



Selvmondsforebyggelse på tværs

Sammen skaber vi god praksis
for tværgående samarbejde



Bilag

BILAG

Til opsamlingsrapport af konferencen:
*Selvmordsforebyggelse på tværs –
Sammen skaber vi god praksis for tværgående
samarbejde.*

Afholdt i Odense den 4. november 2019

Indholdsfortegnelse

BILAG 1. AGENDA ANSVARSGRUPPEMØTE (AGM) FRA TINE MURPHYS FORSKNING	3
BILAG 2. SKABELON TIL NETVÆRKSMØDE FRA REGION HOVEDSTADEN	5
BILAG 3. SKABELONER TIL KRISE-, MESTRINGS- OG FOREBYGGELSESPAN FRA REGION NORD.....	8
BILG 4. SKABELON TIL FÆLLES SAMTYKKEERKLÆRING FRA REGION SYD.....	11
BILAG 5. SKABELON TIL SAMTYKKEERKLÆRING FRA REGION HOVEDSTADEN.....	13
BILAG 6. DE FEM CASES DER INDGIK I KONFERENCENS WORKSHOPS	14

Bilag 1. Agenda ansvarsgruppemøte (AGM) fra Tine Murphys forskning

Ansvarsgruppemøtene er den innsattes møte, og gjennomføres for å ivareta han, og hans tilbakeføringsprosess. Møtet har som mål å gi AG bedre innsyn i den enkeltes situasjon, god målforståelse, det strukturerer arbeidet, og bedrer samarbeidet internt og eksternt.

Første ansvarsgruppemøte:

Kontaktbetjent (KB) innkaller, ca 4 uker etter ankomst: Den innsatte, aktuell verksdrift, skole, metode og innhold, fritid, helse, + evt. andre aktuelle.

⌘ Formøte til AG 20 minutter før den innsatte kommer, for avklaringer og lufting av mulige problemstillinger som kan komme fram. Start på formøte må komme klart frem av innkallingen for å unngå misforståelser.

⌘ AG starter med en rask presentasjonsrunde av deltakerne.

⌘ Den innsatte presenterer seg selv.

⌘ Soningsdata opplyses. Hvor lang dom, overført fra hvor, når 2/3 etc.

⌘ Fremtidsplanen, ref. fra KB første møte, vedtak på overføringen hertil avdeling, intervju referat, eller annen relevant plan/dokumentasjon legges frem.

⌘ Avklaring av fokusområder. Hva er igangsatt, hva bør settes i gang, hva er realistisk å få til.. F.eks:

-Er det allerede etablert kontakter i hjelpeapparatet?

-Er det behov for behandling/henvisning?

-Er bolig og bosetting avklart?

-Hvordan ligger det an ift oppstartet utdanningsløp, evt. jobbsøk /praksis, kontakt med NAV? - Oppfølging helse?

- Samvær med barn, familie?

-Fritidsaktiviteter?

-Økonomisk situasjon?

-Generell tilbakeføring til samfunnet.

-Hvor lenge tenker den innsatte å bli på her før evt overføring til ov.bolig, §16, §12? ⌘ Sette opp en tidsplan for gjennomføring/igangsetting.

⌘ Tydelig fordeling av oppgaver og ansvar.

⌘ Noe viktig som ikke har snakket om som bør tas opp?

⌘ Avtale neste møte. Skal gjennomføres ca hver 3 måned. KB skriver referat, sendes ut til deltakerne i AG.

Øvrige ansvarsgruppemøter:

⌘ Referat fra forrige AGM legges frem.

⌘ Status på fokusområdene: De som har hatt ansvar for en oppgave siden siste møte, oppdaterer AGM.

⌘ Endringer siden sist?

⌘ Hvordan er tilværelsen på her?

⌘ Aktuelle faste tema/sjekkliste (individuelt tilpasses den enkelte innsatte):

-BOLIG/BOSETTING/ETABLERING. -UTDANNELSE/JOBB/TILTAK.

-KRIMINALITETEN/ BEHANDLING/ENDRING/PROGRAM. -ØKONOMI.

-HELSE.

-NETTVERK- FAMILIE/BARN.

-FRITID.

-GENERELL PROGRESJON.

⌘ Noe viktig vi ikke har snakket om, som bør tas opp?

⌘ Oppsummering.

⌘ Fordeling av oppgaver og ansvar.

⌘ Avtale dato for neste møte. Når skal andre samarbeidspartnere inviteres inn og evt hvem?

Avsluttende ansvarsgruppemøte (r):

⌘ Trekke inn eksterne samarbeidspartnere etter behov. For eksempel NAV fra hjemkommunen, Ruskonsulent, arbeidsgiver, familie, behandler fra DPS?

⌘ Krysse av/sjekke ut sjekklista.

Bilag 2. Skabelon til netværksmøde fra Region Hovedstaden

Formålet med netværksmøder, er at understøtte borgeren i at komme sig og bidrage til at skabe sammenhæng og koordinering, med udgangspunkt i borgerens mål og ønsker. Det anbefales at der afholdes netværksmøder, ved behov for koordinering med mindst én anden aktør. Skabelonen indeholder invitation, dagsorden og referat til netværksmødet.

Navn:		
Fødselsdato:		
Mødedato:	<i>Dato.</i>	<i>Tidspunkt, fx kl. 13-14.</i>
Adresse for mødet:		

Dagsorden:

1. Formål:

<i>- Formålet med mødet og borgerens nuværende situation, behov og ønsker. - Hvad skal vi tale om?</i>
--

2. Præsentationsrunde og roller:

Navn:	Mødefunktion: <i>Fx mødeleder, referent, tovholder mv.</i>	Hvorfra: <i>Stilling og den organisation deltageren repræsenterer</i>	Kontaktoplysninger: <i>Deltagerens kontaktoplysninger.</i>
Afbud:	<i>Afbud samt deltagere der har været forsøgt inviteret.</i>		

Anvendes som koordinerende indsatsplan:

3. Aftaler:

Aftale: <i>Hvad aftaler vi?</i>	Ansvarlige: <i>Hvem er ansvarlig for aftalen, det kan også være borgeren?</i>	Frist: <i>Hvornår skal aftalen være igangsat/færdig?</i>
Eventuelt:		

4. Afrunding:

<p>- Mødeleder sikrer at alle deltagere (også borgeren) har forstået, hvad der skal ske efter mødet, og at borgeren ved, at tovholder er den person, som kan kontaktes med spørgsmål til status på det aftalte mv.</p> <p>- Mødeleder spørger til hvordan det har været at være med.</p>
--

5. Opfølgingsmøde:

Ja:

Nej:

Hvornår:	<i>Dato.</i>	<i>Tidspunkt, fx kl. 13-14.</i>
Hvem inviterer:		
Hvad er formålet:		
Hvor afholdes det:	<i>Adressen for mødet.</i>	
Hvem skal med:	<i>Vær opmærksom på kun at invitere deltagere der er relevante for et evt. opfølgingsmøde i forhold til aftaler, der er indgået.</i>	

