikke henvises direkte til psykiatrien eller til Center for Selvmordsforebyggelse.

Eksklusionskriterier: Personer der har forsøgt selvmord, og ikke ønsker at deltage i opfølgningen.

Projektets metoder og materiale

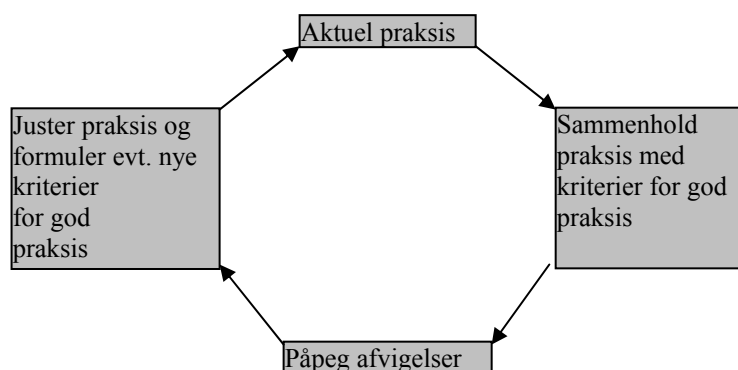
Kvalitetsudvikling er et væsentligt redskab til at sikre og udvikle kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, i dette tilfælde ydelsen i forhold til de selvmordstruede.

Kvalitetsbegrebet i sundhedsvæsenet er defineret ud fra fem områder (17)

- høj professionel standard
- effektiv ressource udnyttelse
- minimal patientrisiko
- høj patienttilfredshed
- helhed i patientforløbet

Vi opfatter de fem områder som en helhed, hvor hvert enkelt område giver sit eget perspektiv, men ikke kan stå alene.

Kvalitetsudviklingsprojektet tager afsæt i spiralen for kvalitetsudvikling (18). Ideen i kvalitetsudvikling illustreres i fig. 1

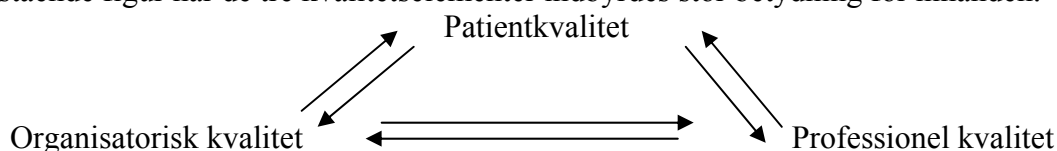


Figur 1. kvalitetsudvikling som dynamisk proces. Frit efter Sundhedsstyrelsen, 1992 s. 5

Valget af forskningsmetoden bygger på, beskrivelse af de eksisterende forhold, og forslag til kvalitetsudvikling som skal bygge på de direkte deltagendes (ledere, fagligt personale og de selvmordstruede) viden og erfaring (19).

Behandling og opfølgning af patienter, der har forsøgt at begå selvmord indeholder 3 kvalitetselementer. Det faglige, der vedrører de professionelles ydelser, det organisatoriske, der vedrører en koordineret indsats for patienten og samarbejde på tværs af sektorer samt

patientkvalitet, der vedrører patientens oplevelser og erfaringer. Som det fremgår af nedenstående figur har de tre kvalitetselementer indbyrdes stor betydning for hinanden.



Figur 2. De tre kvalitetselementer i sundhedsydelsen

Denne forståelse af sundhedsydelsen til de selvmordstruede har præget såvel udarbejdelsen af temaguiden, som analysen og forslagene til en forbedring, udredning og opfølgning overfor personer, der har forsøgt at begå selvmord.

Projektet er opdelt i fire faser hvor triangulering er brugt som grundlag til indsamling af data fra forskellige kilder, metoder og observatører:

1. beskrivefase
2. datafasen
3. evalueringsfasen
4. handlefasen

ad 1. Har til formål at beskrive de formelle og uformelle procedurer, klarlægge samarbejdsrelationer, definition på selvmordsforsøg, registreringspraksis og hvilke kvalitetsforudsætninger, der er tilstede.

Endvidere ved at gennemgå afdelingernes proceduremapper, for at se, hvad der findes af nedskrevne formelle procedurer vedrørende de selvmordstruede og henvisningssteder til efterbehandling, samt at finde/udvikle indikatorer for, i hvilken grad kvalitetsmålene er opfyldt.

ad 2.

- dagligt fremmøde i afdelingerne, finde personer der opfylder inklusionskriterierne, og gennem interview få klarlagt deres forventninger, viden om planer for efterbehandling.
- ved opfølgende besøg 2 måneder senere, gennemføre et nyt interview, for at undersøge om behandlingsplanen blev fulgt, samt om de syntes, der var en sammenhæng i efterforløbet.

Desuden gennemgå dokumenteret behandling og planlagte efterforløb, og registrere parametre som køn, alder, registreringspraksis angående selvmordsforsøg, vurdering af risikofaktorer, og om der er tilbudt psykiatrisk tilsyn/-vurdering.

ad 3. I denne fase bearbejdes og analyseres de indkomne data mhp. hvilke implikationer resultaterne vil få for den fremtidige håndtering af evt. kvalitetsproblemer.

ad 4. Efter evalueringen vil resultaterne danne grundlag for implementering af evt. ændringer i procedurer, realistiske standarder og samarbejdsrelationer vedr. behandling af selvmordsforsøg, løbende at vurdere, hvorledes relevante ledelsesniveauer orienteres på det rigtige tidspunkt.

Indsamling af data

Til indsamlingen af data var der valgt semistruktureret interview ud fra en temaguide. For det faglige personale (ledere, læger, plejepersonale) havde temaguiden følgende hovedtemaer:

- procedurer, formelle og uformelle
- samarbejdspartner, eksterne
- definition på selvmordsforsøg, registreringspraksis
- kvalitetsforudsætninger, løbende undervisning og oplæringspraksis

Fra eksterne samarbejdspartnere var temaerne:

- forventninger til samarbejdet
- procedurer for opfølgning

For de selvmordstruede, var temaerne ved 1. interview:

- forventninger til behandling
- planer for efterbehandling

Ved 2. interview:

- er planen fulgt
- sammenhæng i efterforløbet

Hvert interview varede i gennemsnit 30 min. (fra 20- 65 min.).

Før selve dataindsamlingsperioden, blev der udført en række pilotinterviews for at få tilrettet temaguiden, og for at give projektlederen lejlighed til at indøve interviewteknik.

De enkelte fagpersoner blev udvalgt efter tilfældighedsprincip – hvem der havde mulighed og lyst til at blive interviewet. Alle selvmordstruede, som opfyldte inklusionskriterierne blev spurgt, om de ville deltage i projektet. Alle har været anonyme i undersøgelsen, og der fremstår derfor ikke data, der kan henføres til den enkelte person.

Der blev anvendt båndoptager til alle interviewene, undtagen ved de første interview på hospitalet pga. støjgener, samt hos 2 personer ved andet interview, hvor disse ikke ønskede dette.

Analyse af data

De indsamlede data blev bearbejdet og analyseret på forskellige måder. Dels statistisk ved frekvenstabeller og dels ved krydstabelleringer, hvor dette har været relevant.

Interviewene blev aflyttet, fortolket og analyseret ved hjælp af QMA (Qualitative Media Analyser) af projektlederen og blev drøftet med den projektansvarlige. Til analyse af de kvalitative interviews blev der anvendt meningskategorisering og ad hoc – metoder. (20)

Der blev suppleret med materiale fra udtræk vedrørende kontaktårsagskode EUN4, DX60-DX84, og parametre indsamlet om køn, alder, tidspunkt, ugedag, vurdering af risikofaktorer, tilbudt psykiatrisk tilsyn, samt tilbudt individuelt tilpasset behandlingstilbud.

Statistik: SPSS og Excel blev anvendt til databehandling.

Forslag til ændringer blev udarbejdet på baggrund af analysen og resultaterne i hele datamaterialet. Forslagene er baseret på overvejelser om, hvordan vi bedst muligt kan forbedre indsatsen over for de selvmordstruede. Til dette formål blev der udarbejdet følgende kvalitetsmål:

- At alle selvmordstruede, der ikke henvises til psykiatrien eller Center for Selvmordsforebyggelse, skal identificeres.
- At alle selvmordstruede, der ikke henvises til psykiatrien eller Center for Selvmordsforebyggelse, skal tale med en psykiater.
- At alle selvmordstruede, der ikke henvises til psykiatrien eller Center for Selvmordsforebyggelse, tilbydes en relevant, individuel tilpasset opfølgende indsats.
- At der for den selvmordstruede er et sammenhængende forløb mellem endt hospitalsophold og efterbehandling.
- At der etableres faste procedurer og klare retningslinier.
- At det behandlende system har en opdateret viden om, hvad der findes af ressourcer i det lokale område, vedrørende støtte – og behandlingstilbud.

- At personalet har en opkvalificeret viden om selvmordsadfærd gennem jævnlig undervisning.

Fordele/ulemper

Projektets metode sigter på at kombinere og integrere flest mulige perspektiver, for at give så nuanceret billede af virkeligheden som muligt.

Styrken i de kvalitative interviews ligger i, at undersøgelsessituationen ligger meget tæt op til hverdagssituationen og samtalen, og det er ikke givet på forhånd, hvilke resultater der fremkommer.

Svagheden er at man skal være forsigtig med at generalisere, og at det oftest er svært at vurdere reliabiliteten, da undersøgelsens emner er dynamiske forhold, der kan ændre sig (21), samt at materialet er lille.

Da patienten er den eneste, der oplever hele forløbet både i primær sektor som i sekundær sektor, gør at patienten kan pege på steder, hvor systemet er mangelfuldt, det kan eks. være kontinuiteten i behandlingen, - i efterforløbet, kommunikationen m.m. (16)

Et stort problem ved konceptet er selvfølgelig, at oplysningerne vedr. efterforløbet stort set kun kommer til at stamme fra patienten.

Bortfaldsgruppen, dem der ikke ønsker at være deltage og dem man ikke kan få fat på, kan udgøre et problem.

De fagpersoner, der har indvilliget i at deltage, kan have gjort det ud fra egen interesse på området.

Men selv om der kan ligge en bias, skulle det ikke forstyrre hovedtanken, idet man nok vil kunne få fat på forskellige typer patientforløb.

Projektets forskerfelt

Projektet er fokuseret på Amager Hospitals somatiske skadestue, akut medicinsk modtageafdeling og psykiatrisk skadestue.

Fra de involverede afdelinger blev der interviewet ledere, og medarbejdere (læger og plejepersonale)

Der blev fundet 55 patienter, der havde været i kontakt med et eller flere af afdelinger.

Yderligere blev der interviewet eksterne samarbejdspartnere udenfor hospitalsvæsenet.

Patientens forløb gennem hospitalet

Der tages udgangspunkt i patientens møde med sygehusvæsenet. I projektet er det afgrænset til somatisk skadestue, akut medicinsk modtageafdeling og psykiatrisk skadestue på Amager Hospital.

Nedenstående diagram viser patientens vej fra primærsektor til hospital, forløbet på hospitalet samt hjemsendelse til primærsektor.

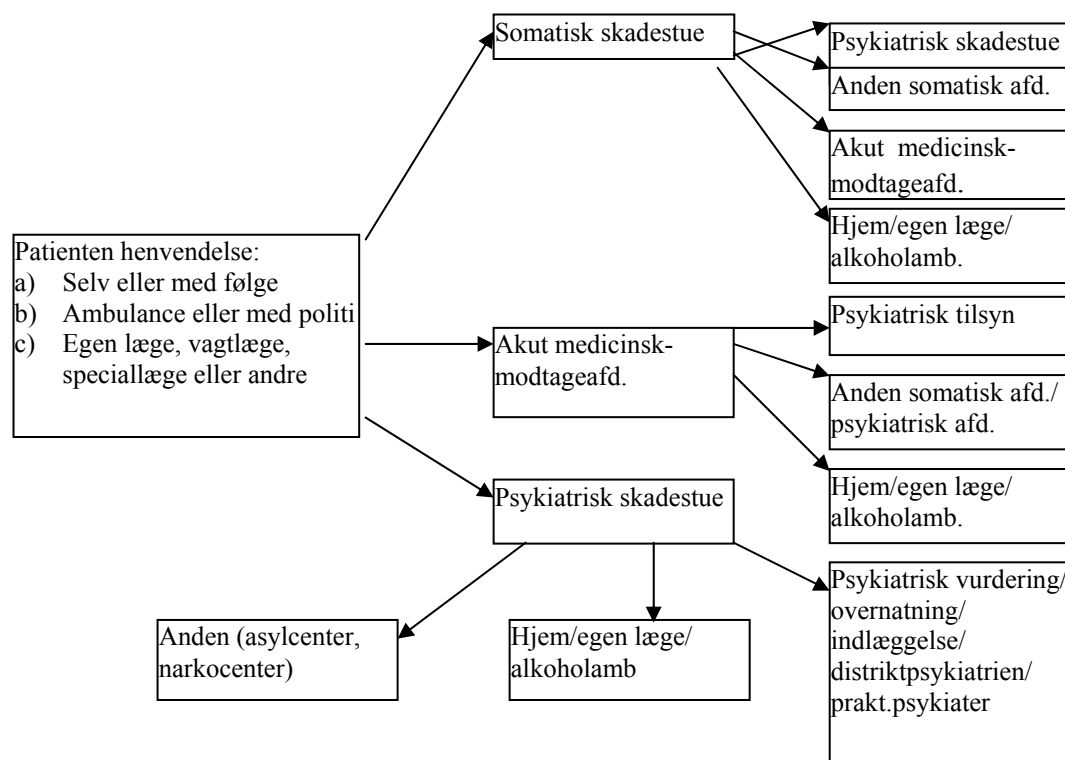


Diagram 1. Patientens vej gennem sundhedssystemet

Diagrammet illustrerer selve henvendelsen, som oftest sker via vagtlæge/praktiserende læge, eller patienten henvender sig selv.

Henvendelsesforløbet indeholder, undersøgelse, evt. behandling af skade, tilbud om psykiatrisk tilsyn/-vurdering samt tilbud om efterbehandling.

Etik

Alle patienter, der har opfyldt inklusionskriterierne, og som befandt sig på en af de involverede afdelinger i datafasen blev tilbudt deltagelse i projektet. Hver patient blev orienteret både mundtlig og skriftligt forud om projektet.

Fordelen ved at spørge patienterne har været, at det blev den enkeltes eget valg og ikke personalets vurdering/bedømmelse af, hvilke der var i stand til at deltage i projektet og endvidere at det var patienternes beslutning, hvordan projektlederen skulle tage kontakt til dem i efterforløbet. Det var ligeledes patienterne, der besluttede, hvor andet interviewet skulle finde sted.

Før hvert interview fik patienten at vide, at han/hun til enhver tid kunne afbryde interviewet, hvis de følte, at de ikke kunne gennemføre det. De blev oplyst om muligheden for at have pårørende eller anden person med under interviewet.

Der blev i interviewene taget højde for, at patienterne var i en sårbar situation. Det var ikke hensigten at ”gå tæt på” patientens tilstand, men få klarhed over planer, forventninger og sammenhæng i efterforløbet. I tilfælde af, at første interview vakte tanker og overvejelser hos den enkelte patient, var der personale til at yde omsorg for denne. Efter 2. interview var det projektlederen, der efter interviewet ydede denne omsorg.

Deltagelsen i projektet var frivillig og den enkelte interviewperson har været anonym i undersøgelsen. Der fremgår således ikke data, der kan henføres til det enkelte individ.

Projektlederen har kun efter patients tilsagn fået navn, adresse eller telefonnummer, således at patienten kunne kontaktes angående det opfølgende interview. Disse oplysninger blev efter 2. interviews destrueret.

I de kvantitative og kvalitative data er der kun indgået oplysninger, som allerede forefindes i skadestue- og lægejournaler, så patienterne er ikke blevet påvirket heraf.

