

RESSOURCER

SEFE-T er inspireret af American Psychiatric Association Practice Guidelines for Assessment and Treatment for Patients with Suicide Behaviours.

SEFE-T er tilpasset Danske Regioners instruks vedrørende vurdering af selvmordsrisiko
www.regioner.dk

HJÆLPEMULIGHEDER VED ALVORLIG SELVMORDSRISIKO

Egen læge

I dagtimer på hverdage kontaktes egen læge.

Lægevagten

Uden for dagtimerne, i weekenden og på helligdage kontaktes lægevagten.

<http://www.laevagten.dk/>

Psykiatriske skadestuer

Uden for egen læges åbningstid kan der søges hjælp på de psykiatriske skadestuer i alle Regioner i Danmark.

<https://www.borger.dk/sundhed-og-sygdom/Alarm-112-laevagt-og-skadestuer/Psykiatriske-skadestuer>

Anonym telefonrådgivning og netrådgivning

FÅ KRISEHJÆLP. RING TIL LIVSLINIEN PÅ
70 201 201

www.livslinien.dk

REGIONALE BEHANDLINGSMULIGHEDER

Hver region har et center for selvmordsforebyggelse med behandling til borgere med selvmordsadfærd.

Se www.selvmordsforebyggelse.dk

Egen læge kan henvise til psykolog, hvis du har forsøgt selvmord. Se www.sundhed.dk og søg på "Psykologhjælp"

SEFE-T

SELMORDS RISIKO VURDERING

I FEM TRIN

- 1 Identificér risikofaktorer
- 2 Identificér beskyttelsesfaktorer
- 3 Undersøg selvmordsadfærd
- 4 Bestem risiko og handleplan
- 5 Beskriv risiko og handleplan

SEFE-T

Selvmondsrisikovurdering i Fem Trin

I. IDENTIFICÉR RISIKOFAKTORER

Risikofaktorer akkumulerer og forstærker hinanden.

Psykiatriske lidelser (aktuel/tidligere): Depressioner, psykotiske lidelser, ADHD, PTSD, personlighedsforstyrrelser, adfærdsforstyrrelser, spiseforstyrrelser.

Særlige symptomer: Tomhed, håbløshed, angst, impulsivitet, desperation, søvnforstyrrelser, oplevelse af fremmedstyring, særlige grunde til at dø/ingen grund til at leve.

Misbrug: Alkohol, stoffer.

Familieforhold: Belastninger i familien, f.eks. selvmordsadfærd i familien, disposition for psykisk lidelse, misbrug.

Stress – nyopstået/langvarig: Faktorer som medfører ydmygelse, skam, fastlåsthed (f.eks. brud på relation, fysisk eller seksuelt overgreb, social isolation/mobning).

Behandlingsændring: Udskrivelse fra psykiatrisk indlæggelse, væsentlige ændringer i behandling, behandlingsrelation eller psykosociale forhold.

Potentielle belastninger: Øget risiko for negative belastninger den kommende uge f.eks. retsmøde, afgørelse om samvær med børn, besked om alvorlig sygdom, konkurs

Frygtløshed: Desensibilisering overfor smerte og påfører sig skade (resultat af tidl. selvskade/selvmondsforsøg).

Adgang til selvmordsmetoder: Piller/medicin i store/farlige mængder (eks. smertestillende), reb, skarpe genstande, skydevåben.

2. IDENTIFICÉR BESKYTTELSESAKTORER

Skal være aktuelt til stede.

Basale behov: Sted at bo, økonomi, er i sikkerhed, sund kost, motion, søvn, være aktiv i arbejde og fritid, ikke udsat.

At høre til: Oplever at høre til, har netværk, har venner, familie eller andre man kan stole på, oplever at have ansvar og pligter.

Læring og udvikling: Har arbejde eller uddannelse der

fungerer, planer for fremtiden, strukturer hverdagen og udvikle livsfærdigheder, rækker ud efter hjælp ved behov.

Mestring: Har værdier/grunde til at leve, modig, løser problemer, fokuserer på positive ting i livet, har tid til interesser, falde til ro og få det bedre, støtte sig til andre.

Selvfølelse: Kan være i sammenhænge der skaber håb, forstår andres følelser, kender og forstår sig selv, mulighed for at tage ansvar for sig selv,

3. UNDERSØG SELVMORDSADFÆRD

Udspørg specifikt om tanker, planer, handlinger og hensigt.

Karakteren af Selvmordstanker: Passive tanker om at dø, overvejelser om metoder eller egentlige planer og hensigt om at handle på dem. Større eller mindre ambivalens i forhold til selvmordstanker. Tankers intensitet (hyppighed, varighed, kontrollerbarhed) og trigger.

Forberedende handlinger: F.eks. samlet piller, udarbejdet testamente og/eller afskedsbrev.

Selvmondshandlinger – før og nu: Omfatter opgivet, afbrudt eller gennemført selvmordsforsøg. Forventninger til handlingen og reaktion på overlevelse. Handlingens trigger og vurdering af dødelighed.

Ikke-suicidal adfærd (selvskade): Trigger, hyppighed, forventning til handlingen og konsekvenser.

4. BESTEM RISIKO OG HANDLEPLAN

På baggrund af information fra trin 1 - 3 beskrives og vurderes selvmordsrisikoen og hvilken handleplan der iværksættes. Revurdér suicidalitet ved adfærdsændringer og væsentlige ændringer i behandling eller psykosociale forhold.

5. BESKRIV RISIKO OG HANDLEPLAN

Risikoniveau og vurdering: Anbefal handleplan for at reducere nuværende risiko niveau (f.eks. ændring af miljø, psykoterapeutisk behandling, kontakt til en vigtig person, støtte-samtaler), akut plan hvis nødvendigt. Handleplan bør også inkludere forældre/forsørgers rolle

RISIKONIVEAU OG HANDLEPLAN:

RISIKO-NIVEAU	Suicidalitet	Risiko- og/eller beskyttelsesfaktorer	Mulig intervention
INGEN ØGET SELVMORDSRISIKO	Passive dødsønsker, men ingen plan, intention eller handling.	Få påvirkelige risikofaktorer og flere beskyttelsesfaktorer.	Afdæk mistrivsel, afhjælp evt. problemer og vurder behov for yderligere opfølgning ved f.eks. egen læge, giv kontaktoplysning til hjælp. Lav sikkerhedsplan hvis tidl. øget risiko eller selvmordsforsøg.
ØGET SELVMORDSRISIKO	Selvmondstanker med konkrete planer, vedvarende selvmordstanker el. selvskadende adfærd og/eller tidl. selvmordshandling.	Akkumuleret risikofaktorer og få beskyttelsesfaktorer. Samlet vurdering på baggrund af forholdet mellem risikofaktorer og beskyttende forhold, set i lyset af personens sårbarhed.	Overvej hyppigere kontakt el. indlæggelse. Lav sikkerhedsplan. Efter selvmordsforsøg/selvskadende handling skal personen tilbydes opfølgning. Lav plan for opfølgning, inddragelse af netværk.
AKUT ØGET SELVMORDSRISIKO	Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærk intention og konkret plan. Er forpint, fastlåst, sortseende og evt. agiteret, meget urolig.	Fle alvordlige og svært påvirkelige risikofaktorer, fx tab af nærtstående, alvorlig psykisk sygdom, (svær depression, psykose m.v.). Få/ingen beskyttelsesfaktorer.	Indlæggelse, medmindre det er muligt at reducere risiko væsentligt. Hvis ikke indlæggelse, skal kontakt og opfølgning planlægges så sikkerhed øges. Pårørende skal inddrages om muligt.