Tjekliste til afholdelse af netværksmøde

Før netværksmødet	
<input type="checkbox"/> Forberedelse sammen med borgeren.	<p>Det anbefales at <u>mødeindkalder</u> er en (fag)person som borgeren har tillid til, og at han/hun inden mødet har talt med borgeren og evt. pårørende om deres ønsker og forventninger til mødet. Dette gælder både formål, relevante deltagere og mødets rammer, fx om borgeren har behov for pause undervejs eller om borgeren kun ønsker at deltage i dele af mødet.</p> <p>Det er vigtigt at <u>mødeindkalder</u>, sammen med borgeren, afstemmer forventninger til mødet, så der på forhånd ikke er en forventning til et bestemt resultat, fx bevilling af bestemte ydelser.</p> <p>Det forslås at borgeren og mødeindkalder aftaler om mødet afholdes fysisk, ved videoopkald eller telefonisk og at de udfylder de felter i skabelonen, der kan udfyldes på forhånd før mødet.</p>
<input type="checkbox"/> Invitation af deltagere	<p><u>Mødeindkalder</u> har ansvaret for at beskrive mødets formål så tydeligt, at den myndighed, der inviteres kan sikre, at det er medarbejdere med kendskab til relevante fagområder, der deltager i mødet.</p> <p>For at sikre at der er et begrænset antal mødedeltagere, og at mødet kan holdes indenfor en overskuelig tidsramme er det vigtigt at begrænse antallet af mødedeltagere så meget som muligt.</p> <p>Alle mødedeltagere bør have mulighed for at tilføje yderligere punkter til dagsordenen. Det er vigtigt at alle har forståelse for, at hvis det ikke er muligt at finde et egnet mødetidspunkt indenfor rimelig tid, skal man kunne lade sig repræsentere af kolleger, der videreformidler og igangsætter evt. aftaler i egen organisation.</p>
<input type="checkbox"/> Mødedeltageres forberedelse	<p>Det anbefales, at alle mødedeltagere inden mødet forbereder sig på formålet med netværksmødet.</p>
Under mødet:	
<input type="checkbox"/> Formål	<p><u>Mødeindkalder</u> byder velkommen og fortæller kort om formålet med netværksmødet. Det er vigtigt at borgerens ønsker og behov er i fokus under hele mødet.</p>
<input type="checkbox"/> Roller	<p>Når mødet begyndes, skal det afklares hvem der er <u>mødeleder</u>, <u>referent</u> og <u>tovholder</u>. Det anbefales at mødeleder og referent ikke er den samme person.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Mødeleder</u> har ansvar for, at der er tid til at komme igennem hele dagsordenen. - <u>Referenten</u> skal under mødet udfylde de relevante felter i skabelonen. Det anbefales at skabelonen også anvendes ved telefoniske netværksmøder. - <u>Tovholder</u> er den person, som borgeren efter mødet kan kontakte med spørgsmål til status på det aftalte mv.
<input type="checkbox"/> Præsentationsrunde	<p>Ved mødets start skal hver deltager kort præsentere sig selv, deres rolle og funktion på mødet (og evt. beslutningskompetence.)</p>
<input type="checkbox"/> Aftaler	<p>Det anbefales at der under mødet bliver lavet klare aftaler for</p> <ul style="list-style-type: none"> - hvad der skal ske efter mødet - hvem der har ansvar for at arbejde videre med det aftalte - at det er tydeligt hvornår aftalen skal være igangsat/færdig. <p>Aftalerne skal tage afsæt i borgerens behov og med fokus på borgerens ressourcer, ønsker og tidligere erfarede mestringsstrategier.</p>
<input type="checkbox"/> Afrunding	<p>Mødet afsluttes med at mødeleder spørger alle mødedeltagere, hvordan det har været at deltage i mødet.</p> <p>Mødeleder sikrer at alle deltagere (også borgeren) har forstået, hvad der skal ske efter mødet, herunder at borgeren er klar over, at tovholder er den person, som kan kontaktes efter mødet med spørgsmål til status på det aftalte mv.</p>
<input type="checkbox"/> Opfølgning	<p>Det anbefales, at det i slutningen af mødet afklares, om der er behov for et opfølgende netværksmøde. I så fald afklare formålet med dette, hvem der skal deltage, og hvornår det skal holdes.</p>
Efter mødet:	
<input type="checkbox"/> Deling af referat	<p>Referenten har ansvaret for at udfylde skabelonen under mødet, og for at sende skabelonen elektronisk til alle mødedeltagere snarest efter mødet.</p> <p>Hvis skabelonen er færdigudfyldt ved mødets afslutning, kan den desuden kopieres og udleveres til mødedeltagerne. Selvom skabelonen udleveres til mødet, skal den fortsat sendes elektronisk til mødedeltagerne med henblik på journalisering.</p>
<input type="checkbox"/> Journalisering af referat	<p>Hver mødedeltager forpligter sig til at journalisere referatet i egen organisations system snarest efter mødet.</p>
<input type="checkbox"/> Aftaler	<p>Hver mødedeltager forpligter sig til at overholde de indgåede aftaler.</p> <p>Hvis mødedeltageren bliver forhindret i at udføre aftalerne eller overholde fristen, skal tovholderen have besked hurtigst muligt.</p>

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

KRISEPLAN

Kriseplanen udfyldes sammen patienten med henblik på at blive bedre til at håndtere kriser og selvmordstanker.

Advarselstegn

Dato _____

Hvordan ved jeg, at jeg skal bruge min kriseplan?

1	
2	

Tanker og aktiviteter der kan aflede mig

Hjælpsomme tanker og/eller aktiviteter, jeg selv kan lave

Personer og/eller sociale aktiviteter, der kan hjælpe mig

1		
2		
3		

Personer jeg kan kontakte for at få hjælp (navn og telefonnummer)

1	
2	

Professionelle jeg kan tage kontakt til (navn og telefonnummer)

1	Kontaktperson/behandler		
2	Anden behandler		
3	Psykiatrisk Skadestue Tlf. 9813 4202	Livslinjen Tlf. 70 201 201 (kl. 11-05)	Den Sociale Skadestue 9812 3292 (kl 18-07)

At skabe sikre rammer

Er der i mine omgivelser farlige genstande jeg skal bortskaffe, forhindre let adgang til eller situationer jeg skal undgå?

1	
2	

Hindringer

Hvad kunne få mig til ikke at bruge den plan, vi har talt om?

Hvordan kunne forhindringen overvindes?

--	--

Opbevaring

Hvor vil jeg have denne plan?

Er der nogen jeg vil vise den til?

--	--

Kriseplan udarbejdet af

Patient (dato og navn)

Kontaktperson (dato og navn)

--	--

Kriseplan udarb. af Enhed for Selvmordsforebyggelse, Psykiatrien i Region Nordjylland, 2014

Mestringsplan

Navn _____ Dato _____

- Mestringsplan udfyldt af borger / patient og personale i fællesskab**
Mestringsplan udfyldt af personalet
Mestringsplan udfyldt af borger / patient

Kryds de ting af, der gør du får selvmordstanker eller ønske om at dø:

Angst, f.eks. når jeg bliver bange for hvad der skal ske	At være til besvær, f.eks. når jeg tænker de andre har det bedre uden mig	
Afvist, f.eks. når jeg oplever andre ikke vil mig	Vred, f.eks. når jeg føler mig krænket eller uretfærdigt behandlet	
Pres, f.eks. når nogen kræver noget af mig (partner, chef, personale på afd. / kommunen)	Ensomhed, f.eks. når jeg sidder alene og tænker der ikke er nogen som forstår mig	
Utilstrækkelighed, f.eks. når føler jeg ikke kan leve op til egne eller andres krav	Særlige dage – hvilke?	
Smerter f.eks. når mine smerter bliver værre eller uudholdelige	Andet	
Frustration / irritabilitet	Andet	
Uro f.eks. når hovedet er fuldt af tanker eller når jeg mærker uro i hele kroppen	Andet	
Magtesløs, f.eks. når jeg tænker jeg ikke har styr på noget eller kan ændre min situation	Andet	

Har nogle af de nedenstående forslag har hjulpet dig, når du tidligere har tanker, følelser eller oplevet noget som fører til selvmordstanker? Sæt kryds ved det, du ved hjælper dig:

Gåture sammen med en ven/andre	Læse avis eller en bog	
Anden fysisk aktivitet	Få højtlesning	
Fodbad	At se TV	
Et varmt bad	At tale med andre:	
Ringe til en ven:	Skrive dagbog	
Ringe til en i familien:	Kugledyne	
At lytte til musik	Struktur på hverdagen, fx dagsskema	
Åndedrætsøvelser	At få PN medicin	
Afslapning i et planlagt tidsrum	En cigaret	
Afslapning, hvor en anden er tilstede	Andet	
Få noget varmt at drikke	Andet	
Kortspil	Andet	

Mestringsplan udarb. af Enhed for selvmordsforebyggelse, Psykiatrien, Region Nordjylland 2019

Forebyggelsesplan

Evaluering af behandlingsforløbet

Hvad har ændret sig fra starten af forløbet og til nu?