Da det er et kvalitetsudviklingsprojekt og alene omfatter anonyme oplysninger som ikke kan identificeres ved hjælp af en kodenøgle, løbenummer, etc. er der ikke rettet henvendelse til videnskabsetisk komitéssystem og heller ikke til datatilsynet.

Vedrørende videnskabsetiske forhold og datatilsynet, henvises til ”Notat om behandling og anmeldelse af personfølsomme data” fra januar 2003, udarbejdet af konsulentfirmaet Muusmann Research & Consulting, der er konsulenter for Referencegruppen til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord.

Projektets gennemførelse

En skematisk oversigt over det samlede projekts forløb er præsenteret i bilag 1. Projektet forløb i en række faser med forskellige aktiviteter. Der har ikke være skarpe skel mellem de enkelte faser men snarere, at nogle faser overlappede hinanden.

Projektets organisering

Projektet var forankret i psykiatrisk afdeling, Amager Hospital og er blevet anbefalet af afdelingsledelse ved ledende overlæge Helle Aggernæs og ledende oversygeplejerske Merete Dick. Den byggede på den oprindelige ansøgning ved overlæge August G. Wang og afdelingssygeplejerske Marian Corell Andersen. Projektansvarlig var forskningsansvarlig overlæge dr. med August G. Wang.

Der blev etableret en følgegruppe med repræsentanter fra psykiatrisk skadestue, somatisk skadestue og akut medicinsk modtageafdeling.

Følgegruppens sammensætning:

Psykiatrisk skadestue: Afdelingssygeplejerske Tina Jessen. Fratrådt 1. september 2002 grundet andet arbejde

Somatisk skadestue: Sygeplejerske Helena Clausen

Akut medicinsk modtageafdeling: Sygeplejerske Gitte Weih. Fratrådt 1. juni 2003 grundet andet arbejde.

Psykiatrisk afdeling: Projektansvarlig, overlæge dr. med. August G. Wang

Psykiatrisk afdeling: Projektleder Marianne Hvid

Der har været afholdt et møde med alle deltagere. Der har været planlagt yderligere 2 møder, som blev aflyst pga. manglende deltagelse.

Endvidere har Referencegruppen til forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg afholdt 2 årlige netværksmøder for alle modelprojekter.

Projektlederen har ligeledes deltaget i en arbejdsgruppe med udkast til en landsdækkende vejledning til somatisk personale om selvmordsadfærd. Der har været afholdt 6 møder i denne arbejdsgruppe.

Ligeledes har projektlederen deltaget i relevante temadage og undervisning.

Forundersøgelse før opstart af projektet

I starten af projektet fik vi meldinger om, at selvmordstruede personer havde afdelingerne ikke ret mange af. Samtidig så det ud til, at være vanskeligt at få patienter fra den somatiske skadestue. Derfor blev der udført en 3 måneders undersøgelse med det formål at få et overblik over antal af personer, der havde forsøgt selvmord, om registreringspraksisen, om patienterne fik psykiatrisk tilsyn/-vurdering, om der blev foretaget en vurdering af selvmordsfaren, om der blev givet individuel tilpasset behandlingstilbud, og om der var specielle tidspunkter, ugedage, hvor projektlederen havde mulighed for at finde patienter, der kunne indgå i projektet.

Forundersøgelsen viste følgende:

- At der i gennemsnit kommer 1 selvmordstruede patient i døgnet, med primær somatisk skadestue som første kontaktsted. Og at hovedparten af disse bliver enten indlagt på akut medicinsk modtageafdeling eller sendt til psykiatrisk skadestue.
- At kun en tredjedel bliver registreret ved kontaktårsagskode EUN4, at diagnosekoderne DX60-DX84 sjældent benyttes.
- At 71 % får psykiatrisk tilsyn/-vurdering, 9 % afslår. 20 % bliver ikke identificeret som selvmordstruede.
- At de selvmordstruede primært blev anbefalet at gå til egen læge
- At der ikke var specielle tidspunkter/ugedage for henvendelserne.

Da hovedparten af de selvmordstruede, enten blev indlagt på akut medicinsk modtageafdeling, eller kom til vurdering i psykiatrisk skadestue, blev det besluttet at projektlederen skulle koncentrere sig om at finde patienterne på disse to afdelinger.

En mere udførlig beskrivelse af de kvantitative fund er indsendt som artikel til Ugeskrift for Læger.

Resultater

Beskrivelsesfasen

Patientmaterialet blev derfor indsamlet på akut medicinsk modtageafdeling og psykiatrisk skadestue.

Personalematerialet blev indsamlet på alle tre afdelinger.

I det følgende vil dele af datamaterialet blive præsenteret. Først vil afdelingers beskrivelser af praksis blive præsenteret, dernæst eksterne samarbejdspartners forventninger, patientmaterialet, de selvmordstruedes forventninger og oplevelser af efterforløbet.

Afdelingernes beskrivelse af praksis.

Beskrivelsen af nuværende formelle og uformelle procedurer af patienter der har forsøgt selvmord, er baseret på gennemgang af afdelingernes proceduremapper og på interview fra lederne og personale på somatisk skadestue, akut medicinsk modtageafdeling og psykiatrisk skadestue.

I alt er 23 blevet interviewet. 6 ledere, 9 læger og 8 fra plejegruppen (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og plejer).

Emnet er belyst fra tre vinkler:

Gennemgang af formelle procedurer, kvalitative og kvantitative opgørelser af interviews samt uddybet med eksempler.

Gennemgang af proceduremapper

På afdelingerne forefindes en Klinisk retningslinie for ”Vurdering og behandling af specielle patientgrupper (psykisk syge), indlagt på somatisk afdeling”. I denne nævnes der eksempler på patienter med behov for psykiatrisk tilsyn, eksempelvis den selvmordstruede patient (Bilag 2).

På psykiatrisk skadestue forefindes endvidere en Klinisk retningslinie til forebyggelse af selvmord.

Denne retningslinie indeholder bl.a. en kortfattet definition på selvmordsadfærd, og hvordan selvmordsrisikoen vurderes ud fra risikofaktorer (Bilag 3).

Denne retningslinie findes ikke på hverken somatisk skadestue eller akut medicinsk modtageafdeling. Den er dog tilgængelig på Amager Hospitals Intranet.

Af yderligere instrukser har lægerne på akut medicinsk modtageafdeling en ”Instruksbog for Læger”. Denne indeholder f.eks. hvordan selvmord/selvmordsforsøg skal indberettes og anvisningssteder til behandling. Her nævnes bl.a. Livslinien og Center for Selvmordforebyggelse.

Endvidere forefindes på afdelingerne ”Visioner for Amager Hospital 2000 – 2004” og en kvalitetspolitik, hvor forudsætningerne for kvalitetsudvikling beskrives (bilag 4).

På somatisk skadestue og akut medicinsk modtageafdeling forefindes procedurer for behandling af den selvtilføjede skade.

På alle afdelingerne forefindes pjecer til udlevering med telefonnumre til organisationer, der kan yde hjælp til den selvmordstruet, eksempelvis: Social Rådgivning og Bistand, Den Psykologiske Rådgivning, Børne- og Forældretelefonen, Livslinien og Center for Selvmordsforebyggelse. Noget af dette materiale er dog af ældre dato og er ikke ajourført bl.a. materialet fra Center til Selvmordsforebyggelse.

Beskrivelse af praksis

Dele af praksis er beskrevet ved dels kvantitative opgørelser og ved kvalitative beskrivelser fra interviewene. Hovedtemaerne fra temaguiden er anvendt ved beskrivelsen.

Neden stående tabel viser både ledernes og personalets viden om formelle nedskrevne procedurer til specifik behandling af de selvmordstruede, samt deres definition på selvmordsforsøg.

Procedurer:

Er der nedskrevne formelle procedurer ?

Definition:

Definition på selvmordsforsøg!

Gruppe	Ja	Nej	Ved ikke	I alt	Grupper	Snæver	Moderat	Bred	I alt
Ledergruppen	1	4	1	6	Ledergruppen	2	3	1	6
Lægegruppen	3	3	3	9	Lægegruppen	6	2	1	9
Plejegruppen	1	4	3	8	Plejegruppen	3	2	3	8
I alt	5	11	7	23	I alt	11	7	5	23

Tabel 1 Viden om formelle procedurer og fortolkning af definition på selvmordsforsøg(N=23)

Tabellen viser at hovedparten oplyser, at der ikke er nedskrevne formelle procedurer, der specielt er rettet mod behandling af de selvmordstruede, og oplyser samtidigt, at der er på somatisk afdelinger er nedskrevne procedurer til behandling af den selvtilføjede skade. På spørgsmålet om der bruges uformelle procedurer svarede alle 23 at det gør der.

Størsteparten af de interviewede har en snæver definition af et selvmordsforsøg. Der er flest i lægegruppen. De færreste havde en bred definition svarende til WHO's. Her er der flest i plejegruppen.

I somatisk regi er der en overvægt med en snæver definition på et selvmordsforsøg.

Personalet på den psykiatriske skadestue adskiller sig ikke væsentligt fra de somatiske afdelinger ved at have den bredeste definition. Her er fordelingen ligelig i kategorierne.

Næste tabel viser ledernes og personalets oplysninger, om de er bekendt med en fælles hospitalsdefinition af selvmordsforsøg, samt lægernes oplysning om registreringspraksis.

Hospitalsdefinition.

Hospitalsdefinition på selvmordsforsøg.

Registreringspraksis.

Bliver alle selvmordsforsøg registreret?

Grupper	Ja	Nej	Ved ikke	I alt	Stilling	Ja	Nej	Ikke spurgt	I alt
					Overlæge	0	1	2	3
Ledergruppen	1	3	2	6	Bagvagt	0	3	1	4
Lægegruppen	0	4	5	9	Mellemvagt	0	1	0	1
Plejegruppen	1	5	2	8	Forvagt	2	2	0	4
I alt	2	12	9	23	I alt	2	7	3	12

Tabel 2. Fælles definition på selvmordsforsøg og registreringspraksis.

Hovedparten mener ikke, at der findes en fælles hospitalsdefinition på selvmordsforsøg. Mange ved det ikke. Psykiatrisk skadestue adskiller sig heller ikke her fra de somatiske afdelinger.

Som det ses af tabellen, mener de fleste af lægerne at langt de færreste selvmordsforsøg bliver registreret ved kontaktårsag EUN4 (for somatisk skadestue og akut medicinsk modtageafdeling) eller diagnosekoderne DX60 – DX 84 (for psykiatrisk skadestue). Der er 3 læger, der ikke er spurgt, dette skyldes at de enten ikke/eller sjældent var i skadestuerne.

Personalet er blevet spurgt, hvem de anser for at være samarbejdspartner ved behandling af de selvmordstruede. Alle tre grupper mener, at psykiateren er den vigtigste samarbejdspartner, dernæst hospitalets egne socialrådgiver.

Adspurgt om hvem der er eksterne samarbejdspartner, svarede personalet, at det primært er patientens egen læge, dernæst at det er ambulans psykiatri (distrikpsykiatrien, privat praktiserende psykiater, specialiseret enhed), hjemmesygeplejen, privat praktiserende psykolog, familien, andre (præsten, socialcentret, misbrugscentre (alkohol/narkotika), Center for selvmordsforebyggelse, Mariatjenesten, Stolpegården).

Foruden de nedskrevne formelle procedurer og definition på selvmordsforsøg, er personalegrupperne blevet spurgt om, hvorledes de følte deres forudsætninger var med hensyn til behandling/pleje af personer der havde forsøgt selvmord, og om der er jævnlig undervisning i selvmord/selvmordsforsøg samt om der er formaliseret oplæring. Fordelingen ses i nedenstående tabel.

De forskellige gruppers meninger.

Grupper	Ja	Nej	Mangelfuld	Ved ikke	I alt
Forudsætninger					
Ledergruppen	2	0	4	0	6
Lægegruppen	2	0	5	2	9
Plejegruppen	3	0	3	2	8
I alt	7	0	12	4	23
Oplæring					
Ledergruppen	0	6	0	0	6
Lægegruppen	0	7	0	2	9
Plejegruppen	0	8	0	0	8
I alt	0	21	0	2	23
Undervisning					
Ledergruppen	0	6	0	0	6
Lægegruppen	0	7	0	2	9
Plejegruppen	0	8	0	0	8
I alt	0	21	0	2	23

Tabel 3. Opgørelse over de tilstede værende kvalifikationer.

Forudsætninger:

Hovedparten mener, at forudsætningerne ikke er tilstrækkelige til at kunne varetage den psykiske behandling/pleje, men oplyser at forudsætningerne er tilstede for behandling/pleje af den selvtillføjede skade. Kun de færreste på de somatiske afdelinger oplyser at forudsætningerne er tilstede. Her adskiller psykiatrisk skadestue sig, hvor alle oplyser at forudsætningerne er tilstede.

Oplæring:

Alle oplyser at der ingen formaliseret oplæring er i selvmordsadfærd, og at oplæringen sker individuelt som "Bed side" undervisning af nyt personale.

Undervisning:

Hovedparten oplyser at der ikke er jævnlig undervisning i selvmordsadfærd, men nogle få oplyste at der har været en enkelt undervisningsseance for ca. 1½ år siden og at denne ikke er gentaget.

Uddybning af beskrivelse fra praksis ved eksempler

Ledergruppen

Procedurer:

Lederne i somatisk skadestue og akut medicinsk modtagerafdeling, oplyser at deres primære opgave "er det rent somatiske", "at få patienten stabiliseret" og at der er procedurer til behandling heraf. Der er ikke nogle specifikke nedskrevne procedurer for behandling af selvmordstruede.

Lederne i psykiatrisk skadestue oplyser, at der til selvmordsadfærd findes "procedure der identificerer faktorer der øger risikoen" og at der findes "overordnede procedure, men ikke specielt for den gruppe af selvmordstruede, der ikke skal indlægges".

Generelt forventer lederne, at personalet følger de relevante procedurer. "Personalet er meget omhyggelig med at følge procedurerne." og "det kræver, at der er klare procedurer at gå efter"

På alle tre afdelinger oplyser lederne, at deres personale bruger uformelle procedurer. *"dels fordi der ikke er formelle, dels fordi personalet har været på afdelingen i mange år og har stor erfaring"* og at *"behandlingstilbud ikke er nedskrevet"*. Andre udsagn på uformelle procedurer: *"Der forekommer perioder, hvor personalet ikke er enige i psykiaterens vurdering om suicidalfare, og via afdelingens læger får udskrivelsen udsat"*. Nogle mener at det er *"en uformel regel at der tages kontakt til psykiateren"*.

Behandlingstilbud:

Lederne i somatisk skadestue og akut medicinsk modtagerafdeling, tror at alle selvmordstruede får tilbudt psykiatrisk tilsyn/-vurdering, enten ved at patienten sendes videre til psykiatrisk skadestue eller ved at psykiateren kommer på tilsyn. *"Der tages kontakt til psykiatrisk afdeling, hvis det er et selvmordsforsøg," " de fleste får tilbudt psykiatrisk tilsyn"*. Lederne mener, at det primært er egen læge og privat praktiserende psykiater/psykolog, der er behandlingstilbuddet, men at det er op til psykiateren at komme med anbefalinger. *"Vi stoler blindt på vores psykiater"*, for som de siger, *"vores erfaring er ikke god nok til at kunne gennemskue alvoren af hvad der sker"* og *"her er vi bare ude i så broget en flok, at vi ikke kender kvaliteten af de tilbud der er"*. Hvis psykiateren ikke henviser til behandlingstilbud, *"så har man Center for Selvmordsforebyggelse og Livslinien i baghovedet"*. Lederne på psykiatrisk skadestue, oplyser at de hyppigste behandlingstilbud er egen læge og psykiatriske behandlingssteder.

