

Evaluering af SAFE-projektet

Evaluering af SAFE-projektet i Region Hovedstadens
Psykiatri

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen

23. maj 2023

Implement Consulting Group
Strandvejen 54
2900 Hellerup

Tel +45 4586 7900
Email info@implement.dk
Implementconsultinggroup.com

CVR 32767788
Bank 4845-3450018236
SWIFT DABADKKK
Iban DK3030003450018236

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Introduktion	1
2. Resumé.....	1
3. Metode	2
3.1 Kvalitativ metode.....	3
3.2 Kvantitativ metode.....	4
4. Interventionen	4
4.1 Elementer i indsatsen.....	4
4.2 Compliance med SAFE-procedureerne	6
4.3 Målgruppe	7
4.4 Organisering og personaleressourcer	8
4.5 Implementeringstiltag og -proces	10
5. Resultater.....	12
5.1 Kvantitativ analyse	12
5.2 Kvalitativ analyse	14
6. Perspektivering og anbefalinger.....	16
7. Bilag 1: Kriseplan	17
8. Bilag 2: Selvmordsrisikovurdering	18
9. Bilag 3: Kvantitative resultater.....	23
10. Bilag 4: Forskelle og ligheder mellem F-ACT og SAFE	26

1. Introduktion

Der blev i forbindelse med satspuljeaftalen 2017-2020 afsat midler til et pilotprojekt om forebyggelse af selvmord. Formålet med puljen var at afprøve, om indførelsen af ambulant kontakt med relevant fagligt personale inden for den første uge efter udskrivelse fra psykiatrien kunne være med til at forebygge selvmord og selvmordsforsøg for særligt sårbare patienter, herunder unge mennesker med psykiske lidelser.

I puljens regi gennemførtes et projekt i Region Hovedstadens Psykiatri, Psykiatrisk Center København i perioden marts 2018 til og med marts 2020. Baggrunden var viden om, at korte indlæggelser giver højere risiko for selvmord efter udskrivelse, og at denne risiko generelt er størst umiddelbart efter udskrivelse.

Interventionen, der skulle afprøves, indeholdt flere elementer, herunder personlig kontakt inden udskrivelse med en medarbejder fra den ambulante enhed, der skulle følge op efterfølgende, hjemmebesøg inden for en uge efter udskrivelse samt inddragelse af patientens pårørende. Målgruppen var – med få undtagelser – alle patienter udskrevet fra et sengeafsnit i Psykiatrisk Center København.

Evalueringen foretages for at:

- Dokumentere den faglige indsats.
- Dokumentere de patientrelaterede resultater.
- Tilvejebringe viden om, hvordan psykiatrien og andre relevante aktører kan organisere sig for at skabe større sammenhæng og derigennem forebygge selvmord i den første tid efter udskrivelse.
- Give anbefalinger til eventuel udrulning i andre regioner.

Implement har gennemført evalueringen på vegne af Sundhedsstyrelsen i perioden fra december 2017 til primo 2021, inklusive forberedelser og seks måneders opfølgning. Den kvalitativt baserede del af slutevalueringen blev foretaget i maj-juni 2020 og den statistiske analyse ultimo 2022. Den statistiske analyse blev gennemført af Danish Research Institute for Suicide Prevention, Forskningsenheden ved Psykiatrisk Center København. Implement har, efter dialog med Danish Research Institute for Suicide Prevention, indarbejdet resultaterne af den statistiske analyse i denne rapport. Registerdata til den kvantitative analyse er købt og analyseret af Danish Research Institute for Suicide Prevention, CORE, Psykiatrisk Center København og Region Hovedstadens Psykiatri.

2. Resumé

I perioden marts 2018 til marts 2020 gennemførte Psykiatrisk Center København SAFE-projektet, som havde til formål at reducere risikoen for selvmord og selvmordsforsøg i perioden umiddelbart efter udskrivelse fra et psykiatrisk sengeafsnit.

Målgruppen for interventionen var bred og omfattede, med få undtagelser, alle patienter over +18 år, som blev udskrevet fra et sengeafsnit i Psykiatrisk Center København.

Interventionen bestod af flere elementer: (i) personlig kontakt mellem medarbejder og patient forud for udskrivelse, hvor der udarbejdedes en kriseplan, (ii) hjemmebesøg inden for en uge efter udskrivelse af samme medarbejder, som havde kontakten forud for udskrivelsen, med fokus på selvmordsrisikovurdering og fornyet kriseplan og (iii) en mere systematisk inddragelse af pårørende ved invitation til udskrivelsessamtale og hjemmebesøg. Flere af SAFE-projektets procedurer var velkendte i Psykiatrisk Center København forud for projektet, men der blev i SAFE-projektet arbejdet mere systematisk med selvmordsforebyggelse og til en bredere målgruppe, end praksis tidligere havde været.

Det er af forskellige grunde vanskeligt at vurdere, om SAFE-projektet havde en effekt på risikoen for selvmord og selvmordsforsøg i perioden efter udskrivelse fra et sengeafsnit. Det skyldes først og fremmest, at F-ACT – et ambulante behandlingstilbud til borgere med alvorlig psykisk sygdom – blev implementeret sideløbende med implementeringen af SAFE og indeholdt nogle af de samme selvmordsforebyggende procedurer (se bilag 4 for en skematisk opstilling af forskelle og ligheder mellem SAFE og F-ACT for så vidt angår selvmordsforebyggende procedurer). Det gjorde, at de forskelle, der i den quasi-eksperimentelle, kvantitative analyse blev målt på mellem interventions- og kontrolgruppen, reelt set var forskellen på en intervention baseret på arbejdsgangene i F-ACT (kontrolgruppen) og en intervention baseret på arbejdsgangene i SAFE (interventionsgruppen). Eftersom F-ACT også indeholdt – og fortsat gør – flere af de elementer, som oprindeligt var tænkt til at skulle gøre SAFE virksom, blev de reelle forskelle mellem de modtagende interventioner i kontrol- og interventionsgruppen begrænsede, og det blev deraf tilsvarende vanskeligere at identificere en potentiel effekt af SAFE statistisk set.

Derfor hviler vurderingen af effekterne af SAFE på kvalitative vurderinger fra medarbejdere og ledere. Der viste sig her en vis ydmyghed over for at vurdere effekterne, bl.a. fordi selvmordsforekomsten trods alt er lav. Der var dog med det forbehold bred enighed om, at intentionerne og procedurerne i SAFE var fagligt meningsfulde og sandsynligvis bidrog til at øge kvaliteten og sikkerheden i overgangen fra indlæggelse til ambulante forløb.

Der er, med afsæt i begrænsningerne i den kvantitative analyse, ikke på baggrund af denne evaluering et stærkt grundlag for at konkludere, at SAFE-procedurene havde en positiv indvirkning på risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Der er dog et kvalitativt funderet grundlag for at hævde, at der sandsynligvis er et kvalitets- og patientsikkerhedsmæssigt rationale i at arbejde med en systematisk selvmordsforebyggende indsats i overgangen fra indlæggelse til ambulante forløb. I det lys – og med forbehold for fraværet af en konstatérbar effekt via en kvantitativ analyse – peger erfaringerne i SAFE-projektet på, at der med fordel kan indarbejdes praksisser som selvmordsrisikovurdering og kriseplan i de eksisterende ambulante teams, at der fortsat arbejdes aktivt med at sikre en så høj grad af personkontinuitet i overgangen fra indlæggelse til ambulante forløb, samt at der fortsat findes veje til at styrke pårørende- og netværksinddragelsen.

3. Metode

Evalueringen er baseret på et kvalitativt spor bestående af interviews og en kvantitativ analyse baseret på et quasi-eksperimentelt design. Nedenfor uddybes den hhv. kvalitative og kvantitative metode.

3.1 Kvalitativ metode

Formålet med det kvalitative evalueringsspor var at bidrage med viden om projektets forløb og virkningsmekanismer, der gør det muligt at forstå og forklare resultaterne ved den afsluttende evaluering.

Der er i det kvalitative spor gennemført:

- **Dokumentgennemgang** af projektbeskrivelse, arbejdsgangs- og procedurebeskrivelser.
- **Otte semistrukturerede** fokusgruppeinterviews med fem til syv ledere og medarbejdere fra forskellige teams, inklusive SAFE-medarbejdere. Medarbejderne og lederne var forankret i fire af Psykiatrisk Center Københavns enheder, som blev udvalgt i samarbejde med projektledelsen (Akut Psykiatrisk Hjælp (APH-PCK), Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, Psykiatrisk Ambulatorium Frederiksberg-Vanløse og Psykiatrisk Ambulatorium Indre By-Østerbro).
- **To interviews med hhv. projektleder og projektejer.**
- **Fem interviews med ledere og medarbejdere** fra de samme enheder, som deltog i fokusgruppeinterviews (Akut Psykiatrisk Hjælp, APH-PCK, er i mellemtiden flyttet til Bispebjerg Hospital).

Alle interviews og fokusgruppeinterviews var af ca. en times varighed.

