

Workshop
"Det svære ungdomsliv"
Selvmordsforebyggelse

10. november 2017

Ved ambulantsygeplejerske Merete Jahn og cand.merc. Stine Kamionka

Undervisningens program

Præsentation
Forekomst og fakta om selvmordsadfærd
Behandlingskæden og tværfagligt samarbejde
Kort om teoretiske perspektiver på selvmordsadfærd
Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer
Case, Risikovurdering (SEFE-T, CSSRS og Interventioner)
Håndtering af selvmordsrisiko, spørgsmål og afrunding

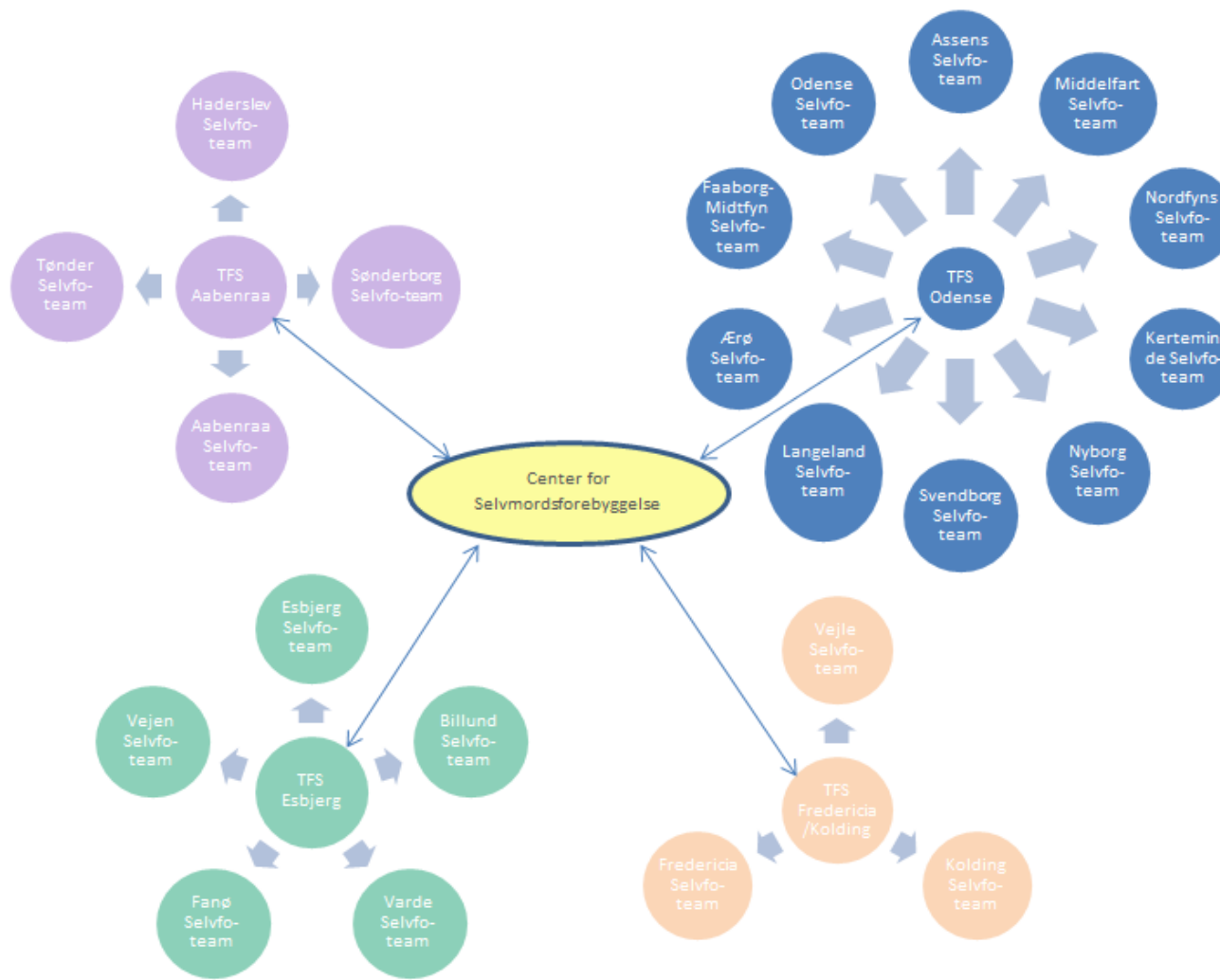
Præsentation

Center for Selvmordsforebyggelse

Formål

- Medvirke til ensartet tilbud af høj kvalitet til selvmordstruede patienter i hele Region Syddanmark
- Fremme udviklingen af selvmordsforebyggelse både regionalt, nationalt og internationalt.

Psykiatri og kommune i Region Syddanmark



Teams i Region Syddanmark

4 x Team for selvmordsforebyggelse børn og unge til og med 19 år

Selvordsforsøg	Team for selvmordsforebyggelse Odense, Esbjerg, Åbenrå, Kolding) (typisk op til 5 samtaler) og Evt. videre opfølgning ved Selvfo-teams
Børn og unge med Øget/akut risiko for alvorlig selvmordsadfærd/selvskade	Team for selvmordsforebyggelse B&U Odense
Henvisningsform	Intern, praktiserende læge, kommune (abonnementskommuner)
Ingen øget/øget risiko for selvmordsadfærd/selvskade	Behandlingskæde – Kommunale Selvfo-teams (oftest kun op til 18 år)

4 x Teams for selvmordsforebyggelse Voksne 20+ år

Selvordsforsøg og øget/akut øget selvmordsrisiko	Team for selvmordsforebyggelse Voksne Odense, Esbjerg, Åbenrå, Kolding/Fredericia
Henvisningsform	Selvhenvendelse, praktiserende læge, alle
Behandling	Sub akut ambulat behandlingstilbud (max.10 samtaler)

