

Statusartikel

Ugeskr Læger 2021;183:V09200693

Selvordsforebyggende klinikker for børn og unge med fokus på Region Hovedstaden

Britt Morthorst¹, Louise Caroline Harder², Annika Birgitta Nylandsted² & Anne Katrine Pagsberg¹

1) Forskningsenheden Børne og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden, 2) Kompetencecenter for Selvordsforebyggelse, Børne og Ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstaden

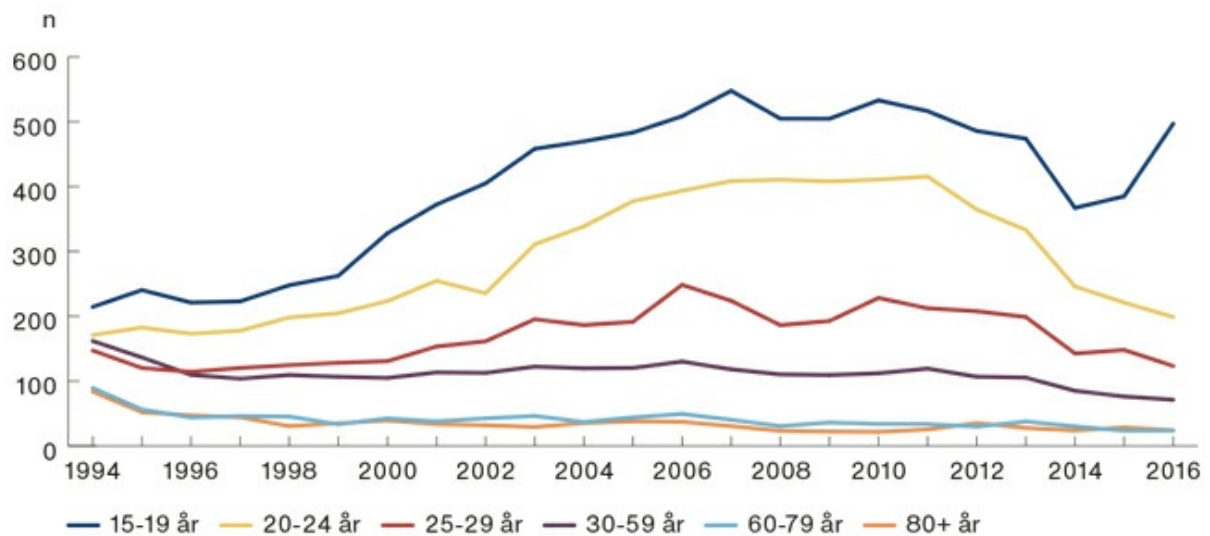
Ugeskr Læger 2021;183:V09200693

HOVEDBUDSKABER

- Selvordsforsøgsraten er siden 2014 steget blandt de 15-19-årige piger i Danmark.
- Specialiserede selvordsforebyggende klinikker for børn og unge findes i Region Syddanmark, Region Sjælland samt Region Hovedstaden. I Region Midtjylland og Region Nordjylland er indsatsen samlet i voksenpsykiatrien.
- Selvordstruede unge og deres familier tilbydes behandling baseret på bedst mulige evidens med individuelle tilpasninger.

Selvordsforebyggelse nytter noget; det har egne erfaringer vist [1]. Selvordsraten i Danmark var 38 pr. 100.000 i 1980, mens den nu er ca. 11 pr. 100.000 indbyggere om året, dog med en markant kønsforskel (mænd:kvinder = 19:6 pr. 100.000) [2]. Årligt tager omkring 600 mennesker i Danmark deres eget liv. Selvord blandt børn og unge er en sjældenhed med færre end fem årlige selvord blandt de 10-14-årige og i gennemsnit 12 blandt de 15-19-årige i de seneste årtier [3]. Derimod er forekomsten af selvordsforsøg blandt unge stigende, og i 2016 var selvordsforsøgsraten blandt de 15-19-årige piger 497 pr. 100.000 indbyggere [4] (Figur 1).

