

**Tværasektoriel opfølgning for børn
og unge efter et selvmordsforsøg
– en samarbejdsmodel fra
Region Syddanmark**

**Av Stine Lundstrøm Kamionka,
Niels Buus, Peer Nøhr-Jensen
og Kim Juul Larsen**

Introduktion og formål

Som i det meste af den vestlige verden, er selvmord i Danmark den næsthøjest dødsårsag hos unge i alderen 15-19 år (WHO, 2014). Det anslås, at der i Danmark årligt er 6-12.000 selvmordsforsøg, hvoraf cirka 15 % findes i aldersgruppen 15-19 år, hyppigst hos piger (Konieczna, 2012; Livslinjen, 2015). Selvmordsadfærd omfatter, ud over selvmordsforsøg også selvmordstanker, -impulser, -planer og -forberedelser samt fuldbyrdede selvmord (WHO, 2014). Personer som har haft et selvmordsforsøg vil efterfølgende have en øget risiko på op mod 30 % for at gentage forsøget (Angst et al., 2002; Christiansen & Larsen, 2012; Goldacre, Seagroatt, & Hawton, 1993; Haw et al., 2007; Nordentoft, Rubin & Welcher, 1993; Schmidtke et al., 1996; Suominen et al., 2004). Gruppen af selvmordstruede børn og unge er karakteriseret

Selvordstruede børn og unge har ikke nødvendigvis en diagnose og kan derfor falde helt uden for de behandlende systemer

ved at have overlappende problemstillinger af psykiatrisk, psykologisk og social art (Beautrais, Joyce & Mulder, 2010; Christiansen et al., 2013; Dieserud, Loeb & Ekeberg, 2000; King & Merchant, 2008; Mehlum & Ramberg, 2010). Gruppen har en øget forekomst af psykiske lidelser og psykosociale problemstillinger som følge af lav socioøkonomisk status og skilsmisse. Selvmordstruede børn og unge har ikke nødvendigvis en diagnose og kan derfor falde helt uden for de behandlende systemer. De mangler samtidigt ressourcer til at navigere i det komplekse behandlingsforløb med flere behandlingsaktører (Ahgren, 2010).

I Danmark er behandlingen af børn og unge med selvmordsforsøg tværsektorielt organiseret grundet målgruppens karakteristika. Efter et selvmordsforsøg bliver den unge typisk indlagt på en somatisk afdeling. Her behandles patienten for somatiske komplikationer, og der foretages en psykiatrifaglig vurdering med henblik på identifikation og behandling af alvorlig psykopato-

ABSTRACT

I Danmark er børn og unge, der har forsøgt at begå selvmord, ikke sikre på at modtage efterfølgende støtte og behandling. Det er på trods af, at selvmordsforsøget er udløst af akkumulerede psykosociale problemstillinger og på trods af, at opfølgning kan forebygge recidiv. Selvmordstruede børn og unge har således brug for tværfaglig og tværsektoriel hjælp. Tværsektorielle forløb er dog ofte karakteriseret ved en uklar og tvetydig opgavedeling mellem sektorerne. Dette kan føre til fragmenterede behandlingsforløb. I Region Syddanmark er der etableret et tværsektorielt samarbejde kaldet Behandlingskæden. Prioritering af dette samarbejde på flere beslutningsniveauer sikrer opfølgning på tværs af somatik, psykiatri og kommune til børn og unge, der har haft et selvmordsforsøg. Ud over at sikre kvalificeret opfølgning, muliggør strategien og organiseringen en større grad af forebyggelse og medvirker til afklaring af sektoropdelte ansvarsområder.

In Denmark children and adolescents who have attempted suicide are not guaranteed follow-up. A suicide attempt is often due to accumulated psychosocial challenges and follow-up reduces risk of relapse. Suicidal children and adolescents are in need of interdisciplinary and inter-sectoral help. Inter-sectoral pathways are often characterized by uncertain and ambiguous areas of responsibility between the different sectors which may lead to fragmented treatment courses. In the Region of Southern Denmark an inter-sectoral collaboration, called the Treatment Chain, is established to ensure follow-up across somatic, psychiatric and municipality departments for children and adolescents who have attempted suicide. The priority of this collaboration ensures a qualified follow-up and contributes to clarification of areas of responsibility across sectors.

logi. Den hospitalsbaserede udredning og behandling ligger organisatorisk i de danske regioner (Danske Regioner et al., 2013; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2005). Den recidivprofylaktiske psykosociale efterbehandling ligger organisatorisk i kommunerne og i en vis udstrækning hos den praktiserende læge. Denne organisatoriske opdeling betyder, at den tværsektorielle indsats i praksis ofte er præget af en uklar opgavefordeling, hvilket medfører mangelfulde, fragmenterede og komplekse behandlingsforløb (Krag, Gut & Freil, 2007; Ølsgaard, 2010).

Community-based integrated care (CBIC) er en strategi, der kan anvendes til at reducere kompleksiteten i tværsektorielt samarbejde (Plochg & Klazinga, 2002). CBIC har til mål at etablere, implementere og vedligeholde en tværsektoriel, fælles organisatorisk og paradigmatisk platform, som kan understøtte en sammenhængende indsats overfor børn og unge samt deres pårørende i forbindelse med selvmordsforsøg.

Gennem de seneste år er der i Region Syddanmark udviklet og implementeret en model for det tværsektorielle samarbejde, «Behandlingskæden», om børn og unge efter selvmordsforsøg. Modellen sikrer en sammenhængende indsats af høj faglig kvalitet og er strategisk funderet i CBIC. Formålet med denne artikel er, at beskrive denne samarbejdsmodel. Artiklen fokuserer på den organisatoriske indsats, der kræves for at etablere og implementere en sådan model.