Selv mord og selvmordsforsøg

Definitioner

Et selvmord defineres som:

”En handling med dødelig udgang, som afdøde, med viden eller forventning om et dødeligt udfald, havde foranstaltet og gennemført med det formål at fremkalde de af den afdøde ønskede effekter”

(WHO)

Et selvmordsforsøg defineres som:

”En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandring via handlingens forventede konsekvenser”

(WHO)

Forekomst og Fakta om selvmord og selvmordsforsøg

- Der er tre gange så mange fuldbyrdede selvmord blandt drenge og unge mænd som blandt piger og unge kvinder, og forekomsten stiger med stigende alder.
- Antallet af selvmord er faldet med ca. 70 % fra 1980 til 2010
- Forekomsten af selvmordsforsøg større blandt piger og unge kvinder end blandt drenge og unge mænd.
- I løbet af de sidste årtier har forekomsten været stigende for begge køn, men mest udtalt blandt unge piger, hvor antallet af selvmordsforsøg har været tredoblet.
- I Region Syddanmark ses fra 2017 en nedgang...

Forekomst og Fakta om selvmord og selvmordsforsøg

- Selvmordsforsøg er en af de væsentligste risikofaktorer, ift fremtidig suicidal adfærd (Nordentoft et al., 1993)
 - Særlig risiko for genforsøg i op til 30 dage efter forsøg
- 10-15 % af personer, der har haft selvmordsforsøg, ender med at tage deres eget liv i løbet af 10-15 årig opfølgningsperiode (risiko er proportionalt stigende med antallet af selvmordsforsøg) (Nordentoft et al., 1993)
- Selvmordsmetoder og adfærd kan "smitte" (Mann et al, 2005)
- Op til 30 % af de børn og unge der har selvmordsforsøg har forekomst af psykisk sygdom. Dette tal kan være højere i andre aldersgrupper (interne optællinger)
- Opfølgning efter et selvmordsforsøg har positiv effekt på både genforsøg, selvmordsdød og anden død (Erlangsen et al., 2015)

Fakta, selvmord

Selvord fordelt på regioner, 2014

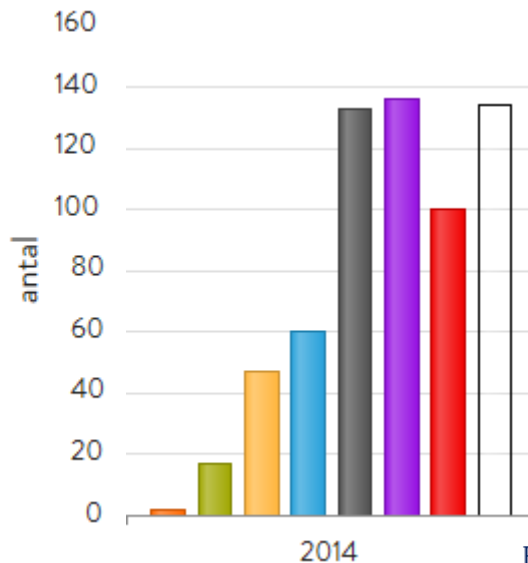
Region Hovedstaden:	163
Region Midtjylland:	157
Region Nordjylland:	50
Region Sjælland:	107
Region Syddanmark:	152

I 2014 døde 469 mænd og 160 kvinder af selvmord.

Der ses en lille stigning i antallet af selvmord fra 2010-2014

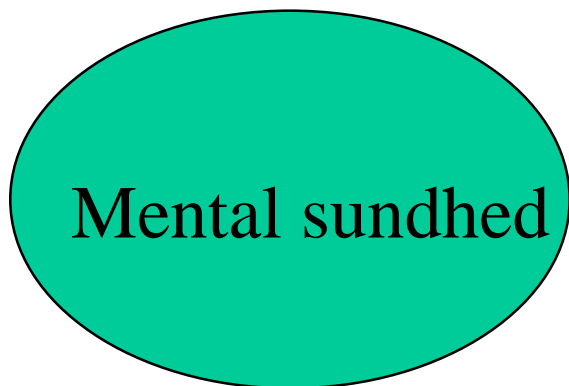
Fordeling på aldersgrupper

10-14 år 15-19 år 20-29 år 30-39 år 40-49 år 50-59 år 60-69 år 70+ år



antal selvmord, 2014

10-14 år:	2
15-19 år:	17
20-29 år:	47
30-39 år:	60
40-49 år:	133
50-59 år:	136
60-69 år:	100
70+ år:	134



Psykkiske symptomer

Hvordan skal vi forstå barnets og den unges adfærd og symptomer?



WHO's definition af Mental Sundhed

- Mental sundhed er en tilstand af trivsel hvor individet kan udfylde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress, kan arbejde produktivt og yde et bidrag til fællesskabet – (Frit efter WHO's definition)
- Der synes at være et særligt behov for konceptualisering med øje for barndom og ungdom som udviklings- og transitionsperioder.