Matchning/compliance:

I somatisk regi oplyser lederne om matchning, at det er individuel tilpasning ud fra social baggrund og opfattelsen af alvoren i selvmordsforsøget, som eks. kan nævnes *"unge pige fra velfungerende hjem, som laver en affektreaktion, og andre der har en mere længerevarende psykiatrisk - / misbrugsproblematik"*. Andre udsagn som, *"sker ikke altid, der er ikke tilbudsmuligheder nok"* og *"vurderingen sker på psykiatrisk skadestue"*.

I psykiatrisk regi, oplyser lederne, at der sker en tilpasning ud fra patientens grundsygdom, men at der ikke er mange tilbud, så der er en *"snæver grad af matchning ud fra snæver tilbudsudbud"*.

Ingen af lederne har udtalt sig om compliance.

Definition:

Lederne oplyser om definition på selvmordsforsøg, at det er *"én der har prøvet at taget livet af sig selv, eks. ved at have taget for mange piller. Mange prøver jo ikke på at begå selvmord, de gør det i en affekt. Det er noget affektligt, et råb om hjælp"* og det er *"meget vigtigt, at patienten selv siger, at det var en hensigt at tage livet af sig selv"* Det oplyses endvidere *"det er en selvskadende handling eller et forsøg på en selvskadende handling, hvis det fik lov at virke og patienten opnåede det, som patienten ville med denne handling, så ville patienten dø"*.

Samarbejdspartnere:

Til identifikation af hvem der anses for at være samarbejdspartnere, oplyser lederne at det primært er psykiateren, eksterne samarbejdspartnere er primært egen læge, distriktspsykiatriske centre, og socialforvaltningen.

Dernæst misbrugsinstitutioner, Livslinien og Center for Selvmordsforebyggelse. *"et værested regnes ikke for en specifik indsats"*.

Kvalitetsforudsætninger:

Lederne mener at de faglige kvalifikationer gennem grunduddannelsen, kurser og erfaringsgrundlaget er fuldt ud til stede. *"Personalet har i deres uddannelse haft psykiatri"*, men

at der ”der mangler tid, der er meget travlt i afdelingen” og ”der mangler bedre kundskaber, viden om, hvad der er om selvmordsforsøg, bedre/sikker viden om behandlingstilbud og klokkeklar aftale om, at sådan gør vi” samt at ”personalet er utryk ved at tale med patienten om selvmordsforsøget”.

Alle ledere oplyser, at der ikke er jævnlig undervisningstilbud i selvmordsadfærd. Det sidste kursus var for 1½ år siden og at det er ”svært at få implementeret personalets viden fra kurset i afdelingen, det vægtes ikke så højt”. Der er ikke formaliseret oplæring til varetagelse af de selvmordstruede, ”man lærer af hinanden”.

Lægegruppen

Procedurer:

Lægegruppen i somatisk regi oplyser, at der er ”nedskrevne procedurer for patienter med specielle behov, så indirekte kan de selvmordstruede komme ind herunder”, og endvidere ”der er ingen skriftlige procedurer til selvmordsadfærd” og ”der er en lægeinstruks”. De mener endvidere at ”at henvisning til psykiatrisk afdeling” og ”bestilling af psykiatrisk tilsyn” samt at ”vurderingen af selvmordsfaren” er en uformel procedure. Lægerne oplyser at ”det vigtigste er at få behandlet skaden, før psykiatrisk tilsyn kan komme på tale”.

Lægegruppen på psykiatrisk skadestue oplyser, at der er ”en lægeinstruks vedrørende selvmordsadfærd” og at ”vurdering og behandlingstilbud udelukkende er en uformel procedure, udfra erfaring”.

Behandlingstilbud:

Adspurgt om hvilke behandlingstilbud de selvmordstruede får, oplyser lægegruppen i somatisk regi, at det ”overlades til psykiatrisk afdeling”, at ”der benyttes som standard psykiatrisk tilsyn” og ”problemet er lang ventetid på at komme til psykiater, så ender det oftest med at henvise patienten til egen læge”, og desuden ”forventer at opfølgninger ligger hos egen læge”. Til de selvmordstruede, der ikke bliver tilset af psykiater, er behandlingstilbuddene som oftest egen læge. Hvis den selvmordstruede har et alkoholmisbrug, henvises der til alkoholambulatorium. Ind imellem henvises der til Livslinien og Center for Selvmordsforebyggelse.

I psykiatrisk regi oplyser lægegruppen, at ”hvis der ikke er noget psykiatrisk, henvises til egen læge eller privat praktiserende psykiater” og ”distrikt psykiatrisk center eller det er forskelligt, det afhænger af patientens sociale baggrund”.

Matchning/compliance:

Adspurgt om der sker en matchning af den selvmordstruede og behandlingstilbuddet, oplyser lægegruppen, ”at det er overladt til psykiateren” endvidere ”at der skal tid til, for at kunne vurdere og man skal kende patienten” og desuden ”der sker en individuel tilpasning, inden for en snæver ramme af tilbud”.

Angående compliance oplyser lægegruppen, at ”det er tilbud, så det forventes de selv tager initiativ til det videre forløb” og videre ”jeg forsøger at lave aftale med patienten” og endvidere ”der arrangeres i nogle tilfælde en tid til behandling inden patienten går hjem. Det har meget med deres motivation og sygdomsindsigt at gøre”.

Definition:

Lægegruppen oplyser om definition på selvmordsforsøg, at det er ”at der skelnes mellem et virkeligt forsøg, og så et forsøg, der er som et råb om hjælp” og som ”det er kun folk som er psykisk syge, der udfører et selvmordsforsøg” til ”det er en selvskadende handling, som de kan risikere at dø af”.

Lægegruppen er endvidere spurgt om registreringspraksis ved selvmordsforsøg om EUN4 og X60 – X84 anvendes, og dertil oplyses det ”bidagnoser bruges ikke, det er psykiatrisk” og

”det står normalt i teksten ikke i diagnosen” endvidere ”det er ikke så ofte den medskrives, bliver tit dækket ind under den psykiatriske diagnose” til ” ja, altid”.

Samarbejdspartnere:

Af samarbejdspartnere oplyser lægegruppen, at primære eksterne samarbejdspartnere er: egen læge, privat praktiserende psykiater, distrikt psykiatriske centre, specialiseret enhed, misbrugscentre og dernæst Livslinien og Center for selvmordsforebyggelse.

Kvalitetsforudsætninger:

Lægegruppen oplyser at, *”de faglige forudsætninger er tilstede, men det er begrænset i relation til samtalen med patienten, dels fordi vi måske ikke så gerne vil gøre det og dels at vi måske ikke er så gode til det”* og desuden *”dårlige, der mangler efteruddannelse, de fleste læger er nyuddannede og mangler erfaring og livserfaring og der mangler tid”*.

Ligesom ledergruppen oplyser lægerne, at der ingen jævnlig undervisning er i selvmordsadfærd og at oplæringen ikke er formaliseret, men at man søger råd og vejledning hos ældre kollegaer samt fra plejegruppen.

Plejegruppen

Procedurer:

Plejegruppen oplyser, at *” der er ingen procedurer for selvmordsadfærd, der er procedurer til behandling af skaden”* men at *”der er procedurer for tvangsindlæggelse og der er for transport til psykiatrisk skadestue”* ellers *”har vi mapper omkring tilbud”*.

Endvidere oplyser plejegruppen at *”det er mest erfaringen der bruges, der er intet nedskrevet”* og *”procedurerne bruges ikke, idet situationerne er så individuelle”,* og *”psykiatrisk tilsyn er en standard, der ikke er nedskrevet, men gives som rutinemæssigt tilbud”*.

Behandlingstilbud:

Adspurgt om hvilke behandlingstilbud den selvmordstruede primært får, oplyser plejegruppen, *” det ved jeg ikke, det kniber med at få tilbagemeldinger fra psykiateren”,* og videre *” det er specialiseret enhed, eller egen læge og så får de at vide, at de altid kan henvende sig igen”*. Plejegruppen oplyser endvidere, at *”det er ikke så mange vi har, og det er ikke alle der vil tage imod tilbuddet om psykiatrisk skadestue. Så nogle får udleveret brochuren til Center for Selvmordsforebyggelse, men det er op til patienten”,* og *”der er nogle der vil hjem, det er så det. Folk bestemmer jo selv”*.

Matchning/compliance:

Adspurgt om der sker en matchning af den selvmordstruede og behandlingstilbuddet, oplyser plejegruppen, *”det er ikke os, der vurderer det, det er lægen”* og *”det er ud fra de muligheder, der og hvad patienten selv vil og er i stand til. Det er en klinisk vurdering”*

Angående compliance oplyser plejegruppen, *” der bestilles en betalt taxa, til at køre patienten”* og *”det er mest om natten det sker, så det er ikke normalt at lave aftaler”* og videre *”hvis der er behov, kan det ske, at der bestilles en tid inden patienten går”*.

Definition:

Plejegruppen oplyser om definition på selvmordsforsøg, at *” det er et halvhjertet forsøg. Folk prøver at gøre sig selv skade for enten at få opmærksomhed eller at tage sig selv af dage”,* og *” der skal være et afskedsbrev, eller det afhænger af hvornår på dagen forsøget finder sted, da det er et råb om hjælp”,* og endvidere *” Et menneske, der med fortsat går ind og øver vold mod sig selv med døden til følge – forsøget kan godt føre til døden men mislykkes. Det er handlingen der ligger bag, råb om hjælp, en affekthandling, så er det stadigvæk et selvmordsforsøg”*.

Samarbejdspartnere:

Af samarbejdspartnere oplyser plejegruppen, de samme samarbejdspartnere som lægegruppen, yderligere nævner nogle ligeledes hjemmesygeplejen, men det er afhængig af patienternes alder, hvornår hjemmesygeplejen benyttes.

Kvalitetsforudsætninger:

Plejegruppen oplyser, at den faglige baggrund, rutiner og erfaring er til stede i dag. Men at *”det største problem er, at patienterne er her i så kort tid”* og at *”der er travlhed og ikke tid nok”* og endvidere *”at der mangler undervisning og procedurer”*.

Som de øvrige grupper, oplyser plejegruppen, at der ikke er jævnlig undervisning i selvmordsadfærd, og at oplæringen sker ved *”learning by doing”*.

Sammenfatning

På de somatiske afdelinger er der formelle nedskrevne procedurer til behandling af den selvtilføjede skade. Af formelle nedskrevne procedurer til den selvmordstruede findes de kun delvise i en eller anden form. Dem der er findes utilstrækkelige og uklare. Ligeledes kan det være et problem, at der i dag findes flere forskellige proceduremapper, så det kan være svært i en travl hverdag, at finde den rette mappe. Personalet benytter derfor i vid udstrækning uformelle procedurer ud fra erfaring til gruppen af selvmordstruede.

Der forsøges givet et individuelt tilpasset behandlingstilbud, dog indenfor et snævert udbudsmateriale, dels pga. institutionernes åbnings- og ventetider og dels pga. behandlerens manglende kendskab til institutionernes målgruppe og kvaliteten af de tilbud de har. Det individuelle er ikke alene ud fra den selvmordstruedes behov, men er også individuelt ud fra behandlerens erfaring, viden og interesseområde. Behandlerne føler oftest størst tryk ved at henvise til de behandlerinstanser, de har kendskab til.

Den selvmordstruedes evne til compliance vurderes ikke som standard, det forventes, at personen selv tager initiativ til at følge det givne behandlingstilbud.

Angående matchning af den selvmordstruede og behandlingstilbuddet, lægges der stor vægt på psykiaterens anbefalinger. I de tilfælde hvor den selvmordstruede ikke har haft tilsyn ved psykiater, gives behandlingstilbuddene ud fra personens sociale baggrund og ressourcer og evt. psykiatriske lidelse og igen op mod et snævert udbudsmateriale.

De samarbejdspartnere der oftest benyttes, er praktiserende læge evt. med henblik på videre henvisning til privat praktiserende psykiater/ - psykolog, privat praktiserende psykiater, misbrugscentre, ambulans hos den tilsynsgående psykiater og specialiseret enhed. I mindre udstrækning henvises til socialforvaltningerne. Der udleveres ind imellem brochurer til Center for Selvmordsforebyggelse og pjece om Livslinien, som dog sjældent bliver dokumenteret i journalen.

Definitionen af selvmordsforsøg er generelt snævert, ofte et udtryk for holdninger og utilstrækkelig viden. Endvidere er der ingen fælles definition af selvmordsforsøg på hospitalet og ingen klare retningslinier for identifikation, risikovurdering, registreringspraksis samt efterbehandling.

Den snævre definition af selvmordsforsøg, holdningerne og utilstrækkelig viden, kan være en medvirkende årsag til at kontaktårsagskode EUN4 og diagnoserne DX60- DX84 ikke benyttes som standard.

De fleste mener at kvalitetsforudsætningerne er til stede med hensyn til kompetence og faglig baggrund. Men at klare mål, nedskrevne retningslinier, uddannelse og oplæring mangler.

Samarbejdspartnere

Der blev interviewet 9 eksterne samarbejdspartnere. De 9 repræsenterer ambulans psykiatri, alkoholambulatorier, indvandrerådgivning, praktiserende læger, asylcenter og hjemmesygepleje.

De blev alle interviewet om deres forventninger til samarbejdet med sundhedsvæsenet for selvmordstruede og om de havde en opfølgningssprocedure.

Yderligere 5 blev forespurgt om deltagelse i projektet, men har ikke responderet. De repræsenterer socialcentre, visitationen i pension/omsorgskontorer og hjemmesygeplejersker.

Samarbejdspartnernes beskrivelser af forventninger og opfølgningssprocedurer

Samarbejdspartnerne oplyser, at de har forventninger om *”at komme på banen tidligt i forløbet”, at få ” hurtigere besked om indlæggelse og udskrivelse af patienten”* at der i epikrisen står *” at egen læge anmodes om at tage kontakt til patienten, såfremt denne udebliver”*. Nogle samarbejdspartnere oplyser, at deres forventninger er: *”at patienten har haft psykiatrisk tilsyn, og det der er afklaret om de skal ind i en psykiatrisk intervention også, og har de ikke det, så går vi ud fra, at det skal de ikke have”* og videre *”at patienten ikke er for dårlig, ikke er bevidsthedssvækket. For så kan vi ikke tale med dem. Vi skal kunne tale med dem og indgå en frivillig aftale med dem”*. Samt *”at få alle relevante oplysninger, idet nogle er i så dårlig en forfatning og så frustreret, at det ikke altid er muligt at få relevante oplysninger fra patienten selv ”*. Indvandrerådgivningen har yderligere forventninger om, at *”sundhedsvæsenet benytter professionel tolkebistand, og bruges som konsulenter”*.

På spørgsmålet om samarbejdspartnerne har mulighed for eller udfører opfølgende kontakt til de selvmordstruede, såfremt denne udebliver fra den aftalte tid, oplyser samarbejdspartnerne følgende:

”Søger kontakt gennem enten sagsbehandler, hjemmehjælper eller sender nyt brev til adressen”

”Giver klienten en chance først, ellers følges der op telefonisk”

” Det er individuelt” og ”det vurderes ud fra problemstillingen. Den selvmordstruede prioriteres højt. Anden procedure har vi ikke”

”Egen læge må ikke ifølge overenskomsten lave opfølgende arbejde”

”Personalet har tæt kontakt med patienten, hvis denne ønsker det. Vi kontakter dem straks efter hjemkomsten, laver aftaler for dem, og hvis nødvendigt følger vi dem til aftalen”.

Sammenfatning

Ud fra samarbejdspartnernes oplysninger, kunne kommunikationen mellem sekundær og primær sektor være bedre, som en oplyser *”føler at vi er for dårlige til at sige, at det her er vores fælles problem, både i sekundær og primær sektor. Vi sidder for meget i hver vores kasse”*.

Der er intet formaliseret samarbejde de 2 sektorer imellem. Kommunikationen foregår enten pr. telefon, fax eller via henvisningssedler og epikriser. Der er dog i dag elektronisk information fra somatisk skadestue til de praktiserende læger, såfremt patienten har givet tilsagn om dette.