FIGUR 1 Selvmordsforsøgsraten pr. 100.000 kvindelige indbyggere fordelt på aldersgrupper



Datakilde: Landspatientregisteret. Beregning: Annette Erlangsen, DRISP

Siden 1994 er raten for hospitalskontakt i forbindelse med selvmordsforsøg øget 2,5 gange blandt de 15-24-årige kvinder. Metoden er typisk forgiftning med håndkøbsmedicin [5]. Forgiftning med svage analgetika er forbundet med en markant øget risiko for fornyet selvmordsforsøg i de efterfølgende uger og for senere at dø ved selvmord [6]. 16% af dem, som har forsøgt at tage deres eget liv, vil gentage forsøget inden for et år [7], hvilket gør forebyggelse afgørende.

EVIDENS FOR FOREBYGGELSE OG BEHANDLING

Selvmordsforebyggende strategier opdeles i universelle, selektive og indikerede [8].

Universelle strategier

De universelle strategier er rettet mod forebyggelse i hele befolkningen f.eks. våbenlovgivning, ændret kulilteniveau i husholdningsgas, lovpligtige udstødningsfiltre på biler og pakningsbegrænsning af svage analgetika i håndkøb [1, 9]. For nærværende er evidensgrundlaget stærkest for universelle strategier [10, 11], og i Danmark vurderes metodebegrænsning at have den mest reducerende effekt på selvmordsraten [1].

Selekterede strategier

Selekterede strategier er rettet mod forebyggelse for mennesker, som er i moderat øget risiko for at begå selvmord, og kan f.eks. være i form af opkvalificering af sundhedsprofessionelle ved systematisk undervisning og træning i risikovurdering af patienter i psykiatrien. For disse strategier er der mere moderat evidens [10].

Indikerede strategier

De indikerede strategier er rettet mod forebyggelse for mennesker, som er i høj risiko, dvs. mennesker, som har selvmordstanker og tidligere har forsøgt at tage deres eget liv. Her er evidensen mindre stærk. Der er dog – målt på repetitionshyppighed – påvist effekt af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og dialektisk adfærdsterapi (DAT) til voksne patienter med personlighedsforstyrrelsestræk og tilbagevendende selvmordsadfærd [12]. Kun i få randomiserede interventionsstudier har man fokuseret på den relativt hyppigt forekommende selvmordsadfærd

blandt børn og unge [13]. I et Cohranereview, der inkluderede 17 studier med psykosociale interventioner til børn og unge, konkluderer man, at mentaliseringsterapi og DAT-adolescens (DAT-A) bør undersøges yderligere; dog vurderes alle studier at være af lav kvalitet [14]. I et skandinavisk studie har man fundet evidens for effekt af DAT-A målt på hyppigheden af selvskade inklusive selvmordsforsøg og depressive symptomer i op til et år efter endt behandling [15].

I Danmark udføres de indikerede strategier for selvmordsforebyggelse primært i regi af kompetencecentre og klinikker for selvmordsforebyggelse (KSF). For at undersøge behandlingseffekten blev patienter, behandlet i perioden 1992-2010 i de danske KSF, fulgt i et registerbaseret kohortestudie med 20 års opfølgning. Den absolutte risikoreduktion (ARR) over den 20-årige opfølgingsperiode for selvmordsforsøg var 2,6% (1,5-3,7%), hvilket kan tolkes som et forebygget selvmordsforsøg for hver 39 behandlede patienter og 0,5% (0,1-0,9%) for selvmord, hvilket kan tolkes som et forebygget selvmord for hver 188 behandlede patienter [16]. En subgruppeanalyse viser tillige en reduktion på gentaget selvmordsforsøg for patienter i alderen 10-24 år (oddsratio: 0,67; 95% konfidensinterval: 0,59-0,75).

I Danmark findes der KSF i alle fem regioner. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark har specifikke KSF for børn og unge (KSFBU), som er forankret i børne og ungdomspsykiatrien. I Region Midtjylland og Region Nordjylland er behandlingstilbuddet til børn og unge forankret i en samlet KSF i voksenpsykiatrien (Tabel 1).

TABEL 1 Oversigt over behandlingstilbud i de selvmordsforebyggende klinikker for børn og unge i Danmark.