Halvdelen af fokusgruppeinterviewene blev gennemført ved projektstart i foråret 2018, mens den anden halvdel blev gennemført i efteråret 2019. Ved afslutningen af projektet blev der gennemført syv interviews (med otte respondenter), hvoraf to var med hhv. projektleder og projektejer. De afsluttende interviews blev afholdt medio 2020 – ikke senere af hensyn til interviewpersonernes erindring og tilgængelighed. Der forelå ikke dataopgørelser på dette tidspunkt, så dialogen om resultaterne herfra var baseret på kvalitative vurderinger.

Det var oprindeligt intentionen at interviewe patienter efter den ambulante kontakt for at få illustreret oplevelserne med SAFE-projektet, men det viste sig ikke muligt at finde en lovmedholdelig (videregivelse af personhenførbare oplysninger) og praktisk anvendelig fremgangsmåde for at rekruttere hertil. Patientperspektivet belyses derved alene indirekte via de fagprofessionelles udsagn om tilkendegivelserne, de har fået fra patienter og pårørende undervejs.

Interviews og fokusgruppeinterviews har samlet set søgt at adressere følgende spørgsmål (med forskellig vægt og vinkel, afhængig af om interviewet blev gennemført ved opstart, midtvejs eller ved afslutningen af projektet).

Interviewtemaer:

- Hvad er hidtidig praksis?
- Hvad er der gjort for at ændre praksis?
- Hvad er den nye praksis?
- Hvilke resultater giver den nye praksis?
- Hvad er udgangspunktet – de væsentligste forudsætninger – for at opnå resultaterne?

3.2 Kvantitativ metode

Formålet med den kvantitative analyse var at vurdere, om der var en årsags-virkningssammenhæng mellem SAFE-interventionen og forekomsten af selvmordsforsøg og selvmord.

Til at belyse, hvorvidt et sådan kausalforhold findes, var analysen designet som et naturligt eksperiment, hvor forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg blandt patienter fra Psykiatrisk Center København efter endt projektperiode blev sammenlignet med forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg blandt en matchet gruppe patienter udskrevet fra andre psykiatriske centre i Region Hovedstaden i samme tidsperiode (Psykiatrisk Center Ballerup, Psykiatrisk Center Glostrup, Psykiatrisk Center Amager og Psykiatrisk Center Nordsjælland). "Matchingen" blev lavet statistisk som kompensation for fraværet af randomiseret udvælgelse mellem kontrol- og interventionsgruppe. Metoden kaldes "propensity score matching". De variable, der blev matchet på, omfattede:

- Køn
- Alder
- Socioøkonomisk status (arbejdsløs, i arbejde, pensioneret)
- Uddannelsesniveau
- Civilstatus
- Anbragt i plejefamilie
- Diagnose
- Historik med selvmordsforsøg

Den komplette liste over variable, der blev matchet på, findes i bilag 3, hvor data om hhv. interventions- og matchet kontrolgruppe også findes.

Logikken i designet var, at hvis der var forskelle i forekomsten af selvmord og selvmordsforsøg blandt patienterne udskrevet fra Psykiatrisk Center København (som SAFE-projektet omfattede) og lignende patienter fra andre psykiatriske centre (hvor SAFE-projektet ikke har været gennemført), kunne denne forskel tilskrives selve interventionen, eftersom de sammenlignede patienter er "matchet" på en række væsentlige parametre, som kan påvirke risikoen for selvmord. I praksis har der vist sig at opstå en række metodiske udfordringer, som har gjort det særdeles vanskeligt at drage konklusioner om kausalforholdet. Disse udfordringer uddybes i afsnit 5.1.

Det var – som allerede nævnt – Danish Research Institute for Suicide Prevention, som gennemførte den statistiske analyse. I forbindelse med indarbejdelsen af beskrivelsen af designet, de metodiske udfordringer samt resultaterne er der gennemført to opfølgende interviews i januar og marts 2023 med projektledelsen samt de ansvarlige for analyserne.

4. Interventionen

4.1 Elementer i indsatsen

SAFE-interventionen bestod af en række forskellige delelementer, som samlet set havde til formål at reducere risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Delelementerne i interventionen omfattede:

- *Personlig kontakt fra ambulant enhed forud for udskrivelse*: Et væsentligt element i SAFE-interventionen var etablering af en relation mellem en medarbejder fra den

ambulante enhed, som senere skulle gennemføre et hjemmebesøg (jf. nedenfor), og patienten forud for udskrivelse fra sengeafsnittet. I forbindelse med kontakten under indlæggelsen blev der udarbejdet en kriseplan, der skal kunne hjælpe patienten til at være opmærksom på redskaber og handlinger, som vedkommende kan anvende for at komme væk fra eventuelle selvmordstanker. I nogle tilfælde blev kriseplanen udarbejdet under indlæggelsen af medarbejderne på sengeafsnittet i samarbejde med patienten – i så fald var SAFE-interventionen at genbesøge kriseplanen sammen med patienten under hjemmebesøget.

Kriseplanen var i sig selv et relativt simpelt redskab, som afdækkede de situationer, hvor kriseplanen skulle bringes i anvendelse, de strategier, patienten havde for at aflede sine tanker eller berolige sig selv, samt væsentlige kontakter, patienter kunne række ud til i krisesituationer, både i og uden for patientens eget netværk. I forbindelse med udarbejdelsen af kriseplanen modtog patienten ligeledes instruktioner om adgangen til behandlende læge eller terapeut, hvis der opstod spørgsmål eller bekymringer efter udskrivelsen, samt telefonnumre til psykiatrisk skadestue/ambulance og kriselinjer, fx Livslinien. Se det konkrete redskab i bilag 1.

- *Ambulant kontakt* med SAFE-medarbejderen, som også havde etableret en relation til patienten under indlæggelse, maksimalt en uge efter udskrivelse. Den ambulante kontakt havde primært form af hjemmebesøg. Alternativt kunne patienten møde i ambulatoriet, hvis patienten foretrak dette. En del af intentionen med hjemmebesøget var, at medarbejderne kunne se et mere oprigtigt fremtrædende menneske og opdage problematiske forhold i hjemmet (alkohol, stoffer, knive osv.). Hjemmebesøget tog udgangspunkt i patientens aktuelle psykiske tilstand og udfordringer, der eventuelt måtte være i forhold til at være nyligt udskrevet fra en psykiatrisk afdeling. Patienten og eventuelt pårørende fik et overblik over patientens opfølgende behandling samt mulighed for at hjælpe patienten med at skabe kontakt til kommunen, jobcenteret eller andre tilbud i kommunen. SAFE-medarbejderen psykoedukerede patienten og pårørende i kriseplanen, krisereaktioner og handlemuligheder. Derudover modtog patienten og pårørende information om og vejledning i patientens symptomer, tegn på tilbagefald, advarselstegn på selvmordsadfærd/krise og forholdsregler til at tage krisen i opløbet.

På hjemmebesøget blev selvmordsrisikovurderingen, som var blevet lavet af udskrivende læge forud for udskrivelsen, genbesøgt og eventuelt udbygget. Selvmordsrisikovurderingen bestod af en række spørgsmål og vurderinger inden for både (i) selvmordsadfærd, (ii) aktuel klinisk tilstand, (iii) risikofaktorer og (iv) beskyttende faktorer, som udmøntede sig i en samlet vurdering af, om patienten var i hhv. "ikke øget", "øget" eller "akut øget" risiko for selvmord og selvmordsforsøg. Se det fulde skema for selvmordsrisikovurderingen samt tilhørende vejledning i bilag 2. Medarbejdernes handlemuligheder i forbindelse med den ambulante kontakt ville ikke blive ændret med projektet.

- *Systematisk inddragelse af patientens pårørende* gennem invitation til udskrivelsessamtale og hjemmebesøg, hvis patienten ønskede deres deltagelse. Såfremt de pårørende deltog i enten udskrivelsessamtale og/eller ambulante kontakt efter udskrivelse, blev de inddraget aktivt i dialogen med patienten og det videre forløb samt udarbejdelsen af kriseplanen.

I princippet var SAFE-projektets procedurer i overvejende grad kendt i praksis i forvejen i Psykiatrisk Center København. Den generelle opfattelse var imidlertid, at den tidligere praksis for alle procedureernes vedkommende langt fra blev anvendt systematisk og til så bred en målgruppe som i SAFE-projektet.

Indtil SAFE-projektets opstart havde personalet mest konsekvent haft et fagligt fokus på patienters selvmordsrisiko blandt dem, der var indlagt med selvmordstanker, og det var

også disse patienter, der havde fået foretaget selvmordsrisikovurderinger under indlæggelsen og ved udskrivelsen. Det var heller ikke en helt konsekvent praksis at udarbejde en kriseplan, når der forelå en forhøjet selvmordsrisiko.

Pårørende blev tidligere typisk inddraget ved unge patienter, eller når de selv tog initiativet, eller det i øvrigt var nærliggende for personalet. Pårørendeinddragelse var altså ikke generelt set en rutine – omend med forskelle blandt personalet og de psykiatriske enheder. Dels var der nogle praktiske barrierer, idet nogle pårørende boede langt væk og havde arbejde. Dels var der nogle ressourcemæssige barrierer, idet det var tidskrævende for personalet at få skabt kontakten og aftalt de praktiske forhold. Og dels var der en udbredt oplevelse af, at det kunne være dilemmafyldt med pårørendeinvolveringen på grund af problematiske relationer mellem patient og pårørende.