Blå Kors og indvandrerådgivningen har forventninger om, at hospitalsafdelingerne vil bruge dem noget mere. De har mulighed for at rådgive, tilbyde gratis undervisning/supervision og yde konsulentbistand.

Angående mulighed for at lave opfølgning til de selvmordstruede, er disse muligheder begrænset.

Praktiserende læger vil gerne, men har ikke ifølge deres overenskomst med sygesikringen mulighed for dette, men mener, at hvis hospitalsafdelingen anmoder om opfølgning i epikrisen, så kan de gøre dette.

Hjemmeplejen/-sygeplejen vurderer individuelt besøghyppigheden hos den enkelte borger. Det er dog primært borgere fra 67+ årige, der er deres målgruppe. Det er sjældent at de har yngre selvmordstruede.

Asylcentret både har mulighederne og følger op på de selvmordstruede.

Den mest benyttede opfølgingsmetode, er et brev til den selvmordstruede med en ny tid eller telefonisk kontakt. Hvis der ingen respons er, afsluttes patienten efter ca. 3 forgæves forsøg på kontakt.

Datafasen

Der har i projektperioden været 55 selvmordstruede patienter, der opfyldte inklusionskriterierne. Nedenstående diagram viser de selvmordstruedes 1. kontakt med hospitalet og deres vej gennem systemet.

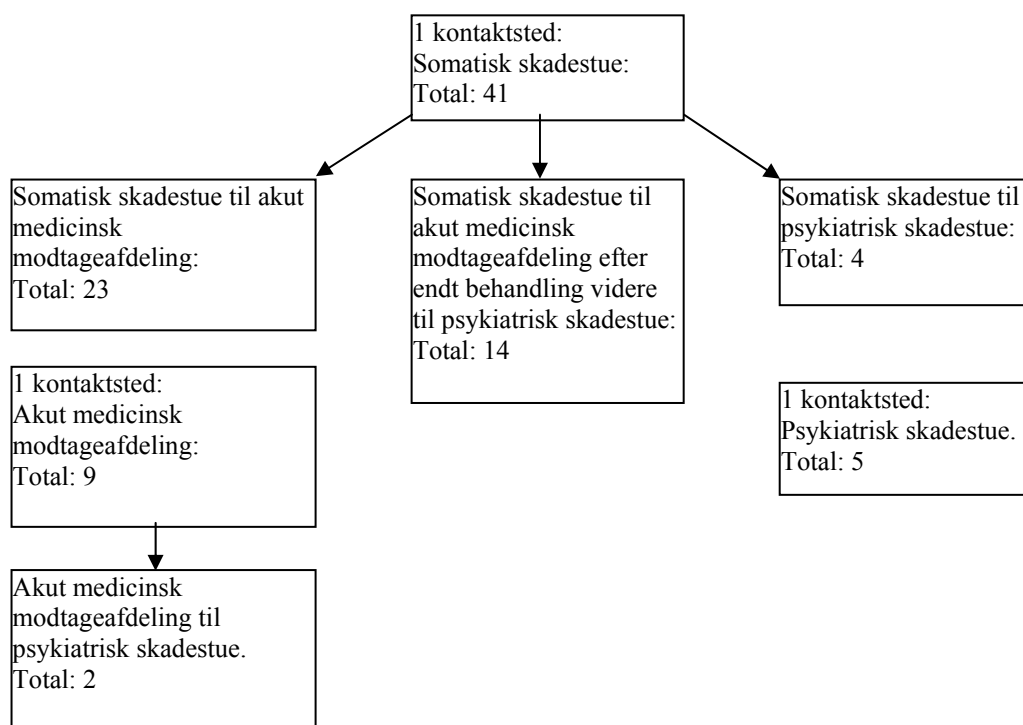


Diagram 2. Første kontaktsted

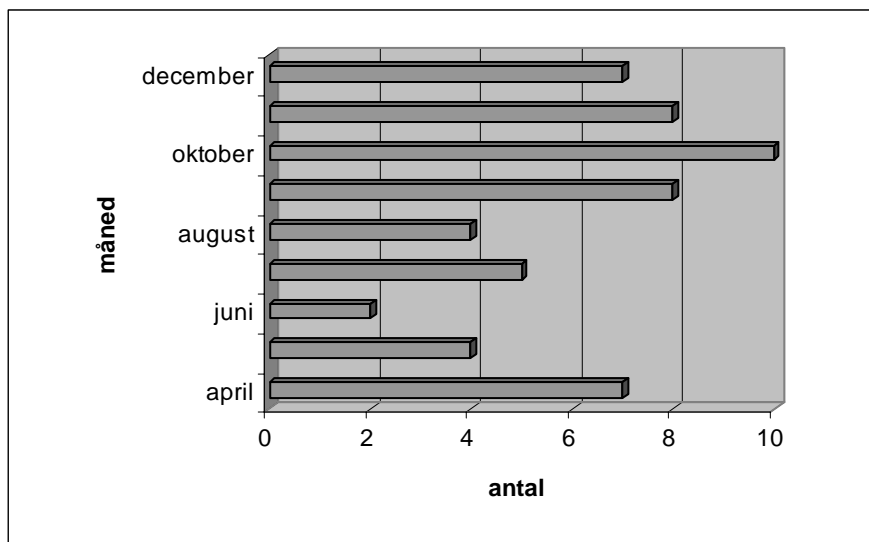
41 personer havde som 1. kontaktsted den somatiske skadestue, 9 havde den akutte medicinske modtageafdeling og 5 havde den psykiatriske skadestue.

Umiddelbart inden kontakten til hospitalet havde nogle selvmordstruede været i kontakt med enten egen læge, vagtlæge eller er blevet indbragt med ambulance. Andre har været sammen med enten pårørende/ venner og atter andre er kommet alene til hospitalet. Størrelsen af dette materiale har ikke været muligt at opgøre systematisk.

De selvmordstruedes deltagelse i projektet

Opsamling af patienterne blev foretaget i perioden april – december 2002. Nedenstående figuren illustrerer, hvordan henvendelserne efter selvmordsforsøg fordelte sig på måneder. Det ses at de fleste henvendelser har fundet sted i oktober og de færreste i juni måned. Der skal gøres opmærksom på at tallene for august kun dækker halvdelen af måneden pga. projektlederens ferie.

I hvilke måneder er de selvmordstruede fundet?



Figur3. Antal selvmordstruede fordelt på måneder. (N = 55)

Fordelingen af de 55 patienters deltagelse i projektet fremgår af nedenstående diagram:

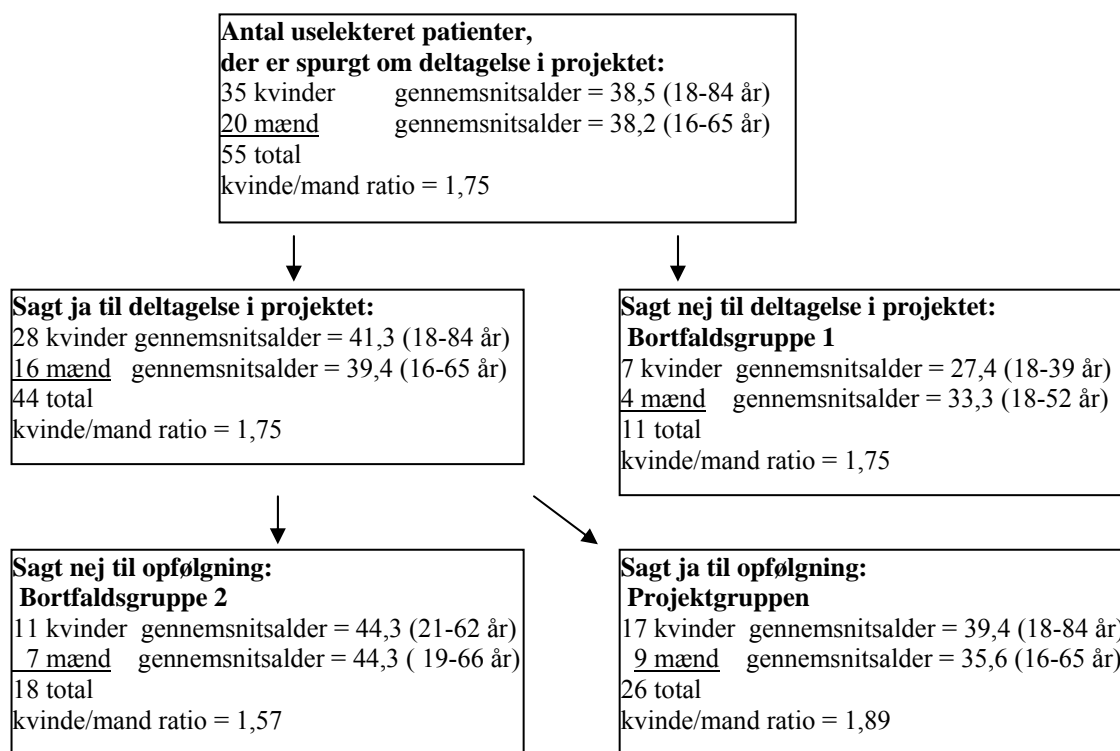


Diagram 3. Opgørelse over antal deltagere i projektet

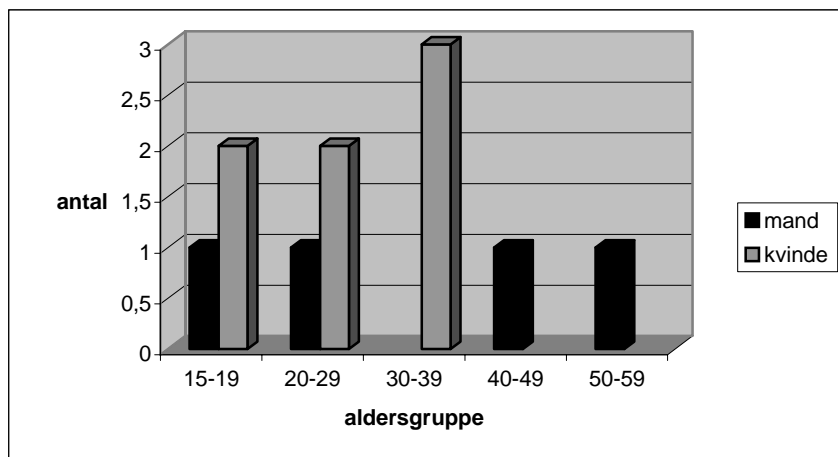
Diagrammet illustrerer over en 9 måneders periode, hvor mange selvmordstruede der blev fundet efter inklusionskriterierne, og hvor mange der faktisk blev fulgt op 2 måneder efter selvmordsforsøget.

Som det ses i diagrammet, er der 2 bortfaldsgrupper. En gruppe der ikke ønskede at deltage i projektet og en gruppe der deltog i første interview, men ikke ønskede at deltage ved det andet interview. Projektgruppen omfatter 26 patienter, der har deltaget både ved første og andet interview.

Bortfaldsgruppe 1:

Bortfaldsgruppe 1 er på 11 personer. Heraf måtte 3 udgå pga. udvisning af landet eller sproglige vanskeligheder.

Neden stående figur viser fordelingen på køn og alder.

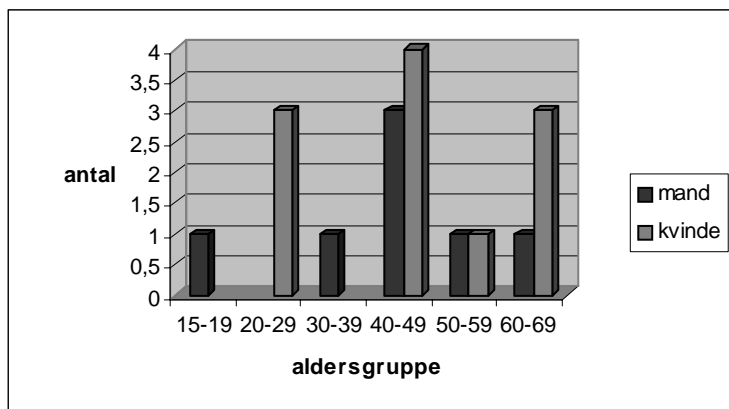


Figur 3. Alder og kønsfordeling i bortfaldsgruppe 1 (N = 11).

Bortfaldsgruppe 2:

Bortfaldsgruppe 2 er på 18 personer. Heraf måtte 3 er udgå, idet de var indlagt på psykiatrisk afdeling på opfølgningstidspunktet efter et nyt selvmordsforsøg.

Nedenstående figur viser fordelingen på køn og alder.

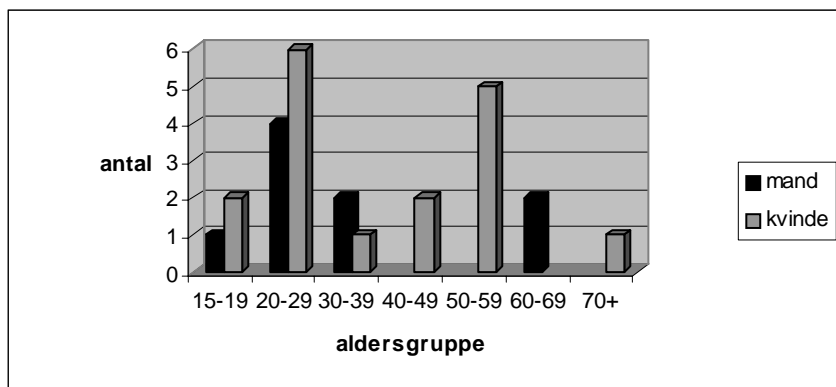


Figur 4. Alders- og kønsfordeling for bortfaldsgruppe 2 (N= 18)

Projektgruppen:

Projektgruppen består af 26 patienter, der både har sagt ja til deltagelse i projektet og i opfølgningen 2 måneder efter kontakten på hospitalet.

Nedenstående figur viser fordelingen på alder og køn:



Figur 5. Alders- og kønsfordelingen i projektgruppen. (N= 26)

Der er små varierende forskelle i de to bortfaldsgrupper, men disse forskelle er ikke signifikante. Bortfaldsgruppe 1 og 2 er heller ikke signifikant forskellig fra projektgruppen, bortset fra behandlingstilbud, jævnfør tabel 4.

For at bedre oversigten er de to bortfaldsgrupper slået sammen og sammen med demografiske data, registreringspraksis, vurdering af risikofaktorer, psykiatrisk tilsyn/-vurdering og behandlingstilbud er resultaterne samlet i tabel 4.