Hvad har jeg lært at gøre eller tænke, som kan hjælpe mig i svære situationer?

Risikosituationer og advarselstegn

Hvad kan jeg forvente af forværring (tilbagefald, kriser og/eller selvmordstanker) i de næste måneder og i hvilken grad (0-10 skala)?

Hvad er mine risikosituationer og belastninger for tilbagefald (forværring af tilstand evt. med selvmordstanker)?

Hvad er de første advarselstegn på forværring, som jeg skal være opmærksom på?

Handleplan

Hvordan kan jeg håndtere disse belastninger og advarselstegn?

Mål for fremtiden

Hvilke mål har jeg på kortere og længere sigt? Hvordan vil jeg nå dem?

Evt. negative automatiske tanker vedr. fremtiden, som jeg skal være opmærksom på?

Plan udarbejdet af _____ den _____

Udarbejdet med inspiration fra Mikkel Arendt & Nicole K. Rosenberg (red.) *Kognitiv terapi – nyeste udvikling*. Hans Reitzels Forlag 2012

Bilag 4. Skabelon til fælles samtykkeerklæring fra Region Syd



Fælleskommunalt
Socialsekretariat
Syddanmark

Psykiatrien i
Region Syddanmark

Projekt Fremskudt Funktion, samtykke til indhentning og videregivelse af oplysninger

Formål med samtykkeerklæringen

Formålet med projektet er at forebygge, at psykisk sårbare børn og unge står uden indsatser, fordi de ikke tilhører målgruppen for psykiatrien og samtidig er svære at løfte for kommunerne uden den rette sparring og supervision fra psykiatrien. Med afprøvning af en fremskudt regional funktion skal psykisk sårbare børn og unge og deres familier opleve, at de får hurtig hjælp i nærmiljøet, at samarbejdet mellem psykiatrien og kommunen fungerer, og at der er fokus på, hvad det enkelte barn har brug for, for at kunne bevare tilknytningen til hverdagslivet.

En af forudsætningerne for et vellykket tværfagligt samarbejde er, at der er mulighed for at udveksle oplysninger om barnet eller den unge. Udveksling og videregivelse af oplysninger skal sikre rette sammenhæng i indsatsen for barnet eller den unge.

Det skal endvidere oplyses, at der anonymt, vil blive indsamlet data til dokumentation af sparringsteamets funktion i en 3-årig projektperiode fra 2019 – 2021. Personfølsomme oplysninger vil blive journaliseret i internt system. Nærmere beskrivelse af projektet samt sparringsteamets funktion udleveres sammen med samtykkeerklæring.

Denne samtykkeerklæring vedrører således udveksling og videregivelse af oplysninger, så indsatser på tværs af Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark og Odense kommune samt på tværs af forvaltningerne i Odense kommune kan koordineres.

Samtykkeerklæringen vedrører:

(Barnets/den unges navn, cpr.nr, adresse)

Jeg giver tilladelse til, at projekt Fremskudt Funktion i Børne- og Ungdomspsykiatri, Region Syddanmark må videregive konkrete, relevante oplysninger m.m.

Jeg giver tilladelse til at projekt Fremskudt Funktion i kommunal PPR, Region Syddanmark, må videregive konkrete relevante oplysninger mm.

Psykologer ved Pædagogisk Enhed må oprette en sag i Pædagogisk Enheds interne journalsystem og journalisere i den. Formålet er at kunne dokumentere de indsatser som personale fra Pædagogisk Enhed forestår, samt overholde gældende lovgivning for psykologers virke

Jeg giver samtykke til, at Børne- og ungdomspsykiatrien Region Syddanmark må videregive oplysninger til:

Det vejvisende team, Odense kommune

Det vejvisende team består af: En sagsbehandler fra Børne- og Ungerådgivningen, en Børne- og ungelæge, en PPR-psykolog, en leder af psykologteamet, en medarbejder i Specialpædagogisk Rådgivning, en medarbejder fra Center for Indsatser til Børn og Unge, en sagsbehandler fra Ungerådgivningen og to konsulenter fra Sundhed og Forebyggelsesafdelingen i kommunen, tværregional projektmedarbejder, tværkommunal projektmedarbejder og fremskudt projektmedarbejder fra Børne- og ungdomspsykiatrien.

Såfremt det vurderes at det er nødvendigt at invitere anden faggruppe eller person, end nævnt her, vil det blive påført samtykkeerklæringen, forud for mødet.

Jeg giver samtykke til, at

Det vejvisende team i regi af Fremskudt Funktion må **dele** og udveksle oplysninger på tværs af Børne- og Ungdomspsykiatrien i Region Syddanmark og Odense kommune samt på tværs af forvaltningerne i Odense kommune. Endvidere gives der samtykke til at videregive oplysninger til praktiserende læge, i det tilfælde hvor sagen er henvist til Projekt Fremskudt Funktion fra praktiserende læge.

Samtykket bortfalder efter 12 måneder

Forældremyndighedsindehaver(e)

Dato: _____ Underskrift: _____

Unge over 15 år

Dato: _____ Underskrift _____

Regler for indhentning og videregivelse af oplysninger m.m.

Projekt Fremskudt Funktion er et frivilligt tilbud, der vil derfor aldrig blive drøftet oplysninger, der ikke er givet samtykke til.

Psykiatrien og PPR i kommunerne i Region Syddanmark vil gerne sikre sine patienter og borgere den bedst mulige støtte og opfølgning, også på tværs af regionale og kommunale sektorer. Derfor har vi brug for at kunne udveksle oplysninger om fx helbred og adfærd.

Udveksling af oplysninger

Udveksling af oplysninger sker jævnfør følgende lovgivning:

- Retssikkerhedslovens § 11a, stk. 1
- Forvaltningslovens § 28, stk. 2 samt GDPR
- Sundhedslovens § 43, stk. 1
- Sundhedslovens § 44, stk. 1 & 2
- Servicelovens § 49 a

Hvorfor beder vi om samtykke til at indhente og videregive information?

Tavshedspligten betyder, at sundhedspersonale og kommunale ansatte ikke må videregive private oplysninger om barnet/den unge til andre uden tilladelse (samtykke).

Hvem skal give samtykke – forældre og den unge:

For børn og unge i alderen 0 til 14 år, skal forældremyndighedsindehaveren give samtykke. Videregivelse og indhentning af oplysninger er beslutninger af dagligdagskarakter, og derfor er den

ene forældremyndighedsindehavers underskrift tilstrækkeligt. Hvis forældrene er skilt, er det bopælsforælderen som skal underskrive. Den 15-17årige patient skal selv give samtykke.

Hvad giver du tilladelse til med dit samtykke?

Et samtykke gælder alene for det aktuelle forløb. Samtykket ophører, når forløbet er afsluttet. Samtykket kan til enhver tid tilbagetrækkes. Det gøres ved at henvende sig til tovholderen på jeres sag.

Hvis samtykket trækkes tilbage, påvirker det ikke lovligheden af den behandling, der er foretaget, før samtykket blev tilbagekaldt. Tilbagekaldelsen af samtykke vedrører kun fremtidige behandlinger af oplysninger.