Ambulante kontakter og hjemmebesøg havde gennem mange år været anvendt, dog uden at der skulle være en personlig kontakt inden udskrivelsen mellem patienten og personalet, der skulle foretage hjemmebesøget. Mange patienter var tidligere blevet opfordret til at kontakte den praktiserende læge, hvis der viste sig problemer, mens nogle få var henvist til opfølgning på behandlingen hos fx Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, som tilbød kortere behandlingsforløb til patienter med selvmordstanker og -forsøg uden samtidige psykiske sygdomme. I tilfælde af ambulante opfølgning efter indlæggelse har der været forskellige praksisser over tid og mellem enheder; bl.a. om hvorvidt det har været tilstræbt, at personalet tog på hjemmebesøg, eller om patienten skulle møde op i ambulatoriet. Det ville således med SAFE-interventionen være nyt, at der rutinemæssigt skulle være en ambulante opfølgende kontakt, og at den skulle gennemføres inden for den første uge efter udskrivelse og som udgangspunkt afholdt som et hjemmebesøg.

Samlet set forventede personalet ved projektets start, at procedurerne ikke ville være ukendte set i forhold til den tidligere praksis, men at de ville skabe større fokus og systematik i arbejdet med selvmordsforebyggelse.

4.2 Compliance med SAFE-procedurerne

Der blev gennem interviews, både midtvejs og ved projektets afslutning, spurgt ind til en vurdering af, i hvor høj grad SAFE-procedurerne faktisk blev fulgt som tiltænkt – altså efterlevelse af SAFE-procedurerne (eller "compliance"/"fidelitét").

Der blev ikke lavet løbende opgørelser af SAFE-registreringer i Sundhedsplatformen, som kunne belyse compliance. Derfor var vurderingerne af, i hvor høj grad SAFE-procedurerne blev gennemført, baseret på kvalitative skøn. Med det forbehold vurderedes compliance med SAFE-procedurerne af interviewpersonerne at være relativt høj. Et par vurderinger anslog compliance til at ligge omkring 80-90%, omend vurderingerne, efter respondenternes egne udsagn, var behæftet med stor usikkerhed. Det opfølgende interview med projektledelsen, projektejeren og de ansvarlige for dataanalysen vurderede dog, at 80-90% formentlig var højt sat.

Mere specifikt angav respondenterne følgende om compliance for de forskellige delelementer i SAFE-interventionen.

- **Selvmordsrisikovurdering og kriseplan:** Vurderedes at være foretaget stort set som forventet under patienternes indlæggelse og ved ambulante kontakter. Det var oplevelsen, at personalet spurgte mere ind løbende hos dem, der *ikke* var indlagt med selvmordstanker, end det tidligere var praksis.
- **Personlig kontakt under indlæggelse:** Der vurderedes at være meget høj compliance for så vidt angår personlig kontakt før udskrivelse. Arbejdsdelingen

mellem SAFE-medarbejderne betød dog, at det ikke altid var den samme person, som patienten mødte under indlæggelsen og ved den ambulante kontakt. På grund af tidspres i Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse var det endvidere hensigtsmæssigt, at SAFE-medarbejderen forankret i Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse stod for den første kontakt med patienterne under indlæggelsen.

Hjemmebesøg: Det var personalets vurdering, at hjemmebesøgene blev gennemført og overvejende inden for den første uge efter udskrivelsen – oftere hurtigere (i F-ACT var normen inden for 24 timer). Nogle af de unge patienter, der skulle tilknyttes Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse, frafaldt den ambulante opfølgning, særligt med udsigten til hjemmebesøg, som de måske ikke oplevede et behov for eller opfattede som grænseoverskridende. Covid-19-restriktionerne medførte ved projektets allersidste fase i marts 2020 en omlægning af praksis, sådan at den ambulante kontakt efter udskrivelse blev gennemført i langt højere grad som telefoniske opfølgninger i stedet for hjemmebesøg.

- **Inddragelse af patientens pårørende:** Ifølge respondenterne var det sværere at få praksis på plads som ønsket med hensyn til pårøndeinddragelsen. Det hang bl.a. sammen med patienternes og pårørendes motivation og praktiske muligheder, som ikke altid rakte til deltagelse ved hjemmebesøget. Det var dog personalets vurdering generelt, at pårøndeinddragelse – særligt dialogen med patienten om, hvorvidt de ønskede, at de pårørende blev inddraget – skete mere systematisk end før projektet, omend det fortsat var vanskeligt at komme ud over de kendte barrierer om patientens samtykke, tidsforbruget og praktikken.

4.3 Målgruppe

Følgende målgrupper var inkluderet i projektet og dermed omfattet af den nye praksis:

- Patienter i aldersgruppen +18 år, som blev udskrevet fra et sengeafsnit på Psykiatrisk Center København, herunder:
 - Patienter, som blev henvist til OPUS, F-ACT, Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse og APH. Disse patienter modtog SAFE-procedurerne *som en del af forløbet*.
 - Patienter, som blev henvist til egen læge/ingen anden opfølgning eller til anden behandling i Psykiatrisk Center København. Disse patienter modtog et *SAFE-forløb*.

Eksklusionskriterierne omfattede:

- Følgende patientgrupper, da de ofte blev tilbudt et specialiseret, ambulante tilbud:
 - Organiske psykiatriske lidelser.
 - Spiseforstyrrelser eller andre adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser.
 - Mental retardation.
 - Psykiske udviklingsforstyrrelser samt adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndommen.
 - Hjerneskade, demenstilstande og anden gerontopsykiatri.
- Deltagelse i RADMIS-projektet, hvor patienterne monitorerede sig selv dagligt ved hjælp af en smartphoneapp.
- Patienter, der boede på bosteder.

Det er den generelle vurdering på baggrund af interviewprogrammet, at målgruppen for projektet var som tiltænkt.

I projektperioden fra 1. marts 2018 til 31. marts 2020 blev der i SAFE-projektet foretaget 7.604 individuelle udskrivelser af 3.074 patienter fra Psykiatrisk Center København. De deskriptive data for de 7.604 udskrivelser er sammenfattet i nedenstående tabel (Tabel 1. Deskriptive data på SAFE-udskrivelserne, som er et uddrag af data i bilag 3.

Tabel 1. Deskriptive data på SAFE-udskrivelserne

	SAFE-udskrivelser (n = 7.604)	
	n	%
Køn (kvinde)	3.605	47
Aldersgrupper:		
18-29 år	2.079	27
30-44 år	2.333	31
45-64 år	2.437	32
+65 år	755	10
Socioøkonomisk status:		
I arbejde	1.862	24
Arbejdsløs, offentlige ydelser	4.402	58
Pensioneret	1.288	17
Uddannelsesniveau:		
Folkeskole	3.025	40
Erhvervsuddannelse	1.525	20
Gymnasieuddannelse	1.108	15
Bachelorgrad eller højere	1.424	19
Civilstatus:		
Gift	731	10
Fraskilt	1.294	16
Aldrig gift	5.413	72
Anbragt i plejefamilie	1.265	17
Primær diagnose:		
Misbrug	1.239	16
Diagnose i skizofrenispektret	3.230	42
Affektiv lidelse	1.594	21
Angst eller stressrelateret diagnose	732	10
Personlighedsforstyrrelse	397	5
Medicinsk behandling de sidste 12 mdr.:		
Antipsykotisk behandling (ja)	6.069	80
Antidepressiv behandling (ja)	5.131	67
Tidligere selvmordsadfærd	622	8

4.4 Organisering og personaleressourcer

I forbindelse med projektets start blev der ansat en fuldtidsprojektleder ved Forskningsenheden, Psykiatrisk Center København (Danish Research Institute for Suicide Prevention). Projektlederen var sygeplejerske med tidligere forskningserfaring og havde som primær funktion at lede implementeringen af projektet, herunder planlægge, facilitere, undervise og evaluere samt løbende følge op på projektets fremdrift og understøtte det lokale projektarbejde. Det omfattede involvering af medarbejdere og afdelingsledere bredt i Psykiatrisk Center København. Projektlederen var samtidig

personaleleder for SAFE-medarbejderne og med ansvar for ansættelse, vagtplan, medarbejderudviklingssamtaler, sygefraværssamtaler og kompetenceudvikling. I samarbejde med projektejer professor Merete Nordentoft var projektlederen desuden ansvarlig for undervisning og opkvalificering af personalet i SAFE-enhederne om selvmordsforebyggelse.

Der blev ansat i alt 15 projektmedarbejdere (SAFE-medarbejdere), som dels havde en projektrelateret funktion og dels en klinisk funktion. SAFE-medarbejderne var fordelt i fire F-ACT-teams, OPUS, Akut Psykiatrisk Hjælp (APH-PCK) og Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse. Rationalet i organiseringen var, at opnormeringen med nye medarbejdere i regi af SAFE-projektet skulle modsvare de ekstra opgaver, som ville blive pålagt de ambulante enheder med projektet.