Navn	Region	Geografisk placering	Psykiatrisk forankring	Aldersgruppe	Målgruppe: børn og unge med	Henvisningsprocedure	Ambulant behandlingstilbud	Pårørende-tilbud	Undervisning og konsulentbistand
Kompetencecenter og klinik for selvmordsforebyggelse for børn og unge	Hovedstaden	København	Børne- og ungdomspsykiatri Team behandler kun børn og unge	Børn og unge < 18 år	Selvmordstanker og forsøg uden andet psykiatrisk tilbud	Centralt via akutmodtagelse, egen læge, PPR	4-10 kliniksamtaler baseret på kognitiv og dialektisk adfærdsterapi + krisehåndtering	Inddragelse, psyko-udikation	Ja Kommunalt samarbejde ved behandlingsskæde
Klinik for psykoterapi og selvmordsforebyggelse for børn og unge	Sjælland	Roskilde	Børne- og ungdomspsykiatri Team behandler kun børn og unge	Børn og unge < 18 år	Selvmordstanker og forsøg uden andet psykiatrisk tilbud	Oftte selvhenvendelser	Psykoterapeutisk behandling og professionel hjælp ≤ 10 sessioner	-	-
Kompetencecenter Affektivt team & center for selvmordsforebyggelse	Syddanmark	Odense, Vejle, Esbjerg, Aabenraa	Børne- og ungdomspsykiatri Team behandler kun børn og unge	Børn og unge ≤ 19 år	Selvmordstanker og forsøg uden andet psykiatrisk tilbud	Centralt via akutmodtagelse, egen læge, PPR	Typisk 5 samtaler baseret på kognitiv og dialektisk adfærdsterapi + krisehåndtering	Inddragelse, psyko-udikation	Ja Kommunalt samarbejde ved behandlingsskæde
Enhed for selvmordsforebyggelse	Midtjylland	Aarhus + satellit i Herning	Voksenpsykiatrien Børne- og ungdomspsykiater tilknyttet som konsulent Team behandler både børn og voksne	Ingen nedre aldersgrænse	Børn og unge, som kan profitere af et korttidsterapeutisk tilbud og ikke er i anden relevant behandling eller støttetilbud	Centralt via akutmodtagelse, egen læge, PPR + selvhenvendelser	Mentaliseringsbaseret, korttidsterapeutisk tilbud	Inddragelse, psyko-udikation	Ja Kommunalt samarbejde
Enhed for selvmordsforebyggelse	Nordjylland	Aalborg	Voksenpsykiatrien Superviseres af børne- og ungdomspsykiater Team behandler både børn og voksne	Ingen nedre aldersgrænse	Komplekse forløb med selvmordsadfærd	Centralt via akutmodtagelse, egen læge, PPR	≤ 10 individuelle behandlingssamtaler	Inddragelse, psyko-udikation, undervisning	Ja Kommunalt samarbejde

PPR = Pædagogisk Psykologisk Rådgivning.

BEHANDLINGSTILBUD TIL SELVMORDSTRUET BØRN OG UNGE I BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK REGI

I Region Sjælland er tilbuddet til børn og unge forankret i Klinik for Psykoterapi og Selvmordsforebyggelse for Børn og Unge, som er beliggende i Roskilde. Der tilbydes psykoterapeutisk behandling til patienter, som er udredt i børne- og ungdomspsykiatrien, samt ambulant behandling og professionel hjælp til børn og unge under 18 år, som har forsøgt at tage sit eget liv eller har selvmordstanker, og som ikke er i anden psykiatrisk behandling. Klinikken modtager årligt 15 henvendelser.

I Region Syddanmark varetages behandlingstilbuddet af Affektivt Team & Center for Selvmordsforebyggelse, som har eksisteret siden 2007 og er beliggende i Odense med satellitter i Vejle, Esbjerg og Aabenraa. Der tilbydes behandling ved tværfaglige ekspertteam til børn og unge i alderen op til 19 år med selvmordsadfærd. Behandlingen er baseret på elementer af DAT og KAT og rummer krise- og strategihåndtering, og forældre/pårørende tilbydes psykoedukation. Henvisning sker centralt via egen læge eller akutmodtagelse, og i 2019 blev der henvist 246 patienter på selvmordsrisikoindikation. Centeret er tillige et kompetencecenter for selvmordsforebyggelse, og der tilbydes undervisning til sundhedsfagligt og tværsektorielt personale. Klinikken indgår i det nationale netværk af selvmordsforebyggende klinikker.