Lovgrundlag for behandlingen

Personoplysninger behandles efter Databeskyttelsesforordningen (forordning 2016/679 om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med behandling af personoplysninger) og databeskyttelsesloven (lov nr. 502 af 23. maj 2018) Hjemlen for at behandle personoplysningerne i denne sammenhæng er samtykke, jf. databeskyttelsesforordningens art. 6, stk. 1, litra a og artikel 9, stk. 2, litra a.

Hvis du har specifikke spørgsmål, der omhandler regionens og kommunens håndtering af dine personoplysninger, kan du få oplyst DPO's kontaktoplysninger ved kontakt til kommunen eller på kommunens hjemmeside.

På Datatilsynet.dk kan du læse om databeskyttelses rådgiverens rolle.

Bilag 6. De fem cases der indgik i konferencens workshops

Første case, om misbrug, Bjarne på 51 år, side 14
Anden case, en social case, Sofia på 60 år, side 16
Tredje case, unge-case, Maria på 16 år, side 18
Fjerde case, autisme, Nikolaj på 35 år, side 22
Femte case, en ældre-case, Erik en 79 årig enkemand, side 24

Første case, om misbrug, Bjarne på 51 år

NOVEMBER

Bjarne kommer til første indledende samtale. Han fortæller, at han har været på antabus i 4 uger og at det ofte går galt på dette tidspunkt. Bjarne går også i misbrugscenter mandag og torsdag, hvor han får sin antabus, men ingen misbrugsbehandling. Bjarne ønsker at få tilbudt et pakkeforløb for at få styr på den personligheds-forstyrrelse, som han er diagnosticeret med, men det kræver at han holder sig ædru i minimum 13 uger. Bjarne tror ikke, at han kan holde så længe. Han fortæller om en nylig druktur som varede i 4 måneder, hvor han kun kan huske små brudstykker. Bl.a. vågnede han op en dag med en forstuvet fod og krykker, men kan slet ikke huske hvordan skaden er sket.

Bjarne er tydeligt påvirket af massivt alkohol-misbrug. Nystagmus, bred-sporet gang, hukommelsessvigt samt svært ved kognitivt at forklare sig både i argumentation samt latenstid. Adspurgt virker han ikke selvmordstruet; har ingen umiddelbare selvmordstanker og ej heller planer om at dø.

Der indgås aftale med misbrugscenteret om, at Bjarne skal tilbydes misbrugsbehandling fra den følgende uge. Imens sættes samtalerne i bero, da misbrugsbehandlingen er rigtig vigtig ift. at nå målet om 13 ugers ædruelighed

JANUAR

Bjarne kommer til samtale som planlagt. Han fortæller, at han siden november har gennemgået et misbrugsbehandlingsforløb, og synes selv, at han har fået noget ud af det, men har svært ved at nævne konkrete forandringer. Han indrømmer, at han siden november har haft enkelte tilbagefald, men pointerer, at han føler sig nødsaget til disse "afbræk med alkohol" for at holde livet ud.

Bjarne er meget optaget af det videre pakkeforløb omkring hans personlighedsforstyrrelse. Henvisningen sendes adsted. Bjarne giver også udtryk for, at han er meget optaget af få et job, og virker i det hele taget noget mere stabil end set sidst. Han argumenterer eftertænksomt og ærligt.

FEBRUAR

Bjarne kommer til samtalen som planlagt. Det første han fortæller, er, at han har været på druk torsdag-fredag-lørdag, men formår at stoppe alkoholindtaget om søndagen. Der tales om hvilke udløsende faktorer, der har været i spil, men Bjarne har svært ved at finde de korrekte ord. Bjarne har ofte brugt ordet "dårligsom" og der tales om hvad det betyder, og han leder tydeligvis efter ord, associerer mod lidt uforståelige spejlinger. Bjerne fremstår meget forvirret, og bliver

irriteret, da han spørges om det; mener på ingen måde, at de store mængder af nyligt indtaget alkohol har noget med sagen at gøre. Bjarne indrømmer så, at han er begyndt at glemme ting, hvilket skræmmer ham, ligesom han i stigende grad har en følelse af at være fraværende. Det aftales, at Bjarne skal kontakte sin egen læge og få et helbredstjek.

Det aftales endvidere, at han bør holde sig ædru i 3 måneder, før samtalerne fortsættes, ligesom vigtigheden i at vedligeholde kontakten til misbrugscenteret understreges. Bjarne er indforstået med dette.

JUNI

Bjarne indlægges i lukket regi med promille på 2,79. Han har drukket 1,5 flasker vodka og 10 øl dagligt gennem lang tid. Bjarne vil gerne have hjælp til afrusning og sin mentale tilstand. Han fortæller, at han har fået en lejlighed gennem kommunen for 14 dage siden, men synes at det er hårdt at stå i det selv. Bjarne har igennem lang tid ønsket dette og er derfor meget bange for at miste lejligheden. Bjarnes kæreste er bekymret for, om han har været selvmordstruet, da Bjarne angiveligt har taget en kniv fra køkkenet. Men Bjarne mindes ikke episoden, og mener ikke selv, at der er sket noget væsentligt anderledes den aften.

Bjarne har svært ved at forklare eller beskrive sine selvmordstanker, men siger at han altid har haft dem; siger at han har kroniske selvmordstanker, men har aldrig haft nogen planer og ej heller tidligere forsøgt. Han nægter at have selvmordsimpulser.

Deltagernes kommentarer til casen om misbrug, bord 3 og 4

Deltagerne er enige om, at Bjarne virker meget motiveret, men ikke får hjælp nok. At bl.a. problematikken omkring ædruelighed for at få hjælp, er omsonst i en case som denne. Men hvad der burde været gjort og af hvem, var gruppen omkring det ene bord vist ikke så enige om jf. følgende kommentar; *"Hvis vi ikke en gang kan 'lægge boksehandskerne ned' her ved bordet, hvordan kan vi så forvente at gøre det ude i virkeligheden"* (diskussionerne gik højt omkring bordet hvor alle forsvarede egen faglighed).

Kommunale/regionale forskelle

- I små kommuner fx Bornholm er afstandene mindre, også rent fagligt -> vs. Region H er kæmpe stor og svær at navigere i
- Stor forskel på ressourcer og tilbud i landet
- Kommune skal komme på banen med hvad de kan tilbyde

Hvem støtter Bjarne?

- Ansigt på fagpersoner giver mening og bruges ?
- Netværksmøder med en udnævnt "tovholder" som er tæt på patienten giver mening
- Ingen umiddelbar inddragelse af pårørende – hun nævnes først til sidst.
- -> pårørende inddrages ikke

Hvem har ansvaret?

- Antager at samtale er med sagsbehandler? Egen læge? Anden læge?
- Forvirring om hvem Bjarne taler med
- Mangler en, der tager ansvar på sig for at skabe hjælp til Bjarne

- Efterspørger hvem der har ansvar
- OBS! Udfordring – servicelov/sundhedslov -> ansvar?
- Koordinering inklusiv kriterier bør være mere i fokus (fremfor eksklusion)

Dilemmaer i behandlingen

- Skisma; ingen behandling, hvis ikke ædru; men ikke ædru, hvis ingen behandling
- Hvor kommer 13 ugers regel fra?
- Manglende sammenhænge
- Manglende hjælp ved tilbagefald – desværre ikke noget nyt
- -> Bjarne er motiveret, men bliver ikke favnet/hjulpet

Spørgsmål vedr. samarbejdet

- Store forventninger til fagpersoner
- Hvordan samler vi vores faglige erfaringer
- Hvordan samler vi fagligheden
- Hvordan samles vi omkring patienten
- Gælder koordinerende indsatsplaner i hele landet?