Hver SAFE-medarbejder varetog almindeligt klinisk arbejde som det øvrige personale i den pågældende enhed (fx 30 timer pr. uge) og projektrelaterede opgaver (fx 7 timer pr. uge). De projektrelaterede opgaver, som SAFE-medarbejderne udførte, omfattede:

- Informere ledere og medarbejdere om SAFE-procedurene.
- Følge op på, at SAFE-projektets procedurer implementeres og anvendes.
- Styrke samarbejdet mellem ambulatorier og sengeafsnit.
- Varetage daglig kontakt til sengeafdelingerne.
- Være SAFE-ambassadør i det daglige arbejde; dvs. fungere som et bindeled mellem sengeafsnittene og de ambulante teams, idet SAFE-ambassadørerne har haft daglig kontakt til sengeafsnittene, hvor de har bistået sengeafsnittene med at rekruttere patienter til SAFE.

De væsentligste erfaringer vedrørende selve organiseringen af SAFE-medarbejderne, som de har været italesat gennem interviewprogrammet, omfattede:

Dobbelt ledelsesreference: SAFE-medarbejdernes daglige leder var lederen af den pågældende kliniske enhed, som bl.a. har stået for klinisk oplæring, arbejdstilrettelæggelse og trivsel, mens projektlederen var personaleleder for SAFE-medarbejderne. Det var for lederne i nogle enheder vanskeligt i starten at få SAFE-medarbejdernes dobbelte ledelsesreferencer til at falde på plads, med hensyn til hvad det i praksis skulle betyde, at projektlederen var personaleansvarlig, og enhedslederen var den dagligt ansvarlige. Samtidig italesatte flere respondenter ved projektafslutning, at den todelte ledelse i projektet viste sig at være problematisk og i praksis ikke hensigtsmæssig eller mulig at gennemføre – illustreret ved følgende citat:

”Den delte ledelse fungerede ikke, så [leder] fik hurtigt [projektleder] med på, at [leder] for alle praktiske formål tog sig af personaleledelsen de facto.”

– Afdelingssygeplejerske

Todelt funktion: Det krævede en stor implementeringsindsats i det første halve år af projektet at skabe afklaringer af SAFE-medarbejdernes rolle og integration i enhederne. Det var dog samlet set oplevet som en fordel, at SAFE-medarbejderne havde den todelte funktion, idet det gav dem førstehåndserfaringer med den kliniske kontekst for SAFE-procedurene og samtidig legitimitet i personalegruppen. Der var, i kraft af den todelte funktion for SAFE-medarbejderne (med opgaver i klinikken samt specifikke projektrelaterede opgaver), dobbelte succeskriterier – de skulle lykkes med både oplæring/undervisning af kolleger og med deres kliniske funktion. Det krævede forskellige personlige og faglige kompetencer hos medarbejderne, hvilket flere medarbejdere italesatte som medvirkende til, at arbejdet oplevedes både givende og udfordrende.

Uensartet forankring: I nogle af enhederne var der SAFE-medarbejdere i *nogle*, men ikke *alle* teams. Nogle steder matchede antallet af SAFE-medarbejdere således ikke 1:1 med den lokale teamorganisering med den konsekvens, at to SAFE-medarbejdere skulle fungere dagligt i hvert sit team, men med hensyn til SAFE også skulle dække yderligere et eller flere teams. Det blev af flere respondenter oplevet som u hensigtsmæssigt og nødvendiggjorde, at der var ekstra opmærksomhed blandt SAFE-medarbejderne på at komme til de andre teams. Flere respondenter italesatte således, at implementeringsstøtten var uensartet.

4.5 Implementeringstiltag og -proces

Der har gennem projektet været arbejdet med en række forskellige implementeringstiltag, som skulle sikre forståelse blandt ledere og medarbejdere for projektet og dets intentioner samt compliance med SAFE-procedurene:

Undervisning af ledere: Projektlederen underviste lederne af de involverede kliniske enheder vedrørende projektets baggrund, rationale og procedurer i foråret 2018. I opstartsfasen deltog projektlederen i afdelingssygeplejerskemøder på alle matrikler (sengeafsnit og ambulatorier) i Psykiatrisk Center København, hvor der blev informeret om SAFE-projektet. Efterfølgende blev der, efter behov, afholdt møder med de enkelte afdelingssygeplejersker. Projektlederen deltog endvidere i lægekonferencer og informerede om henvisningsproceduren til SAFE, således at alle sengeafsnit blev informeret om procedurene.

Undervisning af medarbejdere: Personalet i ambulatorierne blev tilbudt undervisning i selvmordsforebyggelse og SAFE-procedurene – afholdt i samarbejde mellem SAFE-medarbejderne og Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse. Der er ikke tilgængelige data for, hvor mange medarbejdere der tog imod tilbuddet, men det fremhævedes i interviews, at der løbende blev informeret og undervist i de respektive ambulatorier og på sengeafsnits- og lægekonferencer – både af projektlederen og senere af projektmedarbejderne med henblik på introduktion for nyansatte og genopfriskning.

Ved deres ansættelse blev SAFE-medarbejderne undervist i selvmordsforebyggelse og projektets procedurer gennem en uges introduktionskursus.

Superbruger: For at understøtte registreringen af procedurene i Sundhedsplatformen udpegede projektlederen en SAFE-medarbejder som superbruger. Vedkommende var løbende på alle matrikler i Psykiatrisk Center København, hvor alle SAFE-medarbejdere blev klædt på til opgaven med ugentlig undervisning i registrering af procedurene i Sundhedsplatformen. Superbrugeren var desuden tilgængelig på telefon. Det var også muligt for det faste personale i ambulatorierne at få hjælp fra superbrugeren.

Oversigtsmateriale og tjeklister: Der blev udarbejdet forskellige korte oversigtsmaterialer til personalet. Til F-ACT-teamene blev der lavet en pjece, hvor SAFE-procedurene og arbejdsgangen var beskrevet, til sengeafsnittene blev der udarbejdet et flowchart med in- og eksklusionskriterier, og til lægerne blev der lavet "huskekort" med proceduren for henvisning til SAFE. Der blev endvidere lavet en intern tjekliste om SAFE-procedurene til nyansatte medarbejdere, som var under oplæring.

Løbende status og understøttelse: Projektlederen holdt i opstartsfasen faste ugentlige møder med SAFE-medarbejderne i de respektive ambulatorier med henblik på at klæde dem på til opgaven. Derudover blev der ca. hver anden måned afholdt temadage for alle SAFE-medarbejdere samlet på Forskningsenheden, hvor også Merete Nordentoft deltog. Fokus på temadagene var selvmordsforebyggelse og SAFE-procedurene. Igennem hele

deres ansættelse var SAFE-medarbejderne yderligere inviteret til eksterne temadage om selvmordsforebyggelse.

Hotline: Projektmedarbejderne havde under hele forløbet mulighed for at benytte sig af en hotline, hvor de kunne ringe til projektlederen med spørgsmål om SAFE-procedurene.

Erfaringerne med implementeringsprocessen, som den har været italesat gennem interviews, var, at starten generelt oplevedes som en knudret implementeringsproces med usikkerhed om, hvad der skulle ske hvornår, hvordan SAFE-medarbejderne skulle indgå i personalegruppen, placeringen af ledelsesansvaret delt mellem projektledelsen og ambulatorieledelelsen, fysiske rammer mv. For nogle af SAFE-medarbejderne var det en lang indkøringsproces, fordi de var nyansatte, som både skulle forholde sig til enheden, det kliniske arbejde og projektet og samtidig have et dobbelt ledelsesmæssigt referenceforhold.

Følgende citater illustrerer nogle af de basale udfordringer i opstartsfasen:

”Vi havde ti medarbejdere og fik syv SAFE-medarbejdere tilført. Det var et overkill og voldsomt for afdelingen i det første halve års tid at integrere så mange blandt så få: SAFE skulle køres ind med deres funktion og SAFE-procedurene, og samtidig skulle de oplæres til at overtage nogle af de hidtidige medarbejders kliniske opgaver.”

– Afdelingssygeplejerske

”SAFE-medarbejderne manglede ved starten i januar 2018 nøgler, adgang til PC’er og lokaler [...]. Medarbejderne har en tværgående funktion, men det er ikke understøttet. Fx er der ikke de fornødne kalenderadgange.”

– Medarbejder

”Det er uklart for deltagerne, hvilke arbejdsgange APH-PCK skal benytte i forbindelse med henvisning, visitation og allokering, inklusive hvordan lægerne bestiller SAFE-forløb; der er for mange kokke og forskelle i arbejdsgange og meninger om det.”

– Medarbejder

Den knudrede implementeringsopstart hang sandsynligvis også sammen med, at der på tidspunktet for opstart var en vis træthed i organisationen over for nye tiltag, herunder SAFE-projektet. Det skyldtes ikke mindst, at der i 2017 var lavet en større organisationsændring med etableringen af Psykiatrisk Center København, samt at implementeringen af F-ACT blev annonceret kort inden opstart af SAFE (se næste afsnit). Nedenstående citat fra en projektmedarbejder opsummerer:

”Psykiatrien, inklusive PCK og APH, har oplevet meget turbulens gennem flere år: omstruktureringer, sammenlægninger, personaleudskiftninger, implementering af Sundhedsplatformen osv., så der er en generel træthed blandt personalet, som i stedet for forandringer og nye projekter ønsker sig stabilitet og rutiner. Det er indtrykket, at SAFE-projektet ikke har haft tilstrækkelig tilslutning fra starten, og at det har været vanskeligt at opnå.”