Baggrund

Sundhedsstyrelsen, der er den øverste sundheds- og lægemiddelfaglige myndighed i Danmark, anbefaler, at hjælpen til selvmordstruede bygger på en hurtig og konkret vurdering, foretaget af fagpersoner med den nødvendige ekspertise (Jørgensen & Clausen, 2009).

Et sammenhængende behandlingsforløb til selvmordstruede børn og unge kræver et samarbejde mellem flere fagpersoner i forskellige organisatoriske enheder, da denne målgruppe både har fysiske, psykologiske og sociale behov

Indsatsen bør herefter bero på et sammenhængende behandlingsforløb med inddragelse af relevante instanser. I Danmark er sundhedsopgaverne opdelt mellem landets 5 regioner og 98 kommuner (KL et al., 2009). Regionerne har bl.a. ansvaret for sygehusbehandling, almen og speciallægepraksis, samt distriktpsychiatrien. Kommunerne har ansvar for den almene borgerrettede sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, herunder social støtte til udsatte børn og unge. Den primære sektor består af

generelle tilbud til borgere og udføres af kommune og almen praksis. Den sekundære og specialiserede sektor består hovedsagligt af hospitalsvæsenet. Der er både fordele og ulemper ved overlappende sektordelte ansvarsområder, men en særlig udfordring opleves at være overgangene mellem sektorerne (Krag, Gut & Freil, 2007; Ølsgaard, 2010).

Et sammenhængende behandlingsforløb til selvmordstruede børn og unge kræver et samarbejde mellem flere fagpersoner i forskellige organisatoriske enheder, da denne målgruppe både har fysiske, psykologiske og sociale behov. Juridisk set er ansvarsfordelingen i disse forløb ofte uklar, hvorfor det i praksis er svært at opfylde sundhedsstyrelsens anbefalinger (Sundhedsstyrelsen, 2005). I Danmark tegner der sig et billede af en usystematisk, ukoordineret og fragmenteret indsats for den gruppe af børn og unge, som har været indlagt i forbindelse med et selvmordsforsøg. Den nødvendige

Diskrepansen mellem tværsektorielt samarbejde i teori og i praksis tydeliggør den manglende prioritering af selve etableringen og organiseringen af sammenhæng

psykiatri- og socialfaglige vurdering foretages ikke nødvendigvis der, hvor den unge indlægges. Det kan betyde, at en udskrivelse efter somatisk behandling for skader i forbindelse med selvmordsforsøg blot er en udskrivning til hjemmet. Somatiske hospitaler skal underrette kommunen, når et barn eller ung har været indlagt med et selvmordsforsøg jævnført §

153 i Serviceloven (Serviceloven, 2014). Det er dog ikke sikkert, at denne lov er kendt på alle afdelinger. Hvis der ikke sendes en underretning til patientens hjemkommune, udskrives patienten og vil blive efterladt uden opfølgning i hverken psykiatri eller kommune. Udfordringen er derfor, at sikre selvmordstruede børn og unge adgang til et samlet, tværfagligt og tværsektorielt behandlingsforløb. Det er en kompleks opgave, da det både er forskellig faglig praksis og forskellige organisationer, der skal kædes sammen. I ukoordineret tværsektorielt samarbejde oplever de involverede fagpersoner at være i interessekonflikt omkring modsatrettede mål, at blive fanget i bureaukrati, at have dårlig informationsudveksling med andre fagpersoner, samt at have begrænset brug af den eksisterende viden om patienten (Plochg & Klazinga, 2002; Seemann, 2013). Det opleves svært og ressourcekrævende at sikre patienten den nødvendige sammenhæng i behandlingsforløb på tværs af sundheds- og sociale sektor, hvilket er i stærk kontrast til de førnævnte potentielle gevinster. Diskrepansen mellem tværsektorielt samarbejde i teori og i praksis tydeliggør den manglende prioritering af selve etableringen og organiseringen af sammenhæng. En af de store udfordringer er en manglende incitamentsstruktur til at prioritere samarbejdsopgaver, da disse ikke medfører direkte indtægter (Danske Regioner et al., 2013).

Der er evidens for, at opfølgende og sammenhængende efterbehandling kan reducere antallet af selvmordsforsøg (Dieserud, Loeb & Ekeberg, 2000; Erlangsen et al., 2014; Johannessen et al., 2011; Knesper, 2010; Mann et al., 2005). Opfølgningen skal understøtte behandlingen, før det kan reducere selvmordstruslen (Morthorst et al., 2012). Derfor er det ikke ligegyldigt, hvordan opfølgningen forestås og organiseres. Aktuelt er der ikke nogen dansk national strategi for udvikling og implementering af ensartet, sammenhængende udredning og opfølgning af selvmordstruede børn og unge.