Anden case, en social case, Sofia 60 år

PRIMO OKTOBER

Sofia – en 60 årig kvinde – henvender sig selv til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse grundet selvmordstanker. Hun har gennem en del år levet med slidgigt, og har især i de sidste år haft mange smerter samt gener relateret dertil. Bl.a. oplever hun stor træthed og stivhed i kroppen. Desuden får hun indimellem pludseligt opståede stærke smerter, som ”sprænger skalaen”. Udover gigt-smerterne, har Sofia stærkt nedsat syn og bruger kontaktlinser med styrke 15. Hun har vanskeligheder med at holde på urin og afføring, og er opereret herfor, hvilket har gjort generne mindre. Yderligere er Sofia opereret for nedsunken livmoder.

Sofia var sidste år – i løbet af foråret – indlagt i en kortere periode, efter at Sofia’s søn kom hjem og fandt hende i sengen, hvor hun havde planlagt at lade sig dø ved at undgå mad og drikke. Under indlæggelsen blev depressions-behandling genoptaget og Sofia blev derefter kortvarigt fulgt af psykiater og sygeplejerske fra Akut Psykiatrisk Hjælp teamet. Sofia har ikke været hos psykiater i et stykke tid, hvorfor der planlægges lægesamtale med centrets overlæge. Endvidere planlægges der nye blodprøvetagninger.

Sofia er oprindeligt fra Polen, men har boet i Danmark i 25 år. Hun bor i lejlighed med sin søn på 23 år. Sønnen er i behandling for depression. Sofia har arbejdet som hjemmehjælper i en lang årrække, men til sidst blev slidgigten så slem, at hun dels havde svært ved at hjælpe borgerne, dels havde svært ved at komme rundt på cykel. Hun blev afskediget og har siden været tilknyttet jobcenteret, hvor hun er visiteret til ressourceforløb, hun modtager ressourceforløbsydelse og har ligeledes været i en jobprøvning, som hun dog havde for mange smerter til at kunne deltage i.

MEDIO OKTOBER

Sofia kommer til samtalen som planlagt. Hun fortæller mere om sine smerter. Hun har hele tiden ondt. Smerterne varierer i styrke, men kan også komme som uudholdelige smerter. Hun skal på

smerteklinikken om små to uger. Hendes søvn er i høj grad påvirket, da hun er plaget af smerter om natten. Sofia fortæller at hun må lejre sig med flere puder, samt ændre soveposition en del gange i løbet af natten, for ikke at få mere ondt. Typisk falder hun i søvn ved 1.30 tiden, og står op ved 7 tiden. Hun vågner ca. 10 gange hver nat. Hun må derfor sove middagslur hver dag på to timer. Appetitten er også påvirket, og hun spiser mest frugt. Hun har tabt sig ca. 2 kg den sidste måned. Sofia har fået øvelser hun skal træne, men har ofte lyst til at snyde med træning på grund af smerterne. Alligevel får hun det gjort, da hun ved, at det er vigtigt.

Selvmodstanker kommer især, når smerterne er stærke i en periode, eller når Sofia føler sig misforstået i jobcenteret. Hun fortæller, at hun finder det svært, at jobkonsulenten ikke ser sygdommen og smerterne; hun føler nærmest at hun skal forsvare sig, som om hendes smerter er noget hun finder på. Hun fortæller om jobprøvningen, at hun skulle være der halvanden time om dagen. Dette strakte sig over en måned. Sofia ville gerne vise, at hun kunne klare jobprøvningen, men havde undervejs store problemer med, at knæene sætter sig fast, hoften 'knækker', og hun var bekymret for om jobprøvningen ville slide endnu mere på kroppen. Sofia har svært ved at forestille sig at kunne varetage et job, selvom hun ville ønske at hun kunne. Hun frygter for den tid, hvor slidgigten forværres, og hun ikke længere har mulighed for at kunne gå rundt. Aktuelt afventer man fra jobcenteret, at Sofia har været omkring smertecenteret, for at se om ny behandling vil kunne gøre Sofia jobparat.

ULTIMO OKTOBER

Sofia's selvmordstanker begyndte for tre år siden, da hun havde fysisk svært ved at klare jobbet, samt en aften fik frarøvet sin taske. Tankerne kom igen for et år siden, hvor Sofia havde lagt sig til at dø. Siden har hun haft tanker om at gå ned på stranden og lægge sig til at dø af kulde. Har bevidst ikke spist i 4-5 dage, så hendes krop langsomt kan lukke ned. Beskriver det som passive selvmordstanker. Sofia kan dog godt tage afstand fra at ville handle på tanker, bl.a. på grund af hendes søn, og det er derfor hun søger hjælp. Men hun fremstår trist, og har svært ved at have håb for fremtiden. Hun udtrykker at være meget bange, men har svært ved at uddybe det. Der gennemføres en Hamilton depressionstest, som viser depression i moderat grad. Depressionstesten er lavet under hensyn af, at smerteproblematikken i høj grad påvirker Sofia, også ift. til søvn og overskud mv. Sofia har tidligere fået medicin for depression, hvilket havde god effekt. Hun er dog ikke så glad for at tage medicin, hvorfor det aftales, at hun skal overveje det til næste samtale.

Deltagernes kommentarer til den sociale case; bord 6, 7, 8, 9 og 10

Deltagernes kommentarer til den sociale case havde især fokus på, at der er flere aktiviteter sat i gang samtidig, men uden samarbejde og uden koordinering.

Inddrag pårørende

- Pårørende kurser
- Inddrage pårørende - ressourcestærke

Manglende samarbejde

- VISO¹-model bredes ud som forgang (?) for det gode eksempel på koordinerende samarbejde
- Koordinerende mentor/SKP ?/rådgiver

¹ VISO - Den nationale videns- og specialrådgivningsorganisation

- Netværksmøde/koordinerende indsats, der er meget i gang i casen uden samarbejde
- Afholdelse af netværksmøde

Fokus bør være på borger

- Hvad er kerneproblematikken set fra borgernes perspektiv, så vi ikke laver symptomindsatser
- Flere problemstillinger, der kan dække over andre problemer
- Damen kan være i eksistentiel livskrise
- Fokus på mennesket først og dernæst problemerne
- Hun skal have MENING IND I LIVET
- Mange uvisheder
- Casen er problem fixeret
- Borger/patient i centrum -> skal tage udgangspunkt i vedkommendes ønsker og hele den sociale situation
- Mangel på borger-inddragelse
- Her og nu, stop jobprøvningen

Hvem har ansvaret?

- Der er mange aktører og ingen umiddelbar sammenhæng
- Mangel på indsigt i faglige instanser
- Hvem har behandlingsansvaret somatisk og psykiatrisk??
- Der skal skabes incitament (gulerod for det koordinerende arbejde omkring borgeren = penge)

Andet

- Polen, kulturelle forskelle ift. psykiatri?
- Positivt med smerteklinikken

Refleksion på gruppen: godt gruppearbejde, god brainstorm og gode til at samle trådene til sidst

Tredje case, unge-case, Maria på 16 år

FEBRUAR.

16-årige Maria ses i skadestuen sammen med mor på opfordring af egen læge (EL). Maria har for en uge siden været selvskadende. Hun er belastet. Forældre har mistanke om ADHD. Forvagt skriver til familiens læge og foreslår, at de laver henvisning til Børne- og ungdomspsykiatri (BUP). 10 dage senere modtager BUP henvisning fra familiens læge. Forældre og Maria får tid til forsamtale. En uge senere. Maria ses med begge forældre til forsamtale i ADHD team. Forløb afsluttes herefter, da der ikke vurderes at være tale om en ADHD eller psykisk lidelse. Primær journal sendes til forældrene og til egen læge.

JUNI.