Psykopatologi, selvmordsadfærd og akkumulering af risikofaktorer

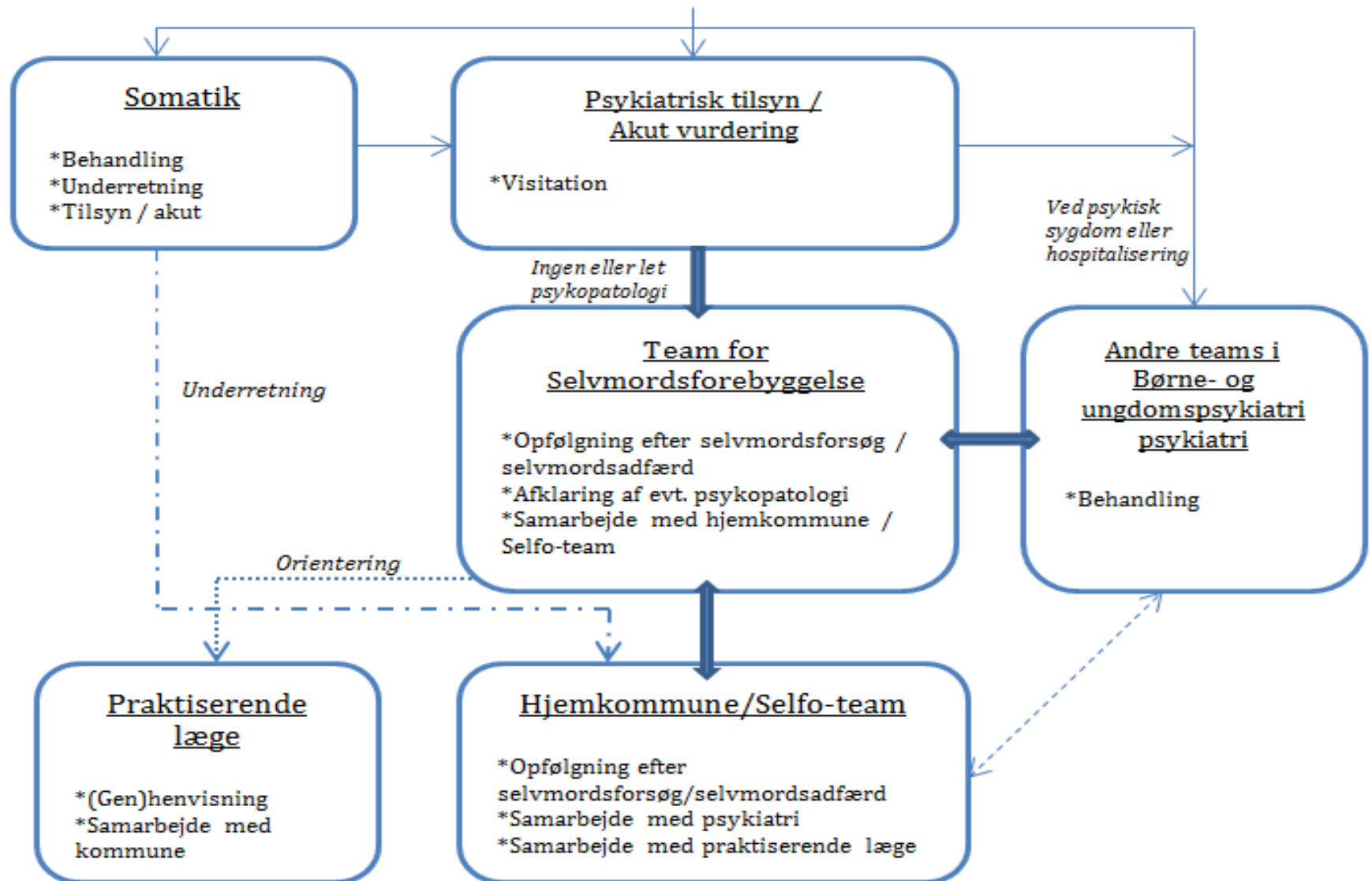
- Dokumenteret øget selvmordsrisiko for pt. med en psykisk lidelse sammenlignet med baggrundsbefolkningen
- Selvmordsadfærd kan ses som et symptom på manglende trivsel
- Risikoniveauet øges på baggrund af akkumuleret risiko -> selvmordsproblematik optræder ofte på toppen af mere omfattende lidelsesbilleder
- Fokus på ændring i funktionsniveau og samlet lidelsestryk

Kliniske erfaringer

- 1/3 i klinikken har forekomst af psykiatrisk sygdom -> men vi har ikke tal på, hvordan de fordeler sig diagnostisk
- Øvrige 2/3 mindst lige så interessante -> kan være udfordrende i det tværsektorielle samarbejde
- Det tværsektorielle samarbejde er af afgørende betydning