Behandlingskæden

I engelsksproget litteratur kaldes samordnede indsatser for integrated care. Disse anses for at være det organisatoriske svar på det øgede pres på den sundheds- og socialvæsen (Grone & Garcia-Barbero, 2001; Valentijn et al, 2013). En særlig praksisorienteret strategi er community-based integrated care (CBIC). CBIC kombinerer kvalificerede sundhedsydelser, medicinsk behandling og pleje og inddrager samtidigt sociale tilbud og forebyggende indstanter og sammenkæder forløb (Ploch & Klazinga, 2002). CBIC fastslår, at succesfuld implementering af sammenhængende tværsektorielle forløb afhænger af fælles prioritering af opgaven på tre beslutningsniveauer; det praktiske (mikro-) niveau, det organisatoriske (meso-)niveau og det politisk/administrative (makro-)niveau. Forudsætningen for at kunne udføre CBIC i praksis er, at der kan etableres fælles mål, som er relevant på hvert af de tre beslutningsniveauer. Beslutningsniveauerne har hvert sit paradigme, hvorfor etablering af CBIC i praksis er en kompleks opgave, da evidensbaseret medicin, organisationsteori og makroøkonomisk teori skal integreres. Det er dog lykket i Danmark at etablere et sådant tværsektorielt samarbejde for selvmordstruede børn og unge.

En strategi for sammenhæng

Behandlingskæden er funderet i strategien CBIC og udføres i praksis ved at etablere fælles mål på flere beslutningsniveauer. Komplexiteten i selvmordstruede børn og unges forløb betyder, at det i hver sektor er en opgave på henholdsvis politisk, organisatorisk og fagpraktisk niveau. Et koordineret samarbejde modarbejder ikke hver sektors underliggende paradigmer, men giver tværtimod alle beslutningsniveauer mulighed for at leve op til deres

juridiske ansvar. Sådanne mål er fastsat, og det er stadig disse mål, der anvendes i Behandlingskæden i dag. De strategiske mål for Behandlingskæden ses i tabel 1. Her ses også hvert beslutningsniveau, deres tilhørende paradigmer og incitament for at leve op til målopfølgelsen. De fire mål er udviklet i et patient/borger-perspektiv, og der er en klar hensigt på alle niveauer om at prioritere målene.

Samarbejdet i Region Syddanmark har til formål, at sikre selvmordstruede børn og unge lige adgang til faglig kvalificeret opfølgning efter et selvmordsforsøg. Samarbejdet er udviklet på øen Fyn, hvis befolkning er repræsentativ for den samlede danske befolkning (Bille-Brahe, 1982). Samarbejdet startede som et projekt, der havde til formål at organisere og koordinere forløb for selvmordstruede børn og unge grundet et ønske om bedre sammenhæng og bedre brug af ressourcer (Fyns Amt, 2003). Projektet organiserede én indgang til et hurtigt, kvalificeret og tværsektorielt sammenhængende tilbud til selvmordstruede børn og unge. Hver impliceret kommune etablerede et team, der blev opkvalificeret til at håndtere selvmordstruede børn og unge i kommunalt regi. Ligeledes var teamet udpeget til at samarbejde med psykiatrien. Disse teams kaldtes Selvfo-teams. Projektresultaterne viste, at en øget tværfaglighed højnede kvaliteten i hver sektors tilbud til målgruppen. En team-til-team koordination betød, at fagpersonerne ikke arbejdede alene, heller ikke i egen organisation. Man oparbejdede et bedre kendskab til målgruppens forløb, og på den baggrund kunne man hurtigere iværksætte opfølgning. Projektets model er efterfølgende blevet implementeret i alle fynske kommuner, og kaldes derfor Fynsmodellen. De organisatoriske strukturer, rutiner og procedurer i modellen kaldes Behandlingskæden. Standardiseringen i Behandlingskæden viste sig flytbar,

Tabel 1 Mål og incitament for etablering af strategi for samarbejde om selvmordstruede børn og unge

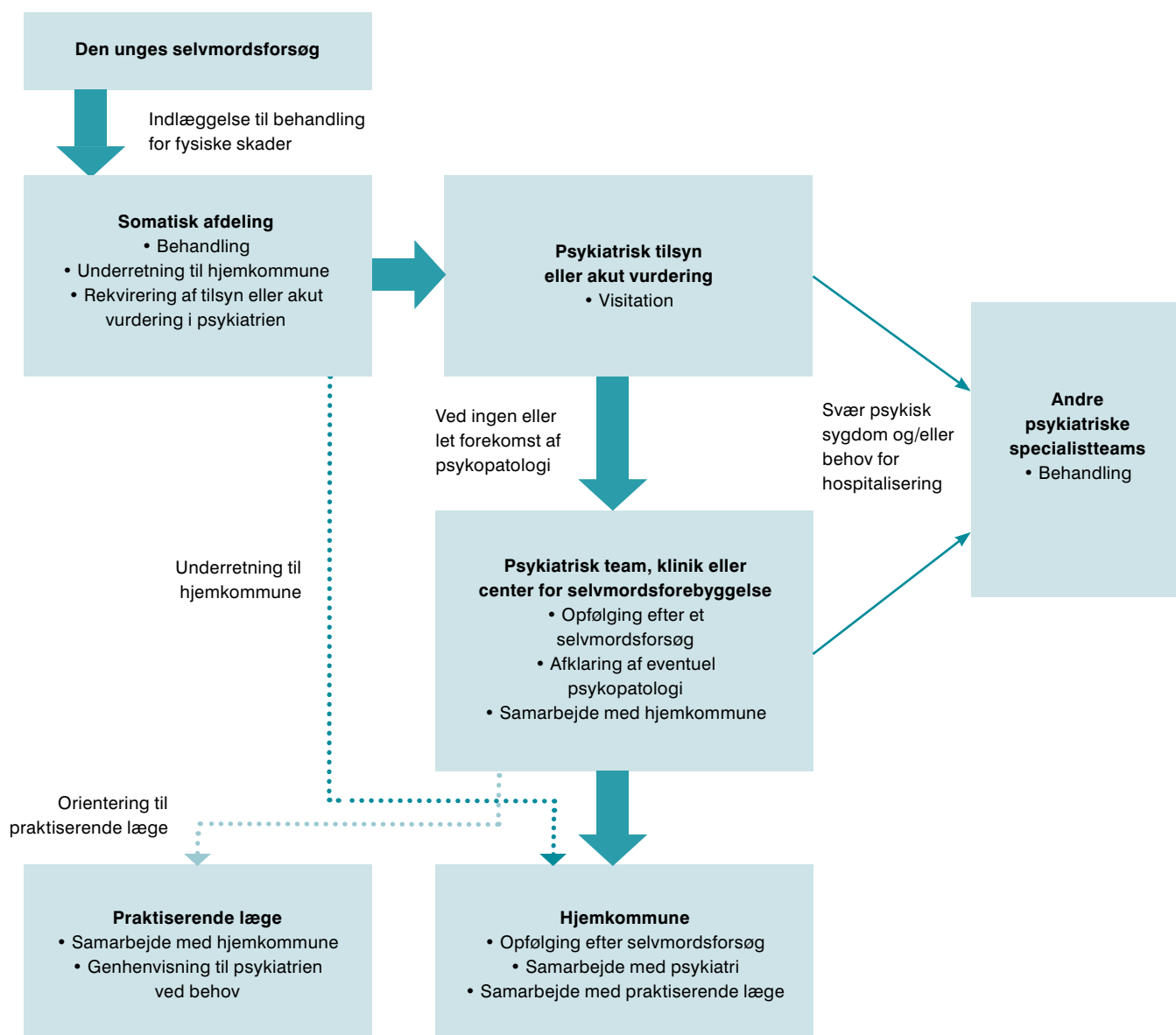
De strategiske mål:		
<ul style="list-style-type: none"> • At der ikke er ventetid for børn og unge med selvmordsadfærd • At der er et bestemt sted at henvende sig • At der er en kvalificeret vurdering og opfølgning • At samarbejdet organiseres og koordineres 		
Beslutningsniveau	Paradigmer	Incitament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