– Medarbejder

Flere respondenter vurderede, at størstedelen af ”opstartsudfordringerne” i implementeringen var væsentligt forbedret efter det første halve år.

5. Resultater

5.1 Kvantitativ analyse

De kvantitative analyser bygger på 7.604 udskrivelser af 3.074 patienter i SAFE-projektet, som er fordelt i hele projektperioden fra 1. marts 2018 til 31. marts 2020.

Til sammenligning blev registerdata fra fire andre psykiatriske centre i Region Hovedstaden brugt. Dette inkluderede registerdata fra de psykiatriske centre i Ballerup, Glostrup, Amager og Nordsjælland. Tre centre i Region Hovedstaden blev ekskluderet fra sammenligningen, herunder Psykiatrisk Center Bornholm, grundet en markant anderledes befolkningssammensætning og grad af urbanisering, Psykoterapeutisk Center Stolpegårde som alene tilbyder ambulant behandling, samt Psykiatrisk Center Sct. Hans, som er et retspsykiatrisk center.

Fra de fire inkluderede centre blev der i projektperioden foretaget 30.031 udskrivelser af 13.958 patienter. Med henblik på at tilnærme sig målgruppen for SAFE-interventionen blev yderligere en række patientpopulationer ekskluderet, herunder patienter med spiseforstyrrelser, mental retardation og organisk psykiatrisk lidelse. Det inkluderede antal udskrivelser blev dermed totalt 22.427, hvoraf 7.604 blev matchet som kontrolgruppe, på baggrund af de deskriptive variable i **Error! Reference source not found.** Udskrivelsestidspunktet blev betragtet som matchingtidspunktet for alle matchingfaktorer.

Registerdata til sammenligning med data fra SAFE-projektet blev indhentet via hospitalsregistre, Det Psykiatriske Centrale Forskningsregister samt Landspatientregisteret. Til klassifikation af psykiatriske diagnoser blev International Classification of Diseases version 10 (ICD-10) anvendt. Selvmord blev identificeret gennem Dødsårsagsregistret.

Tabel 2. Resultater ved 6-måneders opfølgningen

	SAFE-projektet (n=7.604)	Kontrolgruppen (n=7.604)
Selv mord (n)	14	9
Selv mordsraten (events pr. 100.000 personår)	538	420
Selv mordsforsøg (n)	298	272
Selv mordsforsøgsraten (events pr. 100.000 personår)	11.652	10.530

Resultaterne viser, at der med 95% konfidensintervaller ikke kan konstateres en numerisk effekt af SAFE-interventionen, ligesom der ikke kan påvises effekt af interventionen på efterfølgende risikoanalyser. Der var hverken effekt af SAFE på risikoen for selvmord eller selvmordsforsøg ved opfølgning efter to uger, en måned og seks måneder (jf. nedenstående tabel).

Tabel 3: Odds ratio (95% konfidensinterval) for selvmord og selvmordsforsøg

	Antal	Odds ratio (95%)	p-værdi
Selvmordsforsøg			
2 uger	183	1,23 (0,89-1,71)	0,20
1 måned	273	1,24 (0,93-1,65)	0,13
6 måneder	570	1,10 (0,89-1,35)	0,37
Selvmord			
2 uger	7	0,75 (0,17-3,35)	0,71
1 måned	11	1,20 (0,37-3,93)	0,76
6 måneder	25	1,27 (0,58-2,81)	0,55

Kilde: Beregning fra Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse.

En odds ratio på 1 indikerer, at der ikke er forskel i sandsynligheden for selvmord og selvmordsforsøg blandt interventions- og kontrolgruppen. Eftersom konfidensintervallet ved både selvmord og selvmordsforsøg ved opfølgning efter både to uger, en måned og seks måneder alle inkluderer tallet 1, betyder det, at der ikke er statistisk belæg for at konkludere, at der er forskel på sandsynligheden for selvmord og selvmordsforsøg mellem interventions- og kontrolgruppen. Med andre ord kan der ikke på baggrund af den statistiske analyse konstateres en effekt af interventionen.

Yderligere er der udført tre sensitivitetssanalyser:

- En analyse, hvor patienter udskrevet i de første opstartsmåneder af SAFE-projektet ekskluderes for, at evt. effekter af at være i opstartsperioden af projektet, ikke påvirker resultatet.
- En analyse, hvor patienter udskrevet med hoveddiagnosen depression eller bipolar lidelse ekskluderes, da patienter med disse diagnoser i projektperioden samtidig deltog i et andet forskningsprojekt og derfor ikke blev tilbudt SAFE-interventionen i en tidsperiode.
- En analyse, hvor patienter ekskluderes efter første selvmordsforsøg.

Ingen af sensitivitetssanalyserne ændrer på konklusionen om, at der ikke kan påvises en effekt på risikoen for selvmord eller selvmordsforsøg efter to uger, en måned og seks måneder af interventionen (se bilag 3).

Den statistiske analyse giver endvidere ikke noget grundlag for at hævde, at den manglende påviselige effekt skyldes for få events ("lille n") og for lav "power" i analysen. Der er således ingen udpræget "tendens i data", som kunne give anledning til at tro, at fraværet af muligheden for at konstatere en effekt af interventionen primært skyldes manglende skala i forsøget eller "power" i designet.

Der er en række metodiske udfordringer, som gør det vanskeligt at vurdere, hvilke konklusioner – hvis nogen overhovedet – der kan drages af den kvantitative analyse. De metodiske udfordringer omfatter som de væsentligste:

1) Den samtidige udrulning af F-ACT-teams har betydet, at de patienter, som indgår i kontrolgruppen, i stor udstrækning har modtaget en behandling lignende SAFE-interventionen. Se bilag 4 for en skematisk sammenligning af SAFE og F-ACT. I tillæg til

dette blev der, udover indførelsen af F-ACT-teams, i projektperioden indført nye retningslinjer i psykiatrien i Region Hovedstaden om, at alle patienter indlagt i psykiatrien skal ses efter udskrivelse ved et hjemmebesøg. Derudover blev der også indført Akut-teams som hjælp til borgere ved overgangen fra en psykiatrisk indlæggelse til pakkeforløb eller til egen læge – begge tiltag, som har stor lighed med SAFE-projektet.

Således har der i SAFE-projektperioden været indførelsen af lignende tiltag i resten af psykiatrien, som giver ”støj” i kontrolgruppen. Det er en meget væsentlig metodisk udfordring, fordi det bliver uklart, hvilke forskelle i interventionen mellem interventions- og kontrolgruppen, der reelt har været. Alene af den grund skal de statistiske resultater tolkes med meget stor forsigtighed.

2) Alle patienter, som blev udskrevet fra de relevante psykiatriske centre omfattet af SAFE-projektet, betragtes som en del af interventionsgruppen (dog undtaget de patienter, som blev frasortet, jf. eksklusionskriterierne). Dvs. patienter, som burde have modtaget, men som reelt ikke modtog interventionen eller kun modtog dele af den, eller som takkede nej til SAFE-projektet, inkluderes alligevel i interventionsgruppen. Det giver således yderligere ”støj” i estimatet – udover ovenstående nævnte udfordring med kontrolgruppen – at patienter, som ikke har modtaget den tiltænkte indsats, alligevel ”måles” som sådan.

3) Der er en generel metodisk usikkerhed knyttet til quasi-eksperimentelle (ikke-randomiserede) design, herunder særligt usikkerhed knyttet til, hvorvidt kontrol- og interventionsgruppen reelt er sammenlignelige på de ikke-observable parametre, som kan have betydning for risikoen for selvmord og selvmordsforsøg. Det er en generisk udfordring i designet, som ikke isoleret set er så udfordrende, at designet ikke kan bruges, men som dog alligevel kan have en betydning, og – som yderligere komplikation – en betydning, hvis omfang ikke kan måles.

Samlet set kan det konstateres, at det ikke er muligt at konkludere med relevant sikkerhed, hvorvidt den manglende, påviselige effekt på selvmord og selvmordsforsøg skyldes, at der reelt ikke har været en effekt af interventionen, eller hvorvidt det skyldes, at en eventuel effekt er sløret af for meget støj i det metodiske design.

Projektejer professor Merete Nordentoft konkluderer på de metodiske udfordringer:

”SAFE’s bidrag til at begrænse overdødelighed blandt mennesker med psykisk sygdom er vanskeligt at vurdere grundet et relativt svagt metodisk design med manglende lodtrækning, den samtidige implementering af bl.a. F-ACT og usikkerhed om fidelitet igennem projektet.”

– Projektejer Merete Nordentoft

Det er samtidig væsentligt, at både selvmord og selvmordsforsøg er meget sjældne ”outcome”-indikatorer. Der er således ikke målt kvantitativt på, om interventionen kunne have øvrige effekter, herunder fx øge tryghed, bidrage til at etablere kontakt til fx almen praksis mv.

5.2 Kvalitativ analyse

Set i lyset af de manglende muligheder for at konkludere på effekten (eller manglen på samme) på baggrund af den statistiske analyse hviler vurderingen af de mulige effekter på de vurderinger, som blev foretaget af medarbejdere og ledere i interviewprogrammet.

Alle interviewede medarbejdere kendte til patienter, der havde begået selvmord inden for en uge efter udskrivelsen, og kunne dermed – på en meget nær måde – relatere til

behovet for at finde veje til at mindske risikoen for selvmord umiddelbart efter udskrivelse.