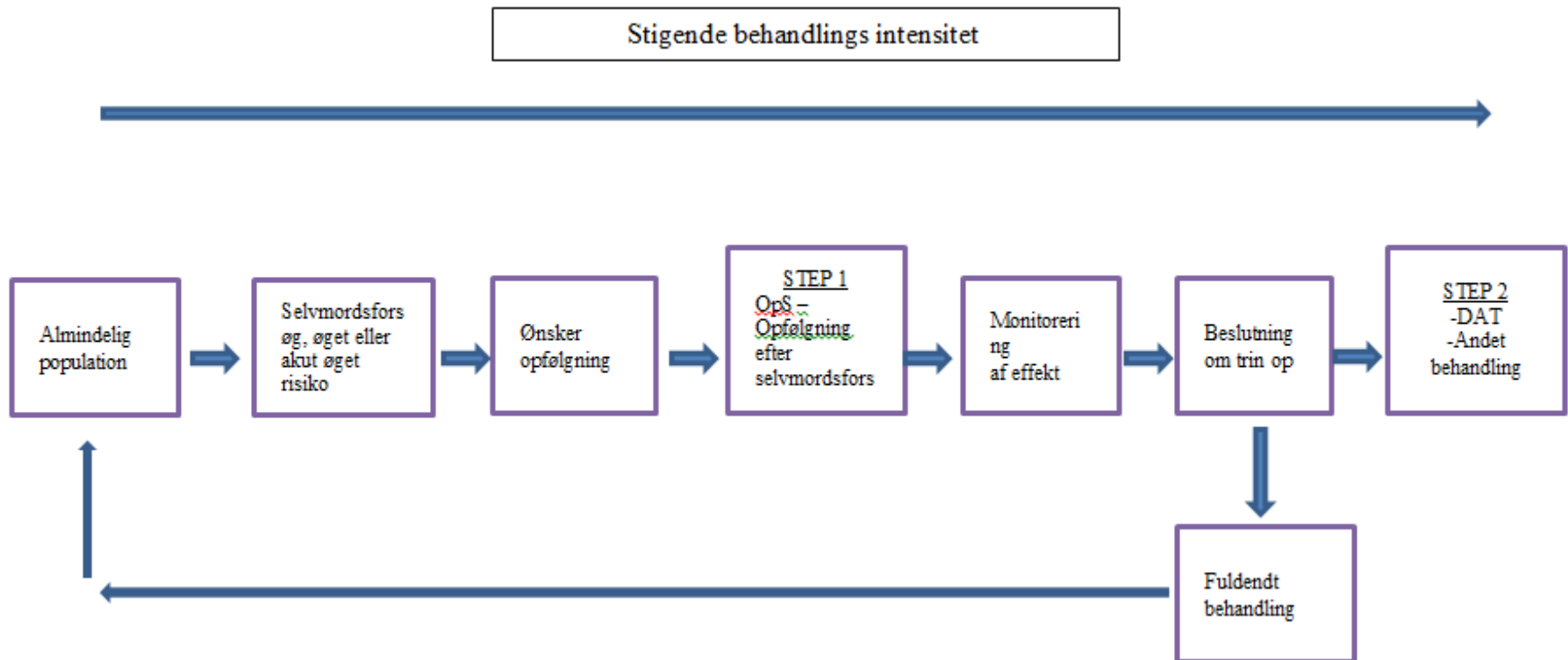
Behandlingskæden og Tværsektorielt samarbejde *i Børne- og ungdomspsykiatrien*

Selvmoordsforsøg eller alvorlig selvmordsadfærd



Simple Stepped care model

1: Tilsyn - 2: OpS - 3: DAT



16

Sammenhængende behandlingsforløb



17

Kontinuitet og sammenhæng

Relationel kontinuitet
Videnskcontinuitet
Organisatorisk kontinuitet



Hvorfor er det vigtigt?

- Ved konkurrerende problemstillinger bliver helhedsorienteret indsats udslagsgivende for helbredstilstanden på lang sigt.
- Manglende koordination kan betyde manglende behandling for udsatte patienter.
- Ulighed i sundhed
- Generelle samfundsrelaterede grunde
- Vi bliver klogere på målgruppen sammen
 - Behandling
 - Forebyggelse

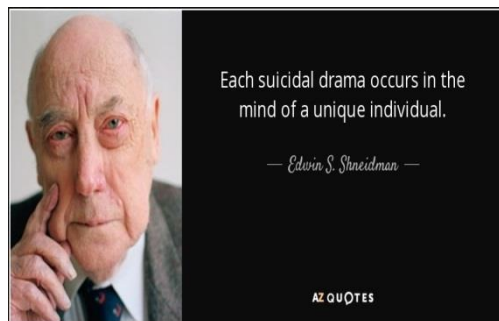
Muligheder i tværsektorielt samarbejde om selvmordstruede

- Sammenhængende og koordineret indsats
 - Patienttilfredshedsmålinger
- Flere løsninger til "et" problem
- Fagligt fællesskab
 - Ikke stå alene
 - Intervenerer mere selv

Kæderne skal smøres!

- Vigtigt med løbende vedligeholdelse og koordinering
 - Hvad, hvem og hvordan.
- Organisation af sammenhængende behandlingstilbud er et ekspertisefelt
 - Alle er eksperter – men få er eksperter på sammenhæng af ekspertområder
 - Vigtigt med modeller for samarbejde

Teoretiske perspektiver på selvmordsadfærd



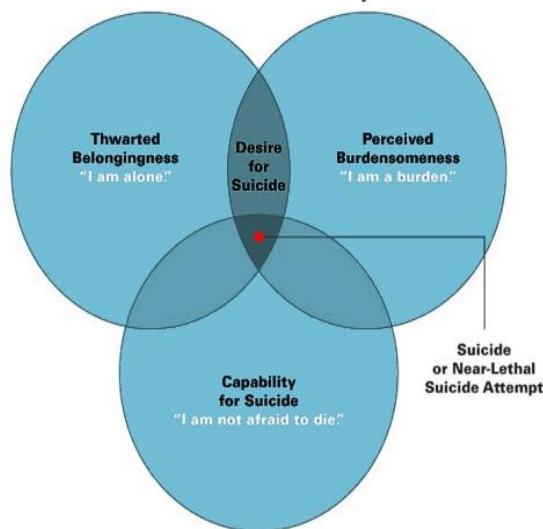
”Selvmord er ikke direkte relateret til gener, hjerne kemi eller hjernestruktur, men er grundlæggende en proces i sindet.

Selv mord bygger overvejende på psykologisk smerte. Og den primære kilde til alvorlig psykisk smerte er frustrerede psykologiske behov.

Selv mord er ikke så meget bundet til indholdet af behovet som til den intensitet i frustrationen af det behov, der er basis for personens funktionsevne.