da modellen blev implementeret i størstedelen af Region Syddanmark i perioden 2010-2013. Behandlingskæden integrerer i dag somatik, børne- og ungdomspsykiatri og kommune (Larsen & Clausen, 2006).

Patientflowet i Behandlingskæden ses i figur 1. Center for Selvmordsforebyggelse – Børne og ungdomspsykiatri Odense (CFS-B&U) – får også henvist selvmordstruede børn og unge uden selvmordsforsøg. Sådanne forløb iværksættes uden inddragelse af somatisk afdeling og opstartes typisk med en henvisning fra praktiserende læge til Børne- og ungdomspsykiatriens centrale visitation, som herefter visiterer til vurdering i CFS-B&U. Henvisning fra praktiserende læge er en vanlig procedure i det danske sundhedsvæsen og ikke en del af Behandlingskæden. Det samme gælder samarbejdet mellem kommune og prakti-

serende læge. Derfor er disse ikke illustreret i understående figur.

De brede pile i figuren illustrerer patientvejen eller patientflowet i Behandlingskæden. Med hver bred pil i Behandlingskæden følger en aftale om, hvordan informationen følger med patienten samt en aftale om, hvordan man sikrer sig, at næste behandlingsled overtager ansvaret. Der akkumuleres således viden om patienten gennem systemerne. Samtidigt tydeliggøres ansvarsfordelingen for alle parter, også for patienten og dennes pårørende, som hele tiden inddrages. Når patienten udskrives fra somatisk afdeling, foregår den øvrige opfølgning ambulant, og patienten og de pårørende skal være indforstået med at modtage behandling flere steder. De stiplede pile illustrerer flow af understøttende skriftlig informationsudveks-



Figur 1 Flowchart. Figur over ideelt patientforløb for børn og unge der har været indlagt efter et selvmordsforsøg

ling. Figurens smalle pile demonstrerer anden visitationsmulighed, såfremt patienten viser sig at have behov herfor. Her understøtter de vanlige visitationsprocedurer informationsudvekslingen. De koordinerede indsatser betyder, at hver afdeling kan graduere både interventionsgrad og grad af samarbejde med Behandlingskædens øvrige behandlingsled alt efter patientens behov. Behandlingskædens patientflow og faste procedurer betyder, at alle børn og unge, der har haft et selvmordsforsøg, modtager opfølgning, også de ikke-akut selvmordstruede patienter.

Organiseringen sikrer adgang til de relevante faglige vurderinger. Interventionsgrad og eventuelt sideløbende og koordinerede behandlinger foretages på baggrund af patientens individuelle behov. Samarbejdet forpligtiger til både en gennemskuelig overlevering samt til at modtage patienten og den akkumulerede information, der følger med, hvilket understøtter den svære sektorovergang.