KSF for børn og unge (KSFBU) i Region Hovedstaden er forankret i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center (BUC). KSFBU har siden 2011 haft regionsfunktion i behandlingen af børn og unge med selvmordsadfærd. KSFBU består af et tværfagligt, højt specialiseret team af sygeplejersker, psykologer og læger. Målgruppen er selvmordstruede børn og unge op til 18 år. Patienterne henvises via centralvisitationen fra psykiatrisk skadestue, egen læge eller børne- og ungdomspsykiatrisk tilsyn på hospitalsafdelinger, og der henvises årligt ca. 200 børn og unge i alderen 13-17 år, dog ses børn ned til seks år. Der henvises flest piger (75%). Patienterne henvises med presserende selvmordstanker, -planer, -impulser eller -forsøg, som påvirker adfærden ved afsøgning af selvmordsmetoder på nettet, afskedsbrev o.l. Ca. 20% henvises pga. et selvmordsforsøg.

Efter psykopatologisk screening henvises ca. 60% videre til børne- og ungdomspsykiatrisk udredning. KSFBU varetager undervisning af sundhedsfagligt og kommunalt personale og indgår i et tværsektorielt samarbejde med kommunerne. KSFBU samarbejder regionalt og nationalt med de øvrige KSF og interessenter på området.

Behandlingsforløbet i Hovedstaden

Kliniksamtalerne er baseret på KAT og DAT [17, 18]. I op til fire samtaler lærer patienten og forældrene at håndtere selvmordstanker, så der ikke handles på tanker og impulser, men i stedet søges støtte og hjælp. Der arbejdes med at forstå svære følelser, tanker og udløsende faktorer samt at udholde og regulere disse [18, 19]. Sammen med familien undersøges det samlede billede. Selvmordsadfærd blandt børn og unge er et komplekst problem, ofte med flere udløsende årsager, og de fleste kæmper med betydelige belastninger i deres liv – vedvarende eller pludselig opståede. Det kan være svære forhold i skolen (socialt eller fagligt), i familien og i relationen til jævnaldrende samt forskellige psykiske vanskeligheder eller traumatiske oplevelser [20]. Indsatsen tilpasses den enkeltes alder og modenhed, og jo yngre barnet er, jo større fokus vil der være på forældreinddragelse. Sammen med familien udarbejdes der en personlig kriseplan med advarselstegn samt strategier for patienten til at aflede og berolige sig selv. En del af kriseplanen er at sikre miljøet (f.eks. begrænse adgang til selvmordsmetoder) og samtidig synliggøre for patienten, hvor der er adgang til hjælp fra både familien og professionelle.

Rådgivning

KSFBU har en rådgivningstelefon til børn, unge, forældre, pårørende og professionelle, hvor det er muligt at få råd og vejledning i risikovurdering og henvisningsprocedure. Telefonen er åben hverdage kl. 9-14, og der er mulighed for at lægge en besked om ønsket opkald. Der bliver foretaget ca. 100 opkald om året.

Intensivt dialektisk adfærdsterapeutisk behandling

Til unge, som er i et etableret forløb i BUC og har tilbagevendende selvmordsadfærd og selvskadende adfærd samt vedvarende problemer med følelsesregulering og impulsivitet, tilbyder KSFBU et intensivt DAT-A-behandlingsforløb, med forældreinddragelse, i form af grupper med færdighedstræning og individuel terapi ugentligt over 20 uger [17, 18].

Underretninger og kommunalt samarbejde

Fra KSFBU sendes der underretninger på alle børn og unge, som er i et forløb i KSFBU, til de 29 regionale kommuner efter servicelovens §153. En socialrådgiver, som er tilknyttet KSFBU, bistår med underretninger samt rådgiver og vejleder forældre. KSFBU har samarbejdsaftaler med flere af kommunerne. Hovedparten af de børn og unge, som ses i KSFBU, har brug for kommunal opfølgning i forlængelse af kliniksamtalerne.

Kvalitets- og udviklingsprojekt

I KSFBU foregår der for øjeblikket et kvalitets- og udviklingsprojekt. Ved den første samtale besvarer patienten tre elektroniske, validerede spørgeskemaer, som afdækker oplevelsen af psykologisk stress, beskyttende faktorer (jeg-styrke og oplevelse af støtte i netværket) samt tidligere og aktuell selvmordsadfærd (Tabel 2) [21-24].

TABEL 2 Spørgeskemaer i kvalitets- og udviklingsprojekt^a.