(Shneidman, ”The Suicidal Mind” s. 18 og 68) 28 Schneidman:68

Joiner's Suicide Theory:



Rory O'Connor,
Glasgow Universitet

Defeat= følelsen af nederlag”
Entrapment”= følelsen af fastlåsthed (kombinationen er centralt for selvmordssadfærd)

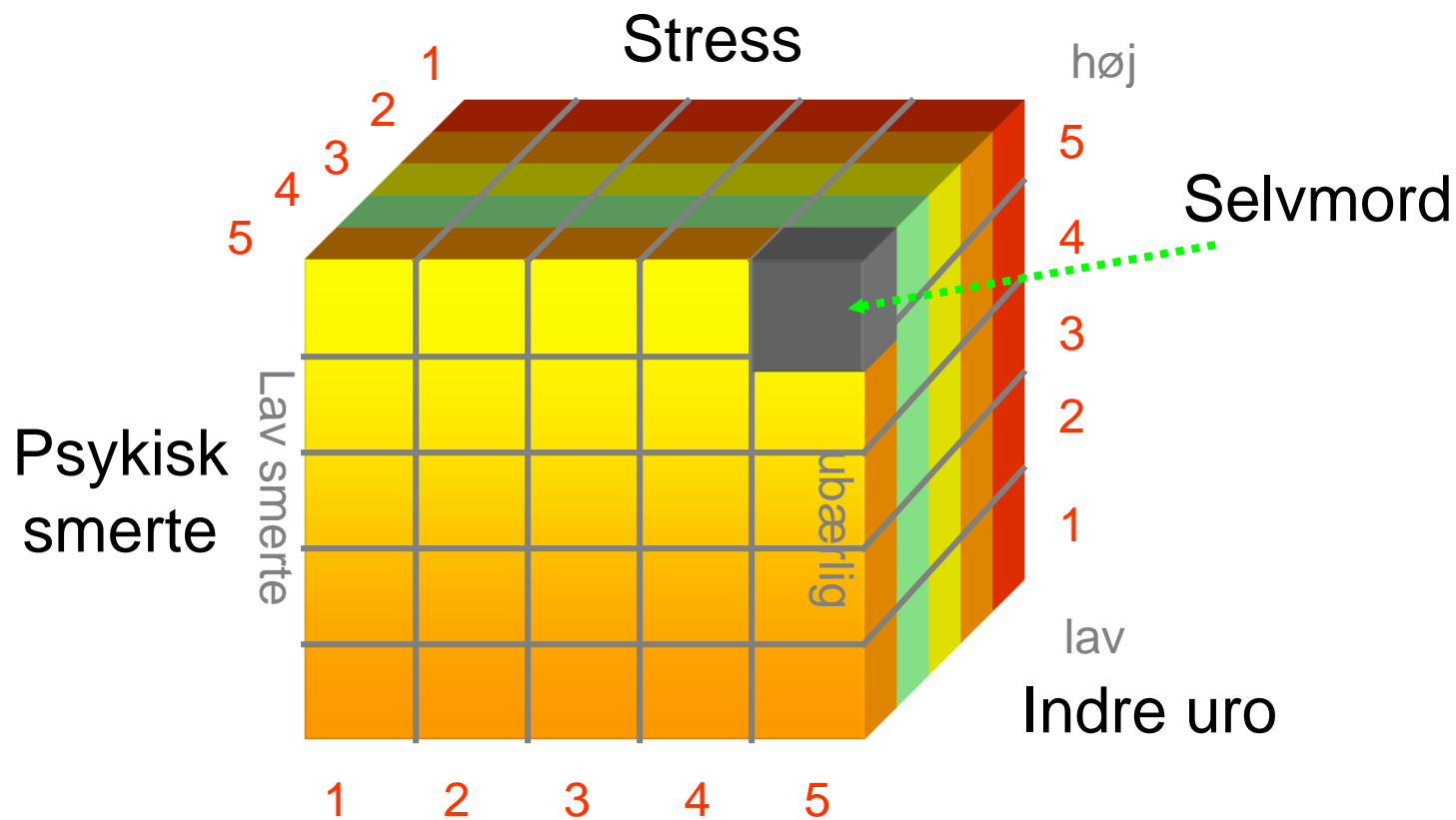
Måden man tænker om fremtiden på er vigtig

•Website: <http://www.suicidresearch.info>

•Twitter: <https://twitter.com/suicidresearch>

•2011: Integrated Motivational Volitional Model of Suicide

Shneidman's selvmordsmodel



Shneidman's

(Shneidman, 1987)
Psykiatrien i
Region Syddanmark

Shneidmans 10 punkts model for selvmord

- 1.Selvmord som problemløsning
- 2.Reaktion på uudholdelig psykisk smerte
- 3.Selvmord som dyb frustration over uforløste psykiske behov
- 4.Hjælpeløshed
- 5.Håbløshed
- 6.Ambivalens
- 7.Kikkertsyn
- 8.Selvmord som flugt
- 9.De fleste selvmord varsles
- 10.Livslange mestringsmønstre

Tilvænning



Det kommunikative aspekt - Kommunikation og Selvmordshandlinger

- ”- en selvmordshandling er en ytring mennesker kan ty til i oplevede ekstreme situationer, når de finder verbale ytringer utilstrækkelige eller uhensigtsmæssige”
- ”En selvmordshandling vil uvægerligt påvirke os selv om vi ikke var i nærheden akkurat da vedkommende tog sit liv eller skadede sig selv, hvis det bliver gjort af nogen vi har et nært forhold til. Sådanne handlinger kan betragtes som kommunikationshandlinger, selv om de ikke udførtes i direkte fysisk nærvær af andre.”
- (Hjelmeland&Knizek 2013)



Selvmondsrisikovurdering



SEFE-T



Selvmondsvurdering Fem-trin

1.
Identificér risikofaktorer

2.
Identificér beskyttelsesfaktorer

3.
Undersøg selvmordsadfærd

4.
Bestem risikoniveau og
anbefal behandlingsplan

5.
Journaliser og Dokumentér

SEFE-T Selvmordsvurdering - Fem Trin Vurdering af selvmordsrisiko bør altid udføres, hvor der er mistanke om selvmordsadfærd (tanker, planer, handlinger).