Det var blandt de interviewede vurderingen, at der var tale om simple, enkle tiltag, som blev opfattet som gode og sympatiske og samtidig fagligt meningsfulde. Der var samtidig en vis optimisme over, at SAFE-procedurene kunne have en positiv effekt på selvmord og selvmordsforsøg, omend der også var en vis forsigtighed over for at vurdere effekterne af SAFE-projektet på selvmord og selvmordsforsøg. Denne forsigtighed skyldtes bl.a. erkendelsen af, at selvmord og selvmordsforsøg er forhold, der ikke er lette at ændre på. Med det forbehold var den generelle, kvalitative vurdering blandt ledere og medarbejdere dog, at SAFE-projektet og dets systematiske procedurer højnede kvaliteten og patientsikkerheden.

At SAFE-projektet generelt set vurderedes af medarbejdere og ledere at have højnet kvaliteten, indebar følgende:

Styrket fokus på selvmordsforebyggelse: Der var blandt de interviewede generelt en oplevelse af, at SAFE-projektet var lykkedes med at styrke fokus på selvmordsforebyggelse – måske især for de patienter, som var indlagt af anden årsag end selvmordsforsøg, hvor selvmordsrisiko ikke i samme omfang havde været et fokusområde tidligere.

”Projektet står skarpere i dag, end det gjorde i starten. Understøttet (og overskygget) af implementeringen af F-ACT, omend SAFE har sat et tydeligere fokus på selvmordsrisiko, end F-ACT alene ville gøre.”

– Medarbejder

Styrket sikkerhedsnet: I nogle enheder var det oplevelsen, at patienter blev genindlagt grundet høj selvmordsrisiko vurderet ved det ambulante besøg. Her vurderes SAFE-interventionen at have været et virksomt sikkerhedsnet for patienterne.

Kompetenceopbyggende: SAFE-procedurene vurderedes at være kompetencegivende for medarbejderne i form af større faglig viden om selvmordsforsøg og -forebyggelse, og på den måde opkvalificerede de medarbejderne fagligt, praktisk og erfaringsmæssigt.

Tryghedsskabende: Den gennemgående oplevelse var, at ledere og medarbejdere fik overvejende positive tilkendegivelser fra mange patienter og pårørende, som oplevede en større grad af tryghed i kraft af tilbuddet.

Styrket pårørendeinddragelse: Det var en generel vurdering blandt de interviewede, at pårørendeinddragelsen havde været mere systematisk i SAFE-projektet, end den ellers ville have været – omend ikke lige så systematisk som intentionen i projektet tilsagde. Pårørendeinddragelsen var formelt og praktisk muliggjort ved den personlige kontakt på sengeafsnittet, hvor patientens samtykke til at inddrage pårørende eller andet netværk blev indhentet, og der blev aftalt tidspunkt for udskrivelsessamtalen og hjemmebesøget, som pårørende efter aftale med patienten er blevet inviteret til. Det tidlige samtykke til pårørendeinddragelse var dermed afgørende for en reel tidlig inddragelse.

En medarbejder vurderede, at systematikken i invitationerne var blevet styrket pga. SAFE (omend det ikke nødvendigvis førte til meget hyppig deltagelse af pårørende i hverken udskrivelsessamtale eller hjemmebesøg).

”Mange pårørende siger nej til deltagelse i samtale – slidt op. Men tilbuddet gives rutinemæssigt, og det er en konsekvens af SAFE.”

– Medarbejder

Efter afslutning af SAFE-projektet er der i Psykiatrisk Center København vedtaget tiltaget "behandling under indlæggelse", som indebærer, at hele det ambulante område (ikke kun F-ACT) skal tage kontakt til patienter inden for fem dage fra udskrivelse. Således er store dele af SAFE-interventionen i praksis videreført efter projektafslutning.

Det, der i mindre grad er lykkedes at videreføre – vurderet ud fra interviews med projektledelse og projektejer – er dels fokus på personkontinuiteten i det ambulante forløb (fraset OPUS, hvor der er høj grad af personkontinuitet), dels det systematiske fokus på pårørendeinddragelse. I forhold til sidstnævnte er der naturligvis fokus på behovet for pårørendeinddragelse, herunder også formulerede politikker, men det systematiske fokus, som SAFE søgte at tilvejebringe, er ikke lykkedes at videreføre på samme niveau.

6. Perspektivering og anbefalinger

Det er – på trods af og med forbehold for de nævnte vanskeligheder med at konkludere på effekterne af SAFE – fortsat vurderingen, at de tiltag, der er arbejdet med i SAFE-projektet, hver især og tilsammen er relevante i bestræbelserne på at forebygge selvmord og selvmordsforsøg i perioden umiddelbart efter udskrivelse. Denne vurdering er understøttet af interviews med medarbejdere, ledere, projektledelse og projektejer.

Hvordan der kan og bør arbejdes (videre) med SAFE-procedurene afhænger naturligvis af, hvordan praksis i de forskellige regioner i dag er tilrettelagt, og i hvor høj grad der allerede arbejdes systematisk med selvmordsrisikovurdering, kriseplaner, ambulante opfølgning, personkontinuitet og pårørendeinddragelse. Det har været uden for rammerne af denne evaluering at lave en systematisk afdækning af dette.

Generelt er anbefalingerne på baggrund af erfaringerne:

Systematisk praksis for selvmordsrisikovurdering og kriseplaner i de ambulante teams: Væsentligheden heraf hænger sammen med, at den systematiske udarbejdelse af både selvmordsrisikovurdering og kriseplaner sandsynligvis bidrager til at skærpe medarbejdernes opmærksomhed på og kompetencer inden for selvmordsforebyggelse.

I Region Hovedstaden specifikt er dette understøttet af automatiske pop op-funktioner i Sundhedsplatformen, som sikrer, at både selvmordsrisikovurdering og kriseplan udarbejdes.


Personkontinuitet i overgangen fra indlæggelse til ambulante forløb:

Personkontinuiteten betragtes af de fleste som et vigtigt element i effektiv psykiatrisk behandling, herunder også i kvaliteten i overgangen fra indlæggelse til ambulante forløb. Der arbejdes i Region Hovedstaden i dag med en høj grad af personkontinuitet i regi af OPUS, men i væsentlig mindre grad i F-ACT. Der er således, i fraværet af SAFE, en betydelig fortsat organisatorisk opgave i at sikre en større grad af personkontinuitet i overgangen fra indlæggelse til ambulante forløb fraset patienter, som ikke tilknyttes OPUS.

Fortsat styrkelse af pårørendeinvolvering: På trods af at pårørendeinddragelse var i systematisk fokus i SAFE-projektet, var det fortsat vanskeligt at praktisere så systematisk, som projektet oprindeligt havde lagt op til. Samtidig er netop det systematiske fokus på pårørendeinddragelse et af de områder, som i mindre grad er videreført fra SAFE-projektet i Region Hovedstaden. Der er fortsat bred enighed om, at en rettidig og relevant inddragelse af pårørende og netværk i øvrigt – i overensstemmelse med patientens ønsker – er væsentlig for kvaliteten af patientforløbene, herunder også for at skabe en mere sikker overgang fra indlæggelse til ambulante forløb.

7. Bilag 1: Kriseplan



Skabelon anvendt til kriseplaner.

	Psykiatrisk Center København
	
<h3>MIN KRISEPLAN</h3>	Dato:
Jeg skal bruge min kriseplan, når:	
- - -	
Jeg kan aflede / berolige mig med følgende aktiviteter:	
- - -	
Jeg kan kontakte følgende personer blandt mit netværk:	
Navn:	tlf.nr:
Navn:	tlf.nr:
Navn:	tlf.nr:
Jeg kan også kontakte:	
<ul style="list-style-type: none"> - Livslinien på tlf.nr. 70 20 12 01 (alle dage ml. kl. 11 – 04.) - Psykiatrisk Akutmodtagelse, Bispebjerg Hospital Tuborgvej 235, 2400 Kbh. NV, tlf.nr: 38 64 73 60 (døgnåbent) - Psykiatrifonden på tlf.nr: 39 25 25 25: mandag-fredag kl.11-23 og weekend kl.11-19 - Akutberedskab på tlf. nr. 1813 	
Sundhedsfaglig kontaktperson:	
Navn:	tlf.nr:
Jeg vil opbevare min kriseplan:	

8. Bilag 2: Selvmordsrisikovurdering

Bilag 2 udgør skemaet til selvmordsrisikovurdering (nedenstående) samt (på næste side) den tilhørende vejledning til udfyldelse af selvmordsrisikovurderingen samt vejledning i håndtering af risikovurderingen og mulig intervention herpå.