Maria kommer med ambulance til fælles akutmodtagelse (FAM). Har tidligere på dagen indtaget ca. 30 stk. Pamol. Kaster op ved aftensmaden. Har dagen forinden selvskadet sig voldsomt ved at skære i sig selv. Hun indlægges til behandling og somatisk stabilisering. FAM sender

underretning til kommunen, med forældresamtykke. Af denne fremgår, at Maria henvises til forløb team for Selvmordsforebyggelse (TFS).

Maria kommer knap 14 dage senere til afklarende samtale i TFS v. behandler. Der aftales umiddelbart opstart af kort pakkeforløb (op til 5 samtaler). Der udarbejdes behandlingsplan, som sendes til egen læge og til begge forældre og efter samtykke fra forældre til kommunen. Få dage senere, på baggrund af underretning, indkalder hjemkommunen forældrene og Maria ind til en gennemgang af underretningen og yderligere afdækning af støttebehov til familien. Der vurderes at være behov for støttende samtaler, herunder redskaber til at støtte Maria. Det vurderes derudover, at der er behov for yderligere udredning, også til Maria, hvorfor familieafdelingen, med samtykke fra forældrene, indkalder til et netværksmøde, hvor følgende aktører vil være til stede: Maria, forældre, TFS (BUP), skole, Ungdomsvejledning, Familiecenter samt familieafdelingen.

AUGUST.

Netværksmødet afholdes. På netværksmødet oplyste skolen, at Maria i indeværende skoleår har haft væsentligt skolefravær (25%). Der var desuden registreret, at hun gennem længere tid var kommet mere og mere udenfor det sociale fællesskab. Der aftales samlet behandlingsplan og koordination

SEPTEMBER.

Opstartsmøde i Familiecentret med henblik på familierådgivning. På mødet deltager forældre, Marias sagsbehandler samt familierådgiver.

OKTOBER.

Maria kommer med ambulance til FAM. Er gået hjemmefra i vrede og har truet med selvmord over for forældre. Forældre kan ikke finde Maria i nogle timer og kontakter politiet. Kommer frivilligt tilbage først på aftenen, men går op på værelset og tager et ukendt antal piller og skærer sig voldsomt. Indlægges til behandling og somatisk stabilisering og bliver syet med adskillige sting. Overføres 2 dage efter til psykiatrisk sengeafdeling – åbent afsnit. 4 dage senere overføres Maria til skærmet afsnit på grund af nyt selvmordsforsøg, selvskade og forsøg på at stikke af fra sengeafsnit. 5 dage senere udskrives Maria fra den psykiatriske sengeafdeling. Kommune og TFS genoptager tidligere aftalte behandlingsplan.

NOVEMBER.

Maria indbringes af politiet til Psykiatrisk Skadestue til indlæggelse med tvang. Er stukket af hjemmefra og har udtrykt, at hun vil dø. Forældre kontakter politi, som finder hende på vej mod standen. Modsætter sig hjælp og må fastholdes. Vurderes akut selvmordstuet på Psykiatrisk skadestue og modsætter sig hjælp og indlægges med tvang på lukket sengeafsnit.

DECEMBER.

Der er gået 14 dage. Maria udskrives fra sengeafsnit hjem til forældre. Forsætter ambulans behandling i TFS og øvrige foranstaltninger i kommune forsættes. Er startet op i psyko-farmakologisk behandling i BUP. Forældre oplever, at Maria forsat er meget forpint, og udtrykker bekymring for at kunne varetage forældreansvaret. Maria er helt droppet ud af skolen, og tilknyttes kontaktperson. Det fungerer ikke og opgives.

APRIL.

Statusmøde i Familiecentret med deltagelse af forældre, familierådgiver, skole, støtte/kontaktperson samt sagsbehandler. Gennem de sidste 3 mdr. har Maria været indlagt 4 gange på grund af nye selvmordsforsøg og selvskade. Forældre er udkørte, og Maria er forsat selvmordstruet og forpint. Forældre kan ikke længere magte ansvaret, og ønsker Maria anbragt på behandlingsinstitution. Der indkaldes til tværsektorielt koordineringsmøde.

Maria anbringes på behandlingsinstitution. Er stadig selvmordstruet, selvskadende og forpint. Ønsker at dø og stikker ofte af fra institution og indlægges hyppigt. De hyppigste aktører i Marias behandlingsforløb er i april: Forældre, Maria, søskende, Familieafdeling, skole, Institution, TFS, Sengeafdeling, Politi, Psykiatrisk skadestue.

Deltagernes kommentarer til børn- og unge casen; bord 11, 13, 14, 15, 16, 17 og 18

NB. Casen er ikke autentisk, men er skrevet sammen på tværs af flere ens sager. Kan forklare, at mange kommentarer omhandler manglen på patientens egen stemme og beskrivelse af årsager

Diagnose/udredning

- Manglende fokus på Maria inkl anamnese/udredning
- Mangelfuld diagnostisk afklaring af Maria
- Manglende risikovurdering og underretning efter første skadestuebesøg.
- MEN fravær af egentlige afklaring af årsager til Marias mistrivsel mhp. behandling
- symptomer forsvinder jo ikke, fordi man ikke får diagnosen – de slippes og efterlades, hvem samler op/ansvar?
- Mange aktører – hvor er case's stemme, evt. gruppeforløb, som kan samle op/støtte
- Hvem taler med Maria? Hvorfor får hun lov til at blive dårligere?
- Det hele barn – hvad er symptomerne en invitation til?
- Hvad er Maria belastet af? Høres og overses?
- Stort fokus på behandlingsplan fremfor validering af Maria
- Case tror ikke på hjælp efter langt forløb

Manglende handling

- Manglende kriseplan
- Manglende underretning fra skolen
- Dec.: manglende opfølgning på plan
- Manglende psyk tilsyn i juni
- Underretning – hvornår kommer den ind? Opfølgning?
- Man afviser ADHD i februar – og så sker der ikke mere
- For længe til afklarende samtale (14 dage)
- Langt tidsperspektiv, herunder mangel på rettidige underretninger
- Negativ progression
- Mange steder prioriteres der ikke tid til udgående deltagelse i tværsektorielle netværksmøder – alternativt telefonmøder
- Et problem, at samarbejds møder ikke nødvendigvis er sat i struktur
- Ventetid i PPR – 6-12 mdr – betydning går tabt
- Man mister maria, der mister håb og tro på at få støtte og hjælp

Hvem har ansvaret

- Koordinerende instans?
- Hvor er egen læge?
- Ansvarsområder – hvor ligger ansvaret?
- stor udskiftning i socialrådgivere -> svigt (forskelligt blik på...)
- Uden formelt ansvar slippes patient pga. manglende ressourcer
- Mange aktører
- Mangelfuld koordinering af den tværsektorielle indsats – i stedet mange akutte indsatser,
- Ofte en tendens til, at de forskellige sektorer forsøger at ”skubbe” sagen videre, med risiko for mangelfuld behandling
- Barnets stemme!! Inddrag barnet i (netværks)møderne. Maria har talt med mange forskellige. Hvem tager Maria og familien alvorligt? Opgivelse/afmagt
- Kasse-tænkning: der mangler opsamling/opfølgning i forløbet
- Netværksmøde m/u familie – faglige drøftelser FØR møde med forældre/pårørende -> hvor kommer kommuner ind vs hvor kommer regioner ind, hvem gør hvad?
- I vores kommune ville egen læge sjældent henvise til psykiatrien, da psykiatrien oftest afviser og beder om at kontakte PPR, som i øvrigt ikke er nævnt i casen! I vores kommune ville vi almindelig være inddraget