Faktaboks 1 Behandlingskædens opgaver fordelt på de enkelte afdelinger

Somatik	Behandler somatiske skader efter selvskadende adfærd. Dernæst skal somatikken underrette hjemkommunen om selvmordsadfærd, da dette er bekymrende adfærd og vidner om mistrivsel. Ifølge dansk lovgivning har alle fagpersoner skærpet underretningspligt ved viden om et barn eller ung i mistrivsel. Somatikken skal også rekvirere et psykiatrisk tilsyn. Dette er begrundet med målgruppens karakteristika om forekomst af psykisk sygdom. Psykopatologi diagnosticeres kun, såfremt patienten ses i psykiatrien.
Psykiatrisk tilsyn	Tilsvagsvægten sender alt videre til det psykiatriske Team for Selvmordsforebyggelse, medmindre der er forekomst af svær psykopatologi og ved behov for indlæggelse i psykiatrisk regi.
Team for Selvmordsforebyggelse	Teamet for Selvmordsforebyggelse modtager patienten og iværksætter opfølgningen i psykiatrisk regi. Samtidigt underretter de patientens hjemkommunes specialistteam, Selvfo-teamet, om forløbet. Team for selvmordsforebyggelse skal sikre information til Selvfo-teamet om opstart af forløb i psykiatrien. På den måde vil manglende information fra psykiatrien indikere, at patienten ikke er opstartet i forløb og Selvfo-teamet i kommunen skal tage affære. Team for Selvmordsforebyggelse skal samarbejde og koordinere patientens videre forløb med patientens hjemkommune.
Hjemkommune	Kommunens rolle er at have sikret og bemandet Selvfo-teamet. Selvfo-teamet skal samarbejde med psykiatri og evt. egen læge, samt skal sikre at barnet eller den unge hjælpes i kommunalt regi. Det er ikke nødvendigvis Selvfo-teamet der er sagsbehandlere, men de stiller deres viden til rådighed for deres kolleger og har den koordinerende rolle for forløbene.
Praktiserende læge	Praktiserende læge kan visitere til somatik og psykiatri og samarbejder ofte med kommunen.

Etablering af Behandlingskæden

Behandlingskæden bemandes af fagpersoner, der samarbejder i opkvalificerede specialistteams, og disse fagpersoner skal udpeges. Her kommer prioritering af samarbejdet på flere niveauer til gavn, da en ledelsesmæssig velvilje betyder, at fagpersoner får lov at prioritere opgaven. Team-til-team samarbejdet gør kæden mere robust overfor eksempelvis personaleudskiftning og sygdom. Hvert team etableres, så det passer ind i egen organisation, da besværlige og ekstra arbejdsgange vil hindre brug af samarbejdet på længere sigt. Der etableres teams i henholdsvis somatik, psykiatri og kommune, og de har hver deres opgaver, se faktaboks 1. CFS-B&U har forestået etableringen af Behandlingskæden, da de har mest erfaring med og viden om målgruppen og modellen. Deres organisatoriske placering i samarbejdet giver dem overblik over hele flowet gennem Behandlingskæden. Opkvalificering af Behandlingskædens fagpersoner sker gennem kurser om målgruppen og om organisering af samarbejdet. Undervisning giver en fælles vidensbase og et fælles billede af den helhedsorienterede indsats, så der kan arbejdes hen imod samme mål, jævnført tabel 1. Som erfaret i Fynsmoellen, opnås solid erfaring med målgruppens forløb, hvilket øger feltets specialiseringsgrad. Hvert team i Behandlingskæden er unikt i forhold til antal medlemmer og faglighed.

Tabel 2 viser det konkrete tidsforbrug, som hver sektor har haft i forbindelse med etableringen af samarbejdet. Derudover har der været afholdt interne møder vedrørende organisering og rollefordeling. Etableringsarbejdets tidsforbrug erfares at blive opvejet af det tidsforbrug, der bruges i ukoordinerede forløb.

Vedligeholdelse

Vedligeholdelsen i Behandlingskæden er yderst vigtig, hvis Behandlingskæden kontinuerligt skal give mening i praksis. Vedligeholdelsesopgaverne skal bemandes og prioriteres i lige så høj grad som prioriteringen om at samarbejde. Samarbejdet skal løbende monitoreres, understøttes og koordineres. I Region Syddanmark har CFS-B&U denne rolle. Vedligeholdelsen indeholder en stor administrativ del. Eksempelvis udarbejdes en kontaktdataliste på hvert teams medlemmer, så alle ved, hvem man skal overlevere information og patient til i næste behandlingsled. Kontaktlisten er også offentligt tilgængeligt via psykiatriens hjemmeside. Vedligeholdelsesrollen skal udføres med en stor grad af netværksfacilitering, da samarbejdet ikke tildeler CFS-B&U reelt overordnet ledelsesansvar. Organisatoriske ændringer forekommer løbende i hver sektor, og dette skal inddrages i samarbejdet, for eksempel i forhold til nye visitationsprocedurer. Vedligeholdelsesmøder mellem feltets

Tabel 2 Tidsforbrug ved etablering og vedligeholdelse af Behandlingskæden på Fyn

Sektor	Opgave	Handling	Tidsforbrug
Somatik	Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Patientforløb • Rutiner for indtag og afslutning 	Intet betydeligt merforbrug i forhold til vanlig praksis.
	Viden	Kursus	1 dag
	Vedligehold	<ul style="list-style-type: none"> • Status og samarbejde • Udvikling 	1 årlig konferencedag
(Børne- og ungdoms-) Psykiatri	Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Patientforløb • Rutiner for indtag og afslutning 	Intet betydeligt merforbrug i forhold til vanlig praksis.
	Viden	<ul style="list-style-type: none"> • Afholdelse af kursus • Formidling og forskning • Konsulentbistand til organisatorisk opbygning af samarbejdet 	1 ledermøde à 2 timer og 3 etableringsmøder à 1½ time pr. kommune 1–3 årlige kursusdage Ca. 5–10 årlige formidlingsopgaver à ½-1 time, for eksempel tilbudt til somatikken
	Vedligehold	<ul style="list-style-type: none"> • Status og samarbejde • Udvikling 	1–2 årlige samarbejds møder pr. kommunalt Selvfo-team à 1½ time 1 årlig konferencedag
Kommune	Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Selvfo-team • Klientforløb • Rutiner for indtag og afslutning 	1 ledermøde à 2 timer 3 etableringsmøder à 1½ time
	Viden	Kursus	1 dag
	Vedligehold	<ul style="list-style-type: none"> • Status og samarbejde • Udvikling 	1–2 årlige samarbejds møder à 1½ time med psykiatrien 1 årlig konferencedag
Praktiserende Læge	Organisering	<ul style="list-style-type: none"> • Rutiner for patientforløb 	Intet merforbrug i forhold til vanlig praksis.