1. Identificér risikofaktorer Risikofaktorer akkumulerer og forstærker hinanden.

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

Særlige symptomer: Tomhedsfølelse, impulsivitet, håbløshed/desperation, angst, søvnforstyrrelser, oplevelse af fremmedstyring.

Misbrug: Alkohol, stoffer.

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

Pludselig opstået stress: Faktorer som medfører ydmygelse, skam (f.eks. brud på relation, fysisk eller seksuelt overgreb, social isolation/mobning).

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

Adgang til selvmordsmetoder: Piller, skarpe genstande ...

2. Identificér beskyttelses-faktorer Skal være aktuelt tilstede.

Mestringsstrategier: Evnen til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpsøgende adfærd.

Relationer: Ansvar for andre mennesker, kæledyr. Gode relationer til forældre, venner eller social støtte.

Omgivelser: Beskyttende foranstaltninger, åben, skærmet, lukket afdeling, fast vagt.

3. Undersøg selvmordsadfærd Udspørg specifikt om tanker, planer, handlinger og hensigt.

Handlinger: Tidligere forsøg, mislykkede forsøg (finde piller frem, binde løkke) vs. ikke suicidal, selvskadende adfærd.

Tanker: Frekvens, intensitet, varighed - i de sidste 48 timer, sidste måned og værste nogensinde.

Planer: Hvornår, hvor, hvordan, tilgængelighed, forberedende handlinger.

Hensigt: I hvilket omfang patienten (1) forventer at gennemføre planen og (2) mener, at planen/handlingen er dødelig vs. selvskadende.

Udforsk ambivalens: Grunde til at leve vs. grunde til at dø, Spørge forældre/forsøger om dokumentation for selvmordstanker, planer og handlinger, ændringer af humør, adfærd og belastning.

4. Bestem risikoniveau og anbefal behandlingsplan

På baggrund af trin 1 - 3 foretages en klinisk vurdering af risikoniveau.

Revurdér ved adfærdsændringer og væsentlige ændringer i behandling eller psykosociale forhold.

Risiko-niveau	Suicidalitet	Risiko og beskyttende faktorer	Mulig intervention
Risikoniveau 1 Ingen øget selvmordsrisiko	Selvmodstanker, men ingen planer, intentioner eller handlinger	Påvirkelige risikofaktorer og stærke beskyttelsesfaktorer	Ingen eller kun moderate foranstaltninger. Efter selvmordsforsøg/selvskadende handling bør tilbydes/anbeales opfølgning. Udlever kontaktoplysninger til hjælp.
Risikoniveau 2 Øget selvmordsrisiko	Selvmodstanker med konkrete planer, men ingen selvmordsadfærd.	Akkumuleret risiko og få beskyttende faktorer	Indlæggelse kan være nødvendig afhængig af risikofaktorer. Lav kriseplan. Udlever kontaktoplysninger til hjælp. Pårørende inddrages.
Risikoniveau 3 Akut øget selvmordsrisiko	Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærk intention eller selvmordsadfærd	Psykiske lidelser med alvorlige symptomer, eller akut opståede begivenheder; få eller ingen beskyttende faktorer tilstede	Indlæggelse med mindre det er muligt at reducere risiko signifikant. Pårørende skal inddrages om muligt.

5. Journalisér og dokumentér

Risikoniveau og vurdering: Anbefal behandlingsplan for at reducere nuværende risiko niveau (f.eks. ændring af miljø, medicinsk behandling, psykoterapeutisk behandling, kontakt til en vigtig person, støttesamtaler), akut plan hvis nødvendigt. Behandlingsplan bør også inkludere forældre/forsøgers rolle eller børn.

K 10

READ

CSSRS

Risiko og beskyttelsesfaktorer

Risikofaktorer

- Psykisk sygdom
- Selvmordsadfærd – tidligere forsøg, adgang til selvmordsmetoder
- Særlige symptomer: fx: Impulsivitet, tomhedsfølelse, håbløshed/desperation, affektreguleringsvanskeligheder søvnevanskeligheder,
- Misbrug
- Familieforhold: belastninger i familien, dispositioner misbrug

- Pludselig opstået stress: Faktorer som medfører ydmygelse, skam /fx brud på relationer, fysisk eller seksuelt overgreb, social isolation, mobning

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

Beskyttelsesfaktorer

- **Personlige kompetencer** : medfødt robusthed, mildt temperament, kognitiv kapacitet, tilfredshed med livet, realisme, mestring, positivt udsyn, trivsel
- **Mestringsstrategier**: Evnen til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpsøgende adfærd, Struktureret , målorienteret, evne til planlægning, evne til problemløsning, organisatoriske evner, regler som letter hverdagen
- **Sociale kompetencer** selvstændighed, evne til at danne og fastholde relationer, ansvar for andre mennesker.
- **Relationer: Gode relationer til forældre, venner, kæledyr og god social støtte,**
- **Omgivelser: Familiemæssige forhold** (tydelige strukturer, fælles værdiopfattelser i hjemmet, Sammenhængskraft i familien, fælles positivt udsyn og aktiviteter og opbakning
- **Sociale ressourcer udenfor familien**
(Opmuntring, loyalitet, ægte interesse, hjælp efter behov, anerkendelse)
- **Lokalsamfundet/netværk**

RISIKOFAKTORER akkumulerer og

forstærker hinanden



Metode og systematik i risikovurdering

- **Columbia vurderingsskala over suicidalrisiko**
- **The Columbia-Suicide Severity Rating Scale**
- **(C-SSRS)**