Fremadrettet/burde have været gjort

- Tidligere koordineret indsats
- Mentor/kontaktperson vs borderline cases vs øvrige cases
- SAMARBEJDSAFTALER for det tværsektorielle samarbejde
- Aftaler om løbende opfølgning/netværksmøder, herunder udveksling af kontaktinformation
- Afstemning før pårørende inkluderes?
- Uvildig forløbs koordinator – på tværs af alle sektorer
- Fælles inddragelse/fælles fokus; HUSK! Pårørende, evt. undervisning
- Recovery værdierne
- Gruppeforløb
- Samarbejdet med psykiatrien kan udfordre
- Kendskab til hinandens sfærer
- Tidlig indsats – tværfagligt og forebyggende (inddragelse af myndighed og rette instanser
- Ny lovgivning vedr. fravær – fraværsregistrering/regionalt fraværprojekt (fremskudt psykiatri)
- Samme forståelse af problemstillingen er vigtig for at arbejde i samme retning. Hvad kalder vi problemet – fælles sprog
- Underretningspligten; forældrene går til lægen, de kender ikke systemet
- Betydningen af det relationelle kendskab til hinanden – ex læge, kommune, psykiatri
- De mange kontekster – udredning afi casen peges på, barnet er problemet/at det ligger i Maria fremfor at se på sammenhænge, kontekster, altings forbundethed
- Forventningsafstemning – også så forældre/Maria kan vide, hvad der gøres /er muligt
- Tværfagligt samarbejde
- Måske være startet med det tværsektorielle allerede i februar, år 1 fremfor vente til april år 2
- Socialrådgiver – familiebehandling som tovholder – hele tiden i kontakt med Maria + familien. Den der trækker øvrige ind
- Behandlingsinstruktion ? – familie/pårørende involvering (ikke kun som koordinator)

Fjerde case, autisme, Nikolaj på 35 år

Mit navn er Nikolaj. Jeg er 35 år og er uddannet kontorassistent. Senest har jeg arbejdet i Trafik- og Byggestyrelsen, men har været sygemeldt 1.5 år nu. Faktisk har jeg været ansat en del forskellige tider, men det ender altid med, at jeg får voldsom stress. Det samme skete hele vejen igennem min uddannelse. Det er især larmen, som generer mig. Både den udefra og den indeni. Andre fortæller, at jeg fremstår som en ordentlig og nydelig mand. Man lægger vist ikke mærke til, at jeg har autisme; heller ikke selvom jeg har svært ved at holde øjenkontakt. Jeg blev diagnosticeret med autisme i 2015. Min intelligens er tårnhøj, blandt de 10% klogeste ifølge Mensa. Desværre kan jeg ikke bruge det til noget. Al den larm gør mig syg, før jeg når at vise, hvad jeg kan.

Siden jeg var 13 år, har jeg forsøgt selvmord mindst 50 gange, især har jeg forsøgt at kvæle mig selv med en pose over hovedet ligesom jeg har forsøgt hængning mange gange. Jeg har også været indlagt i psykiatrien mange gange. Jeg er meget følsom overfor larm. Larm er mange ting. Det er larm larm, du ved, når folk larmer omkring mig. Men larm er også, hvis der er for mange mennesker omkring mig i samme rum. Selv min søde kone gennem 9 år, larmer. Også selvom jeg sidder i min elskede lænestol i stuen og hun er i køkkenet. Mine tanker larmer helt utroligt meget. De vælter rundt og stikker ud i alle retninger, i et uendeligt mylder. Krav udefra er også larm. Forventninger til mig er larm. Jo flere krav og forventninger udefra, jo mere larmer mine tanker, jo vildere farer de rundt. De gør mig vanvittig. Arbejdsevneafklaring, kontaktperson, udredning, ressourcejob, fleksjob, samtaler, jobpraktik, jobprøvning, støttekontaktperson, psykoeducation, privat aktør, sagsbehandler, jobcenter, kontorchefer, psykologer, psykiater, bekymrings-henvendelser, fremmødepligt...ARRRGH! Der er så meget larm alle vegne, alle steder. Udenfor og indeni. Jeg vil bare så gerne have ro. HAVE FRED. Men jeg ved ikke hvor jeg skal finde det. End ikke når jeg sover, har jeg fred; har svært ved at sove, vågner tit, har altid mareridt. Det er kun ét sted jeg ved, at jeg kan finde det. I døden. I døden er der fred, i døden er der ro. Jeg længes så meget efter fred. Bare fred. Altomsluttende stilhed. Ro i mit hoved. Lad mig være i fred.

- Nicolaj bliver i 2015 udredt for autisme hos Privat Praktiserende Psykiater
- Nicolaj henvises til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse fra egen læge. Forløbet starter op i oktober 2017. Samtidig beslutter Jobcenter, at arbejdsevne skal afklares hos privat aktør.
- November 2017. Funktionsudredning hos anden privat aktør, der påstod at have ekspertise indenfor autisme. Det havde de ikke. Udredningen er ubrugelig.
- November 2017. Undersøges for depression. Kan ikke bekræftes. Psykologisk Ressourcecenter foreslår psykoeducation. Nikolaj vil gerne.
- December 2017. Bekymringsskrivelse sendes til Jobcenter. Jobcenter giver afslag på psykoeducation i januar 2018. I stedet skal privat aktør stå for jobrettet indsats for borgere med autisme. Center for autisme anmodes om finansiering af psykoeducation. De foreslår sanseprofil, men ingen finansiering.
- Februar 2018. Ny ansøgning om psykoeducation til jobcenter, men på højere niveau. Jurist overtager sagen og langt om længe gives finansiering. Marts 2018. Opstart i Psykologisk Ressourcecenter mhp. psykoeducation. Samtidig indkaldes Nicolaj til forløb i Jobcenter til udredning ift. ressourceforløb, flexjob eller førtidspension. Nikolaj blir MEGET dårlig ved udsigten til en række møder i Jobcenter. Bekymringsskrivelse afsendes.
- April 2018. Både sagsbehandler i jobcenter og psykolog hos Psykologisk Ressourcecenter skiftes ud. Nikolaj reagerer meget voldsomt på at skulle forholde sig til nye mennesker.

- Maj 2018. Ansøgning om førtidspension sendes til Jobcenter. Nikolaj bliver gradvis dårligere pga. de mange møder i Jobcenter. I juli sendes bekymringskrivelse til Borgerrådgivningen.
- August 2018. Kompetencecenter for selvmordsforebyggelse overtager kommunikationen med Jobcenter. Nikolaj er tæt på selvmord. Datoen for mødet med Rehabiliteringsteamet fastlægges. Nikolaj er skrækslagen. Der søges om dispensation for ikke at skulle møde op personligt. Dispensation afvises. Klage sendes til Ankestyrelsen, som afviser klagen.
- September 2018. Alt planlægges; Nikolaj skal medicineres, så han slapper af. Mødelokale fotograferes, så Nikolaj kan se det inden, der skal vagt for døren mv.. Der er mistanke om kompleks PTSD reaktion hos Nikolaj.
- September 2018. Dagen for mødet med Rehabiliteringsteamet sætter mødelederen sig ind i sagen, og beslutter at Nikolaj ikke behøves at møde op. Dagen efter gennemføres mødet i Rehabiliteringsteamet uden Nikolaj. Man vedtager enstemmigt at visitere til førtidspension.

Deltagernes kommentarer til casen om autisme, Bord 1 og 2

Deltagerne er generelt meget enige om, at patientcasen er meget genkendelig. Derudover havde de følgende kommentarer til casen ift. hvad der kunne have været gjort.