Faktaboks 2 Fakta om Center for Selvmordsforebyggelse – Børne- og ungdomspsykiatri Odense og Behandlingskæden

Center for Selvmordsforebyggelse Odense (CFS)	Center for Selvmordsforebyggelse har både en afdeling i Voksenpsykiatrien og Børne- og ungdomspsykiatrien. Afdelingen i voksenpsykiatrien har eksisteret i 25 år. Center for Selvmordsforebyggelse Børne- og ungdomspsykiatri Odense (CFS-B&U) har eksisteret siden 2007. Den beskrevne Behandlingskæde findes kun i CFS-B&U. Yderligere information om centret kan findes på www.selvmordstruede.dk . Centret tilbyder flere ambulante forløb, men er ikke et akuttetilbud. Såfremt et barn eller ung er akut selvmordstruet henvises til psykiatrisk skadestue.
Antallet af patienter i CFS-B&U	I perioden 2009 –2012 har 466 selvmordstruede børn og unge i alderen 6 –17 år modtaget behandling i CFS-B&U*. Til dette tal skal der lægges de børn og unge der ikke kommer ind i sygehusregi, men som hjælpes i kommunernes Selvfo-teams og hos egen læge
Selvfo-teams	Et Selvfo-team er et tværfagligt kommunalt team forankret i kommuners Børne- og ungeforvaltninger. Selvfo-teamet består af et fagligt bredt felt af medlemmer, samt en kontaktperson der er varetager rollen som gatekeeper til teamet og er således sygehusvæsenets informationsvej. Selvfo-teamet er kommunens specialister i forhold at varetage de selvmordstruede børn og unges kommunale del af forløb. Kommunerne skal selv bemande og prioritere Selvfo-teamet. Der er i dag etableret 20 Selvfo-teams ud af regionens 22 kommuner.
Ventetid i Behandlingskæden	Øget fokus på ventetid i kombination med Behandlingskæden betyder, at det maksimalt tager 2 dage at få et psykiatrisk tilsyn. Kommunernes Selvfo-teams prioriterer henvendelser om selvmordstruede børn og unge og kontakter familierne inden for få hverdage. CFS har erfaret en ventetid under to uger er for hurtigt for de unge og deres familier. Der er behov for at komme ud af den akutte fase og derfor er ventetiden til opstart i tilbud i CFS mellem 14 og 30 dage. Disse ventetider tydeliggør opnåelse af strategien om at der ikke må være ventetid for selvmordstruede børn og unge.
Hvad er et selvmordsforsøg	«En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende – eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der ville være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandring via handlingens ønskede konsekvenser» (WHO, 2014)
Hvad er selvmordsadfærd	Dækker et bredt spektrum fra tanker over impulser, planer, forberedelser til forsøg på og fuldbyrdet selvmord. Selvskadende handlinger uden selvmordsintention henregnes normalt ikke under denne definition.

* Manuelt optalt i CFS-B&U, da dennes patientgruppe både omfatter dem med selvmordsforsøg, selvmordstanker og anden selvskadende adfærd. Der findes således ikke en database over hele målgruppen.

samarbejdende praktikere sikrer relevans og kendskab til de gensidige forpligtigelser i de fastsatte mål, kendskab til behandling i de enkelte sektorer – samt til hinanden som samarbejdspartnere. På årlige samarbejds møder indarbejdes eventuelle nye strukturer.

Diskussion

I Behandlingskæden er det lykkedes at skabe sammenhængende forløb for selvmordstruede unge. Baggrunden for succesfuldt samarbejde skal ses i det sektordelte ansvar mellem social- og sundhedsvæsenet. Det er et paradoks, at den uklare ansvarsfordeling på den ene side er grunden til behovet for at koordinere af forløb og på den anden side er grunden til, at sektorerne kan samles i et samarbejde. Behandlingskædens behandlingsled deltager i samarbejdet af flere årsager, men deltager først og fremmest, fordi de selvmordstruede børn og unge befinder sig i alle de implicerede afdelinger uanset, om der er samarbejde eller ej. Grundet de komplekse behandlingsmæssige problemstillinger kan håndtering af målgruppen være meget ressourcekrævende, og hver afdeling får således noget ud af at have et samarbejde. Netop ressourceoptimering udfordrer Behandlings-

Behandlingskædens behandlingsled deltager i samarbejdet af flere årsager, men først og fremmest, fordi de selvmordstruede børn og unge befinder sig i alle de implicerede afdelinger uanset, om der er samarbejde eller ej

kæden. Specielt vedligeholdelsen udfordres, da samarbejdet ikke direkte er forbundet med kerneydelsen; behandling af patienter.