Variabler	Projektgruppen		Bortfaldsgruppe 1 + 2		
Kvinde/mand ratio	1,89		1,54		
	Antal	Gs.	Antal	Gs.	
Gennemsnitsalder, kvinder	17	39,4	18	37,7	$\chi^2 = 0,06$
Gennemsnitsalder, mænd	9	35,6	11	40,3	(N.S.)
	Antal	Procent	Antal	Procent	
Psykiatrisk tilsyn/ - vurdering					
Har fået	24	92%	25	86%	$\chi^2 = 0,53$
Afslået/gået/har ikke fået	2	8%	4	14%	(N.S.)
Har fået behandlingstilbud					
Ja/afslået	21	81%	23	79%	$\chi^2 = 0,02$
Ingen	5	19%	6	21%	(N.S.)
Hvilke behandlingstilbud er givet					
Egen læge/egen læge mhp viderehenvisning	6	30%	8	40%	$\chi^2 = 4,74$
Ambulant (alkohol, psykiater, psykolog)	13	65%	7	35%	$p > 0,05$
Andre	1	5%	5	25%	$p < 0,10$
Selvmoordsforsøgsmetode					
Medicinforgiftning	16	61%	11	38%	$\chi^2 = 4,50$
Medicinforgiftning, alkohol, snit	7	27%	16	55%	(N.S.)
Voldelig metoder	3	12%	2	7%	
Hvilke præparater er anvendt					
Paracetamol/ paracetamol og andre	9	39%	12	44%	$\chi^2 = 0,15$
Andre præparater	14	61%	15	56%	(N.S.)
Risikofaktorer					
Fra 1 –3 faktorer	13	50%	19	66%	$\chi^2 = 3,00$
Fra 4 – 6 faktorer	11	42%	10	34%	(N.S.)
Alle faktorer	2	8%	0	0%	
Tidligere selvmordsforsøg					
Aldrig	13	50%	11	38%	$\chi^2 = 0,83$
Et eller flere selvmordsforsøg	11	42%	15	52%	(N.S.)
Ikke nævnt	2	8%	3	10%	
Anvendt kontaktårsagskoder					
EUN4 er anvendt	5	19%	8	28%	$\chi^2 = 0,90$
X60 – X84 er anvendt	2	8%	1	3%	(N.S.)
EUN4 /X60 – X84 ikke anvendt	19	73%	20	69%	
Har arbejde					
Ja	8	31%	10	34,5%	
Nej	6	23%	10	34,5%	
Under uddannelse	6	23%	2	7%	
Pensionist	6	23%	6	21%	$\chi^2 = 3,26$
Uoplyst	0	0%	1	3%	(N.S.)
Har et misbrug					
Misbrug	7	27%	15	52%	$\chi^2 = 3,51$
Intet	19	73%	14	48%	(N.S.)
Social status					
Ugift	11	42%	8	28%	
Gift	5	19%	9	31%	
Fraskilt	7	27%	9	31%	$\chi^2 = 1,71$
Enke/enkemand	3	12%	3	10%	(N.S.)
Baggrund for selvmordsforsøget					
Alkoholproblemer	2	8%	4	14%	
Problemer i parforholdet	5	19%	8	28%	
Fysisk sygdom/psykisk sygdom	7	27%	5	17%	
Personlige/socialt/økonomiske problemer	11	42%	9	31%	$\chi^2 = 2,75$
Ønsker ikke at oplyse om	1	4%	3	10%	(N.S.)

Tabel 4. Forskelle mellem projektgruppen og den samlede bortfaldsgruppe.

Sammenfatning

Der er en højere k/m ratio i projektgruppen end i bortfaldsgrupperne tilsammen.

Der er høj opfyldelsesgrad ved psykiatrisk tilsyn/- vurdering i både projektgruppen og bortfaldsgrupperne og også i afgivet behandlingstilbud, hvilket kan skyldes at materialet ikke er omfattet de selvmordstruede, der har frekventeret somatisk skadestue og er hjemsendt direkte derfra.

Bortfaldsgrupperne er lidt anderledes end projektgruppen i metodevalg (medicinforgiftning blandet med alkohol/snit vs. medicinforgiftning), og i tidligere selvmordsforsøg (et eller flere vs. ingen)

Afviselserne mellem de to grupper er ikke signifikante med undtagelse af de behandlingstilbud der er givet, som viser en signifikant ($p > 0,05$ og $< 0,10$) forskel på grupperne. Projektgruppen er primært henvist til ambulans opfølgning i alkoholambulatoriet, hos privat praktiserende psykiater/psykolog eller ambulans hos tilsynsgående psykiater, hvor bortfaldsgrupperne primært er henvist til egen læge eller egen læge mhp. videre henvisning til privat praktiserende psykiater/psykolog.

Projektgruppen har en mindre andel af misbrug end bortfaldsgrupperne som fordeler sig næsten ligeligt i misbrug og ikke misbrug. Der er flere ugifte/alene boende i projektgruppen end i bortfaldsgrupperne.

Sammenfattende kan man sige at de to grupper ligner hinanden, se tabel 1.

Bortfaldsgrupperne er lidt anderledes men ikke signifikant forskellig fra projektgruppen og kommer fra sammen population, og derfor kan undersøgelsen bruges som repræsentant for hele gruppen.

De selvmordstruedes forventninger

De 44 selvmordstruede (bortfaldsgruppe 2 og projektgruppen), der sagde ja til at deltage i projektet, blev ved 1. kontakt på akut medicinsk modtage afdeling eller psykiatrisk skadestue, interviewet om deres forventninger til pleje, behandling og efterbehandling. Yderligere blev de dokumenteret planer for behandlingsforslag i lægejournalerne gennemgået.

De selvmordstruede blev kontaktet indenfor de første 24 – 48 timer efter ankomsten til afdelingen.

I det følgende vil deres oplysninger blive beskrevet dels kvantitativt og dels uddybet med nogle udsagn.

Forventninger til plejen og behandling:

Forventninger til plejen og behandlingen?

Forventninger til	Plejen				Behandlingen			
	Gruppe	Ja, godt	Nej, mangelfuldt	Ingen I alt	Ja, godt	Nej, mangelfuldt	Ingen I alt	
Bortfaldsgruppe 2	14	4	0	18	8	4	6	18
Projektgruppen	16	7	3	26	13	4	9	26
i alt	30	11	3	44	21	8	15	44

Tabel 5. De selvmordstruedes forventninger.

Hovedparten af de selvmordstruede oplyste, at plejen var i orden, og at de ikke havde manglet noget. En fjerdedel oplyste, at de havde manglet tilbud om hjælp til personlig pleje, at få hjælp til at komme ud af sengen, at de havde følt sig afvist, at de havde manglet kontakt med personalet og havde manglet information. Nogle få oplyste, at de ingen forventninger havde til plejen.

Godt halvdelen af de selvmordstruede oplyste, at de havde forventninger om at blive behandlet for skaden. Nogle havde manglet mere ”omsorg” fra behandlerens side, og en stor del oplyste at de havde nogle forventninger.

Adspurgt om forventninger til efterforløbet vises resultaterne i nedenstående tabel.

Forventninger til efterforløbet:

Forventning til efterbehandling?

	Bortfaldsgruppe 2	Projektgruppen	I alt	
Efterbehandling	antal	antal	antal	%
Alkoholambulatorium	2	2	4	9%
Psykolog	4	6	10	23%
Psykiater	0	1	1	2%
Egen læge	1	2	3	7%
Indlæggelse på psykiatrisk afdeling	2	2	4	9%
Anden*	1	3	4	9%
Ved ikke	8	10	18	41%
I alt	18	26	44	100%

Tabel 6. De selvmordstruedes forventninger til efterforløbet.

* præst, socialrådgiver, afklaring på asylsag

Hovedparten havde ingen forventninger til efterbehandling. Godt en fjerdedel forventede at blive henvist til psykolog. De færreste forventede at blive henvist til psykiater eller den praktiserende læge

De dokumenterede behandlingsforslag ses i nedenstående tabel.

Dokumenterede planer for efterbehandling

	Bortfaldsgruppe 2	Projektgruppen	I alt		Procent
Foreslået behandling	Antal	Antal	Antal	Antal	
Egen læge/egen læge mhp viderehenvielse	7	6	13	13	29%
Alkoholambulatoriet	4	2	6	6	13%
Egen psykolog/psykiater	1	5	6	6	14%
Ambulant psykiatri	1	6	7	7	16%
Andre*	2	1	3	3	7%
Ingen behandlingstilbud	3	6	9	9	21%
I alt	18	26	44	44	100%

Tabel 7. De dokumenterede planer for efterbehandling.

* indvandrerrådgivningen, socialrådgiver, psykiatrisk skadestue

Hovedparten er blevet anbefalet at gå til egen læge og/eller med henblik på henvisning til enten privat praktiserende psykolog eller privat praktiserende psykiater. En stor del er anbefalet at gå ambulant i psykiatrien eller fortsætte igangværende behandling hos psykolog/psykiater. I godt en fjerdedel af tilfældene er der ikke dokumenteret noget behandlingstilbud. Heraf er der en, der har afslået at modtage behandlingstilbud.

Patienternes forventninger og den dokumenterede anbefalet behandling ses i nedenstående tabel.

Forventninger og anbefalet behandling:

	De selvmordstruedes forventninger	Anbefalet behandling
	Antal	Antal
Egen læge/egen læge mhp viderehenvielse	3	***13
Alkoholambulatoriet	4	6
Egen psykolog/psykiater	*11	**6
Indl. på psykiatrisk afdeling	4	0
Ambulant psykiatri	0	7
Andre	4	3
Ved ikke/ ingen behandlingstilbud	18	9

Tabel 8. Overensstemmelse mellem forventninger og dokumenteret behandlingsforslag

*10 har ønsket psykolog

** 3 er anbefalet at fortsætte hos egen psykolog

*** heraf 2 mhp psykolog, 4 mhp psykiater

Som det ses af tabellen, stemmer de selvmordstruedes forventninger til efterbehandling ikke helt overens med den anbefalet behandling. Der er flere selvmordstruede, der ønsker psykolog, end der er givet anbefaling til (10 vs. 5). Modsat er der flere, der har fået anbefalet psykiatrisk behandling, kontakte egen læge end der har været forventninger til (5 vs 14). Halvdelen af dem, der ingen forventninger havde, har ikke fået anbefalet nogen behandling.

Uddybning af de selvmordstruedes forventninger ved eksempler

I det følgende præsenteres nogle udsagn fra de 44 selvmordstruede, om deres forventninger til plejen, behandlingen og efterbehandlingen på akut medicinsk modtageafdeling og psykiatrisk skadestue.

Vedrørende plejen:

"De er gode til at fortælle hvad de gør og hvorfor"

"Jeg har ikke manglet noget. Alt var yderst professionelt på fysisk og psykisk plan"

"Modtagelsen i skadestuen var dårlig. De ville ikke høre på hvad min veninde sagde. Jeg kunne ikke sige noget, fordi jeg kastede op hele tiden".

"Jeg følte personalet var racistisk overfor mig. Der var en der meget langsomt spurgte mig om "taler du dansk"".

"Jeg fik ikke tilbudt noget at drikke. De kunne da se, at jeg ikke er i stand til selv at komme ud af sengen".

"Jeg manglede nogen, der bare ville sætte sig ned og lytte til mig".

"Der er et koldt miljø i psykiatrisk skadestue. Personalet sidder for sig selv og patienterne sidder for sig selv".

Det har hjulpet at være herinde. Der er hele tiden personale omkring én".

"Jeg håber, at det er det rigtige, men jeg er i tvivl, fordi det er gruppeterapi, men jeg er villig til at prøve"

"Vil bare dø, skal bare ligge her og rådne op"

"Hvis lægen synes at det er det bedste, så er det det"

"Når man bad om præsten blev himmel og jord sat i bevægelse for at finde min præst"

"Syntes at støtten og vejledningen var alle tiders, der var nogle hele tiden."

"Jeg følte ingen støtte fra psykiaterens side, men det var der fra personalet"

Vedrørende behandlingen:

"Alle var søde og venlige, men der manglede meget i kommunikationen. Jeg ønskede meget at alle lægesamtaler var med tolk. Men lægen mente ikke det var nødvendigt, da han syntes at jeg talte et tilstrækkeligt engelsk".

"Kun at blive reddet"

"De gav mig ikke min antidepressive medicin, selv om jeg sagde at det var nødvendigt"

"De behandlede ikke min blærebetændelse før de sendte mig hjem"

"Jeg følte mig presset til at tage imod psykiatrisk tilsyn, men det er fint nok".

"Hospitalet skal vænne sig til, at gå mere i flæsket på folk og sige: "Vi synes, det vil være en god ide" og ikke "kunne du tænke dig" - Nej det ved gud jeg ikke kunne".

"Jeg synes det er en god ide med psykiatrisk tilsyn. Jeg fik det ikke tilbudt, men jeg regnede med, at det er normalt med psykiatrisk tilsyn, når man nu har lavet sådant noget".

Jeg følte jeg blev sendt hjem for tidligt. Men de sagde, at der var overbelægning".

"Jeg følte at psykiateren talte ned til mig. Jeg fik skyldfølelse"

"Jeg havde en forventning om at psykiateren havde givet mere tid til samtale"

"Jeg følte ikke at psykiateren forstod, hvad jeg sagde, min mand sagde flere gange, at det er ikke det hun mener"

"Det gik for stærkt, jeg var påvirket endnu af al den medicin, jeg havde taget"

"Jeg følte ikke, jeg blev taget alvorlig"

"Ville gerne have været vejledt mere på vej. Det er mærkeligt at stå med helt åbne valg"

"Det er fint nok, at psykiateren kommer. Når man er i den situation, ved man ikke, hvad der er bedst for én"

"Psykiateren er ikke specielt overbevisende i sine tilbud"

"Jeg var ikke i stand til at tage stilling til behandlingstilbuddene"

"Det er svært at vælge mellem tilbuddene, det er svært at skelne mellem forskellen, og hvad er bedst for mig nu og her. Der manglede information om de forskellige behandlings tilbud. Jeg ville helst have hørt, at det skal du gøre"

"Sagde nej til psykolog. Hvis der var blevet talt i en pænere tone, kunne det godt være jeg havde taget imod tilbuddet"

Vedrørende efterbehandling:

"Jeg havde en forventning om at blive henvist til enten en psykolog eller en psykiater"

"Jeg forventede at blive indlagt, men det mente lægen ikke var nødvendigt. Jeg følte at alle problemerne bare blev overladt til min mand"

"Jeg har ingen forventninger"

"Jeg afslog psykiatrisk tilsyn, jeg har større tillid til min egen psykiater".

"Mine forældre, har lavet en aftale med en psykolog i næste uge"

"Jeg vil helst tale med min præst og min egen læge"

"Min morfar har forsøgt selvmord, min stedfar har begået selvmord. Det er en oplært løsning på problemerne. Jeg vil gerne hjælpes"

"Jeg har kun forventning om at komme hjem, at tage mig sammen og komme videre med mit liv".

"Jeg vil helst have en god snak med en psykolog, men det er OK med psykiater, bare ikke så godt"

"Jeg vil gerne på alkoholafvænnning, men jeg regner ikke med at det holder. Jeg har prøvet det før"

"Jeg ved ikke hvad der kan hjælpe"

"Jeg håber på at få hjælp til at få fjernet tanker om selvmord"

"Vil gerne genopstarte i Lænken"

"Jeg ønsker kun at komme hurtig hjem"

"Jeg vil gerne på afvænnning for mit misbrug, helst på Sct. Hans"

"Jeg føler mig svigtet af systemet, det ville være bedre med en zoneterapeut"

”At komme til min egen læge”

”Håber at få nogen at tale med til at tage det der trykker, helst en psykolog”

”Jeg vil helst på fobiskolen”

”Ønsker at få hemmelig adresse, så jeg kan få ro og fred med min søn”

Sammenfatning

Hovedparten af de selvmordstruede var godt tilfredse med både plejen og behandlingen og føler at deres forventninger var blevet indfriet.

De selvmordstruede, der ikke havde fået indfriet deres forventninger til plejen og behandlingen, oplyser, at det de mest havde manglet var i kontakten med personalet. At kommunikationen var for dårlig, at der ikke var nogen der havde tid til at tale med dem, at lytte til dem, at de havde følt sig overset.

Angående psykiatrisk tilsyn inden hjemsendelsen, syntes de fleste af de selvmordstruede, at det er godt og bør være noget alle får, men at psykiateren gerne måtte bruge mere tid til samtalen og til at vejlede i hvilket behandlingstilbud, der er bedst. På det tidspunkt i forløbet oplyser de selvmordstruede, at de ikke selv er i stand til at vurdere, hvad der passer bedst til dem og de har heller ikke kendskab til, hvad behandlingstilbuddene indeholder.

De selvmordstruedes forventninger passer ikke i overensstemmelse med behandlernes anbefalede behandlingstilbud. Der er flere, der har fået anbefalet psykiatrisk behandling og at kontakte egen læge, end de havde ønsket, og der er færre, der har fået anbefalet psykolog, end de havde ønsket. Halvdelen af dem, der ingen forventninger havde til efterbehandling, er ikke blevet anbefalet en efterbehandling.

Dette kan muligvis skyldes den lange ventetid, der er på at kunne komme til psykolog, samt den selvmordstruedes økonomiske situation.

De selvmordstruedes oplevelse af efterforløbet

Ud af de 44 selvmordstruede, der indgik i projektet blev 26 fulgt op med et efterfølgende interview 2 måneder efter 1. kontakt på hospitalet. Hos 4 af de 26, blev der forsøgt aftaler 2 – 3 gange før interviewet blev gennemført. Enten havde de lavet andre aftaler, eller glemt det. En enkelt havde i perioden boet et andet sted.