Spørgeskema	Funktion	Symptomer
Kessler Psychological Distress Scale – K10 [23]	Børnene og de unges oplevelse af den aktuelle psykiske belastning	Bl.a. træthed, uro, nervøsitet, tristhed og uoverkommelighedsfølelse svarende til mulige depressive symptomer
Resilience scale for adolescents [24]	Den selvmordstruedes oplevelse af støtte, egne styrker og svagheder	Belyser ved 5 domæner den unges oplevelse af familiær og anden social støtte, personlige og sociale kompetencer samt evnen til at planlægge og holde struktur Afdækker således en samlet ressourceprofil
Columbia-Suicide Severity Rating Scale for short-term suicidal behavior [21]	Detaljeret beskrivelse af barnets selvmordsadfærd	Intensitet og kvalitet af selvmordstanker: tankernes omfang, tid fra tanke til handling, motiv til handlingen, selvmordsplaner og evt. tidligere selvmordsforsøg samt sværhedsgrad af den selvforvoldte skade

a) Disse spørgeskemaer bliver tillige været anvendt i klinikken for børn og unge i Region Syddanmark.

Spørgeskemaerne sikrer, at der sker en struktureret gennemgang af både risiko- og beskyttelsesfaktorer [22] mhp. at definere individuelt tilpassede mål for behandling, kriseintervention og strategier, som afhænger af netværk og hjælpøgende adfærd. Et lignende kvalitetsprojekt med samme spørgeskemaer foregår i Region Syddanmark.

BEHANDLINGSTILBUD TIL BØRN OG UNGE I VOKSENPSYKIATRISK REGI

Enhed for Selvmordsforebyggelse i Region Midtjylland tilbyder behandling til børn og unge, som har selvmordstanker og forsøg, og som vurderes at kunne profitere af et korttids-terapeutisk tilbud og ikke er i anden relevant behandling eller støttetilbud. Hvis det er tilfældet, tilbyder enheden konsulentbistand i forhold til selvmordsadfærd. Behandlingstilbuddet er individuelt tilpasset mentaliseringsbaseret terapi (1-8 sessioner), som inkluderer forældre. Det tværfaglige team behandler både børn og voksne, og der er tilknyttet en børne- og ungdomspsykiatrisk konsulent. Henvvisning sker centralt, via akutmodtagelsen, egen læge eller ved selvhenvendelser. Enheden deltager i begrænset omfang i tværsektorielle netværksmøder. Enheden har satellitfunktion i Herning. I 2019/2020 udgjorde børn og unge 24% (n = 98) af det samlede antal henvisninger.

I Region Nordjylland tilbyder Enhed for Selvmordsforebyggelse behandling til personer med særlig alvorlig og kompleks selvmordsadfærd i alle aldre. Behandlingen til unge består af op til ti individuelle samtaler og varetages af det samme tværfaglige team som til voksne, superviseret af en børne- og ungdomspsykiater. Der afholdes pårørendeundervisning, og forældre inddrages så vidt muligt, ligesom et samarbejde med primærsektoren prioriteres i forløb med børn og unge. Henvisning sker centralt via akutmodtagelse eller egen læge. Børn og unge med mindre komplekse problemstillinger henvises til kommunale indsatser. Enheden koordinerer den selvmordsforebyggende indsats inkl. undervisning af fagprofessionelle. I 2020 frem til september udgjorde børn og unge 17% (n = 34) af det samlede antal henvisninger.

KONKLUSION

Danmark har som det eneste land i verden landsdækkende indsatser i forebyggelsen af selvmord blandt børn og unge. Indsatserne varetages af regionale klinikker for selvmordsforebyggelse. Der er regionale forskelle, men repræsentativiteten i forhold til målgruppe og behandlingstilbud vurderes at være høj. I tre regioner varetages behandlingen af børn og unge i børne- og ungdomspsykiatrisk regi; mens man i to regioner tilbyder behandling for alle aldersgrupper i voksenpsykiatrien, med supervision ved en børne- og ungdomspsykiater. Klinikkerne tilbyder korttidspsykoterapi med elementer af DAT og KAT samt forældreinddragelse i behandlingen. Tilbuddene til børn og unge rummer varierende grad af tværsektorielt samarbejde. De fleste klinikker tilbyder undervisning og konsulentbistand inden for dette højt specialiserede felt. Behandlingstilbuddet i Region Hovedstaden anses for at være repræsentativ for de to klinikker i børne- og ungdomspsykiatrisk regi med flest indbyggere i målgruppen.