Det udfordrer også, at der ikke er evidens for, at Behandlingskæden som model forebygger antallet af selvmordsforsøg. De forskelligartede opfølgingsprocedurer i Danmarks øvrige regioner samt etiske retningslinjer muliggør ikke randomiserede blindede forløb. Ej

heller kan Behandlingskæden siges at være bedre end andre samarbejdsmodeller i forhold til at reducere antallet af selvmordsforsøg, da der mangler databaser for antallet af selvmordsforsøg i andre regioner end Region Syddanmark. Litterært mangler der desuden beskrivelser af øvrige modeller, der systematisk sammenkæder tværsektorielle forløb for målgruppen, hvorfor en egentlig sammenligning af samarbejdsmodeller ikke kan foretages. Behandlingskæden ses dog som en succes, da praktikerne oplever at bruge tiden mere på behandlingen af målgruppen og mindre tid på at overbevise næste sektor om, at de skal tage over. Eksempelvis ses samarbejdet i Behandlingskæden at have nedbragt behovet for netværksmøder, hvilket er ressourcebesparende både for den enkelte behandler og på et organisatorisk niveau. Praktikerne oplever desuden at kunne tilbyde et mere kvalificeret tilbud til patienten, da de kan koncentrere sig om at praktisere egen faglighed fremfor at kompensere for manglende forløbssammenhæng. Modellen har vist sig flytbar, og tilbagemeldinger fra nye teams er de samme; praktikerne oplever, at der gives et mere kvalificeret og helhedsorienteret opfølgningstilbud til målgruppen, og den frigiver samtidig

ressourcer fra bureaukratiske arbejdsgange. De fastsatte mål opleves til stadighed at være relevante.

Det kan diskuteres om Behandlingskæden har nået dens fulde potentiale. Behandlingskæden er en standardiseret opfølgning til en gruppe, der ellers ikke ville have fået et sådant tilbud, og det er på trods af målgruppens omfattende afklarings- og behandlingsbehov. Modellen er implementeret, så den passer ind i den øvrige social- og sundhedssektor og anvender tilrådgivende enheder mere hensigtsmæssigt. Det betyder, at den vanlige del af rutiner og strukturer ikke blot bevares, men faktisk understøtter tanken om en kæde af behandlinger. Alligevel inkluderer modellen ikke alle unge. Unge, der er fyldt 18 år, er lovgivningsmæssigt ikke omfattet af kommunernes ansvar, hvilket for eksempel betyder, at der ikke er en kommunal afdeling at sende underretning til. Unge over 18 år har dog behov for samme opfølgning, og derfor er netop denne målgruppe et indsatsområde i Behandlingskædens videre udvikling.

Konklusion og perspektivering

Denne artikel har haft til formål at beskrive en samarbejdsmodel, Behandlingskæden, fra Region Syddanmark, som en måde at organisere hensigtsmæssige tværsektorielle forløb for selvmordstruede børn og unge på. Det centrale for at kunne anvende modellen er, at det er muligt at lave fælles målsætning på flere beslutningsniveauer for, at kunne ensarte et tilbud med inddragelse af ellers uafhængige sektorer. Det er derfor udslagsgivende, at der er ledelsesmæssig opbakning til løbende at prioritere samarbejdet. Der er endnu ikke evidens for at sammenhængende forløb for målgruppen reducerer antallet af selvmordsforsøg, men eftersom opfølgning efter selvmordsforsøg har en recidivprofylaktisk effekt, bør adgang til sådant kvalificeret opfølgning prioriteres. Fremadrettet vil det være interessant at få flere erfaringer med samarbejdsmodellen, for eksempel fra øvrige danske regioner eller øvrige nordiske lande, hvor social- og sundhedsvæsen er sammenlignelig med den danske struktur. Modellens implementering i Region Syddanmark udgør således et vidensgrundlag til sammenligning for nærmere undersøgelse og forskning. Modellen ses endvidere interessant at undersøge i forhold til øvrige udsatte patientgrupper, da organisatoriske rutiner, der kan sikre adgang til optimerede tværsektorielle behandlingsforløb, er af stor interesse både i Danmark og resten af Norden.

REFERENCELISTE

- Ahgren, B. (2010). Dissolving the Patient Bermuda Triangle. *International Journal of Care Coordination*, 14(4), 137-141.
- Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P. J., & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord*, 68(2-3), 167-181.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R., Mulder, R.T. (2010). Personality Traits and Cognitive Styles as Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Young People. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29(1), 37-47.
- Bille-Brahe, U. (1982). *Levekårene i Fyns Amt*. Odense: Psykiatrisk Institut. Odense Universitet.
- Christiansen, E., & Larsen, K. J. (2012). Young people's risk of suicide attempts after contact with a psychiatric department – a nested case-control design using Danish register data. *J Child Psychol Psychiatry*, 53(1), 16-25. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02405.x

Christiansen, E., Larsen, K.J., Agerbo, E., Bilenberg, N., & Stenager, E. (2013). Incidence and risk factors for suicide attempts in a general population of young people: a Danish register-based study. *Aust N Z J Psychiatry*, 47(3), 259-270. doi: 10.1177/0004867412463737

Danske Regioner, Kommunernes Landsorganisation, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2013). *Bedre incitament i sundhedsvæsenet*. København: Danske Regioner, Kommunernes Landsorganisation, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse.

Dieserud, G., Loeb, M., & Ekeberg, O. (2000). Suicidal behavior in the municipality of Baerum, Norway: a 12-year prospective study of parasuicide and suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 30(1), 61-73.

Erlangsen, A., Lind, B.D., Stuart, E.A., Qin, P., Stenager, E., Larsen, K.J., Wang, A.G., Hvid, M., Nielsen, A.C., Pedersen, C.M., Winsløv, J., Langhoff, C., Mühlmann, C., Nordentoft, M. (2014). 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*.