Ved 2. interview blev de selvmordstruede primært spurgt, om de havde fulgt den behandlingsplan, der blev lagt inden hjemsendelsen, og om de havde følt en sammenhæng i efterforløbet.

I det følgende vil deres oplysninger blive beskrevet dels kvantitativt og dels uddybet med udsagn.

Nedenstående tabel viser, hvordan de selvmordstruede opfattede den anbefalede behandling, om de havde fået ændret behandlingen samt om de havde fulgt behandlingen samt informationer om ventetid.

Anbefalet behandling	Rette behandling			Anden behandling	fulgt behandlingen				Ventetid	
	Ja	Nej	Usikker		Ja	Nej	Afslag	Ikke startet		
Egen læge/ egen læge mhp videre henvisning	6	2	2	2	3*	4	1		1	ingen til 2 mdr.***
Alkoholambulatorium	2	1	1		1**	1		1		ingen til 2 mdr.
Egen psykolog/ Psykiater	5	3		2	1	4	1			ingen til 2-3 uger
Ambulant psykiatri	6		3	3		6				2 uger til 2 mdr.
Anden	1		1			0		1		2 mdr.
I alt	20	6	7	7		5	15	2	2	1

* = psykiater

** egen læge

*** før patienten gik til egen læge

Tabel 9. De selvmordstruedes mening om behandlingen og om den er blevet fulgt.

Af de 20 der har fået en anbefalet behandling, mente godt en tredjedel at det var den rette. En tredjedel oplyste at det ikke var den rette behandling og nogle er via egen læge henvist til anden behandling, og en tredjedel var usikre. Hovedparten har fulgt behandlingstilbuddene med mindst 1 besøg. 2 har ikke fulgt behandlingsforslaget og 2 har fået afslag med den begrundelse at de ikke hørte til målgruppen og 1 er ikke startet pga. ventetid. Ventetiden har været fra 1 dag til 2 måneder.

5 har ingen behandlingstilbud fået rettet mod selvmordsforsøget heraf har 3 selv opsøgt egen læge mhp. behandling, 1 har afslået. 2 er henvist til privat praktiserende psykiater, og 1 bliver fulgt hos egen læge. De 2 syntes at det var den rette behandling og 1 var usikker. 2 havde fulgt behandlingen og 1 var endnu ikke startet pga. ventetid. Ud af de 26, er 3 ikke i behandling.

De selvmordstruede er spurgt, om de syntes der var sammenhæng i forløbet fra hjemsendelsen til opstart af behandling. Ud af de 23 der har fået behandlingstilbud enten fra hospitalet eller via egen læge, har 9 sagt ja, 13 har sagt nej og 1 kunne ikke svare på spørgsmålet. Som begrundelse er angivet:

- 11 (42 %) at de har manglet en form for kontakt, enten ved et hjemmebesøg ved kontaktpersonen på afdelingen, eller psykolog eller anden professionel. (Den 1 af de 11, er ikke i behandling).
- 4 har været tilfredse med efterforløbet
- 5 ved ikke
- 4 har haft andet ønske, bl.a. arbejde, familie og at dø

Uddybning af de selvmordstruedes oplevelser af efterforløbet ved eksempler

I det følgende præsenteres nogle udsagn fra de 26 selvmordstruede, om deres oplevelser af efterbehandlingen og sammenhæng i efterforløbet.

Om behandlingen:

"Synes ikke at jeg kunne bruge det til noget, han hev meget efter ordene. Men det var rart at få snakket om tingene"

"Jeg havde forventet støtte og forklaring omkring min kones død fra præsten, men hun stillede bare krav til mig"

"Besøget hos min læge var en fiasko, - han sagde nu skulle jeg til en psykiater"

"Ved samtalen hos psykiateren, fik jeg andre tilbud, som var mere relevante"

"Det var spild af tid. Jeg fik mere ud af, at tale med min familie"

”Jeg gik selv til min læge og blev henvist til psykiater. Jeg har tid i morgen”
 ”Jeg har været hos psykiateren én gang, så blev det vurderet, at der ikke var behov for mere”
 ”Jeg har været hos min egen læge én gang, men jeg har ikke været der siden – det gør ikke noget – jeg vil hellere i arbejde”
 ”ja, men de kunne ikke tage mig”
 ”Det er ikke den rigtige behandling, der bliver bare givet medicin”
 ”Jeg har flere gange forsøgt at ringe til psykiateren, men jeg kan ikke komme igennem”
 ”Jeg var til den første samtale, men udeblev fra den næste, der var 1½ måned til, så jeg mistede lysten”
 ”Der er samtalegrupper 2 gange om ugen, det er godt”
 ”Samtalegrupper er ikke lige mig, min egen psykiater er bedre”
 ”De sagde, at jeg ikke hørte til deres målgruppe”
 ”Jeg har kun været hos psykolog en gang. Jeg har fået arbejde, det giver mig sjælefred”
 ”Jeg har ikke været hos min egen psykiater, jeg skulle selv tage kontakt”
 ”Jeg fik ikke noget tilbud. Min mand tog kontakt til vores læge, og der var jeg dagen efter - og kommer der én gang om ugen”
 ”Der gik en måned før indkaldelsen kom – det er for lang tid”
 ”Det er godt, føler jeg har brug for én eller anden, og at de kan tilbyde det jeg har brug for”
 ”Min egen læge følger op”
 ”Jeg kommer der 2 gange om ugen”
 ”Løsningen er at komme i gang med et arbejde”
 ”Føler at det var spild af tid, har fået tusind mere ud af at tale med familien og venner hen af vejen, end sådan en fremmed person, som jeg tilfældig har mødt en gang på hospitalet”
 ”Det var en bedre oplevelse at være hos en healer, end psykologen. Det er bare for dyrt”
 ”Der har ikke været nogen opfølgning”

Om sammenhængen:

”Forløbet fra AMA til psykiatrisk skadestue var god, derefter var et brist, fordi jeg ikke blev indlagt, men ”bare” kunne gå hjem uden at have fået et egentligt behandlingstilbud. De få dage før jeg kom til lægen, følte meget lang”
 ”Da der ikke var mulighed for at blive indlagt, burde der have været mulighed for samtaleforløb i psykiatrisk skadestue, eller ved et besøg her hjemme”
 ”Man er lukket, når man kommer hjem, specielt over for ens ægtefælle, det er nemmere at tale med en fremmed”
 ”Det er bare ligesom man bliver glemt”
 ”Jeg havde brug for at tale med nogen i den første uge”
 ”Jo længere tid der går, jo nemmere har man ved at lukke i igen”
 ”Det ville have været rart, at der havde været nogen, man kunne ringe til, eller de havde ringet til mig”
 ”Det var først, da jeg var ved at forsøge igen for 3. gang, at jeg blev indlagt”
 ”Jeg har ikke været der endnu”
 ”Det er godt, at der er nogen der kommer og ser om jeg har det godt”
 ”Der har ingen sammenhæng været, da jeg ikke fik noget behandlingstilbud”
 ”Ventetiden var for lang, jeg forsøgte at skære mig selv igen 4 dage efter jeg kom hjem - hvis nogen havde kontaktet mig, kunne det måske have været undgået.”
 ”Jeg blev kontaktet af en socialrådgiver lige efter jeg kom hjem og hun vil kontakte mig igen om et par måneder. Det er rart at vide, at der er nogen der har snor i én - det bør gøres fast”
 ”Jeg tog direkte derud, og jeg kommer der stadig, hvis jeg skulle have været hjem først, ville jeg nok aldrig være mødt op”
 ”Tog direkte til min læge dagen efter, og et par dage senere til psykiater”
 ”Jeg har været der 2 gange, og har en ny tid om 14 dage”

”Havde håbet, at jeg havde fået en liste over nogen jeg kunne ringe til”
”Jeg havde brug for en fremmed at tale med”
”Tiden til psykiateren er for lang, der skal ske noget allerede indenfor et par dage, så man kan komme hurtigere ud med det, få talt om det”
”Jeg tog direkte hjem til min familie, som ikke lod mig være alene, andet end når jeg sov”
”Jeg havde allerede en tid hos min psykiater”
”Jeg har savnet én, der havde taget kontakt til mig, og spurgt hvordan går det?”
”Ventetiden er for lang, jeg var ved at sige fra, fordi jeg har fået arbejde”
”Der skulle have nogle professionelle, der kom hjem og talte med én”

Sammenfatning

De fleste havde fulgt den anbefalede behandling, selvom nogle ikke syntes det var den rigtige. Enkelte af dem fik behandlingen ændret til en anden. Få var fejlhenvist, en til alkoholambulatoriet og en til indvandrerådgivningen. Undersøgelsen tyder på, at der skal bruges mere tid til udredningen/bedre kommunikation med den selvmordstruede, for at finde den rette behandling til den enkelte.

Halvdelen af dem der intet anbefalet behandlingstilbud fik, har selv sørget for en behandling via deres egen læge. De fleste mener, at det er godt med et behandlingstilbud og har ligeledes fulgt denne.

Det er de færreste som mener, at der har været sammenhæng i efterforløbet. De oplyser, at ventetiden generelt er for lang, før de kan starte på behandling, nogle mister lysten, nogle opgiver og andre bliver optaget af arbejde.

Hovedparten har givet udtryk for, at der er sluppet mellem hospitalet og opstart på behandling, har manglet en form for kontakt med det professionelle system.

Evalueringsfasen

Ser man på den selvmordstruedes vej gennem systemet med fokus på de kritiske ”øjeblikke”, faktorer og forhold af betydning for en person, der har forsøgt selvmord, vil den se således ud:

- Der er ingen nedskrevne specifikke procedurer for behandling af den selvmordstruede i somatikken ud over det rent skademæssige. I psykiatrien er der overordnede procedurer rettet mod faktorer der øger risikoen, men ingen specielle procedurer for den gruppe af selvmordstruede, der ikke skal indlægges.
- Der er ingen nedskrevne procedurer over de behandlingsmuligheder der er, og pjecematerialet er ikke revideret.
- Der er en ufuldstændig registreringspraksis vedrørende selvmordsforsøg (EUN4 og X60-X84).
- Der er generel en forholdsvis snæver definition af selvmordsforsøg.
- At psykiatrisk tilsyn/vurdering, samt behandlingstilbud fremsættes som et tilbud, som den selvmordstruede kan sige ja eller nej tak til, uanset deres baggrund og aktuelle mentale tilstand.
- At ved matchning/compliance tages der ikke hensyn til at den selvmordstruede er i krise, og derfor ikke kan tage stilling til mulighederne.
- At forudsætningerne ikke er tilstrækkelige tilstede i form af regelmæssig oplæring/undervisning i selvmordsadfærd og træning i kommunikationen med den selvmordstruede.
- At personalets (læger, plejepersonale) forventningerne vedrørende behandlingstilbud til personer, der har forsøgt selvmord ligger hos psykiateren og opfølgningen ligger hos egen læge.

- At kommunikationen/samarbejdsrelationerne sektorerne imellem ikke er god nok, og at mulighederne i dag for opfølgning til den selvmordstruede ikke er tilstede.
- At den behandlende instans giver behandlingstilbuddet ud fra ”vanemæssig” henvisning og ikke ud fra et individuelt tilpasset behandlingsbehov.
- At der i dag ikke er mulighed for kontakt med den selvmordstruede i regiskiftet fra hjemsendelsen, og at der ingen sammenhæng er i efterforløbet.
- At det er påfaldende, der intet tilbud er til de pårørende/netværket og hvor lidt de egentlig medinddrages, idet en af risikofaktorerne er forekomst af selvmord/-forsøg i familien eller i det øvrige netværk.

Undersøgelsen viser, at der er en opfyldelsesgrad på 71 % vedr. psykiatrisk tilsyn/-vurdering, at kun godt en tredjedel af selvmordsforsøgene bliver registreret med kontaktårsag EUN4 og DX60 – DX84, hvilket gør at brugen af disse som indikator for kvalitet på nuværende tidspunkt ikke er realistisk. Endvidere viser undersøgelsen, at der ikke foreligger nogen specifik målsætning for indsatsen over for den selvmordstruede.

Dette kan dels hænge sammen med personalets definition af selvmordsforsøg, dels at medarbejdernes kompetence/faglighed til at imødekomme den selvmordstruedes behov på en professionel måde ikke er tilstrækkelig tilstede, og dels at der ikke er tradition for tværsektorielt samarbejde med inddragelse af f.eks. patientens egen læge på et tidligt tidspunkt i forløbet.

Fra resultater til løsningsforslag

I dette afsnit vil der blive præsenteret nogle overvejelser om, hvordan indsatsen overfor den selvmordstruede kan kvalitetsforbedres ud fra de fund undersøgelsen har påvist.

Men før man går i gang, er det vigtigt at tage stilling til, hvilken effekt man vil forsøge at opnå med sin indsats.

Det er ligeledes vigtigt at gøre sig klart, at der til den enkelte selvmordstruede person på den rigtige måde gives et individuelt tilpasset behandlingstilbud på det rigtige tidspunkt i forløbet.

Da der er ventetid på behandling hos bl.a. privatpraktiserende psykiater/-psykolog, må man overveje hvilke muligheder de selvmordstruede har i ventetiden. Eksempelvis samtaler hos egen læge, socialcenter, hjemmeplejen, Livslinien, Skt. Nicolai-tjenesten, den lokale præst, psykiatrisk skadestue m.m.

I kvalitetsudviklingen for de selvmordstruede bør man med hensyn til det organisatoriske og professionelle kvalitetsperspektiv forholde sig specifikt med hensyn hertil, hvilket Amager Hospitals kvalitetspolitik giver grundlag for (bilag 4).

I det følgende vil der blive præsenteret en række forslag, som vil kunne medvirke til en forbedret kvalitet af indsatsen over for de selvmordstruede. Forslagene præsenteres i fire hovedgrupper.

Projektets forslag:

Definition og registrering

For at lette identifikationen og registreringen af de selvmordstruede foreslås, at der udarbejdes en fælles definition af selvmordsforsøg/selvskadende handling som er gældende for hele hospitalet, og at det indskærpes at somatisk skadestue indberetter kontaktårsag EUN 4 = selvmord/selvordsforsøg (Selvtilføjet skade. Selvmutilation/villet egenskab) ved aktionsdiagnoser i intervallet DR00-DR999, DS00-DT799 eller DZ00-DZ999, samt at

psykiatrisk skadestue ved kontaktårsag 4 anvender diagnosekoder fra intervallet DX60- DX84 som aktionsdiagnose, endvidere at akut modtagerafdeling (og andre somatiske afdelinger) bruger kontaktårsagskoden ved udskrivningen, hvis der er aktionsdiagnoser i intervallet DS00-DT799 (22).

Værktøjer og opkvalificering

Som hjælp til alle medarbejdergrupper foreslås, at der udarbejdes klare retningslinier/procedurer til identifikation, psykiatrisk tilsyn/vurdering og behandlingsmuligheder til de selvmordstruede. Dette kunne f.eks. være en screeningscheckliste med risikofaktorer som et standardark i alle journaler eller en guidelines til identifikation, vurdering og behandling af de selvmordstruede (23). At psykiatrisk tilsyn/-vurdering ikke gives som et tilbud, men indarbejdes som en standardprocedure ved selvmordsforsøg, og at der på alle afdelinger er en liste over de eksisterende behandlingstilbud med åbningstider, tlf.nr. og adresser.

For at fastholde en viden på området, og idet der er jævnlig udskiftning af personalet foreslås, at der på linie med f.eks. hjertestopundervisning, afholdes jævnlige obligatoriske kurser i selvmordsadfærd med bl.a. holdningsbearbejdning/kommunikations med den selvmordstruede, og at der vælges nøgleperson/nøglepersoner, der får en længerevarende uddannelse indenfor området mhp. fastholdelse og videre formidling af viden på området. Kan evt. kobles sammen med ”utilsigtede hændelser” idet selvmord/selvmordsforsøg indgår heri. Endvidere foreslås at f.eks. den psykiatriske skadestue får til opgave jævnligt at ajourføre listen over behandlingstilbuddene.