Tidligere indsats

- Der skulle være gjort en indsats tidligere. Får først sin diagnose i 2015! Udredning burde være sket tidligere. Selvmordstanker fra 13-årsalderen + indlæggelser
- Gad vide om Nikolaj kunne have haft beskæftigelse, hvis han havde fået hjælp ift. denne langvarige problematik tidligere?
- Minimering af aktører og forløb

Pårørende og støtte

- Der er ikke taget højde for det relationelle
- Beskyttelsesfaktorer, - kunne familien have støttet/hjulpet med hjælp tidligere
- Vigtigt med støtte – har patient nogen ved sin side?
- Borgerens perspektiv og ønsker
- En til at tage den koordinerende rolle. Evt. samtykke til, at en anden kunne møde op til møder
- Hjemmevejleder? Kunne have været hjælpsomt for patienten

Psykoeducation

- Tilbyde relevant psykoeducation ved diagnose (NB! Bør være et automatisk tilbud, så finansiering ikke bliver et diskussionspunkt)
- Psykoeducation – bliver nærmest en kampplads ift økonomi... nogen kommuner – fx Nordjylland har mulighed for at henvise, men der er ikke økonomi til alle patienter

Særlig indsats

- Beskæftigelsesvejledning skal samarbejde med psykologer med særlig autisme-erfaring
- VISO-forløb

Femte case, ældre-case, Erik, en 79 enkemand

NOVEMBER

Erik er en 79 år enkemand, som vanligt kommer til træning for borgere med KOL i Kommunens sundhedscenter. Det bemærkes, at Erik er mindre talende end ellers, virker trist og uoplagt, ønsker ikke at deltage i fællesskabet, da træningen afsluttes med kaffe. Ugen efter kommer Erik ikke til træning i sundhedscenteret. En medarbejder drøfter det med sin leder, som kontakter hjemmeplejen, der ser til Erik. Det aftales, at de tager et ekstra besøg i ugens løb. Den næste dag får Erik besøg af Sosu-hjælperen Peter, som kender Erik gennem de sidste 3 måneder. Erik virker noget trist, men taler alligevel gerne om de sædvanlige ting som fodbold, de stigende boligpriser og at alle har det så travlt nu om stunder. Han tilbyder desuden Peter en kop kaffe. Da Peter fortæller, at man er bekymret for ham, fortæller Erik at han ikke kom til træning pga. smerter i maven. Peter ved, at Erik fortsat savner sin afdøde ægtefælle og tænker derfor ikke, der er noget mærkeligt i, at han fortsat kan være trist.

DECEMBER

Erik kommer til træning i sundhedscenteret; han virker fortsat trist, men taler lidt mere end sidst. Han ønsker også en kop kaffe efter træningen. Da de skal til at forlade lokalet, hiver fysioterapeuten, Dorthe, Erik til side og spørger om han ikke har tid til en snak. Adspurgt hvordan det går, fortæller Erik, at dagene er lange, og at han ikke kan forstå, at han fortsat savner Edith, sin afdøde ægtefælle – det er jo ved at være 7 mdr. siden. Dorthe anerkender hans sorg og giver udtryk for, at hun synes de bør kontakte enten hans læge eller én sygeplejerske i hjemmeplejen, så de kan finde ud af hvordan han bedst kan hjælpes. Erik synes det er at gøre for meget ud af det, men accepterer besøg af sygeplejersken.

Senere i december besøger en forebyggende hjemmesygeplejerske Erik efter aftale. Erik fortæller, at han og Edith har været gift i 50 år og at han har svært ved at leve med sorgen og ensomheden og ikke forstår hvordan andre kan klare det. Det hele forekommer meningsløst og han synes også, at han har mistet kontakten til gamle kolleger og venner, hvoraf flere er døde. Han frygter desuden at skulle fraflytte huset, da han ikke længere magter at holde hus og have. Erik fortæller om daglige besøg på kirkegården; at han hver aften savner det knus han gav Edith, inden de skulle sove. Han har ikke ændret noget i hjemmet efter hendes død. Alt hendes tøj hænger i skabene, hendes overtøj og sko står, hvor de plejer, det samme gælder hendes broderi, som ligger på bordet ved siden af hendes lænestol. Han har ugentlig kontakt til børn og børnebørn, men det er telefonisk, da de bor langt fra hinanden. Han synes heller ikke, at han kan finde ud af at invitere dem og han gruer for julen. Adspurgt oplyser han, at han indimellem tænker, det ville være lettere at være død, men nægter at have egentlige selvmords-tanker. Hjemmesygeplejersken ønsker at kontakte Eriks praktiserende læge, da hun tænker han har en række symptomer på depression, men det afviser Erik. Han har aldrig brudt sig om den læge; mener desuden, at lægen var skyld i, at Edith kom for sent i gang med sin kræftbehandling. Og at hun måske ikke var død, hvis hun var henvist til undersøgelse noget tidligere. Erik accepterer at hjemmesygeplejersken besøger ham om en uges tid.

KORT FØR JUL

Erik indlægges søndag aften på Fælles Akutmodtagelse efter at have indtaget et ukendt antal smertestillende piller sammen med alkohol. Det var en nabo, der fandt ham. Han var blevet kontaktet af Eriks datter, som var bekymret over, at han ikke svarede telefonen; hun plejede jo altid at ringe søndag aften. Erik er vred og skuffet over, at han ikke er død. Han benægter at have

taget piller og drukket alkohol i suicidalt øjemed, og understreger det var et uheld, da han fik sig en tår over tørsten og ikke havde tænkt på, at han også havde taget noget for sine rygsmarter. Da man fortæller Erik, at man også har fundet hans afskedsbrev, fortæller han hvad det var sket.

Han havde de sidste dage haft svært ved at finde hvile og søvn. Han var plaget af uro, mange bekymringer og han savnede Edith mere end nogensinde. Erik havde haft mange spekulationer om julen, hvordan han skulle klare sig igennem den uden Edith og han tænkte også på hendes 75-års fødselsdag, som de kunne have fejret den 28. januar, hvis hun ikke var død. Om søndagen, da han skulle flytte nogle ting i garagen, udløste det stærke smerter i ryggen og dette fik ham til at tænke, at nu kunne det være nok. Hans tanker om børn og børnebørn fik ham til at tøve lidt, men tænkte dog at de hurtigt ville komme over det, for så ville han ikke længere være til besvær. I sit afskedsbrev forsøgte han at forklare, hvorfor han gjorde det og at det ikke var deres skyld. Da familien kommer på sygehuset, bliver Erik meget skamfuld og ked af det han har gjort, da han ser, hvordan det berører familien. Et par dage efter udskrives Erik fra sygehuset, han har ingen mén efter selvmordsforsøget. Han er blevet henvist til klinik for selvmordsforebyggelse og skal til sin første samtale den 27. december. Der er planlagt besøg af hjemmesygeplejerske den 21. december og Erik skal holde jul med datter, svigersøn og børnebørn.

Deltagernes kommentarer til ældre-casen; bord 12

Kritisk tidspunkt på året

- November, hvad plejer man at gøre på dette tidspunkt
- En klassisk tabssituation og første jul som aleneperson

Hvem har ansvaret

- Der er mange kommunale aktører som kommer ind over sagen
- Mange kommunale medarbejdere var bekymret, men de pårørende blev ikke trukket ind
- Der bør være en tovholder, som tager ansvar for borgeren
- Det kunne være nyttigt, hvis man i kommunen mærkede efter hvem af de kommunale kontakter som havde en god kontakt til borgeren, eller spurgte borgeren selv
- Vi tænker, at kommunen bør tage ansvar for borgeren i form af SOSU-hjælp. De pårørende bør involveres for at kunne identificere netværk
- Det vil være vigtigt at identificere et netværk og der er forskellige strategier, som kunne bruges for at finde ud af, hvem det er

Hvad bør der ske:

- Kommunale medarbejdere bør lave en helhedsplan og en netværksanalyse, fx den forebyggende hjemmesygeplejerske
- Det er vigtigt at tage borgeren alvorligt, fx på hans kritik af lægen (NB hvad gør man hvis borger ikke vil, man kan jo ikke gøre noget imod en myndig borgers vilje)
- Hjemsendes han fra akutmodtagelsen med aftaler??
- Det er væsentligt at sørge for, at det offentlige system er fungerende, fx at udskifte lægen