Fyns Amt. (2003). *Evalueringssrapport Selvmordsforebyggelse for Børn og Unge på Vestfyn – Selvfo*. Odense: Fyns Amt.

Goldacre, M., Seagroatt, V., & Hawton, K. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *Lancet*, 342(8866), 283-286.

Grone, O., Garcia-Barbero, M., & Services, W.H.O. European Office for Integrated Health Care. (2001). *Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*. *Int J Integr Care*, 1, e21.

Haw, C., Bergen, H., Casey, D., & Hawton, K. (2007). Repetition of deliberate self-harm: a study of the characteristics and subsequent deaths in patients presenting to a general hospital according to extent of repetition. *Suicide Life Threat Behav*, 37(4), 379-396. doi: 10.1521/suli.2007.37.4.379

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2005). *Kommunalreformen – Kort fortalt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Johannessen, H.A., Dieserud, G., De Leo, D., Claussen, B., & Zahl, P.H. (2011). Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Baerum, Norway. *BMC Public Health*, 11, 81. doi: 10.1186/1471-2458-11-81

Jørgensen, J., & Clausen, B. (2009). *Behandlingsforløb og opfølgingsrutiner for børn og unge med selvmordsforsøg*. København: Velfærdsministeriet.

King, C.A., & Merchant, C.R. (2008). Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Arch Suicide Res*, 12(3), 181-196. doi: 10.1080/1381110802101203

Kommunernes Landsorganisation (KL), Danske Regioner og Indenrigs- og Socialministeriet. (2009). *Status for kommunalreformens gennemførelse – 2009*. København: KL, Danske Regioner og Indenrigs- og Socialministeriet.

Knesper, D.J., American Association of Suicidology & Suicide Prevention Resource Center. (2010). *Continuity of care for suicide prevention and research: Suicide attempts and suicidal deaths subsequent to discharge from the emergency department or psychiatry inpatient unit*. Newton, MA: Education Development Center, Inc.

Konieczna, A. (2012). *Selvmordsforsøg i Danmark – rateudvikling for perioden 2000-2011*. Odense: Center for Selvmordsforskning.

Krag, A.M., Gut, R., Freil, M. (2007). *POPS Patienters oplevelser i Overgange mellem Primær og Sekundær sektor*. København: Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden.

Larsen, K.J., Clausen, B. (2006). *Kommunepakken. Forebyggelse af selvmordsadfærd hos børn og unge. Vejledning til personale i socialektoren*. Odense: Center for Selvmordsforskning.

Livlinjen. (2015). *Om selvmord*. Retrieved 20. januar, 2015, from www.livlinjen.dk

Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., . . . Henden, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074. doi: 10.1001/jama.294.16.2064

Mehlum, L., & Ramberg, M. (2010). Continuity of care in the treatment of suicide attempters – current challenges. *Arch Suicide Res*, 14(2), 105-108. doi: 10.1080/138111003704472

Ministeriet for Børn, Ligestilling, Integration og Sociale Forhold. (2014). *Servicelev (LBK nr 1023 af 23/09/2014, Gældende)*.

Morthorst, B., Krogh, J., Erlangsen, A., Alberdi, F., & Nordentoft, M. (2012). Effect of assertive outreach after suicide attempt in the AID (assertive intervention for deliberate self harm) trial: randomised controlled trial. *BMJ*, 345, e4972. doi: 10.1136/bmj.e4972

Nordentoft, M., Rubin, P., Welcher, B. (1993). Suicide and suicide attempts among young persons in Copenhagen. *Nordic Journal of Psychiatry*, 47(1), 61-69.

Plochg, T., & Klazinga, N.S. (2002). Community-based integrated care: myth or must? *Int J Qual Health Care*, 14(2), 91-101.

Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., DeLeo, D., Kerkhof, A., Bjerke, T., Crepet, P., . . . Sampaio-Faria, J. G. (1996). Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatr Scand*, 93(5), 327-338.

Seemann, J., Johansen, M. (2013). Unge i organisatorisk grænseland – organisering, samarbejdsstrategier, tillid og ledelse. *Uden For Nummer*, 14(27), 12-21.

Sundhedsstyrelsen. (2005). *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb København: Sundhedsstyrelsen, Enhed for Planlægning*

Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 161(3), 562-563.

Valentijn, P. P., Schepman, S.M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M.A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*, 13, e010.

World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Luxembourg: World Health Organization.

Ølsgaard, G. (2010). *Hvordan sikrer vi kvaliteten i sektorovergange? Afrapportering om KVIS-delpjekt om kvalitetssikring af sektorovergange*. København: Danske Regioner & Foreningen af Speciallæger.

Leveret: 13.08.14

Revideret: 10.02.15

Godkjent: 17.03.15



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



NIELS BUUS er lektor ved Institut for Sundheds-tjenesteforskning ved Syddansk Universitet. Han har tidligere arbejdet med forældres erfaringer og reaktioner på at have et barn, der har forsogt selvmord.



PEER NØHR-JENSEN, MD., Ph.d., speciallæge i almen og børne- og ungdomspsykiatri, er ansat som overlæge ved Center for Spise-forstyrrelse i Region Nordjylland.



KIM JUUL LARSEN er specialist i børnepsykologi, master i ledelse og centeransvarlig for Center for Selvmordsforebyggelse ved Psykiatrien i Region Syddanmark. Han har i mange år arbejdet med sammenhængende patientforløb som forebyggelsesstrategi i forhold til selvmordstruede børn og unge. Han er DBT-behandler og har ledet forskellige udviklings- og forskningsprojekter indenfor selvmordsforebyggelse.