Opfølgning af de selvmordstruede

Ved litteraturgennemgang har det vist sig at, opfølgning af de selvmordstruede har en vis effekt med hensyn til en bedre compliance og også nogen effekt mht. reduktion af recidiv (24,25). I ”Forslag til handlingsplan...”(4) anbefales det at give de selvmordstruede et støttende og ledsagende princip til behandlingsstedet. Af eksisterende muligheder i dag, er dette kun muligt til psykiatrisk skadestue, som har døgnåbent og delvist alkoholenheden pga. åbningstiderne.

Derfor foreslås det, at uanset hvilket regi patienten henvises til, er det vigtigt at sørge for at patienten når frem til foreslåede behandlingstilbud. Mange selvmordstruede patienter vil have brug for en støttende og ledsagende indsats Den første tid for videre behandling skal afdelingen derfor aftale med behandlingsstedet, samt give aftalen skriftligt til patienten med angivelse af behandlingsstedets adresse og telefonnummer. Henvises patienten til egen læge, skal epikrisen tilsendes lægen hurtigt. Epikrisen skal altid indeholde oplysninger om, hvilket opfølgningstilbud, patienten er blevet foreslået. Har patienten fået en behandlingstid direkte efter udskrivning fra hospitalet, bør patientens fremmøde sikres. Hospitalet kan betale en taxa/ambulance, patienten kan følges af personale, eller man kan inddrage pårørende, og bede disse følge patienten til behandlingsstedet

I dag er der ingen eksisterende muligheder for opfølgning af de selvmordstruede efter hjemkomsten, derfor foreslås det, at opfølgningen allerede begynder, ved det psykiatriske tilsyn/-vurdering, og at der etableres en opfølgende kontakt til den selvmordstruede efter hjemkomsten. Dette kan ske, hvis der kan oprettes en liaisonfunktion, som foruden at sikre det psykiatriske tilsyn/-vurdering også tager kontakt med den selvmordstruede efter hjemkomsten.

Formidling og samarbejdspartner

Fra "Forslag til handlingsplanen..."(4) ved man, at den selvmordstruede ofte har været i kontakt med mange instanser inden selvmordsforsøget, bl.a. den praktiserende læge, socialforvaltning, misbrugscentre m.m. Her kan der ligeledes ligge en viden om den selvmordstruedes baggrundsproblemer, der kan være af vigtighed for udredning/vurdering og visitation til behandling og opfølgning.

Endvidere har samarbejdspartnerne i undersøgelsen udtrykt ønske om tættere samarbejde med hospitalet bl.a. mhp at kunne formidle viden om deres målgrupper og være konsulenter.

Ligeledes har akut modtageafdeling udtrykt ønske om deltagelse fra psykiatrien ved "tavlemødet" mhp. en bedre tilrettelæggelse af behandlingsforløbet for den selvmordstruede.

Derfor foreslås det, at for at kunne skabe de bedst mulige forudsætninger for sammenhæng i efterforløbet og give det rette individuelle behandlingstilbud til de selvmordstruede, at behandlingsstedet så tidligt i forløbet som muligt medinddrager f.eks. den praktiserende læge, socialforvaltning, misbrugscentre, pårørende/netværket m.m. for at indhente så mange baggrundsoplysninger som muligt, og samtidig give hurtig tilbagemelding til samarbejdspartnerne om vurderingen samt behandlingstiltag.

Det foreslås endvidere at der er deltagelse fra psykiatrien ved "tavlemødet", idet der hermed tillige kan skabes en formidling af viden om selvmordsadfærd og behandlingstiltag.

Det foreslås ligeledes at der tilbydes pårørende/netværket mulighed for krisehjælp.

Til sidst foreslås det, at man gennemfører effektundersøgelser for at undersøge virkninger af indsatserne over for de selvmordstruede, og her vil indikatorer som registrering og recidiv kunne anvendes.

Handlingsfasen

Løsningsforslagene har været forelagt psykiatrisk afdelings afdelingsledelse, og sammen med en nedsat arbejdsgruppe vedr. utilsigtede hændelser blev der udarbejdet en skrivelse til Hospitalsdirektionen ved sygeplejedirektør Kirsten Poulsen samt til hospitalets kvalitetsråd.

Vi havde følgende et møde med hospitalsdirektøren ved sygeplejedirektør Kirsten Poulsen, hvor projektets resultater blev drøftet. Det blev ved dette møde aftalt, at der fra Hospitalsdirektionen blev udpeget et hurtigt arbejdende udvalg, som skulle:

- udarbejde fælles vejledninger gældende for hele hospitalet
- beskrive hvorledes undervisningen om selvmordsadfærd kan indarbejdes i de involverede afdelingers faste undervisningsprogram
- at forslagene skulle være færdige inden udgangen af november måned 2003, og sendes til godkendelse i Hospitalsdirektionen

Arbejdsgruppen kom til at bestå af repræsentanter fra somatisk skadestue sygeplejerske Gitte Ibsen, fra ortopædkirurgisk afdeling overlæge Marianne Backer lægelig ansvarlig for somatisk skadestue, fra akut medicinsk modtageafdeling klinikoversygeplejerske Anne-Louise Thorbjørnsen, fra psykiatrisk skadestue sygeplejerske Birgit Andreassen samt projektansvarlige overlæge dr. med. August G Wang og projektlederen Marianne Hvid.

Arbejdsgruppen har fokuseret på følgende løsningsforslag:

- Udarbejdelse af en fælles definition på selvmordsforsøg, gældende for hele hospitalet.
- Udarbejdelse af standarder til vurdering af den selvmordstruede patient med risikovurdering, tydeliggøre hvornår der skal rekvireres psykiatrisk tilsyn/-vurdering, samt hvorledes selvmordsforsøg/selvskadende handling skal registreres med brug af EUN4 og DX60*-DX84*

- Udarbejdelse af en samlet opdateret oversigt over opfølgingsmuligheder for selvmordstruede patienter, der ikke skal direkte behandles i psykiatrisk afdeling. Psykiatrisk skadestue skal 1 gang om året a jour føre denne samlet oversigt.
- Udarbejdelse af ”Green Card” til udlevering til den selvmordstruede samt udarbejde en patientfolder med information om bl.a. henvendelsesmuligheder mm.

Arbejdsgruppen mener, at fremtidig undervisning skal baseres på ovennævnte punkter, og at der yderligere skal tilføjes emner for, hvorledes kontakten/samtalen med den selvmordstruede skal foregå.

Arbejdsgruppens medlemmer mente sagtens, at undervisningen kan indgå i afdelingernes regelmæssige undervisning. Endvidere overvejer arbejdsgruppen, om medarbejderen en gang årligt skal have et obligatorisk tværfagligt undervisning om selvmordsadfærd.

Arbejdsgruppen vil drøfte nærmere, om der skal anvendes en checkliste til risikovurdering.

Udgifter i forbindelse med hospitalsbehandlingen.

Projektet har undersøgt, hvad de 55 selvmordstruede har haft i direkte hospitalsudgifter ved første kontakt og udregnet en gennemsnitspris pr. person der har forsøgt selvmord.

Samlet udgift: kr. 917.084,00

Gennemsnitspris: kr. 16.675,00

Ud fra forundersøgelsen ved vi, at der gennemsnitlig er 1 selvmordstruede person, der kommer i kontakt med Amager Hospital i døgnet.

Årlig udgift: kr. 6.086.375,00

Man ved at en tredjedel af de selvmordstruede gentager forsøget hyppigst det første år efter, hvilket giver en udgift på (26,27,28,29,30): kr. 2.028.792,00

Hvis man med en aktiv forebyggelse kan få halveret recidivhenvendelserne, kan der i direkte hospitalsudgifter spares: kr. 1.014.396,00

Ordliste

<u>Bias:</u>	Bias betyder skævhed.
<u>Compliance:</u>	Patientens evne til at fastholde den aftalte behandling.
<u>Dialektisk:</u>	En samtalekunst med vægt på fælles søgen mod løsninger
<u>Faglighed:</u>	En medarbejders uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund samt medarbejderens menneskelige indsigt samlet gennem kontakten med mennesker i det professionelle og private liv.
<u>Kvalitet:</u>	Kvalitet bruges i kvalitetsudvikling som udtryk for i hvilken grad en ydelse eller et resultat svarer til de opstillede mål. (31)
<u>Kvalitetsforudsætninger:</u>	De forudsætninger der skal være til stede, for at kunne opfylde kravet om kvalitet, som eks. mål, nedskrevne retningslinier, kompetencer, uddannelse/oplæring, implementering af nye retningslinier og opgaver.
<u>Kvalitetsudvikling:</u>	Kvalitetsudvikling er en kontinuerlig og dynamisk proces, der skal forbedre kvaliteten ved at inddrage ny viden og revurdere den nuværende kvalitet inden for de eksisterende rammer.(32)
<u>Matchning:</u>	At behandling, tilbud om behandling passer sammen med det individuelle menneske, i denne sammenhæng, det menneske der har forsøgt at begå selvmord.
<u>Patientforløb:</u>	At der er en sammenhæng i de aktiviteter, kontakter og hændelser for selvmordstruede fra første kontakt med praktiserende læge/vagtlæge til hospitalet, gennem hospitalsopholdet og i efterforløbet efter hjemsendelsen, og indtil den selvmordstruede ikke længere har behov for denne kontakt.
<u>Procedurer:</u>	Formelle: Et sæt af regler/fremgangsmåder, udarbejdet af ledelsen, for hvad det sundhedsfaglige personale skal gøre under de givne kliniske omstændigheder. Disse forskrifter giver sig til udtryk i nedskrevne procedurer, kliniske retningslinier og instrukser. (32) Uformelle: Ikke nedskrevne regler, men viden og eller erfaringer som medarbejderne har indhøstet gennem arbejdet eller har med sig fra tidligere arbejdspladser.
<u>Reliabilitet:</u>	I hvor høj grad en undersøgelse, foretaget af en anden person, giver det samme resultat
<u>Samarbejdsrelationer:</u>	Flere sundhedsfaglige personer på tværs af sektorer der arbejder sammen om en fælles opgave, og måden de gør det på i relation til den selvmordstruede.
<u>Standard:</u>	1) Det mål for kvalitet man i den konkrete situation inden for en afgrænset tidsperiode og ressourceramme arbejder efter at nå eller fastholde. (33) 2) Almindelig accepterede, objektive beskrivelser af kvalitetsmål, f.eks. i form af regler, instrukser, vejledninger, retningslinier, baseret på ekspertkonsensus, forskningsresultater og dokumentation i den videnskabelige litteratur. (33)
<u>Visitationsregler:</u>	Regler for en foreløbig undersøgelse af den selvmordstruede, for at afgøre hvor de efterfølgende tiltag skal tages.

Litteratur

- 1: <http://www.selvordsforskning.dk/> 2000
- 2: <http://www.selvordsforebyggelse.dk>
- 3: Hawton K, van Heeringen K (eds.). The international Handbook of Suicide and attempted Suicide. Wiley, Chichester 2000
- 4: Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen, 1998
- 5: Michel K, Valatie I, Webwe V. Understanding deliberate self-harm: the patients' view. Crisis 1994;15(4):172-8
- 6: Hawton K, Bancroft J, Catalan J, Kingston B, Stedeford A, Welch N. Domiciliary and out-patient treatment of self-poisoning patients by medical and non-medical staff. Psychological Medicine 1981; 11: 169-177
- 7: Retterstøl N. Selvmord. Universitetsforlaget, Oslo 1990
- 8: Ettliger RW. Suicide in a group of patients that had previously attempted suicide. Acta psychiat scand 1964; 40: 363-378
- 9: Thorhorst A, Möler HJ, Burk F, Kurz A, Wachtler C, Lauter H. The psychiatric management of Parasuicide patients: a controlled clinical study comparing different strategies of outpatient Treatment. Crisis 1987; 8:53-61
- 10: Van Heeringen C, Jannes S, Buylart W, Henderick H, De Bacquer D, van Remoortel J. The Management of non-compliance with referral to outpatient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. Psychological Medicine 1995; 25:963-970
- 11: Dieserud G. et al. suicidal behaviour in the municipality of Bærum, Norway: A 12-year Prospective study of parasuicide and suicide. American Ass. of Suicidology 2000; vol 30: no 1.
- 12: Cedereke M, Monti K, Öjehagen A. Telephone contact with patients in the year after a Suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. Eur Psychiatry 2002; 17: 82-91
- 13: Motto J, Bostrom A. A Randomised Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. Psychiatric Services 2001; 52:6
- 14: WHO. Mål for sundhed for alle år 2000 – en dansk oversættelse (Dansk Sygeplejeråd, 1994)
- 15: Benjaminsen S, Erichsen B. Selvmordsadfærd blandt indsatte: Overvågning, foranstaltning og forebyggelse. Direktoratet for Kriminalforsorgen 2002.
- 16: Sundhedsstyrelsen. Patientforløb og kvalitetsudvikling. Sundhedsstyrelsen, København 1999
- 17: National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, 1993
- 18: Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsudvikling, hvorfor og hvordan. Sundhedsstyrelsen, 1992; s. 5
- 19: Videnscenter for socialpsykiatrien. Kvalitet i psykiatrien. 2. let revideret udgave, A/S Handelstrykkeriet i Odense 2000
- 20: Kvale S. Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Hans Reitzel 2000.
- 21: Koch I, Vallgård S. Samfundsmedicinske forskningsmetoder. En introduktion. Munksgaard 1996
- 22: Sundhedsstyrelsen. Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter 2002, 11. udgave af Rapport nr. 6, 2001
- 23: Bongar B. The Suicidal Patient. Clinical and Legal Standards of care. 2. Edition 2002. American Psychological Association
- 24: Comtois K. A Review of Interventions to Reduce the Prevalence of Parasuicide. Psychiatr Serv. 2002. 53(9):1138-1144
- 25: Van Heeringen C, Jannes S, Buylaert W, et al. The management of non-compliance with referral to out-patient after-care among attempted suicide patients: a controlled

- intervention study. *Psychological Medicine* 1995,25: 963-970
- 26: Williams M. *Suicide and attempted suicide*. Penguin Books, London 2001
 - 27: Retterstøl N, Ekeberg Ø, Mehlum L. *Selv mord*. Gyldendal, Oslo 2002
 - 28: Nielsen B. *Risikofaktorer for gentagen suicidal adfærd*. Ph.d. Odense Universitet 1992
 - 29: Wang AG. *Suicidal behaviour in a low-incidence population*. Dr. med. Odense Universitet 1996
 - 30: Benjaminsen S. *Personlig kommunikation*. Odense Universitetshospital 2003
 - 31: Nielsen K. *Patientforløb – en praktisk tilgang til et teoretisk felt*. Amager Hospital, udviklings- og uddannelsesafdelingen 1999.
 - 32: H:S *Kvalitetsudvikling og akkreditering i H:S, principper, organisering og metoder*. H:S direktionen. 2001
 - 33: Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. Munksgaard 2001