1. Undersøgelse af selvmordsadfærd	JA	NEJ
Tidligere forsøgt selvmord?		
Aktuelle selvmordstanker?		
Aktuelle selvmordsplaner?		
Tager patienten afstand fra selvmordshandlinger?		
2. Aktuel klinisk tilstand	JA	NEJ
Fremtræder patienten forpint, præget af sortsyn, håbløshed, desperation eller agitation?		
Er patienten ude af stand til at angive grunde til at leve?		
Er patienten impulsiv?		
Har de pårørende givet udtryk for bekymring for, at patienten er selvmordstruet?		
3. Risikofaktorer	JA	NEJ
Har patienten lidt et nyligt tab?		
Har patienten været udsat for andre væsentlige belastninger, herunder traumatisering?		
Har patienten væsentlig ændring i psykisk tilstand?		
Er patienten for nylig diagnosticeret med psykisk sygdom?		
4. Beskyttende faktorer	JA	NEJ
Er patienten i stand til at angive positive grunde til at leve?		
5. Risikoniveau/selvmondsrisiko		
1. Ingen øget	2. Øget	3. Akut øget

 	Region Hovedstaden Psykiatri	Bilag til tværregional vejledning: Selvmordsrisiko- vurdering af, hos voksne samt børn/unge over 10 år i psykiatrien Flashcard
	Bilag 5	Bilaget er kun gældende for Region Hovedstadens Psykiatri

Selvmordsrisikovurdering i 4 trin

Fremgangsmåde:
 Identifikation og vurdering af selvmordsrisiko er en faglig vurdering, der er baseret på:

- **Anamnese**
- **Psykopatologi**

Dette afdækkes ved nedenstående 4 punkter.

1. Undersøge for selvmordsadfærd

- Har patienten tidligere foretaget selvmordsforsøg? Er det fornyligt?
- Har patienten aktuelle selvmordstanker?
Er svaret på ovenstående negativt springes til punkt 2
- Har patienten aktuelle selvmordsplaner?
- Har patienten tanker om, at livet ikke er værd at leve (passive døds-tanker)?
- Kan patienten på troværdig vis tage afstand fra selvmordsimpulser?

Ovenstående områder kan afdækkes ved:

- **Handlinger:** Tidligere forsøg, fortryder overlevelse, foranstaltninger mod opdagelse, forberedelse af forsøg (finde piller frem, binde løkke, afskedsbrev, testamente, slette filer), selv-skade
- **Tanker:** Frekvens, intensitet, varighed (i de sidste døgn, sidste måned, længste periode, dødsønske)
- **Planer:** Hvornår, hvor, hvordan, tilgængelighed til midler og dissens farlighed, forberedende handlinger
- **Hensigt:** I hvilket omfang forventer patienten at gennemføre planen og mener, at planen er dødelig
- **Udforsk ambivalens:** Grunde til at leve/dø, spørge pårørende om dokumentation for selvmordsadfærd og ændring af humør, adfærd og belastninger
- **Passive dødstanker:** Patienten udtrykker f. eks. "det gjorde ikke noget, at jeg kom ud for en ulykke" eller at "jeg ikke vågner op i morgen"

2. Aktuel Klinisk tilstand

- Fremtræder patienten forpint, præget af sortsyn, håbløshed, desperation eller agitation?
- Er patienten ude af stand til at angive grunde til at leve?
- Er patienten impulsiv?
- Har de pårørende givet udtryk for bekymring for, at patienten er selvmordstruet?

Svarer patienten negativt på alle ovenstående spørgsmål springes frem til punkt 5.

3. Risikofaktorer

Har patienten

- Lidt et nyligt tab (f.eks. en skilsmisse, mistet kæreste eller venner, dødsfald, mistet sit arbejde, fået konstateret alvorlig sygdom, smerter, funktionstab)
- Været udsat for andre væsentlige belastninger, herunder traumatisering
- Væsentlig ændring i psykisk tilstand
- Fornygt diagnosticeret med psykiatrisk sygdom

Eksempler på yderligere risikofaktorer: (risikofaktorer forstærker hinanden)

- **Psykiatriske lidelser** (tidligere/aktuelle): Tidligere selvmordsforsøg, depressioner, psykotiske lidelser, ADHD, PTSD, personlighedsforstyrrelser, adfærdsforstyrrelser m. fl.
- **Særlige symptomer**: Tomhedsfølelse, angst, søvnforstyrrelser, affektforvaltningsvanskeligheder
- **Misbrug**: Alkohol, stoffer
- **Familieforhold**: Belastninger i familien (f.eks. konflikter, alvorlig sygdom, misbrug, dispositioner til selvmordsadfærd, socioøkonomisk status)
- **Ændring i sociale forhold**: Skilsmisse/afsluttet forhold, mistet bolig, mistet arbejde
- **Køn, alder og civilstatus**: Ældre mænd, yngre kvinder, enlig status
- **Pludselig opstået stress**: Faktorer som medfører ydmygelse, skam (f.eks. brud på relation, overgreb, social isolation, mobning)
- **Behandlingsændring**: Udskrivelse fra psykiatrisk afdeling, væsentlige ændringer i behandling

4. Beskyttende faktorer

- Er patienten i stand til at angive positive grunde til at leve og/eller har patienten frygt for at dø (lidelse/smerter)?
- **Relationer**: Ansvar for andre. Gode relationer til forældre, partner, anden tæt familie, venner. God social støtte
- **Mestringsstrategier**: Evne til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpsøgende adfærd, tro på egen evne til at kunne løse problemer, generel tro på livet (evt. religion)
- **Omgivelser**: Beskyttende foranstaltninger, åben/lukket afdeling, skærming, fast

vagt, pårørende og venner, hensyn til/ ansvar for andre (børn/familie/andre pårørende/dyr)

5. Bestem risikoniveau og risikohåndtering:

På baggrund af ovenstående 4 punkter foretages en klinisk vurdering af selvmordsrisikoniveau. Personen, der foretager vurderingen, skal være opmærksom på egne eller andres fornemmelser i forhold til risiko for selvmord, selv om patienten er benægtende. Hvis der stadig er tvivl rådføres med en kollega.

Risikoniveau	Obligatorisk intervention	Mulig intervention	Suicidalitet
Ingen øget selvmordsrisiko	Har patienten i det aktuelle behandlingsforløb tidligere været vurderet i øget selvmordsrisiko og akut øget selvmordsrisiko skal der laves kriseplan i forbindelse med udskrivelsen. Link til app: Minplan	Inddrag pårørende. Løs akutte problemer. Indgiv håb. Henvi til Kompetencecenter for Selvmordsforebyggelse henholdsvis for voksne eller for børn og unge (under 18 år). Kopi af skadesjournal til egen læge/behandler. Underretning. Udarbejd kriseplan (se bilag 2, Kriseplan)	Der <i>kan</i> være selvmordstanker, men ingen planer eller intentioner
Øget selvmordsrisiko	Der skal udarbejdes kriseplan.	Som ovenstående samt overvej hyppig kontakt eller indlæggelse. Inddrag netværk/pårørende. Ved patienter under 18 år skal forældre principielt inddrages uanset barnets/ den unges accept med mindre noget taler stærkt imod.	Selvmordstanker med evt. konkrete selvmordsplaner, men ingen selvmordsadfærd
Akut øget selvmordsrisiko	Der skal udarbejdes kriseplan.	Som ovenstående samt overvej hyppig kontakt eller indlæggelse. Inddrag netværk/pårørende. Ved patienter under 18 år skal forældre principielt inddrages uanset barnets/ den unges accept med mindre noget taler stærkt imod.	Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærke intentioner eller selvmordsadfærd

Herefter skal der iværksættes interventioner.
En læge/specialpsykolog eller overlæge inddrages, når der er usikkerhed i forhold til vurdering og opfølgning.

Dokumenter og journaliser konklusion:

Nedenstående punkter resumeres og konklusion dokumenteres enkeltvis i stikordsform med overskriften: **Selvordsrisikovurdering**

Punkt 1, 2 og 5 dokumenteres altid, punkt 3 og 4 dokumenteres, hvis der er positive besvarelser under punkt 1 og 2.

1. Undersøg for selvmordsadfærd
2. Aktuel klinisk tilstand
3. Risikofaktorer
4. Beskyttende faktorer
5. Bestem risikoniveau og anbefal handlingsplan

Patienter på udgang/orlov og udskrivning:

I forbindelse med orlov/udgang og udskrivning følges fremgangsmåde i vejledningen: **Selvordsrisiko – vurdering af**

Ambulante patienter:

Ved opstart af ambulante behandling skal der foretages vurdering af risiko for selvmord. Vurderingen skal foretages ved første samtale med patienten. Herefter skal der som minimum foretages vurdering af risiko for selvmord ved revidering af behandlingsplan, ved ændring i patientens tilstand samt ved afslutning af forløbet.

9. Bilag 3: Kvantitative resultater

Kilde: Beregning fra Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse.