Korrespondance *Britt Morthorst*. E-mail: britt.reuter.morthorst@regionh.dk

Antaget 9 februar 2021

Publiceret på ugeskriftet.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

Taksigelser Forfatterne ønsker at takke alle de selvmordsforebyggende klinikker for deres hjælp i forbindelse med dette manuskript.

Referencer findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

Artikelreference *Ugeskr Læger* 2021;183:V09200693

SUMMARY

Suicide prevention clinics for children and adolescents in The Capital Region of Denmark

Britt Morthorst, Louise Caroline Harder, Annika Birgitta Nylandsted & Anne Katrine Pagsberg

Ugeskr Læger 2021;183:V09200693

In Denmark, incidence rates of suicide attempts among children and adolescents are increasing, while decreasing for other age groups in the general population. As described in this review, the suicide prevention clinics constitute a unique opportunity to provide expert treatment, also for youth. The clinics also aim at bridging the gap to social services. Young patients presenting with suicidal behavior must immediately be referred to a suicide prevention clinic. In the case of imminent suicide risk, the emergency room for children and adolescents should be contacted.

REFERENCER

1. Nordentoft M, Erlangsen A. Suicide – turning the tide. *Science* 2019;365:725.
2. Dyvesether SM, Nordentoft M, Forman JL, Erlangsen A. Joinpoint regression analysis of suicides in Denmark during 1980-2015. *Methods* 2018;60:X84.
3. Dødsårsagsregisteret. <https://www.esundhed.dk/Registre/Doedsaarsagsregisteret> (5. mar 2021).
4. New International Research on Suicide Prevention. Danish Research Institute for Suicide Prevention, 2020. <https://drisp.dk/en/new-international-research-on-suicide-prevention> (26. jan 2021).
5. Morthorst BR, Soegaard B, Nordentoft M, Erlangsen A. Incidence rates of deliberate self-harm in Denmark 1994-2011. *Crisis* 2016;37:256-64.
6. Qin P, Jepsen P, Nørgård B et al. Hospital admission for non-fatal poisoning with weak analgesics and risk for subsequent suicide: a population study. *Psychol Med* 2009;39:1867-73.

7. Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2014;168C:476-83.
8. Gordon RS Jr. An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep* 1983;98:107-9.
9. Morthorst BR, Erlangsen A, Chaine M et al. Restriction of non-opioid analgesics sold over-the-counter in Denmark: a national study of impact on poisonings. *J Affect Disord* 2020;268:61-8.
10. Mann JJ, Apter A, Bertolote J et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064-74.
11. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016;3:646-59.
12. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL et al. Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;5:CD012189.
13. Ougrin D, Tranah T, Stahl D et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:97-107.e2.
14. Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;3:CD013667.
15. Mehlum L, Ramberg M, Tormoen AJ et al. Dialectical behavior therapy compared with enhanced usual care for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: outcomes over a one-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016;55:295-300.
16. Erlangsen A, Lind BD, Stuart EA et al. Short-term and long-term effects of psychosocial therapy for people after deliberate self-harm: a register-based, nationwide multicentre study using propensity score matching. *Lancet Psychiatry* 2015;2:49-58.
17. Miller AL. Introduction to a special issue dialectical behavior therapy: evolution and adaptations in the 21(st) century. *Am J Psychother* 2015;69:91-5.
18. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32:146-57.
19. Groves S, Backer HS, van den Bosch W, Miller A. Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child Adolesc Ment Health* 2012;17:65-75.
20. Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.
21. Conway PM, Erlangsen A, Teasdale TW et al. Predictive validity of the Columbia-Suicide Severity Rating Scale for short-term suicidal behavior: a Danish study of adolescents at a high risk of suicide. *Arch Suicide Res* 2017;21:455-69.
22. Jakobsen IS, Larsen KJ, Horwood JL. Suicide risk assessment in adolescents - C-SSRS, K10, and READ. *Crisis* 2017;38:247-54.
23. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32:959-76.
24. Hjemdal O, Friborg O, Stiles TC et al. A new scale for adolescent resilience: grasping the central protective resources behind healthy development. *Meas Eval Couns Dev* 2006;39:84-96.