Tør jeg spørge? – Få hjælp af C-SSRS

Sværhedsgrad af suicidal tanker

- Ønske at man var død
- Tanker om at slå sig selv ihjel
- Overvejelser om metode
- Intention om at handle på tankerne
- Intention om at handle og plan

Suicidaladfærd

- Selvmordsforsøg
- Forberedende handlinger
- Opgivede forsøg
- Afbrudte forsøg

Ikke-suicidal adfærd

Intensitet af suicidal tanker

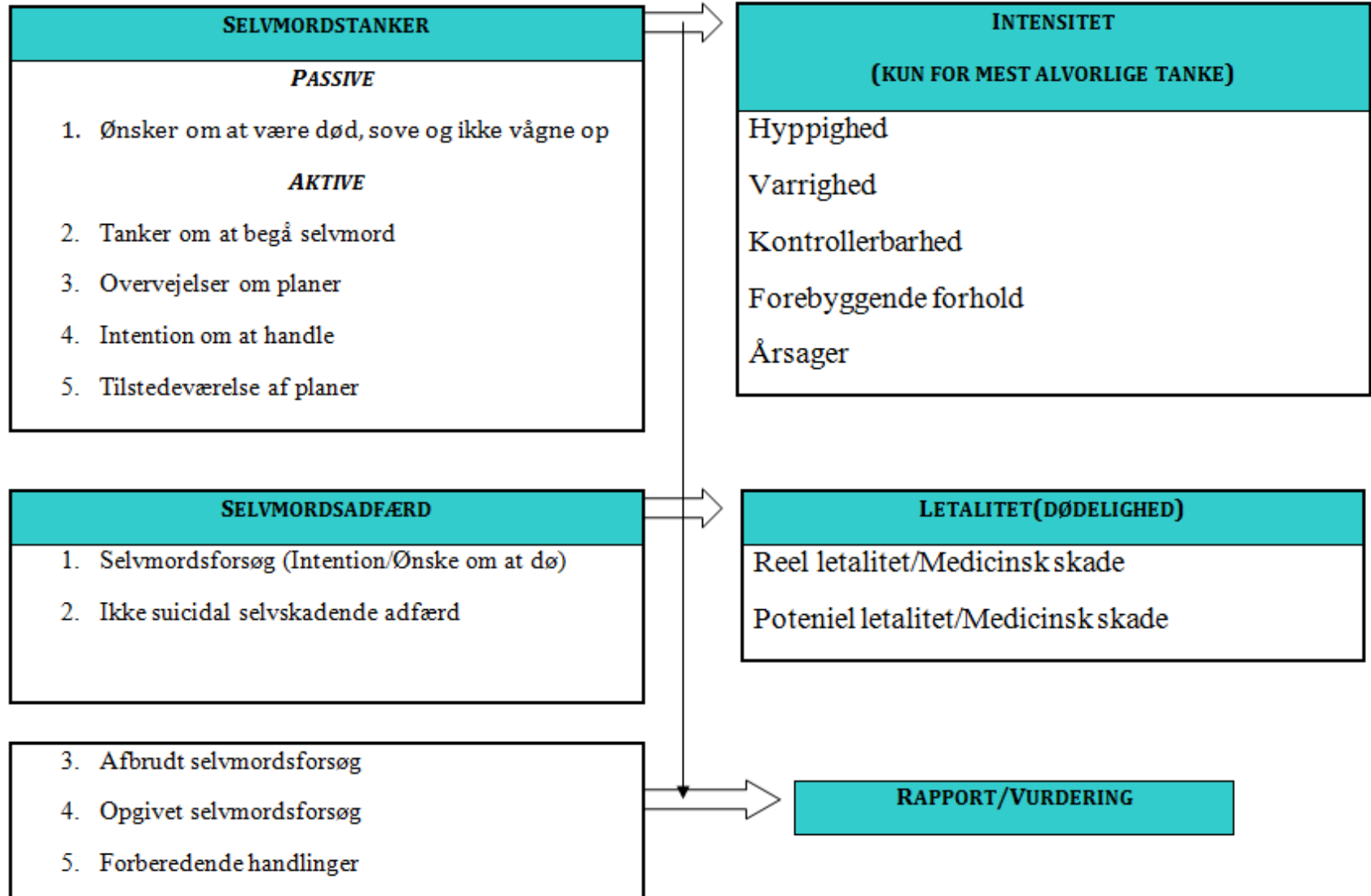
- Hyppighed
- Varighed
- Kontrollerbarhed
- Forebyggende modstand
- Årsager

Dødelighed

- Grad af fysisk skade
- Potentiel grad af fysisk skade

Selvskadende adfærd uden dødsønske

COLOMBIA-VURDERINGSSKALA OVER SELVMORDSRISIKO (C-SSRS)



1. Identificér risikofaktorer Risikofaktorer akkumulerer og forstærker hinanden.

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

Særlige symptomer: Tomhedsfølelse, impulsivitet, håbløshed/desperation, angst, søvnforstyrrelser, oplevelse af fremmedstyring.

Misbrug: Alkohol, stoffer.

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

Pludselig opstået stress: Faktorer som medfører ydmygelse, skam (f.eks. brud på relation, fysisk eller seksuelt overgreb, social isolation/mobning).

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

Adgang til selvmordsmetoder: Piller, skarpe genstande ...

2. Identificér beskyttelses-faktorer Skal være aktuelt tilstede.

Mestringsstrategier: Evnen til at håndtere stress, frustrationstolerance, hjælpesøgende adfærd.

Relationer: Ansvar for andre mennesker, kæledyr. Gode relationer til forældre, venner eller social støtte.

Omgivelser: Beskyttende foranstaltninger, åben, skærmet, lukket afdeling, fast vagt.