Variables	Discharges: SAFE intervention site (n=7604)		Unmatched discharges: comparison sites (n=22427)		Matched discharges: comparison sites (n=7604)	
	n	%	n	%	n	%
<i>Sex</i>						
Female	3605	47	10560	47	3588	47
Male	3999	53	11867	53	4016	53
<i>Agegroups</i>						
Agegroup 18-29y	2079	27	6185	28	2166	28
Agegroup 30-44y	2333	31	6052	27	2222	29
Agegroup 45-64y	2437	32	7670	34	2438	32
Agegroup 65+y	755	10	2520	11	778	10
<i>Socio-economic status</i>						
Working	1862	24	5185	23	2001	26
Unemployed, social or sickness benefit	4402	58	13012	58	4243	56
Retired	1288	17	4129	18	1309	17
Missing	52	1	101	0	51	1
<i>Highest educational status</i>						
Elementary school	3025	40	10680	48	3179	42
Vocational training	1525	20	5243	23	1562	21
Highschool	1108	15	2044	9	1153	15
Bachelor degree or higher	1424	19	3061	14	1288	17
Missing	522	7	1399	6	422	6
<i>Civil status</i>						
Married	731	10	3050	14	733	10
Divorced	1294	17	4393	20	1254	16
Never married	5413	71	14286	64	5441	72
Missing or other	166	2	698	3	176	2
<i>Placed in foster care</i>						
Yes	1265	17	3899	17	1215	16
<i>Primary diagnosis</i>						
Substance misuse diag.	1239	16	4088	18	1220	16
Schizophrenia spectrum diag.	3230	42	9639	43	3158	42
Affective disorders	1594	21	3672	16	1657	22
Anxiety or stress related disorder	732	10	2543	11	792	10
Personality disorders	397	5	1145	5	343	5
<i>Admitted more than a week</i>						
Yes	3563	47	9315	42	3686	48
<i>Ever comorbidity</i>						
Substance misuse diag.	4523	59	13025	58	4518	59
Schizophrenia spectrum diag.	4992	66	14536	65	4901	64
Affective disorders	4319	57	12436	55	4322	57
<i>Previous suicide attempt</i>						
Yes	2691	35	8535	38	2691	35
<i>Medical treatment last 12 months</i>						
Anti-psychotic medicine (yes)	6069	80	18612	83	6068	80
Anti-depressive medicine (yes)	5131	67	16045	72	5131	67
<i>Parent had any psychiatric disorder</i>						
Yes	1982	26	5750	26	1872	25
<i>Parent had any suicidal behaviour</i>						
Yes	622	8	2584	12	537	7

Table 3: Sensitivity analyses - Odds ratios (95% confidence intervals) for suicide attempt and suicide, respectively, by 2-weeks, 1-month and 6-months follow-up.

Sensitivity analyses 1		Study period September 1 2018 - March 31 2020	
	Events	Odds ratio (95% CI)	P-value
<i>Suicide attempt</i>			
2-weeks	133	1.26 (0.87-1.82)	0.22
1-months	184	1.29 (0.93-1.80)	0.13
6-months	415	1.12 (0.89-1.41)	0.33
<i>Suicide</i>			
2-weeks	8	0.33 (0.07-1.65)	0.18
1-months	12	0.50 (0.15-1.66)	0.26
6-months	26	0.86 (0.40-1.85)	0.69
Sensitivity analyses 2		Excluding all discharges where patient had a primary diagnosis of unipolar or bipolar disorder	
	Events	Odds ratio (95% CI)	P-value
<i>Suicide attempt</i>			
2-weeks	147	1.16 (0.81-1.68)	0.42
1-months	211	1.20 (0.86-1.68)	0.28
6-months	419	1.24 (0.97-1.57)	0.08
<i>Suicide</i>			
2-weeks	6	1.00 (0.20-4.96)	1.00
1-months	11	0.83 (0.25-2.73)	0.76
6-months	23	1.09 (0.48-2.47)	0.83
Sensitivity analyses 3		Follow up until first suicide attempt	
	Events	Odds ratio (95% CI)	P-value
<i>Suicide attempt</i>			
2-weeks	122	0.97 (0.68-1.38)	0.86
1-months	184	1.09 (0.82-1.46)	0.55
6-months	408	0.97 (0.80-1.18)	0.76

Kilde: Beregning fra Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse.

Table 1: Distribution of propensity score matched factors in discharges included in sensitivity analyses

Variables	Shortened study period, i.e. September 1,2018 - March 31, 2020				Excluding all discharges where unipolar or bipolar disorder had been recorded as the main diagnosis				Followed until first suicide attempt			
	Safe site		Matched compariso		Safe site		Matched compariso		Safe site		Matched compariso	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sex												
Female	2741	47	2690	46	2600	43	2536	42	3256	46	3223	46
Male	3116	53	3167	54	3410	57	3474	58	3815	54	3848	54
Agegroups												
Agegroup 18-29y	1594	27	1659	28	1717	29	1794	30	1809	26	1881	27
Agegroup 30-44y	1801	31	1752	30	1943	32	1890	31	2230	32	2196	31
Agegroup 45-64y	1858	32	1850	32	1872	31	1850	31	2290	32	2267	32
Agegroup 65+y	604	10	596	10	478	8	476	8	736	10	727	10
Socio-economic status												
Working	1407	24	1559	27	1257	21	1324	22	1780	25	1886	27
Unemployed/social/sickness be	3395	58	3269	56	3771	63	3676	61	4021	57	3936	56
Retired	1012	17	991	17	934	16	959	16	1227	17	1208	17
Missing	43	1	38	1	48	1	51	1	43	1	41	1
Highest educational status												
Elementary school	2353	40	2500	43	2686	45	2758	46	2739	39	2899	41
Vocational training	1147	20	1133	19	1125	19	1168	19	1419	20	1440	20
Highschool	837	14	826	14	872	15	874	15	1061	15	1064	15
Bachelor degree or higher	1096	19	1055	18	875	15	841	14	1360	19	1264	18
Missing	424	7	343	6	452	8	369	6	492	7	404	6
Civil status												
Married	568	10	564	10	452	8	445	7	708	10	699	10
Divorced	969	17	959	16	940	16	893	15	1218	17	1143	16
Never married	4191	72	4211	72	4523	75	4571	76	4983	70	5047	71
Missing or other	129	0	123	0	95	2	101	2	162	2	182	3
Placed in foster care												
Yes	973	17	986	17	1156	19	1096	18	1128	16	1067	15
Primary diagnosis												
Substance misuse diag.	954	16	907	15	1239	21	1205	20	1130	16	1085	15
Schizophrenia spectrum diag.	2542	43	2454	42	3230	54	3195	53	3052	43	3023	43
Affective disorder	1205	21	1271	22	0	0	0	0	1507	21	1516	21
Anxiety or stress related disord.	552	9	580	10	732	12	779	13	693	10	733	10
Personality disorders	300	5	310	5	397	7	391	7	305	4	324	5
Admitted more than a week												
Yes	2741	47	2843	49	2492	41	2656	44	3379	48	3485	49
Ever comorbidity												
Substance misuse diagnoses	3589	61	3560	61	3882	65	3885	65	4154	59	4150	59
Schizophrenia spectrum diag.	3982	68	3908	67	4408	73	4395	73	4655	66	4571	65
Affective disorders	3388	58	3396	58	2725	45	2722	45	4001	57	4006	57
Previous suicide attempt												
Yes	2028	35	2028	35	2207	37	2207	37	2265	32	2265	32
Medical treatment last 12 months												
Anti-psychotic medicine (yes)	4756	81	4725	81	4710	78	4728	79	5538	78	5516	78
Anti-depressive medicine (yes)	4187	71	4187	71	3999	67	3999	67	4599	65	4599	65
Parent had any psychiatric disorder												
Yes	1525	26	1472	25	1569	26	1521	25	1762	25	1640	23
Parent had any suicidal behaviour												
Yes	482	8	444	8	511	9	497	8	581	8	510	7

Kilde: Beregning fra Dansk Forskningsinstitut for Selvmordsforebyggelse.

10. Bilag 4: Forskelle og ligheder mellem F-ACT og SAFE

Nedenfor ses et skematisk overblik over væsentlige forskelle og ligheder mellem SAFE-procedureerne og de arbejdsgange i F-ACT, som er beslægtet hermed. Forskelle og ligheder er vurderet i samarbejde med projektejer professor Merete Nordentoft.

Tabel 4: Væsentlige forskelle og ligheder mellem SAFE og F-ACT

	SAFE	F-ACT
Målgruppe	Se afsnit 4.3 (bredere målgruppe end F-ACT)	Smallere målgruppe end SAFE
Selvordsrisikovurdering	Systematisk fokus på selvmordsrisiko samt revurdering ved hjemmebesøg	Selvordsrisikovurdering bør også laves ved udskrivelse til F-ACT samt revurdering ved hjemmebesøg
Kriseplan	Systematisk udarbejdelse af kriseplan samt gennemgang ved hjemmebesøg	Kriseplaner bør også laves ved udskrivelse til F-ACT samt gennemgang ved hjemmebesøg
Ambulant kontakt efter udskrivelse	Opfølgende kontakt inden for syv dage	Opfølgende kontakt inden for fem dage
Pårørendeinddragelse	Systematisk forsøg på pårørendeinddragelse	Ikke systematisk fokus på pårørendeinddragelse på samme niveau som i SAFE
Personkontinuitet	Større fokus på personkontinuitet	Mindre fokus på personkontinuitet end i SAFE

Som det fremgår af skemaet, er der væsentlige ligheder mellem SAFE-procedureerne og arbejdsgange i F-ACT. Der, hvor SAFE primært adskilte sig fra F-ACT, var således særligt, at:

- SAFE blev tilbudt til patienter, som ikke ville modtage en indsats i regi af F-ACT, herunder særligt patienter udskrevet til opfølgning i primærsektor.
- SAFE havde et mere systematisk fokus på pårørendeinddragelse og personkontinuitet (omend der ikke er tilgængelige data, der kan belyse effekten eller konsekvenserne af dette).