Bilag 1

Projektets tidsforløb

	Aktiviteter	Deltagere	Ansvarlig	Arbejdsformer	Tid
Forberedelsesfasen og informationsfasen	Indsamling af baggrundsmateriale, information om projektet, valg af styregruppe	Sygeplejedirektør Afdelingschefer Afdelingsledere Personalet på de involverede afdelinger	Sundhedsområdet Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde	Start: Dec. 2001 Slut: Feb. 2001
Planlægningsfasen	Udarbejdelse af temaguiden Pilotinterview Temaguiden rettes til	Udvalgte ledere Udvalgte medarbejdere	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Interview	Start: Jan. 2002 Slut: Feb. 2002
Beskrivelsesfasen	Forundersøgelse gennemføres Indsamling af dokumentmateriale Personaleinterview gennemføres Udtræk vedr. kontaktårsagskode 4 og DX60*-DX84* foretages Forundersøgelsen analyseres, vurderes, justeringer foretages	Personale på de 3 involverede afdelinger IT-afdelingen	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde Interview	Start: Marts 2002 Slut: Juli 2002
Datafasen	Finde patienter til projektet 1. interview gennemføres 2. interview gennemføres Indsamlet data fra 1. fase analyseres og vurderes	Patienter fra afdelingerne Personale fra afdelingerne	Projektansvarlig Projektlederen	Møder Solistarbejde Interview	Start: April 2002 Slut: Feb. 2003
Evalueringsfasen	Interview analyseres og vurderes Kvantitative og kvalitative data udarbejdes analyseres og vurderes		Projektlederen Projektansvarlig	Solistarbejde Møder	Start: Feb. 2003 Slut: Sept. 2003
Handlefasen	Rapportskrivning Løsningsforslag forelægges hospitalsdirektionen og afdelingsledelserne Arbejdsgruppe nedsættes	Hospitalsdirektøren, Afdelingsledelserne Repræsentanter fra de involverede afdelinger Projektansvarlig Projektleder	Hospitalsdirektøren Projektansvarlig Projektleder	Møder Solistarbejde	Start: Okt. 2003 Slut: Nov. 2003

Bilag 2

Titel: Psykiatriske sygdomme. Vurdering og behandling af specielle patientgrupper (psykisk syge), indlagt på somatisk afdeling	Sidst ajourført den: 07.02.2002
Ansvar: Pleje- og behandlingsudvalget	Dokumenttype: Klinisk retningslinie
Formål:	Formål er at sikre at patienter indlagt på somatisk afdeling får identificeret eventuelle psykiatriske sygdomme.
Definitioner:	-
Hvem henvender dokumentet sig til:	Klinisk personale.
Fremgangsmåde: (beskrivelse af hvad der skal gøres)	<p>Patienter indlagt på somatisk afdeling kan udvise en afvigende, uventet eller abnorm adfærd, der kan være udtryk for psykiske sygdom.</p> <p>Psykiatrisk afdeling tilbyder tilsyn med henblik på vurdering af om der foreligger en behandlingskrævende psykiatrisk sygdom.</p> <p>Tilsynet bestilles af somatisk læge, der laver oplæg i somatisk journal og faxer oplæg til den psykiatriske tilsynsenhed fax nr. (3234)5426 ved sekretær Karin Ewald lok. nr. 5425. Ved akut behov kontakter den somatiske læge psykiatrisk bagvagt på DECT mobiltelefon nr. (3234)5505.</p> <p>Eksempler på patienter med behov for psykiatrisk tilsyn:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Den delirøse psykotiske patient, der kan være forvirret, desorienteret og hallucineret. - Den akut psykotiske patient, der kan være ganske urealistisk, hallucineret eller have vrangforestillinger. - Den kendte psykiatriske patient, der kan være aparte i sin adfærd og tidskrævende. - Den depressive patient, der kan være initiativløs, trist og bekymret. - Den personligheds forstyrrede patient, der kan være urimelig i sit forbrug af sundhedsydelse. - Den somatoforme patient, der har legemlige symptomer som udtryk for psykiatrisk sygdom. - Den kriseramte patient der kan være trist og bekymret. - Den suicidale patient. - Den misbrugende patient, der kan være fortsat misbrugende eller kan blive abstinent. - Den akut urolige, angste, aggressive eller truende patient.
JCIA-standarder:	BE.5
Dansk lov:	
Andre henvisninger:	Psykiatrisk afdelings instruksbog for læger
Bilag:	

Bilag 3

Arkivkode/Fil-sti: KRE-LOD-4001-1	Ikrafttrædelse den: 23.01.02
Titel: <i>Selvmondsadfærd</i>	Sidst ajourført den:
Ansvar: Psykiatrisk afdeling	Dokumenttype: Klinisk retningslinie
Formål:	At forebygge selvmordsadfærd.
Definitioner:	Selvmondsadfærd: Direkte selvdestruktiv adfærd og/eller verbal eller non-verbal adfærd, der tyder på en aktuel selvmordsproces.
Hvem henvender dokumentet sig til:	Læger, plejepersonale og andet personale, der i afdelinger, i psyk.skadestue eller ved tilsyn kommer i kontakt med patienter, der opfylder definitionen.
Fremgangsmåde: (beskrivelse af hvad der skal gøres)	<p>Læge tilkaldes. Man forsøger at vinde tid.</p> <p>Selvmondsrisiko vurderes: Generel selvmordsfarlighed udover psykiatrisk sygelighed vurderes ud fra:</p> <p>Meddelelse om selvmordstanker Tidligere selvmordsforsøg Psykisk sygdom(især skizofreni, misbrug og depression) Køn(større for mænd) Alder(generelt stigende med alderen) Familiesituation(øget risiko relateret til færre bånd, f.eks. ingen børn)</p> <p>Selvmondsrisiko efter selvmordsforsøg vurderes udover psykiatrisk sygelighed efter ovenstående samt: Forberedelse af selvmordshandling Forekomst af selvmord i familien, blandt bekendte Truende økonomi/sociale problemer</p> <p>Foranstaltninger: Ved henvendelse vurderes behovet for indlæggelse Hos indlagte vurderes behovet for skærmning respektive intensiv afdeling.</p> <p>Selvmondsrisiko graderes som øget risiko og særlig øget risiko. Ved øget risiko overnatter den nye patient i modtagelsen og patient under indlæggelse observeres. Ved særlig øget risiko indlægges den nye patient. Den særlige øgede selvmordsrisiko graderes efter de anførte risikofaktorer og herudfra skal den indlagte patient ordineres observation, tæt observation, fodfølge eller fast vagt. I nogen tilfælde på intensiv psykiatrisk afdeling.</p> <p>Ved skift af regi: Størst fare er forbundet med skift fra et behandlingsregi til at andet, f.eks. fra at være indlagt til efterbehandling. Patienter skal derfor sikres aftale, tid og sted, m.v. i forbindelse med skift af behandlingsregi, henvisning til andet regi eller omvisitation.</p>
JCIA-standarder:	BE.5
Dansk lov:	
Andre henvisninger:	
Bilag:	

Bilag 4

Arkivkode/Fil-sti: PO-TV2012-1	Ikrafttrædelse den: 05.06.2002
Titel: Kvalitetspolitik for Amager Hospital 2002 - 2005	Sidst ajourført den: 05.06.2002
Ansvar: Hospitalsdirektionen	Dokumenttype: Politik
Formål:	At skabe et fælles grundlag for arbejdet med kvalitetsudvikling og –sikring på Amager Hospital. Under mottoet "Kvalitet ind i hverdagen" skal Kvalitetspolitikken styrke arbejdet med visionerne for Amager Hospital.
Definitioner:	Ved kvalitet forstås de samlede egenskaber ved produkter eller ydelser, som gør dem i stand til at opfylde behov og fastsatte krav. I relation til kvalitetsudvikling anvendes begrebet kvalitet, som udtryk for i hvilken grad en ydelse eller et resultat lever op til de mål, man har sat sig. Den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling udgør rammen for arbejdet med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Følgende elementer skal være til stede før man kan tale om høj kvalitet: ??Høj professionel standard ??Høj patienttilfredshed ??Helhed i patientforløb ??Minimal patientrisiko ??Effektiv ressourceudnyttelse
Hvem henvender dokumentet sig til:	Alle medarbejdere på Amager Hospital
Fremgangsmåde: (beskrivelse af hvad der skal gøres)	<p>1. Forudsætninger Kvalitetspolitikken og kvalitetsudviklingsindsatsen på Amager Hospital skal være i overensstemmelse med de nationale initiativer på kvalitetsområdet, H:S' og Københavns Amts Sygehusvæsenes kvalitetspolitikker og mål, akkrediterings- standarder samt Amager Hospitals egne visioner. Visionerne for Amager Hospital 2000-2004 er: Alle patienter skal opleve et forløb der bygger på: ??sammenhæng ??tværfaglighed ??individuelle ønsker og behov ??gensidig tillid og respekt Koordineret indsats til rette tid gennem fælles planlægning med samme mål. Basishospital i fortsat dynamisk udvikling med: ??højt fagligt niveau i et tværfagligt miljø ??patientforløb, der omfatter hele sygdomsforløbet ??kvalitet i kerneydelsen, der gør os stolte af at arbejde på Amager Hospital Udvikling af kompetente og positive medarbejdere i et sundt arbejdsmiljø gennem: ??gensidig respekt og ligeværdig kommunikation ??et højt gensidigt informationsniveau ??medbestemmelse på eget arbejde ??vedvarende optimering af de fysiske rammer ??efterlevelse af principperne i "det rummelige arbejdsmarked". Amager Hospital har i perioden 1999-2002 gennemgået et kvalitetsudviklingsforløb med udgangspunkt i Joint Commission International Accreditation's standarder. Hospitalet har i februar 2002 opnået akkreditering og kvalitetsniveauet forventes fastholdt og videreudviklet, så hospitalet bliver akkrediteret igen i 2005.</p> <p>2. Tilgang til kvalitetsudvikling: Amager Hospital har i en årrække arbejdet med patientforløb. I perioden 2002-2005 bliver der anlagt et bredere perspektiv på begrebet patientforløb, hvor flere patientgrupper er omfattet af et beskrevet forløb. Målet er, at enhver patient, som har kontakt med Amager Hospital, skal opleve høj kvalitet og kontinuitet i patientforløbet – både på tværs af sektorer og internt på hospitalet. Kvaliteten i det samlede patientforløb afhænger af både den kliniske indsats, patientens medvirken og organisationens indretning og processer. Amager Hospitals kvalitetsstyringsprogram tager udgangspunkt i en model, der med tre tilgange samlet beskriver det optimale patientforløb. Alle tilgange har betydning for kvaliteten. Metoderne til overvågning af kvaliteten vil imidlertid være forskellige. De tre tilgange er: 1. Den sundhedsfaglige tilgang, der fokuserer på de kliniske opgaver: diagnosticering, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse. Udgangspunktet for den sundhedsfaglige tilgang bør så vidt muligt bygge på principperne for evidens baseret medicin (EBM). 2. Patientens tilgang, der fokuserer på de gennemgående forhold, som har betydning for patientens medvirken: information/kommunikation, koordination, kontinuitet, rettigheder, sikkerhed. 3. Den organisatoriske tilgang: som omhandler organisation, ledelsesstruktur, kultur, arbejdstilrettelæggelse, kommunikation og datastyring, kvalitets- og risikostyring, samarbejde med interessenter, uddannelse og kompetence, rekruttering og fastholdelse, fysiske rammer og teknologi.</p> <p>3. Kvalitetsorganisationen Ansaret for kvalitetsudviklingen på Amager Hospital er placeret i ledelsessystemet. Dette betyder, at Hospitalsdirektionen har ansvaret for hospitalets samlede kvalitetsudvikling, og at center, afdelings - og klinikledelser har ansvaret for den lokale kvalitetsudvikling. Kvalitetsniveauet i den enkelte afdeling og Medicinsk Center drøftes og fastlægges ved indgåelse af den dialogbaserede aftale. Den enkelte</p>

medarbejder har ansvaret for, at kvaliteten i eget arbejde lever op til Amager Hospitals kvalitetskrav. Stabsfunktionernes opgave er at understøtte Hospitalsdirektionens, de kliniske afdelingers og udvalgenes arbejde med kvalitetsudvikling.

Med henblik på at styrke kvalitetsområdet, er der oprettet et Kvalitetssekretariat under Administrationen.

Strukturen for den tværgående kvalitetsudvikling er forankret i de tværgående udvalg. Disse udvalg fastsætter inden for deres ansvarsområde fælles retningslinier, kvalitetsmål og kvalitetsvurderingsmetoder for hele hospitalet. Udvalg, der arbejder med akkrediterings standarder refererer til Kvalitetsrådet.

Beslutninger om generelle kvalitetsforbedringer træffes af Hospitalsdirektionen på baggrund af Kvalitetsrådets og ledelsesgruppens anbefalinger.

4. Indsatsområder på Amager Hospital

Amager Hospital har valgt at arbejde med en række fælles indsatsområder på tværs af hospitalet. Det drejer sig om:

??Hygiejneområdet

??Patientsikkerhed

??Patientinformation og patientrettigheder

??Medicineringsområdet

??Smertebehandling

??Ernæringsområdet

??Dokumentation af sygeplejevurderingen

??Vurdering af funktionsniveau

De to førstnævnte områder hygiejne og patientsikkerhed er givne, idet H:S har udpeget disse som prioriterede områder. De øvrige valgte områder bygger på, hvad Joint Commission International Accreditation har afdækket i løbet af hele akkrediteringsforløbet fra foranalysen i 1999 til survey i februar 2002. Det er de områder, hvor Amager Hospital har vurderet, at der vil være størst effekt af en indsats på tværs af hospitalet. For hvert område besluttes, hvordan der skal arbejdes med området, og hvordan det måles om den ønskede kvalitet er opnået.

5. Kvalitetsstyring

Med henblik på at overvåge og følge udviklingen i kvaliteten tæt, vil Kvalitetssekretariatet udvælge og udvikle redskaber til kvalitetsstyring på linie med økonomistyring. Målet er at få en større ledelsesmæssig fokus på kvalitet bl.a. via de dialogbaserede aftaler (DBA).

På **lokalt niveau** dvs. afdelings-/centerniveau vil redskabet til at få integreret de forskellige kvalitetsaspekter være DBA. Der vil både blive opstillet en række fælles kvalitetsmål gældende for hele Amager Hospital samt en række sygdomsspecifikke/afdelingsspecifikke mål, som hver afdeling/center skal leve op til. Dette vil foregå i samarbejde med afdelingerne. Forud for dialogmøderne vil Kvalitetssekretariatet og Budgetafdelingen i samarbejde med afdelingerne udarbejde et notat for hver afdeling/center med beskrivelse af kvalitetsniveauet og hvor der er behov for en styrket indsats.

På **centralt niveau** dvs. for hele Amager Hospital vil der også ske en overvågning af den samlede kvalitet i forhold til servicemål, de valgte indsatsområder og den øvrige del af kvalitetsprogrammet.

Kvalitetssekretariatet vil samle resultaterne for hele Amager Hospital. Disse resultater skal drøftes i Kvalitetsrådet, ledelsesgruppen samt samarbejds- og sikkerhedsorganisationerne med henblik på vurdering, justering af mål samt valg af nye indsatsområder. De fælles drøftelser skal bl.a. sikre, at der sker en læring på tværs af afdelinger og klinikker/center.

6. Metoder til kvalitetsudvikling

Det grundlæggende værktøj for arbejdet med kvalitetsudvikling på hele Amager Hospital vil være Sundhedsstyrelsens model for kvalitetsudvikling. Modellen skal sikre en fælles tilgang til kvalitetsudvikling i udvalgene, på ledelsesniveau samt i afdelinger og klinikker.

Model for kvalitetsudvikling: Kvalitetscirklen

Se bilag

Der vil ske en udvælgelse og udvikling af redskaber til brug for den interne kvalitetsovervågning.

Afhængigt af området vil forskellige metoder være anvendelige. Det drejer sig bl.a. om indikatorer for klinisk kvalitet, journalaudit, peer-reviews, kerneårsagsanalyser og observationsstudier. I forhold til den eksterne kvalitetsovervågning er Amager Hospital tilknyttet H:S's akkrediteringsprogram.

7. Organisations- og kompetenceudvikling

Uddannelse er en forudsætning for, at samtlige medarbejdere på Amager Hospital vil kunne arbejde systematisk med kvalitetsudvikling. Indsatsen skal være omfattende og langsiget, for at alle i organisationen opnår et acceptabelt niveau. Indsatsen omfatter viden, færdigheder og holdninger som led i en strategisk kompetenceudvikling. Målet for indsatsen er at styrke kompetence og handlemuligheder i relation til kvalitetsudvikling i hverdagen.