3. Undersøg selvmordsadfærd Udspørg specifikt om tanker, planer, handlinger og hensigt.

Handlinger: Tidligere forsøg, mislykkede forsøg (finde piller frem, binde løkke) vs. ikke suicidal, selvskadende adfærd.

Tanker: Frekvens, intensitet, varighed - i de sidste 48 timer, sidste måned og værste nogensinde.

Planer: Hvornår, hvor, hvordan, tilgængelighed, forberedende handlinger.

Hensigt: I hvilket omfang patienten (1) forventer at gennemføre planen og (2) mener, at planen/handlingen er dødelig vs. selvskadende.

Udforsk ambivalens: Grunde til at leve vs. grunde til at dø, Spørge forældre/forsørgere om dokumentation for selvmordstanker, planer og handlinger, ændringer af humør, adfærd og belastning.

4. Bestem risikoniveau og anbefal behandlingsplan

På baggrund af trin 1 - 3 foretages en klinisk vurdering af risikoniveau.

Revurder ved adfærdsændringer og væsentlige ændringer i behandling eller psykosociale forhold.

04-
01-
201
8

Risiko-niveau	Suicidalitet	Risiko og beskyttende faktorer	Mulig intervention
Risikoniveau 1 Ingen øget selvmordsrisiko	Selvmodstanker, men ingen planer, intentioner eller handlinger	Påvirkelige risikofaktorer og stærke beskyttelsesfaktorer	Ingen eller kun moderate foranstaltninger. Efter selvmordsforsøg/selvskadende handling bør tilbydes/anbeales opfølgning. Udlever kontaktoplysninger til hjælp.
Risikoniveau 2 Øget selvmordsrisiko	Selvmodstanker med konkrete planer, men ingen selvmordsadfærd.	Akkumuleret risiko og få beskyttende faktorer	Indlæggelse kan være nødvendig afhængig af risikofaktorer. Lav kriseplan. Udlever kontaktoplysninger til hjælp. Pårørende inddrages.
Risikoniveau 3 Akut øget selvmordsrisiko	Potentielt livsfarlige selvmordsforsøg eller vedvarende selvmordstanker med stærk intention eller selvmordsadfærd	Psykiske lidelser med alvorlige symptomer, eller akut opståede begivenheder; få eller ingen beskyttende faktorer tilstede	Indlæggelse med mindre det er muligt at reducere risiko signifikant. Pårørende skal inddrages om muligt.

5. Journalisér og dokumentér

Risikoniveau og vurdering: Anbefal behandlingsplan for at reducere nuværende risiko niveau (f.eks. ændring af miljø, medicinsk behandling, psykoterapeutisk behandling, kontakt til en vigtig person, støttesamtaler), akut plan hvis nødvendigt. Behandlingsplan bør også inkludere forældre/forsørgers rolle eller børn.

CASE -19 årig kvinde MARIE

- Marie går på HF. Har meget fravær. Svært ved at koncentrere sig i timerne og opsøger sin vejleder på opfordring af medstuderende som er bekymret for hende.
- Marie er flyttet hjemmefra for et halvt år siden. Bor i egen lejlighed. Forældre er skilt. Ingen søskende. To veninder fra folkeskolen som hun sjældent ser. Har ca. en gang om ugen kontakt til sin mor som gennem mange år har været i behandling for depression.
- Marie har haft kærestebrud for to uger siden
- Marie er aktuelt plaget af tristhed og håbløshed. Isolerer sig tiltagende, begrænset netværk. Kan ikke angive grunde til at leve. Svært ved at koncentrere sig i skolen og en del fravær.
- Søvnvanskeligheder.

Er hjælpsøgende, god kontakt til lærer på skolen, glad for sin kat,

Krisekort/mestringsstrategier

1. Identificer advarselssignaler og triggere, - hvornår skal krisekortet benyttes? (fx. situationer, humør, reaktioner, trang, ændret søvnmønster, giver slip på ansvar ect.)
2. Hjælp med at identificere mestrings- strategier, der nedsætter selvmordsrisikoen. ("hvad kan du selv gøre for ikke at handle, afledning, færdigheder?")
3. Identificer sammen med patienten hvilke personer/socialt sammenhænge, der kan distrahere fra selvmordstanker og planer
4. Identificer grunde til at leve ("ting/personer der er vigtige for dig?, hvad holder dig tilbage for at handle på dine tanker?")
5. Identificer konkrete personer der kan kontaktes
6. Informer om muligheden for at opsøge psykiatrisk skadestue eller anden professionel hjælp.
7. Klarlæg hvilke selvmordsmetoder personen har overvejet i sin selvmordsfase og begræns tilgangen til disse.

8. Aftale om Opfølgning

9. Orienter om psykiatrisk skadestue, livslinien, min plan ect.

MINPLAN

< Tilbage **Krisesyntomer**

+ < Tilbage **Strategier**



Mine symptomer
Hvad er tegn på krise?



Angst



Gå ned i parken



Strategier og løsninger
Hvad er mine planer?



Kan ikke sove



Tag et koldt bad



Tankestorm



Læse i bogen



Netværk
Hvem kan jeg kontakte?



+ Tilføj ny symptom



+ Tilføj strategi



Nærmeste psyk. skadestue
Find vej



Livslinien
Hjælp og vejledning



BørneTelefonen
Hjælp og vejledning



Om MINPLAN
Værd at vide



Læs mere om faresignaler

SEFE-T Øvelse – samlet risikovurdering

- Identificer risiko og beskyttelsesfaktorer
- Vurder risikoniveau

Tid til spørgsmål

- Tak for opmærksomheden 😊

Kædeanalyse

Sårbarheder

